UCAB Universidad Católica
ANDRÉS BELLO
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología

LA CONTRATRANSFERENCIA: COMPRENSIÓN, MANEJO Y USO DE ELEMENTOS INCONSCIENTES EN EL ESPACIO PSICOTERAPÉUTICO.

Investigación presentada por:

Gabriel TEIXEIRA

Y

Stephanie ZAMBRANO

Profesor guía:

Alejandra SAPENE

Caracas, julio de 2018

“Todo llegará. Al menos eso espero. Y cuando menos te lo esperas. La naturaleza tiene maneras extrañas de encontrar nuestros puntos débiles (...) Pero recuerda, nuestros corazones y nuestros cuerpos sólo nos los entregan una vez. La mayoría no podemos evitar vivir como si tuviésemos dos vidas, una es la maqueta a escala y la otra es la versión final y luego están todas las adaptaciones intermedias. Pero sólo hay una, y antes de que te des cuenta, tienes el corazón gastado y en lo que respecta a tu cuerpo, hay un punto en el que nadie se fija en él, y mucho menos quiere acercarse a él. Ahora sientes pena. No envidio ese dolor. Pero sí envidio que puedas sentirlo ahora...“

Mr Perlman.

Llámame por tu nombre. Novela de André Aciman.

“Freud habla desde su condición, desde su propia identidad, y desde un determinado conjunto de valores y concepciones, pero no tiene conciencia, al menos explícita, de ello. La aparición del psicoanálisis pertenece a una época en que el discurso no tenía conciencia de discurso. No es posible hoy hablar sin conciencia de que se habla desde un discurso que tiene sus propias determinaciones, su propia lógica, y que debe coexistir con múltiples discursos, porque ése es, quizás, el paradigma más significativo de la contemporaneidad: la conciencia del otro (…) La reversión de la interlocución ha tocado el campo de la subjetividad femenina y las mujeres han aparecido en la escena dialógica. Han comenzado a hablar, y, desde luego, a hablar sobre ellas mismas. No cabe ya la destitución de mandarlas a callar diciendo que se rebelan contra lo que se ha dicho de ellas porque se sienten inferiores, ni de arrinconarlas con el epíteto de que son «feministas», palabra que en algunos escenarios tiene los más variados significados y casi ninguno bueno. No cabe ya desacreditar lo que dicen porque lo dicen desde su condición de mujeres. Todos hablamos desde nuestra condición, cualquiera que ésta sea.”

Ana Teresa Torres

Historias del continente oscuro. Ensayos sobre la condición femenina.

Agradecimientos

En primer lugar quiero expresar mi gratitud a la persona que experimentó cada minuto de esta ardua labor, cada victoria, cada logro, cada decepción y cada vuelta de esta trama que llamamos trabajo de grado a mi lado. Durante los últimos dos años Stephanie fue una de mis principales fuentes de apoyo tanto académica como personalmente. También quiero agradecer a sus padres, Carmen y Oscar, que durante tantos días de redacción me adoptaron como parte de su familia.

También agradezco a nuestra tutora Alejandra Sapene, abordó esta odisea en pleno nudo de la trama de manera valiente, cuando nos encontrábamos sin respaldo. Junto con ella, la profesora Carla De Santis que supo apaciguar nuestras ansiedades frente a lo que implica hacer una investigación cualitativa. Igualmente, a nuestros participantes que se interesaron en la investigación y compartieron con nosotros sus experiencias.

A Eduvigis Sánchez, sin su ayuda no creo que siquiera la idea de este trabajo hubiera visto la luz, tantas reuniones en las que deposité mis frustraciones y encontré nuevos caminos de acción a lo largo de la carrera fueron clave en mi crecimiento como estudiante. A Juan Pablo quien acudió al rescate en varias ocasiones asesorándome y ofreciendo ideas que fueron muy útiles para el proyecto. Y finalmente a Rosa y Gabriel, quienes en tantos momentos tuvieron la bondad de escucharme, identificarse conmigo y aliviar lo que sea que me afligiera en tantos momentos.

Gabriel Teixeira.

Hace casi cinco años, en mi primera semana de clases en esta casa de estudios que me abrió sus puertas, conocí a una persona que pasaría a convertirse en mi compañero de risas y lágrimas a lo largo de toda mi carrera universitaria, con quien aprendí y me sensibilicé sobre muchos temas. A quien admiro por demostrar una fortaleza sobrehumana frente a la adversidad y ser un ejemplo de que el esfuerzo paga sus frutos. A Gabriel, gracias totales.

A mis padres, Oscar y Carmen, por desde muy pequeña inculcarme el valor de los estudios y del esfuerzo, por apoyarme en este arduo camino a pesar de no estar familiarizados con la psicología, resistir conmigo las dificultades y celebrar cada logro. Sin su paciencia infinita y su disposición a ayudarme, esta investigación no sería posible. Igualmente, a Carlos, por ser como mi hermano, hacerme reír con sus ocurrencias y prestarnos su habitación para poder trabajar en la computadora.

A Miguel, que ha estado a mi lado desde el primer año, siendo mi mayor apoyo, escuchando mis angustias, acompañándome en los buenos y malos momentos, e incluso ayudándome cuando me veía ahogada en las dificultades que implican estudiar esta carrera. Cada mensaje, llamada, abrazo y palabras de aliento fueron mi combustible cuando me sentía a punto de rendirme. Igualmente, a su familia, que desde el principio me hicieron sentir un miembro más y me han brindado momentos de disfrute muy necesarios.

A los participantes, que sin su disposición para abrirse con nosotros, no tendríamos la fuente de todo este trabajo tan maravilloso. Su sinceridad y la confianza depositada fue nuestra motivación principal para hacer la mejor investigación posible.

A nuestra tutora Alejandra Sapene, que a pesar de la distancia y de lo inesperado de nuestra unión como equipo, cumplió con su rol y se comprometió con el tema, lo que permitió que esta investigación alcanzase el nivel que todos deseábamos. A los profesores Carla de Santis y Manuel Llorens, cuyas clases en la electiva de Investigación Cualitativa, me permitieron descubrir un mundo de posibilidades en la psicología con el que me sentí profundamente conectada y espero seguir explorando a lo largo de mi carrera profesional.

A mis amigos Yulismar, Rosa, Gabriel y Elimay, que me acompañaron a lo largo de esta aventura y me regalan cada día tantos recuerdos maravillosos. A mis compañeros de la universidad, que en cada clase, práctica y supervisión compartidas, con sus particularidades me enseñaron tantas cosas valiosas. A todos, muchas gracias.

Stephanie Zambrano.

Índice de Contenido

Introducción 8
Contexto Conceptual 10
Problema de investigación 25
Diseño general de la investigación 30
Postura paradigmática 30
Objetivos 33
Participantes 34
Rol del investigador 36
Contexto de recolección de información 36
Prácticas de recolección de información 37
Método de análisis e interpretación de información 38
Consideraciones éticas 40
Discusión 41
0.0 Contratransferencia 41
1.0. Orígenes 43
1.1. Sentimientos del terapeuta hacia el paciente 43
1.2. Contexto 49
1.3. Características del paciente 52
1.4. Identificación 64
2.0. Desencadenantes 72
2.1. Percepción de la situación del paciente 72
2.2. Comprensión de la unicidad del caso 74
2.3. Transferencia del paciente 77
3.0. Respuestas Contratransferenciales 82
3.1. Modificación del encuadre para disminuir sensaciones egodistónicas 82
3.2. Intervenciones inadecuadas 85
3.3. Experiencia emocional inadecuada 87
3.4. Permitirse atribuciones fuera del encuadre 89
3.5. Preocupación excesiva 92
3.6. Tomar riesgos en el proceso terapéutico 93
4.0. Herramientas 95
4.1. Diagnóstico 96
4.2. Modificación del encuadre a beneficio del proceso terapéutico 98

4.3. Intervención 100
4.4. Detección del impasse 103
5.0. Regulación 105
5.1. Regulación con ayuda de factores externos 107
5.2. Autorregulación 126
Conclusiones 140
Recomendaciones y limitaciones 150
Referencias bibliográficas 152
ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO 163
ANEXO B. GUIÓN DE ENTREVISTA 166
ANEXO C. ENTREVISTAS TRANSCRITAS 168
ANEXO D. TEMAS Y CATEGORÍAS 258
ANEXO E. TABLA DE CODIFICACIÓN 261

Introducción

A lo largo de la historia de las relaciones psicólogo-paciente se ha encontrado un registro muy amplio de la aparición de sentimientos en los terapeutas frente a las experiencias compartidas por sus pacientes, desde la tradición psicoanalítica a esto se le denomina contratransferencia. Algunos psicoanalistas se han mantenido fieles a la postura de Freud (1910/1981), concibiendo el fenómeno contratransferencial como una respuesta que surge como parte de las demandas típicas del trabajo terapéutico y es imprescindible para el terapeuta manejar e incluso eliminar la posible influencia que esto puede tener en la efectividad del trabajo con el paciente (Corveleyn, 1997).

Como indica Hayes (2004), es una parte inevitable del tratamiento terapéutico. Algunos los ven como una señal para revisar y replantearse el modo que se dirige y la calidad del trabajo terapéutico (Fraigne De Gallo, Gallo y Mantykow de Sola, 2004).

Otros lo ven como un elemento que puede mejorar la calidad y la dinámica en la interacción con el paciente (Fenieux, 2009), lo cual parte de posturas más flexibles como la de Heinmann (1950), que planteaba a la contratransferencia como un entendimiento profundo de la vivencia del paciente que es expresada superficialmente con sentimientos, los cuales al ser reconocidos por el terapeuta fungen como un instrumento para evaluar el avance del paciente frente al trabajo terapéutico.

En la presente investigación se pretende profundizar acerca de la comprensión y el manejo de la contratransferencia que tienen terapeutas venezolanos ante sus pacientes. Este tema se encuentra enmarcado en la división número 29 de la Asociación Americana de Psicología que corresponde al Desarrollo de la Psicoterapia (The Society for the Advancement of Psychoterapy, 2015).

Esto parte de un deseo por abrir un espacio de revisión en el ejercicio de una práctica como la psicoterapia en un país que transita épocas tan difíciles y complejas como Venezuela (El Impulso, 2017), donde ha disminuido la

cantidad de investigaciones científicas que se producen (Sabino, 2017) y no se cuenta con una estructura legal que contenga ni supervise la práctica psicoterapéutica, la cual es reciente en el país, dando paso a la creación de la Asociación Venezolana de Psicoterapia (AVEPSI) en 1990 basados en la Declaración de Estrasburgo en materia de psicoterapia (AVEPSI, 2016b). Por lo cual la profesión se beneficiaría de una investigación que recoja información de un fenómeno tan presente en el trabajo psicoterapéutico, específicamente la interacción terapeuta-paciente, invitando a la reflexión dentro la comunidad de psicoterapeutas.

Para ello, nos posicionamos desde un paradigma constructivista, que nos permitirá explicar el desarrollo del proceso transferencial en el terapeuta, a través de la construcción de la relación con su paciente. De igual modo, se pretende explorar acerca de las estrategias de manejo emocional y cognitivo que les permiten manejar sus sentimientos dentro de su trabajo, por lo que esperamos tener como participantes terapeutas que posean experiencia en el área (Rosenberger y Hayes, 2002).

Utilizaremos el análisis temático, metodología reconocida por su capacidad para brindar información importante y contextualizada (Vaismoradi, Turunen y Bondas, 2013), dando la oportunidad de introducir los elementos sociales y culturales que inciden sobre este fenómeno que originalmente surge de abordajes teóricos que hacen énfasis en los procesos individuales, como indica Hayes (2004) cuando describe una perspectiva integrativa donde se entiende que la contratransferencia es moldeada tanto por factores del terapeuta como del paciente. Por ello, el análisis temático permite una mejor comprensión del mismo, sirviendo como una referencia tanto para el contexto y situación de nuestro país, como para otros países latinoamericanos con contextos similares.

Contexto Conceptual

El término contratransferencia es utilizado por primera vez por Sigmund Freud (1910/1981), quien en su conferencia titulada “El porvenir de la terapia psicoanalítica”, describe que “surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente” (p. 1566).

En dicha conferencia, este autor invita a los analistas a detectar este fenómeno lo más rápido posible, y vencerlo a través del autoanálisis. Agrega que aquel psicoanalista que no sea capaz de mantener un proceso de análisis no tiene las habilidades para tratar a una persona enferma. (Freud, 1910/1981).

En 1912, en ‘‘Consejos al Médico’’ (citado en Corveleyn, 1997), Freud exhorta a los analistas a copiar el estilo del cirujano, quien separa sus afectos e incluso su compasión humana de su trabajo y se concentra en realizar lo mejor posible su operación. Posteriormente, en Observaciones sobre el “Amor de transferencia” (1915/1981), donde el autor discute sobre el manejo que debían tener los analistas frente a aquellas pacientes que demostraban haber desarrollado un enamoramiento por ellos. Repite su postura frente al fenómeno contratransferencial, donde recomienda a los analistas oprimirlo y, volviendo a hacer comparaciones, en este caso con un químico, ya que deben mantener la misma prudencia y escrupulosidad de éste frente a las fuerzas explosivas con las que operan.

Más adelante Sándor Ferenczi, psicoanalista húngaro que trabaja junto a Freud, establece que el analista debe mantener una vigilancia constante de sus afectos ante la posibilidad de que sus sentimientos frente al paciente amenacen con desbordarse. Pero, sin llegar a desarrollar una resistencia a la contratransferencia, que se entiende como un endurecimiento en la actitud, resultando en una respuesta esquiva frente a los elementos inconscientes del paciente afectando la aparición de la transferencia (Martín Cabré, 1998).

En 1927, Glover (citado en Coderch, 1990) distingue entre dos tipos de respuestas del analista ante la neurosis transferencial, la contratransferencia positiva y la negativa. English y Pearson, en 1937 (citados en Coderch, 1990)

ofrecen una definición amplia no limitando la contratransferencia a conflictos por la relación terapéutica, sino más bien definiéndola como todo lo que siente el analista hacia su paciente.

Con Heinrich Racker (1948/1986), Paula Heinmann (1950) y Donald Winnicott (1960), se retoma el estudio a profundidad de la contratransferencia, partiendo del entendimiento de este fenómeno como un elemento esencial que no podía ser negado o suprimido, como inicialmente había planteado Freud.

Racker (1948/1986) establece en su trabajo ‘‘La neurosis de contratransferencia’’, una definición de este fenómeno “el conjunto de imágenes, sentimientos e impulsos del analista hacia el analizado, en cuanto son determinados por su pasado” (p. 185), entendiendo por el pasado del analista como las relaciones de objeto establecidas en la infancia.

El autor indica que el analista debe estar abierto al material que el analizado proyecta a través de su sensibilidad e intuición psicológica, buscando identificarse con él, ya que su inconsciente funciona como un *cuerpo de resonancia* frente al inconsciente del analizado. Así, la contratransferencia siempre se manifiesta en las expresiones y conductas del analista, influyendo en su comprensión del paciente a la par que influye en las transferencias de dicho analizado.

Por ello Racker (1948/1986), estipula que dentro de la función del terapeuta, debe utilizar su intelecto y emocionalidad, concibiendo conscientemente lo que experimenta su inconsciente frente al paciente. Para ello debe separar, analizar y sintetizar los contenidos que trae el paciente, para así diferenciar el proceso de curación y de enfermedad, logrando deducir y elaborar la interpretación adecuada, así como la intervención terapéutica y conducta que se debe seguir.

Para Heinmann, en su ensayo de 1950 ‘‘On countertransference’’, la contratransferencia se entiende como “la totalidad de los sentimientos que el analista vivencia hacia su paciente” (p. 81). Parte de la hipótesis de que el inconsciente del analista establece una relación profunda con el inconsciente de su paciente, que se manifiesta a nivel superficial, en forma de los

sentimientos en respuesta al paciente. Así, esta relación se distingue de otras por el grado en que se experimentan los sentimientos y el uso que se les da.

Por ello, esta respuesta emocional se vuelve una herramienta de gran valor para el trabajo del analista, ya que le permite evaluar su entendimiento del paciente por medio de la comparación de los sentimientos que éste le despierta durante la asociación, al igual que a través de su conducta. Heinmman (1950) recomienda que el analista mantenga una sensibilidad emocional extensiva, diferenciada y móvil. Resalta que el analista debe ser capaz de aguantar aquellos sentimientos suscitados por el paciente, dado que estos deben ser subordinados a su trabajo analítico ya que una respuesta emocional muy intensa, termina frustrando la finalidad del uso de la misma.

En un simposio en 1959, Winnicott dio su postura ante el término de contratransferencia, estableciendo que éste se usaba con mucha ligereza y que lo más apropiado era devolverlo a su significado original, viéndolo como un peligro de pérdida de identidad. Hace especial hincapié en mantener una actitud profesional y tener un distanciamiento apropiado con respecto al paciente. Sin embargo, habla de la importancia de la existencia de empatía y cercanía al paciente sin perder la profesionalidad (Winnicott, 1960).

Podemos observar a lo largo de la historia, partiendo de la conceptualización de Freud, que la contratransferencia se ha mantenido como un término de valor para los distintos postulados que han buscado comprender la labor del analista, por lo que ha estado íntimamente ligada al estudio del trabajo terapéutico; teniendo tanta importancia en el ejercicio tanto que el analista sea capaz de manejar técnicas de intervención, como la capacidad de autoanalizar su respuesta emocional frente al analizado.

Observamos que aunque la comprensión del fenómeno ha divergido, hay una base para el término que se ha mantenido constante, siendo el hecho de que la contratransferencia va afectar de alguna forma el trabajo y relación terapéutica, y dependerá de la postura del terapeuta el manejo que haga de ella.

En las posturas psicoanalíticas más recientes, Corveleyn (1997) señala a las corrientes clásicas heredadas de las posturas más freudianas, que

comparten una posición a favor de la supresión de los sentimientos hacia el paciente o al menos la neutralización de estos, y al mismo tiempo remarcan la importancia de que el terapeuta se mantenga en análisis personal para lograr ese control, ya que atribuyen el origen de este fenómeno a la estimulación de conflictos no resueltos en el historial personal del analista, lo cual puede desencadenar conductas que satisfacen las necesidades del terapeuta en lugar de las del paciente (Hayes, 2004).

Fraigne De Gallo, Gallo y Mantykow de Sola (2004) ejemplifican esta postura, colocando como el elemento central del encuadre terapéutico algo que llaman "estado mental", que definen como:

> Un conjunto de significados, que circulan en la mente del analista, producto de la dedicación al método psicoanalítico y que encuentra su expresión en una postura de atención libre flotante a los derivados del inconsciente, a las transferencias, a la contratransferencia y en una disposición a interpretar acerca de los movimientos de las mismas en el encuentro entre analista y paciente en la sesión analítica, para favorecer el acercamiento del paciente a la motivación inconsciente de lo ocurrido durante la misma (p.87).

Para ellas, el analista debe permanecer abierto a una actitud de no-comprensión ante el paciente lo que dará un espacio al intercambio entre el self y objetos internos del analista y conllevará a la comprensión. Si no se tolera la actitud de no-comprensión, surgen los diversos elementos contratransferenciales, por error se tomaría la contratransferencia como un código para descifrar el inconsciente del paciente. Ya que la contratransferencia es un fenómeno inconsciente, consideran que los sentimientos que experimenta el analista deben ser confrontados y contenidos desde el autoanálisis pues es parte permanente de la relación analista-analizado.

En contraposición, las posturas denominadas humanistas dan una apreciación positiva de la contratransferencia, hacen énfasis en la cercanía

suficiente, positiva y real con el paciente y de cómo los terapeutas no deben tener miedo a sus propios sentimientos (Corveleyn, 1997).

Similar a esta postura, Fenieux (2009) propone desde el análisis de su experiencia con dos pacientes, cómo su respuesta emocional a los contenidos de estos fue motor para la creación de lo que ella denomina desde su postura, la intersubjetividad, un espacio que permite la comprensión de la experiencia consciente e inconsciente del analizado y el analista en interacción, donde el fenómeno contratransferencia es una referencia para conocer cómo se desarrolla el tratamiento.

Establece que en aquellos pacientes donde el escenario contratransferencial se llena de sensaciones de nada, tornándose frío y aburrido, se evidencian graves problemas en la diada paciente-analista y en el curso del análisis. Incluso, en uno de las viñetas que expone, relata cómo el haber hecho una referencia de su experiencia emocional a la paciente permitió dirigir el análisis hacia un terreno de exploración mucho más amplio, que permanecía restringido y no permitía la mejoría (Fenieux, 2009).

Estas posturas son similares a las expuestas anteriormente por Racker (1948/1986) y Heinmann (1950), que son con las cuales nos sentimos más cercanos e identificados para abordar esta investigación, ya que se ajustan a la visión constructivista que consideramos útil para abordar este fenómeno.

Cuando se utiliza bien, la contratransferencia sirve como una fuente importante para el entendimiento de los medios primitivos de comunicación no verbal, descubrir puntos ciegos y estimular el auto análisis (Machado, Coelho, Giacomelli, Donassolo, Abitante, Dall'Agnol & Eizirik, 2014).

Diversos autores han afrontado el fenómeno contratransferencial partiendo de una posición positivista, empleando para ello una metodología cuantitativa o mixta para obtener sus resultados. Sin embargo, tal como menciona Firestone (1987), el uso del conocimiento y hallazgos que brindan las investigaciones cualitativas y cuantitativas es complementario, y brinda robustez a la línea de investigación.

En este sentido, decidimos incluirlas dentro de nuestro marco referencial debido al aporte que representan para la comprensión de la historia del concepto y su influencia dentro del trabajo terapéutico. Sin embargo,

presentamos algunas reflexiones críticas de importancia para encausar nuestra investigación hacia las metas que queremos alcanzar. A continuación, ofrecemos un recuento de investigaciones que realizan un amplio trabajo de conceptualización que consideramos importante para el entendimiento del fenómeno.

No es hasta 1968, con la investigación de Yulis y Kiesler (citada en Rosenberger y Hayes, 2002), que empieza el interés por el estudio empírico a profundidad de las experiencias del psicoterapeuta hacia su paciente, apareciendo así nuevas discusiones sobre el efecto verdadero que tiene la contratransferencia en el trabajo terapéutico.

Dicha técnica, consistía en colocar una grabación actuada de una sesión de un cliente y calificar si las respuestas que iba dando el terapeuta evaluado, a las frases de dicha grabación, expresaban una conducta contratransferencial. De esta manera se hace un acercamiento a la identificación de qué elementos conforman la contratransferencia y comienza una clara línea de investigación empírica de este fenómeno, la cual denominan Rosenberger y Hayes (2002) investigación análoga, ya que se caracterizó por arreglos experimentales donde se estudiaron sentimientos y conductas contratransferenciales, utilizando mayormente correlaciones de instrumentos de medición como encuestas e inventarios, con la técnica de Yulis y Kiesler (citado en Rosenberger y Hayes, 2002).

A través de los años, las investigaciones comenzaron a progresar, dejando de lado el arreglo de Yulis y Kiesler, y dando paso a métodos modernos que se consideraban más confiables. Un ejemplo de esto es la investigación de Gelso, Fassinger, Gómez y Latts (1995), en la cual se buscaba entender las reacciones contratransferenciales hacia clientes lesbianas y encontrar si el género del terapeuta modera la relación con su cliente dependiendo de la orientación sexual de este.

Los autores midieron la contratransferencia a partir del número de palabras sexuales que los terapeutas creían recordar en el discurso de las clientas grabadas y una escala de contratransferencia modificada a partir del Countertransference Factors Inventory. Este inventario revolucionó la

investigación cuantitativa del fenómeno contratransferencial, creada por Van Wagoner, Gelso, Hayes y Diemer para su investigación de 1991 sobre los factores en el terapeuta que podrían facilitar el manejo de la contratransferencia, ya que brinda un modelo que plantea una conceptualización del manejo de la contratransferencia.

Sólo resultó significativa la relación entre género y orientación sexual del paciente, pues las terapeutas mujeres tendían a otorgar un número mayor de palabras a las clientas homosexuales (Gelso et al., 1995). Con esto se empiezan a encontrar nexos entre las características propias del terapeuta y las características del paciente con el manejo del trabajo terapéutico.

A finales de los años 80, indican Rosenberger y Hayes (2002) se introdujo otra forma de abordar este fenómeno desde lo cuantitativo, abriéndose al uso de contextos reales de atención terapéutica. Este hito está representado en la investigación de McClure y Hodge de 1987, donde dichos autores buscaban evaluar la percepción distorsionada que tenían los asesores de sus clientes, logrando la participación de 12 asesores y 36 clientes. Este cambio buscaba eliminar la limitada validez externa que presentaban todas las investigaciones que prevalecían el contexto experimental, consideradas análogas. Por ello, este nuevo tipo de investigación es denominado de campo.

Desde nuestro paradigma de investigación, consideramos que este cambio dentro de la línea de investigación cuantitativa es adecuado y necesario, y lo llevamos a nuestra investigación como una referencia de la importancia de contextualizarnos en la complejidad del fenómeno contratransferencial; el hecho de hacer uso de ambientes artificiales y casos dramatizados nos aleja de la comprensión real del fenómeno.

Dentro de dicha línea, decidimos resaltar la investigación de Gelso, Latts, Gomez y Fassinger (2002), en la cual se buscaba explorar la relación entre el manejo de la contratransferencia que tenían los terapeutas y el resultado de la terapia.

Para ello, los autores midieron el manejo de la contratransferencia de 32 terapeutas con una versión modificada del Countertransference Factors Inventory, la cual fue contestada tanto por dichos terapeutas como por sus

respectivos supervisores. El resultado de la terapia de 63 estudiantes fue medido con la Medida del Resultado del Asesoramiento, contestado igualmente por los terapeutas y sus supervisores.

Se encontró una correlación significativa de forma positiva, entre todas las valoraciones de la Medida del Resultado del Asesoramiento (supervisores y terapeutas) y los puntajes totales en el Countertransference Factors Inventory. En base a esto, los autores concluyeron que mientras mejor era el manejo que tenían los terapeutas de su contratransferencia, mayor eran las mejorías que exhibían los clientes al final de la terapia, lo cual se concordaba con la hipótesis establecida. Aquí usando métodos usualmente asociados a un paradigma positivista, los investigadores encontraron resultados similares a los encontrados por investigadores posicionados desde el psicoanálisis como Fenieux (2009).

De estas nuevas metodologías y aproximaciones modernas, surge una amplia línea de investigación llevada por Jeffrey Hayes y Charles Gelso, quienes proponen una definición de la contratransferencia que responde a las distintas posturas que ya se evidenciaban dentro de las investigaciones de corte empírico que han estado surgiendo en los últimos años (Pérez Rojas, Palma, Bhatia, Jackson, Norwood, Hayes y Gelso, 2017)

De nuestra revisión de las investigaciones de corte cuantitativo, encontramos que aunque los autores empíricos citaban a Freud, dado que es quien acuña el término, todas las conceptualizaciones que hacen son desde investigaciones empíricas, ya que estas posturas no reconocen un valor en el amplio cuerpo teórico psicodinámico, que pueda servir para su comprensión del fenómeno. Esto lo indica Hayes (2004) “A pesar del sustancial interés teórico por la contratransferencia durante el siglo pasado, los esfuerzos de investigación han sido escasos (…) La contratransferencia surgió del psicoanálisis, un campo tradicionalmente desinteresado en la investigación empírica” (p. 21)

Sin embargo, es una investigación de corte cualitativo, la cual brinda la comprensión completa del fenómeno con la cual este autor construye su teoría. En 1998, Hayes, McCracken, McClanahan, Hill, Harp y Carozzoni, exploran las

causas de la contratransferencia, las cuales organizan en tres clasificaciones: términos de problemas no resueltos del terapeuta (orígenes), eventos específicos que provocaron los problemas de los terapeutas (detonantes) y los resultados de la elicitación de la contratransferencia (manifestaciones).

Para esto, los autores hicieron una revisión de más de un centenar de registros de entrevistas con ocho terapeutas luego de cada una de sus sesiones con sus respectivos clientes designados. Las reacciones contratransferenciales, de los distintos tipos antes nombrados, se encontraron presentes en un 80% de las sesiones. Una gran parte de las reacciones tenían origen en problemas familiares, necesidades y valores, y problemas relacionados a la terapia. El contenido del material del cliente, las comparaciones con otros clientes y el cambio de la estructura en la terapia fueron detonantes importantes. La contratransferencia se manifestó en la mayoría de los casos a través del acercamiento o evitación del cliente, y la presencia de sentimientos negativo (Hayes et al., 1998).

Así, Hayes y Gelso (citados en Pérez Rojas et al., 2017), comprenden a la contratransferencia como aquellas reaccionen internas y externas que experimenta el terapeuta frente a la transferencia u otros materiales clínicos relevantes del paciente, que se ven moldeadas por los conflictos emocionales del pasado y del presente del terapeuta.

En este orden de ideas, para Hayes y Gelso (citados en Pérez Rojas et al., 2017) la contratransferencia sólo será útil dentro del trabajo terapéutico si el terapeuta alcanza un manejo adecuado de la misma. Para ello, debe desarrollar habilidades que le permitan controlar y hacer uso efectivo de estas reacciones al cliente, manteniendo una vigilancia para evitar actuar estas reacciones, lo cual podría dañar el trabajo terapéutico; llevando esto a que se obtengan insights clínicamente significativos de las reacciones internas contratransferenciales, permitiendo avanzar dentro del tratamiento.

Hayes (2004) ya había establecido anteriormente, que un manejo inadecuado de la misma puede llevar tanto a una conducta de autopreservación, como la conducta de evitación que reportaba en sus distintos estudios, frente a la amenaza que representa los contenidos del cliente; como a

una conducta de sobreinvolucramiento con los clientes para cubrir las necesidades de estos. Sin embargo, resalta que la ocurrencia de estas conductas en terapia es muy baja.

La evaluación de cómo es el manejo que tienen los terapeutas de la contratransferencia, se había realizado mayoritariamente con la Countertransference Factors Inventory o sus versiones cortas, desde su creación en 1991 (Pérez Rojas et al., 2017). Por ello, Pérez Rojas y sus colaboradores (2017) desarrollaron un nuevo instrumento que permitiese evaluar el manejo del fenómeno contratransferencial, partiendo del modelo de los cinco factores que utilizó Van Wagoner at al. (1991): auto-insight, habilidad de empatía, auto-integración, manejo de la ansiedad y habilidad de conceptualizar

La nueva escala se denomina Countertransference Management Scale, y es capaz de dar una medida confiable de las cualidades que permiten al terapeuta manejar la contratransferencia durante las sesiones con sus clientes, según lo reportado por sus supervisores. Esta escala permite entender el manejo del fenómeno contratransferencial desde un marco referencial distinto, que propone dos grandes factores clave, el entendimiento que tiene el terapeuta de sus experiencias y conductas, y el impacto de éstas en el cliente; y la integridad y regulación propia, que permite al terapeuta no perder los límites con el paciente mientras maneja sus emociones (Pérez Rojas et al., 2017).

Para los fines de nuestra investigación, rescatamos la comprensión que hacen a nivel teórico del manejo de la contratransferencia, ya que nos ofrece una conceptualización más detallada, que la que ofrecen los autores psicoanalíticos, quienes relegan esta actividad de reflexión al espacio de supervisión y el proceso terapéutico personal que puede llevar el terapeuta. Sin embargo, desde nuestra postura, no podemos compartir la visión de que el supervisor es quien reporta el manejo contratransferencial que hace el terapeuta, ya que consideramos que el fenómeno está subordinado a la relación terapeuta-paciente. El supervisor es una figura que permite o abre paso a un diálogo que facilita la identificación de los elementos contratransferenciales en el terapeuta y a partir de esta narración se puede

construir el significado que puede tener esto dentro de la relación terapeuta-paciente.

Los ítems que componen la escala se dividen en cinco factores: el auto-insight, que engloba capacidad del terapeuta de entender el origen y la interrelación de sus propios pensamientos, emociones y acciones durante la sesión; la habilidad de conceptualizar, representada en la capacidad del terapeuta de procesar cognitivamente, partiendo de la teoría, de la dinámica entre el cliente, la relación terapéutica y el proceso terapéutico, y entender cómo estos interactúan durante la sesión; la empatía, entendida como la capacidad del terapeuta para ponerse cognitiva y afectivamente en el lugar del cliente, entendiendo la perspectiva de éste e identificándose de manera parcial y vicaria con dicho cliente; la auto-integración, que representa la compresión que el terapeuta tiene de los límites entre él mismo y el cliente, que se basan en el sentido de confianza y autoestima que siente por su trabajo, siendo capaz de adaptarse al estrés y la fuerte demanda que representa la sesión con el paciente. Finalmente, el manejo de la ansiedad indica que el terapeuta experimenta un nivel de ansiedad adecuado, del cual reconoce su origen, pero no le sobrepasa ni impide su capacidad de respuesta al paciente.

Desde nuestra postura paradigmática, encontramos necesario buscar referentes de este fenómeno dentro del ejercicio terapéutico en nuestro territorio nacional, y cómo estos profesionales se aproximan a su propia contratransferencia dentro de su espacio de trabajo.

Ana Teresa Torres es una psicoanalista venezolana, con una larga trayectoria y fundadora de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas, describe en su libro “Elegir la neurosis” (2002), su propias experiencias con el fenómeno contratransferencial y reflexiones en base a éstas.

Comprende como parte del tratamiento, una etapa transitoria donde el analizado necesita vivir en simbiosis con el analista, siento éste otro que garantiza la existencia del analizado, encarnando la transferencia, y siendo lo esperado que eventualmente el analizado descubra la transferencia impuesta, lo que le permita aceptar la muerte como un real inevitable, pero perdiendo la misma un carácter persecutorio.

Para ello, la autora indica que el analista debe permitirse experimentar los pensamientos y las emociones, tanto del momento en que se transita como tal la simbiosis, como en el momento en que ésta termina. Sin embargo, Torres (2011) advierte con énfasis que el analista debe reflexionar constantemente sobre esta experiencia transitoria, ya que puede interferir con la capacidad del analista, causando en éste distintas ansiedades, que pudiesen llevarlo a que impulse al analizado a abandonar la simbiosis precozmente o a mantenerlo en dicha simbiosis indefinidamente.

Torres (2011) ejemplifica este fenómenos contratransferencial en este relato “El correlato interesante para mi es haberme sorprendido a mí misma, en otro momento, pensando cuando cruzaba una calle: ‘debo cuidarme porque sería terrible para A que me ocurriera algo’” (p. 165). A esto relaciona que el analista pueda experimentar un sentimiento de estar destinado a salvar al analizado, producto de la fantasía del analizado de encontrar un héroe que le rescatará de su tragedia. Para la autora, este aspecto debe ser manejado por el analista con precaución, ya que no se debe anular la esperanza del analizado, pero este sentimiento puede volver al analista intolerante a los retrocesos en el tratamiento, o hacer que lleve al analizado a una curación precoz (Torres, 2011).

Otro elemento que aparece asociado a la contratransferencia es la ‘‘concordancia psíquica’’. Con algunos analizados, el analista puede comenzar a experimentar emociones dentro de la sesión que no puede asociar a su estado de ánimo o problemática actual, y que surgen de ese proceso empático de entender y captar lo que el analizado siente, aquello con lo que llena al proceso terapéutico (Torres, 2011).

La autora ejemplifica así “cuando le abrí la puerta a la analizada A, experimenté una sensación de mareo (…) Su primera asociación al acostarse en el diván, fue: ‘estoy mareada’. Tuve la seguridad de que no me pasaba nada especial ese día” (p. 169). Frente a esto, Torres (2011) indica que el analista debe buscar la distancia óptima con el analizado, a través del vaivén entre las distorsiones en la percepción que el analizado tiene del analista, y en los

momento donde el analizado precisa al analista como si fuese alguien que conoce su intimidad

Finalmente, la autora encadena a esto, la ‘‘atención constante’’ (Torres, 2011), que va más allá de la atención flotante, ya que es la atención que pone el analista a la presencia del analizado en sesión, a quien no se puede dejar de observar, y que se acompaña de los contenidos y asociaciones que se traen a sesión. El diván deja de ser sólo un diván, así como la ropa no es una simple indumentaria, pasan a ser objetos que permiten al analizado poner en presencia su estado de ánimo o la problemática que le afecta.

Torres (2001) asocia este elemento del fenómeno transferencial a la necesidad del niño de ser mirado por la madre, y la necesidad de ésta de mirarlo para entenderlo. La autora concluye que al igual de los elementos nombrados anteriormente, si el analista experimental un interés o un tedio excesivo a la presencia del analizado, se puede ver perturbada su atención flotante, lo que le llevará a promover la distancia o la fusión con el analizado, posicionamiento que afectaría negativamente el tratamiento.

Otro ejemplo del fenómeno transferencial se recoge en una experiencia que relata Llorens (2015) en su trabajo psicoterapéutico con personas afectadas por la crisis política venezolana del 2002, donde el trabajo con un paciente se veía beneficiado cuando el autor registraba sus propias sensaciones.

> “Yo me quedé en silencio, pero con una sensación de tensión y angustia inusual (…) En ese momento la angustia se me volvió a hacer presente y enlacé los dos temas (…) En ese momento (el paciente) se puso a llorar profusamente. La emoción ligada a estas experiencias de desamparo volvió a la consciencia” (p. 280).

La autora Campo Redondo (2008) realizó una investigación cualitativa, desde una postura constructivista, uniendo métodos como la etnografía con el contexto de formación universitaria, para reportar la experiencia y reacciones contratransferenciales de profesionales que se especializaban en orientación

de violencia familiar. Los 14 participantes llevaron registros escritos de los estados afectivos que emergieron al interactuar con las familias, que fueron sometidos a un análisis fenomenológico interpretativo.

Se encontró que todos los participantes experimentaron un impacto emocional importante al compartir con familias donde existe violencia. Este impacto se componía de la presencia de una necesidad de ayudar a la persona más vulnerable, el rechazo al victimario, sentimientos de tristeza, rabia, angustia, pena y vergüenza ajena, así como satisfacción por el trabajo realizado, o sentimientos de impotencia, cansancio, agotamiento y fastidio frente a las situaciones de algunas familias (Campo Redondo, 2008).

Los participantes utilizaban la reflexión y el diálogo interno para comprender el impacto emocional que experimentaban, permitiéndoles obtener mayor entendimiento de la situación familiar. Esto se apoyó en la experiencia grupal y educativa en que se enmarcaba el estudio, ya que los participantes eran a su vez estudiantes que utilizaban los espacios de clase para pensar reflexivamente y obtener una visión amplia, dinámica y vivencial, del impacto que generaba en ellos el trabajo con estas familias, desarrollando competencias más eficaces para orientar a la familia y mejorando el manejo de las reacciones contratransferenciales (Campo Redondo, 2008).

Por ello, Campo Redondo (2008) concluye que el elemento de aprendizaje y reflexión fue decisivo en la experiencia de los participantes, siendo crucial en ellos, el reconocimiento de los estados afectivos que experimentaban cuando interactuaban con las familias, lo cual influyó positivamente en la comprensión de los casos. Por ello, la autora cierra indicando que el “autocuidado” y la reflexión deben ser permanentes en los profesionales que trabajen tanto en la orientación, como el cualquier área donde se traten experiencias traumáticas y con violencia.

Así, hemos expuesto, a lo largo de este apartado, la historia y actual comprensión del denominado fenómeno contratransferencial, que desde sus inicios ha estado profundamente ligado el ejercer del terapeuta, sea psicólogo o psicoanalista; y no se limita a un contexto sociocultural particular, evidenciándose en distintos lugares del mundo. Es una experiencia que toma la forma de quien la vive, por lo que se ha conceptualizado de distintas maneras.

Sin embargo, si en algo todos los autores concuerdan, es que como terapeutas existe una obligación de manejar este fenómeno, independientemente de la postura que se profese, ya sea utilizándolo como un medio para conducir la atención que se da al paciente o buscando disminuir el efecto que tiene sobre el terapeuta. Es por ello que buscamos desde nuestra investigación, lograr conocer cómo los psicólogos venezolanos actualmente conceptualizan el fenómeno contratransferencial, entendiendo cómo aparece en su espacio laboral y su influencia en el desarrollo de estos profesionales, dentro de las particularidades socioculturales que han caracterizado a nuestro país en los últimos años.

Problema de investigación

Nuestra investigación se encuentra contextualizada en Venezuela, un país afectado en muchos sentidos: en lo económico, político y educativo. Durante una gran parte de su historia moderna, nuestro país ha sido dependiente de las rentas petroleras. Pero, con la caída de los precios del petróleo a nivel internacional, el país entra en un déficit en la balanza mercantil y comienzan a verse los efectos para el año 2009 a nivel macroeconómico, ya que la economía venezolana comienza a decrecer (Artola Korta, 2016)

Actualmente, Venezuela transita por una fuerte crisis económica caracterizada por la escasez y la inflación (Artola Korta, 2016). La inflación se ubica por encima del 700%, y además se espera que aumente para el año 2018. Igualmente, se espera que para este año la economía se contraiga un 7,4%, y baje hasta 4,1% para el año 2018 (El Impulso, 2017).

Esto ha tenido efectos negativos en distintas áreas de la sociedad venezolana, entre esas, los espacios de salud mental del país. Aunque éste cuenta con 12 hospitales psiquiátricos y 78 centros ambulatorios públicos (Materano, 2017), estas instituciones sufren fallas en las infraestructura, escasez de medicamentos y no cuentan con el equipo interdisciplinario necesario para atender a los pacientes. Un ejemplo de esto lo recogen Kohut y Casey (2016) en su reportaje sobre las precarias condiciones del Hospital El Pampero de Barquisimeto.

En este orden de ideas, Materano (2017) reporta que en el Hospital Psiquiátrico de Caracas, se ha tenido que disminuir la cantidad de pacientes psiquiátricos que se atienden, tanto en el área de hospitalización como en la consulta externa, al punto de clausurar el servicio de psiquiatría infantil. Ya no queda ninguno de los 12 especialistas con los que contaba el hospital.

A la par, resultado del fuerte estrés que genera en los ciudadanos las dificultades diarias para sortear la escasez de alimentos y medicamento frente a la alta inflación monetaria, han aumentado los índices de crisis de ansiedad y trastornos de pánico, como se refleja en las consultas psiquiátricas del Hospital

Vargas, que han paso de 40 pacientes diarios en el 2016 a más de 70 para el año 2017 (León, 2017). La Sociedad Venezolana de Psiquiatría informa que sietes caraqueños de cada diez, ha manifestado signos de ansiedad. El gobierno venezolano no brinda cifras oficiales desde el año 2008, para el cual se calculaba que 6,9% de la población venezolana sufría de depresión (Materano, 2017)

Así, la labor de los psicólogos terapeutas en Venezuela se vuelve mucho más ardua, ya que no sólo se encargan de sus pacientes, quienes viven afectados por el contexto sino que ellos son, en sí mismos, ciudadanos que también adolecen estas problemáticas; y esto crea un contexto laboral particular, caracterizado por dificultades que condicionan la práctica terapéutica y la diferencian de la práctica en otros espacios o contextos, fuera de nuestro territorio nacional. Entre las dificultades se encuentra que la situación económica merma también la posibilidad de que los terapeutas contraten a una figura que supervise su práctica. Esto podría implicar que los efectos de la contratransferencia pasen desapercibidos por el terapeuta y, en consecuencia afectar negativamente el tratmiento.

Llorens (2015) describe como la vida social, en el caso de Venezuela, una vida volátil cargada de dificultades en ámbitos culturales, económicos y políticos, se cuela en el espacio psicoterapéutico a través de preguntas, dilemas y demandas de cambio que hacen los pacientes. Así, el terapeuta venezolano se ve en la obligación de buscar la forma de afrontar estas circunstancias, replanteándose las postulaciones clásicas del trabajo clínico.

La práctica psicoterapéutica es reciente en nuestro país, si se toma en cuenta que la primera escuela de psicología se abrió hace apenas 60 años en la Universidad Central de Venezuela (Gómez Álvarez, 2006), siendo así que es reducida la cantidad de psicólogos que actualmente ejercen en el país, calculándose para el 2006 unos 5736 federados en la Federación Venezolana de Psicólogos (Gómez Álvarez, 2006).

Cuando tomamos en cuenta lo reciente que es las psicoterapia en nuestro país, y la reducida cantidad de estudios que se producen actualmente, ya que Venezuela muestra una caída en su producción de investigación

científica en comparación con el resto de los países (Sabino, 2017), resultado de las dificultades sociales y políticas que está transitando; entendemos la importancia de producir este cuerpo de conocimiento.

Nuestra investigación brinda un aporte necesario al conocimiento psicoterapéutico en nuestro país, que invitará a los profesionales de esta disciplina, a reflexionar sobre la calidad de su práctica, y replantearse todas aquellas visiones que dan por sentadas, ya que como indica Llorens (2015) “A menudo los psicoterapeutas, en la medida en que van adoptando una perspectiva teórica, van teniendo mayores dificultades para ver los fundamentos (ontológicos, epistemológicos, metodológicos, éticos y políticos), pasando estos mayormente desapercibidos” (p. 164).

Además, Mitchell (citado en Llorens, 2015) resalta como en el pasado los psicoanalistas se enorgullecían por tener un amplio conocimiento, pero en el presente, hacen énfasis en el valor y el coraje que tiene reconocer que no se tiene todo el conocimiento. Por lo que en la actualidad la contratransferencia, que una vez fue tan rechazada y vista como amenaza al resultado de la terapia, ahora representa una ventana para la reflexión y autoevaluación de la calidad del trabajo y relación con el paciente, siendo esta postura la que compartimos como investigadores.

Este fenómeno ha sido estudiado principalmente por autores norteamericanos y con metodología cuantitativa. Rosenberger y Hayes (2002) indican que el cuerpo teórico sobre este fenómeno se encuentra disgregado, recomendando la búsqueda de un esquema que organice la información encontrada y la unifique. Consideramos que esta problemática se debe a que este fenómeno no se ha estudiado de forma adecuada. Una aproximación cualitativa beneficiaría la comprensión del mismo, ya que profundiza en los sentimientos y vivencias subjetivas de terapeutas y analiza las posibles causas del fenómeno contratransferencial, como se observó en la investigación de Hayes et al. (1998).

Nuestro interés por el estudio del fenómeno contratransferencial nace de del aprecio que tenemos por las teorías de corte psicodinámico, y por el deseo de convertirnos en psicólogos clínicos; además de una clara curiosidad, por

entender la manera en que piensan los terapeutas durante su trabajo en sesión.

A medida que adquirimos conocimiento en la materia, nos encontramos cada vez más interesados en este fenómeno, por lo cual buscaremos con esta investigación cómo los terapeutas venezolanos construyen su experiencia relacionada al fenómeno contratransferencial, enfocándonos en los elementos que elicitan el mismo y de qué formas distintas se manifiestan en el terapeuta; así como la forma en que ellos manejan la contratransferencia cuando aparece, buscando que este cuerpo de conocimiento sirva para iniciar conversaciones reflexivas y críticas sobre el ejercicio de esta profesión tan compleja en nuestro país.

Yo, Gabriel, si bien siento particular agrado por las teorías psicodinámicas y quiero dedicarme a la psicología clínica, la investigación ha resultado desafiante para mí. Al inicio este tema no fue el que me planteé, mi interés ha ido incrementando en la medida en que he profundizado en la revisión documental.

Al inicio resultó intimidante la inmersión en teorías y términos psicoanalíticos debido a que la formación que nos proporciona nuestra escuela de psicología no abarca muy a fondo estas teorías. De igual manera, nuestra enseñanza ha estado enmarcada, fundamentalmente, bajo un enfoque positivista por lo que adoptar una investigación de corte cualitativo también ha representado un reto.

Como parte de este proceso de confrontación entre paradigmas, suele ser complicado cuestionar los planteamientos realizados desde el método cuantitativo y enfocarme en planteamientos desde una postura constructivista. Recientemente he aprendido a responder y apreciar las críticas que se hacen a las investigaciones cualitativas y entender cuáles son las limitaciones de elegir entre esta y las de tipo cuantitativo.

Igualmente, yo, Stephanie, comparto con mi compañero el cambio tan extremo que ha representado comenzar a utilizar un posicionamiento cualitativo, siendo en nuestro caso constructivista. Después de una enseñanza tan positivista y basada en lo estadístico, resulta desafiante reflexionar desde

otra perspectiva, por lo que he tenido que ejercitarme y darme espacios para aprender tanto de este tipo de investigación como del tema que trabajamos.

En este orden de ideas, desde que se nos planteó el tema en un primer momento, me sentí muy interesada por el mismo, en especial porque comparto ese gusto por las teorías psicodinámicas y el trabajo clínico. Además, en este último año he tenido la oportunidad de compartir con grandes profesionales del área que me han enseñado que la contratransferencia es un fenómeno que debe ser reconocido y aprovechado en pro de la terapia y la mejoría del paciente. Por ello, puedo decir con seguridad que me apasiona nuestra investigación.

Es importante reconocernos como investigadores involucrados en el proceso, cuya visión personal juega un rol fundamental para las conclusiones que se vayan a dar, ya que tal como indican Bochner y Ellis (1996) la práctica de una versión alternativa al modelo idealizado del observador objetivo, aquel que está separado de lo ocurre, busca un entendimiento más profundo y refinado de lo que se estudia, permitiendo una dinámica que se niega a descartar discusiones más profundas o quitarle valor a la voz del otro.

Diseño general de la investigación

Postura paradigmática

Guba y Lincoln (2002) definen paradigma como un “sistema básico de creencias o visión del mundo que guía al investigador, ya no sólo a elegir los métodos sino en formas que son ontológica y epistemológicamente fundamentales” (p.113).

Toda investigación debe enmarcarse en un paradigma, ya que éste delimita el posicionamiento ontológico, epistemológico y metodológico que tendrá la misma frente a la realidad, es decir: la manera en que el investigador ve al mundo y cómo actúa en él, lo que considera como la realidad, y cuánto y cómo puede acceder a ésta (Denzin y Lincoln, 1994). Con el propósito de desarrollar nuestra investigación, nos posicionamos desde el constructivismo. Esta corriente paradigmática propone planteamientos que son ideales para la fundamentación de nuestro trabajo.

Cuando Fenieux (2009) habla del proceso intersubjetivo, que se da a través del fenómeno contratransferencial, expresa:

> Este proceso de regulación mutua es aplicable a la relación analítica en la cual ambos participantes regulan y afinan sus propios estados y los del otro al servicio de un encuentro intersubjetivo que permitirá al paciente recontextualizar experiencias del pasado así como enriquecer y reorganizar su mundo interno (p. 396).

Esto lo relacionamos con la postura ontológica del constructivismo, entendida como relativista, donde las realidades se comprenden en construcciones múltiples intangibles basadas en interacciones y experiencias en un contexto específico. La forma y contenido de la realidad depende de las personas que la construyen. (Denzin y Lincoln, 1994).

Su postura epistemológica es transaccional y subjetivista. El objeto de estudio y el investigador están vinculados de manera interactiva, por lo cual, las

construcciones se dan a lo largo del desarrollo de la relación. Su metodología es la hermenéutica y la dialéctica, ya que las construcciones personales sólo pueden ser creadas y complejizadas a través de la interacción (Guba y Lincoln, 2002).

Kant, considerado como uno de los principales precursores del constructivismo, establece que el conocimiento de la realidad es un proceso de adaptación, donde las representaciones internas son un modelo de la realidad, que se crean dentro del hombre y se complejizan a lo largo de su existencia, construyendo una base, a través de la cual los sujetos sostienen su comportamiento (Araya, Alfaro y Andonegui, 2007). El noúmeno, es decir, la verdad última, no es perceptible a través de nuestros sentidos, y los fenómenos son sólo perceptibles a través de la construcción de éstos con base en la experiencia e interacción.

Para fines de nuestra investigación, y luego de una revisión de la literatura, especialmente los resultados de la investigación de Hayes et al. (1998), encontramos que el uso de una metodología cualitativa nos permitiría tener la aproximación más adecuada al tema que estamos presentando

Guba y Lincoln (2002) establecen que:

> El término *cualitativo* es un concepto "sombrilla" que abarca más que el *paradigma* (…) se trata de un término que debería limitarse a la descripción de tipos de métodos (…) el uso de métodos tanto cualitativos como cuantitativos puede ser apropiado para cualquier paradigma de investigación (p.113).

Una aproximación cualitativa nos permitiría profundizar en la vivencia del psicoterapeuta, cuando se hace revisión del estudio de la contratransferencia en las investigaciones cuantitativas, como las de Hayes et al. (1998) y Gelso (1995 y 2002), podemos observar que usan simulaciones de sesiones con pacientes, fragmentos de sesiones escritos y cuestionarios cerrados o preguntas tipo Likert. Este tipo de análisis, en nuestra perspectiva, no permite aprehender información que puede ser relevante para el entendimiento del trabajo terapéutico y cómo influye la contratransferencia en este.

Los resultados de Hayes et al. (1998) dan información acerca del entendimiento a profundidad de la experiencia del terapeuta, cómo surge y cómo afecta la dinámica terapéutica; al punto de ser la base con la que posteriormente Hayes (2004) logra la construcción de su propia teoría para conceptualizar la contratransferencia.

Consideramos que al examinar la manera en que nuestros colaboradores construyen lo que para ellos es la contratransferencia, el papel que juega en su trabajo, y los pros y contras de lo que implica; a través de entrevistas semi-estructuradas que les den libertad de direccionar sus respuestas y compartir experiencias pasadas, obtendremos información fundamental que de otro modo podríamos pasar por alto.

El constructivismo como epistemología que trata de entender la naturaleza del conocimiento humano, considera que nada viene de nada, el conocimiento, las experiencias y todo el conjunto de vivencias que pueden atravesarse dan vida a nuevo conocimiento (Payer, 2005). En nuestro trabajo tratamos de entender la naturaleza de la contratransferencia, qué elementos de experiencias y vivencias del terapeuta evocan este fenómeno y cómo le ayuda a construir su trabajo con el paciente.

Para Abbot (1999. Citado en Payer, 2005):

> El constructivismo sostiene que el aprendizaje es esencialmente activo. Una persona que aprende algo nuevo, lo incorpora a sus experiencias previas y a sus propias estructuras mentales. Cada nueva información es asimilada y depositada en una red de conocimientos y experiencias que existen previamente en el sujeto, como resultado podemos decir que el aprendizaje no es ni pasivo ni objetivo, por el contrario es un proceso subjetivo que cada persona va modificando constantemente a la luz de sus experiencias (p. 2).

Principalmente, la construcción del conocimiento de éste fenómeno en este trabajo se lograría a través de la experiencia vivida por nuestros colaboradores en el área, junto al conocimiento que nosotros como

investigadores hemos cultivado a través de la extensa revisión de bibliografía acerca del tema. De tal manera que ambas partes podamos nutrirnos del conocimiento del otro con el propósito de proporcionar un valioso aporte al área de la investigación de la psicoterapia en nuestro país.

A través de nuestra investigación quisiéramos aportar al conocimiento que se tiene actualmente sobre la contratransferencia y de algún modo influenciar el trabajo de los terapeutas a través de las reflexiones que podrían generar en ellos, contextualizándose en el trabajo terapéutico propio.

La contratransferencia está presente en todas las relaciones psicólogo-paciente, como establece Fenieux (2009) “Cada vez que tengo la oportunidad de trabajar con un paciente irrevocablemente, en la intimidad del proceso, éste me lleva a un lugar imaginario, creado en la situación transferencial-contratransferencial” (p.393). Se da como resultado del procesamiento de la información que proporciona el paciente, dando lugar a una dialéctica en la cual se reconstruye constantemente el significado, que tiene el psicoterapeuta del paciente como concepto, a través del desarrollo de la relación interactiva psicoterapéutica en un contexto, en este caso el encuadre, y a través del tiempo.

Objetivos

Conocer la construcción del fenómeno contratransferencial a través de la experiencia de psicólogos clínicos dedicados a la psicoterapia, desde una postura psicodinámica, en el área metropolitana de Caracas.

Objetivos específicos:

- Comprender qué elementos elicitan la vivencia del fenómeno contratransferencial en psicólogos clínicos dedicados a la psicoterapia psicodinámica.
- Identificar cómo se manifiesta el fenómeno contratransferencial en la experiencia de psicólogos clínicos dedicados a la psicoterapia psicodinámica.

- Entender cómo el fenómeno contratransferencial es manejado en el ámbito laboral por psicólogos clínicos dedicados a la psicoterapia psicodinámica.

Participantes

Bajo el criterio de Mack, Woodsong, MacQueen, Guest y Namey (2005) trabajamos con un muestreo propositivo, ya que decidimos con qué participantes colaboramos en base a su pertenencia a un grupo específico. Así aseguramos que hubiesen experimentado la contratransferencia. Además, la cantidad de participantes que usamos estuvo limitada por el criterio de saturación que se ha utilizado en conjunto a este tipo de muestreo.

Para Glaser y Strauss (Citados en Taylor y Bogdan, 1987):

> La estrategia del muestreo teórico puede utilizarse como guía para seleccionar las personas a entrevistar. En el muestreo teórico el número de "casos" estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada "caso" para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones sobre el área estudiada de la vida social.

Los colaboradores fueron psicoterapeutas con afinidad a corrientes psicodinámicas en el área metropolitana de Caracas con al menos estudio de posgrado dentro del área de estudio clínico, y un mínimo de cinco años de experiencia en la práctica profesional y actualmente ejerciendo en dicha labor. Se comenzó trabajando con dos psicoterapeutas y en base al criterio de saturación, donde la adición de un nuevo terapeuta se realizaría sólo si el mismo aportase información adicional relevante a nuestra investigación.

La importancia del aporte de un psicoterapeuta psicodinámico yace en que son los que tradicionalmente están familiarizados con el concepto de contratransferencia como resultado de una base teórica fundamentada en la tradición psicoanalítica (Corveleyn, 1997), la razón para trabajar con psicólogos que posean un posgrado de especialización clínica está basada en que es la

manera de asegurar que posean la capacitación formal y avalada por una institución, necesaria para ejercer como psicoterapeuta.

A través de la revisión de Van Broek y Lietaer (2008) sobre las regulaciones del ejercicio de la psicología en 17 países europeos, podemos contrastar las regulaciones existentes acerca de la práctica psicoterapéutica en Venezuela, observándose una discrepancia importante, donde en nuestro país no hay una especificación acerca de los requerimientos más allá de tener una licenciatura y estar inscrito en la Federación de Psicólogos de Venezuela para ejercer como psicoterapeuta como está establecido en el artículo 4 de la Ley del Ejercicio de la Psicología, mientras que en al menos 7 países europeos cuentan con una regulación legal específica para las actividades profesionales de los psicoterapeutas.

AVEPSI (2016b) reconoce que actualmente en nuestro país no existen requisitos legales para ejercer la profesión. Sin embargo, esta organización oferta certificaciones en psicoterapia, para las cuales exigen cumplir con una adecuada preparación teórica, mantener una supervisión de su práctica y haber asistido a una psicoterapia personal; esto con el fin de que en un futuro puedan convertirse en requisitos legales y así poder garantizar los mejores estándares para la formación y práctica de la psicoterapia en Venezuela (AVEPSI, 2016a)

Además, buscamos responder a una crítica a las investigaciones realizadas previamente, que se basaban en la medición de la contratransferencia en terapeutas en entrenamiento (Gelso, 2002; Rosenberger y Hayes, 2002). Al contar con un terapeuta con una amplia experiencia en el campo profesional, aseguramos que haya experimentado una cantidad importante de situaciones con distintos tipos de pacientes que les hayan permitido establecer su posición frente al fenómeno contratransferencial. Como estudiantes de pregrado en la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), tuvimos acceso a posibles candidatos, profesores de la Escuela de Psicología, que cumplan los criterios previamente establecidos dentro del campus. Igualmente, se contactaron profesores de la Universidad Metropolitana que estuvieron dispuestos a participar en la investigación.

Rol del investigador

Nosotros como investigadores, mantuvimos una sensibilidad que nos permitió adoptar un rol reflexivo frente a todas las decisiones y acciones tomadas respecto a los contenidos trabajados en nuestra investigación.

Como investigadores tenemos en cuenta que la realidad del fenómeno que estudiamos es sólo alcanzable en función de la interacción con nuestros participantes, con los cuales construimos la interpretación y descripción de sus experiencias frente a lo que denominamos contratransferencia.

Además, teniendo en cuenta nuestra posición como estudiantes de pregrado relacionándonos con profesionales experimentados, tratando un concepto intrínsecamente relacionado a su labor profesional, tal como indican Denzin y Lincoln (1994), el investigador debe enfrentarse a las éticas y políticas que se encuentran detrás del proceso de investigación, que no puede ser percibido desde una visión desligada del contexto situacional que enmarca toda relación entre humanos.

Como investigadores y tomando en cuenta nuestra posición como estudiantes frente a profesores, hicimos lo posible por propiciar una relación horizontal en la que los profesores no se sintieron juzgados por el estudio de su trabajo profesional, o desestimar nuestro rol como investigadores. Esto surge de la dificultad que plantea Hayes (2004), dado que los terapeutas manifiestan una resistencia considerable al escrutinio de su trabajo, ya sea por miedo a ser expuestos durante la investigación o diferencias entre las posturas epistemológicas de los investigadores y las propias.

Contexto de recolección de información

Ambos investigadores entrevistamos a los terapeutas, siguiendo los parámetros que pudieron ser establecidos por ellos y adaptándonos a su disponibilidad y encuadre. Según Taylor y Bogdan (1987) los participantes buscarán mostrar aquellos aspectos de su vida, y en este caso trabajo, que sean más favorables y ocultar los restantes. Fue nuestra labor generar el rapport necesario y mantener una relación horizontal que propició la obtención

de información pertinente a la experiencia contratransferencial incluso cuando no ofrezca una visión del todo favorable de los participantes.

Para Taylor y Bogdan (1987), el contexto de recolección de información ideal es en el cual el observador tiene fácil acceso y puede establecer una relación inmediata con el informante, sin embargo esto no es común y no siempre se recolecta toda la información esperada o incluso deseada y resulta producto de negociaciones. Por lo cual como establecíamos anteriormente, se negoció con los informantes las bases de obtención de información que aseguren el contenido de mayor interés para la investigación. Por ello las entrevistas se realizaron en el espacio de preferencia para los terapeutas, donde pudieron comunicar con confianza la información que se pretende recabar.

Mack et al. (2005), propone que los investigadores deben comunicar a los posibles participantes de forma clara de qué trata el estudio, qué se espera de ellos como participantes y cómo va a ser respetada su privacidad, previendo cualquier planteamiento que pueda ser interpretado como coacción. De esta manera la relación entre investigadores e informantes se mantiene lo más horizontal posible.

Prácticas de recolección de información

Para nuestra investigación utilizamos la entrevista a profundidad, que Taylor y Bogdan (1987) establecen como un método donde los investigadores, estando cara a cara con los participantes, buscan la comprensión de las perspectivas que tienen estos con respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, expresándolas con sus propias palabras. Es un intercambio entre iguales, lejos de un de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

Esta técnica la seleccionamos porque nos permitió aprehender todo lo que los participantes pueden compartir con nosotros acerca de la contratransferencia, ya que para Álvarez y Gayou (2004) “la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado y desmenuzar los significados de sus experiencias” (p. 109).

Las entrevistas las realizamos en conjunto, con la finalidad de comparar los datos recolectados y garantizar la dependencia o consistencia lógica, en la cual se espera que ambos investigadores logremos recabar información similar (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

En nuestras entrevistas no dirigimos a los participantes de manera que dieran respuestas con nociones preconcebidas, ni se les animó a dar respuestas particulares, ya que mantuvimos una actitud neutral escuchando atentamente y no expresando acuerdo o desacuerdo con lo que los participantes informaron, siguiendo los lineamientos para una adecuada entrevista que proporciona Mack et al. (2005)

Para las entrevistas se utilizó una guía previamente elaborada, sin embargo, nos dimos la libertad de modificar la estructura durante el proceso de entrevista si el diálogo lo ameritaba. Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento previo de los participantes.

Método de análisis e interpretación de información

Se decidió hacer un análisis temático a partir de la información recolectada en las entrevistas a profundidad, ya que, según Braun y Clarke (2006), es un método que permite al investigador identificar, analizar y reportar patrones o temas dentro de la información recolectada.

Se ha encontrado que este tipo de metodología es considerada lo suficientemente robusta para utilizarse en estudios cualitativos de distintos fenómenos ya que puede proveer una data de alta calidad (Vaismoradi et al., 2013). Sin embargo los autores citados establecen que para obtener este tipo de resultados los investigadores deben ser reflexivos, revisando constantemente la data desde distintas perspectivas y siguiendo las etapas planteadas para el análisis. Por ello seguimos esas recomendaciones para conseguir un profundo entendimiento del fenómeno y asegurarnos de que la presente investigación cumpla con el criterio de credibilidad (Hernández, 2003).

Por ello seguimos la recomendación de Tuckett (2005) de mantener un diario de campo ya que este representa una etapa temprana del análisis de

datos, brindando un espacio dinámico para registrar la posible forma que pueda tomar la data recolectada, así como permitirnos plantear posibles interpretaciones, ideas, preguntas y direcciones a las cuales se pudiese llevar la data ya que el autor indica que mantener un registro de los temas durante el proceso de las entrevistas a profundidad asegura la búsqueda activa de temas en el investigador.

Como fue mencionado anteriormente, la dependencia es un factor importante, por la cual ambos realizamos análisis e interpretaciones preliminares de la información para asegurar la presencia de acuerdos en el contenido manejado (Hernández et al., 2003).

En lo que respecta al análisis de data, utilizamos los seis pasos planteados por Braun y Clarke (2006), comenzando por familiarizarnos con la data transcribiendo las entrevistas, releyéndolas en distintas ocasiones para identificar cuáles son las ideas iniciales que aparecen dentro de la información recolectada. A continuación generamos los códigos iniciales donde ubicamos la data relevante de contenidos que presentan los terapeutas en relación al fenómeno contratransferencial; posteriormente buscamos temas con los que podamos agrupar los códigos formados para luego seleccionar los temas que engloben tanto los códigos iniciales formados como nuestro tema inicial de investigación, la contratransferencia. Para finalizar, otorgamos un nombre para estos temas con una definición adecuada de los mismos, y así realizar el reporte final de los contenidos trabajados en relación a la literatura revisada previamente en el trabajo investigativo.

Consideramos que este método es la herramienta adecuada para permitirnos construir una descripción de los contenidos recurrentes que los participantes comparten asociados al fenómeno contratransferencial. Sistematizando los elementos característicos de este fenómeno a la vez que combinan el análisis de sus significados dentro de un contexto particular prevaleciendo el análisis de ciertos aspectos de la data sobre un análisis más general (Vaismoradi et al., 2013).

Consideraciones éticas

Nos regimos por el código deontológico de la práctica de la investigación en la psicología aprobado por la escuela de psicología de la Universidad Católica Andrés Bello en el 2001, que establece como principios generales la competencia, la responsabilidad, el respeto por los individuos participantes, el compromiso por la sociedad y la concordancia con los principios de la ciencia y la tecnología. Igualmente frente a los participantes indica que es obligatorio contar con el consentimiento informado de los mismos así como resguardar la privacidad de su información, la cual fue obtenida respetando los derechos individuales.

Claramente, tratamos un tema que está relacionado con la praxis realizada por el terapeuta, lo cual puede llevar a que éste se sienta incómodo con algunas experiencias vivenciadas a lo largo de su trabajo. Como actores críticos frente a nuestras posturas y acciones, estuvimos vigilantes de no coaccionar a los terapeutas a develar información que no es cómoda para ellos discutir, por nuestro anhelo de relacionar su vivencia con los contenidos teóricos revisados.

Por ello partimos de la norma de no coacción establecida por la American Psychological Association (APA) que hace referencia al hecho de que como investigadores, jamás debemos obligar a las personas a participar en nuestro estudio, siendo así que en caso de que un terapeuta tomase la decisión de no participar en nuestra investigación, respetamos siempre la misma; así como tuvimos siempre abierta la posibilidad de retirarse de nuestra investigación en el momento que lo desearan.

Discusión

Luego de completar el muestreo propositivo, acordamos con seis participantes que cumplían con nuestros requerimientos, realizar las entrevistas a profundidad para obtener la información necesaria que posteriormente se analizó siguiendo los pasos de Braun y Clarke (2006). Se comenzó trabajando con dos psicoterapeutas mujeres, y en función a la revisión preliminar de las entrevistas y las discusiones que llevábamos a cabo en nuestros diarios de campo *"Una temática que apareció en ambas entrevistas fue la respuesta contratransferencial desde el rol de madre…Eso nos tiene ya considerando asegurar una entrevista con un psicoterapeuta hombre"* (Diario de campo Stephanie) se aseguró una entrevista más con una psicoterapeuta, y tres entrevistas con psicoterapeutas hombres.

Como resultado de nuestra recolección de información hicimos una revisión de los contenidos planteados en las entrevistas y categorizamos extractos con base en temáticas que reflejan, a continuación hacemos una revisión de las mismas:

0.0 Contratransferencia

Los participantes mostraron en sus respuestas ideas claras del concepto que manejan de la contratransferencia, en este sentido la entienden como una respuesta de tipo inconsciente, inherente a la vinculación dada dentro del proceso terapéutico, caracterizada por emociones, pensamientos, creencias que pueden resultar tanto de elementos inconscientes que el paciente proyecta durante el proceso transferencial, como de concepciones personales o vivencias del terapeuta, o incluso la combinación de ambas; como reflejan los participantes

> *"(…) el término que se ve también en el trabajo que es la... los pensamientos, los sentimientos que los terapeutas tenemos frente al paciente bien sea por lo que nos ha transferido o bien por nuestras propias concepciones personales, por nuestra experiencia de vida."* (Anastasia)

> *"La CT tendría que ver con todas las sensaciones que tiene el psicoterapeuta asociadas al proceso terapéutico con un paciente en específico, así de sensaciones incluiría sentimientos, emociones, creencias, que despierta el proceso terapéutico con un paciente en uno mismo... creo que eso lo definiría."* (Anna)

Estos planteamientos se asemejan a lo postulado por Freud, Racker y Heinmann. Freud (1910/1981) entiende el fenómeno como parte de una dinámica en la relación terapeuta paciente, Racker (1948/1986) lo conceptualizaba con el *cuerpo de resonancia* que es el psicoterapeuta, y Heinmann (1950) la relación entre inconscientes.

> *"Bueno, para mi hay dos maneras de verlo... ¿no? Por eso... por mi formación, que para mí fundamentalmente está el tema de Jung y de Moreno, por el tema de la psicología analítica y el psicodrama, y básicamente, yo lo definiría como las cosas que me van pasando a mí a partir del encuentro con el paciente, lo que me va pasando a mi como terapeuta a partir del encuentro con el paciente... Sí es una fuente de información, es una herramienta de trabajo pero también es una forma de vincularse…"* (Atenea)

> *"La CT es la misma transferencia, ¿en qué sentido? la CT es la misma transferencia si lo vemos del lado del analista o del lado del terapeuta entonces de alguna manera cuando uno habla de experiencia contratransferencial lo que está hablando es de la relación transferencial del terapeuta, eso sería a modo de definición que nos llevaría a qué es la transferencia, entonces la transferencia involucra una forma en que cada uno de los sujetos tiene para vincularse con el otro para establecer hasta ese punto una relación y esa relación está marcada por esas huellas"* (Apolo)

Las conceptualizaciones que dan los psicoterapeutas, varios de ellos con formación psicoanalítica, reconocen la interacción que hay entre los fenómenos transferenciales del paciente y los conflictos personales propios. Este hallazgo es equivalente a lo expresado por Hayes y Gelso (citados en Pérez Rojas et al., 2017), de igual modo, y producto de su investigación empírica, reconocen la interacción que hay entre la transferencia de elementos del paciente, pero también la existencia de conflictos personales propios. Por lo cual, en nuestra revisión, es necesario dejar claro de dónde suele provenir la contratransferencia de nuestros participantes, por lo cual hemos categorizado las respuestas que parecen ser comunes y similares en el espacio terapéutico que construyen con sus pacientes.

1.0. Orígenes

Guiándonos por las postulaciones de Hayes et al. (1998) encontramos una serie de elementos dentro de las entrevistas realizadas, que parcialmente podrían adecuarse al concepto de orígenes que construye el autor. Parte de la una construcción teórica, con base en sus investigaciones, donde clasifican posibles temáticas no trabajadas o concientizadas por el terapeuta, conformadas por problemas familiares, necesidades y valores, y problemas relacionados a la terapia. Sin embargo, ampliamos la descripción del autor con base a las respuestas de los participantes.

1.1. Sentimientos del terapeuta hacia el paciente

La experiencia emocional ha sido la característica más resaltante y reportada en las investigaciones en torno al fenómeno contratransferencial. Ya Ferenczi (Citado en Martín Cabré, 1998) reconocía la importancia de permitirse experimentar las emociones que producían los pacientes en el analista, pero sin llegar al punto de que éstas pudieran interferir con el tratamiento. Heinmann (1950) entendía la base de la contratransferencia como la totalidad de los sentimientos del analista. Incluso Fraigne de Gallo et al. (2004) entendía que, cuando de manejar la contratransferencia el analista debía contener sus sentimientos.

Así, en relación a la contratransferencia, los participantes siempre iniciaban haciendo referencia a su experiencia emocional en el trabajo con los pacientes

> *“Si la persona te cae muy bien, pues entonces no vas a hacer el proceso terapéutico que tienes que hacer porque ahí evidentemente se están jugando cosas personales, y si te cae muy mal, lo mismo”* (Anna)

Con base a la descripción tanto de experiencias emocionales positivas, con algunos pacientes, como negativas con otros, procedimos a dividir la descripción de estas.

1.1.1. Egodistónicos

Todos los participantes reportaron haber sentido en algún momento sentimientos egodistónicos en relación a cierto tipo de paciente, elementos que estos transferían o incluso, ante características particulares de comportamiento. Los sentimientos que más se describían eran de enojo, cansancio, preocupación, miedo, pero también hastío, desespero, asco, sensaciones de estar siendo invadidos, o la existencia de un trato despectivo hacía ellos. Esto llevaba a que, de forma general, se produjera una sensación final de rechazo a la vinculación con estos pacientes.

> ‘‘*CT es por ejemplo cuando viene una paciente y me cuenta sobre el abuso sexual y a mí me genera suponte... Estoy dando un ejemplo, me genera ese asco, claro que tiene parte de mí pero también justamente es lo generado por el relato que ella me está contando, entonces bueno esa es mi posición con respecto a qué es la CT”* (Anakin)

> *“Mira, las veces que me ha pasado ha sido por sujetos que me sean muy mal, que me generan un rechazo, que en la segunda, tercera sesión, y nor... normalmente es con chamos jóvenes, que no sé por qué, hay algo que me*

> *genera rechazo, incluso hubo un caso en específico que me daba miedo"* (Anna)

> *"Ok, mira, mmm... puedes llegar a sentir a veces rabia, te puedes llegar a sentir sobre demandado, sobre exigido, puedes llegar a sentir cansancio o hastío también, con el paciente, a veces puedes ligar que el paciente no venga más, qué paciente tan complicado ¿no?"* (Abraham)

Esto se relaciona a lo expuesto por Fenieux (2009) quien ya reportaba experimentar sensaciones de desesperación, pesar, con sesiones cargadas de un inmenso aburrimiento con un paciente que eventualmente abandona la terapia. Schkolnik (2003) plantea que hay reacciones contratransferenciales negativas que se despiertan en el trabajo con determinados pacientes, y en vinculación a elementos inconscientes del analista. Entre las reacciones, la autora describe aburrimiento, desconcierto, sentimientos de vacío, respuestas somáticas, inquietud, preocupación o rechazo por el paciente.

La explicación que ofrece para esto es que el analista registra los elementos más primitivos del paciente, así como transferencias negativas que han sido puestas en él, incluso sin ser manifestadas de forma consciente, lo cual según la autora, afecta el trabajo de análisis y la dinámica en el vínculo transferencial (Schkolnik, 2003).

> *"(…) uno de mis primeros pacientes tenía una CT muy negativa con este paciente, de verdad me caía muy mal, me generaba mucho rechazo, y claro, después logro entender que esa es justamente la posición en la que él se pone con todo el mundo para generar ese rechazo, para digamos jugar a esa, ese goce ¿no? pero bueno, como me caía mal, yo no lo quería escuchar un día, tenía mis propios problemas ese día, estaba cansada, qué se yo, cualquier cosa, y dije bueno le voy a pasar unas evaluaciones psicológicas"* (Anna)

> *"O sea como que lo escuchaba y de repente se ponía muy explícito con él porque de los asesinatos y eso, y yo lo único que pensaba en mi cabeza no era escucharlo sino era ¡berro! aquí en esta institución no hay detector de metales cuando entras y el vigilante es un gordo que no tiene pinta que va a hacer nada, este tipo puede estar armado aquí y... Aquí quedé yo"* (Anakin)

> *"(…) y los trastornos de personalidad dependientes me desesperan, ¿no? creo que me angustio un poco también, siento que la posibilidad mía de acompañarlos en el proceso es difícil, entonces suelo como también apoyarme como para ver, porque puedo entrar como en unas defensas como muy intelectualizadoras''* (Atenea)

> *"Lo mueves de día, no no, es el paciente. ¡¿Por qué?! ¡¿Por qué me está dando sueño este paciente y no los demás?! Ahí hay un problema, ahí hay una cosa del aparato mental del analista está registrando algún tipo de aspecto de ese paciente, porque es ese paciente o esa paciente, que hay que trabajar"* (Abraham)

Pero las reacciones egodistónicas sólo cubren una parte del rango emocional que pueden experimentar los terapeutas, por lo cual a continuación exponemos las reacciones egosintónicas que fueron encontradas en la revisión dentro del trabajo psicoterapéutico.

1.1.2. Egosintónicos

La mayoría de los participantes hizo referencia a haber experimentado sentimientos como cariño, agrado, deseos de cuidado y disfrute por el trabajo con ciertos pacientes. El sentimiento final que predominaba era el de cercanía afectiva con estos.

> *"(…) con los niños la CT quizás es mucho más como desde el lugar de... cariñoso puede ser, o sea si bien*

> *están los límites dentro del consultorio y todo hay un acercamiento afectivo que es distinto que con los adultos, digamos hay un... más abrazos, más caricias iba a decir pero o sea... como más acercamiento físico que con los adultos"* (Anastasia)

> *"Ah, sí sí, tenía un paciente que lo disfruté bastante, era un niñito y el problema era que le pegaba a las chamitas en el colegio y se robaba cosas a veces, y justamente lo que ocurría es que venía de una familia evangélica y justamente la agresión no estaba siendo como simbolizada y muchas veces el juego era como simbolizar la agresión y una vez estábamos jugando con plastilina y en ese momento yo estaba como algo pasado de peso y mi muñeco de plastilina el chamo me dice "berro pero te voy a matar porque estás demasiado gordo" y me cuajé de la risa y el chamo también y justamente eso"* (Anakin)

Esto ya lo indicaba Freud en 1912 (Citado en Corbella y Botella, 2003) cuando indicaba que se debía establecer una relación positiva con la parte más saludable del paciente, por lo que el analista debía mantener una actitud comprensiva y de interés. Ana Teresa Torres (2001), psicoanalista venezolana, entiende el deseo de cuidar del terapeuta hacia el analizado como el producto de la fantasía de éste de encontrar un héroe, que origina en el analista la aparición de fantasías de felicidad, es decir, momentos donde el analista se imagina construyendo un destino mejor para su paciente.

Sin embargo, la autora advierte que la falta de revisión de este posicionamiento puede llevar al analista a ser intolerante a los retrocesos en el tratamiento. Por ello, recomienda mantener una distancia óptima en la relación con el paciente (Torres, 2001), lo cual fue igualmente reportado por los participantes en relación con las dificultades en propiciar dicha distancia con esos pacientes con los que el trabajo era particularmente agradable.

> *"(…) en el ámbito del trabajo con los pacientes o con esta paciente, sobre todo una sensación de cuidado y sobreprotección, ¿no?, que casi que rayaba en los límite de la neutralidad. Uno se invita a cuestionarse, bueno, ¿qué está pasando, será que te gusta la paciente? no, independientemente uno puede tener su vida privada aparte satisfecha, lo que sea, a nivel sexual, de pareja, está pasando algo"* (Abraham)

> *"Fíjate, yo más bien llevo más a supervisión, porque me preocupa más la posibilidad de actuar, cuando me caen muy bien, sobre todo personas que son de mi misma edad, o mí mismo rango etario, que me caen bien, etc., esas son personas, esos son casos que suelo llevar más a supervisión… entonces en la medida en que me caen tan bien los pacientes, me enfoco más en esto, o sea, me vuelvo incluso como más, no sé si la palabra puede ser más paranoica de mis propios procesos pa' poder decir ajá hasta aquí está el límite, qué le digo o qué no le digo, de donde viene esta intervención, esta intervención viene desde la posición de amigo o desde la posición de terapeuta"* (Anna)

En lo que refiere a la experiencia emocional contratransferencial, Torres (2001) explica que tanto experimentar un interés o un tedio excesivo a la presencia del analizado, puede llevar a una vinculación desde la distancia o la fusión con este que desemboque en una interferencia en el tratamiento. Esto ya había sido postulado por Ferenczi (Citado en Martín Cabré, 1998) quien indicaba una vigilancia constante de los afectos del analista frente al paciente.

El origen de la contratransferencia no sólo reside en la respuesta emocional cual sea el detonante que la evoque o su tipo, también puede nacer de elementos del contexto que rodea el espacio terapéutico.

1.2. Contexto

Se encontró que los participantes describen experimentar reacciones contratransferenciales relacionadas con circunstancias que delimitan el espacio terapéutico o se involucran en la labor del terapeuta. Las circunstancias que más fueron referidas por los psicoterapeutas se relacionaban a la situación de inestabilidad económica y social que caracteriza a Venezuela (Artola Korta, 2016), donde tal como indica Llorens (2015) la vida social está cargada de dificultades en distintos ámbitos que terminan adentrándose en el espacio psicoterapéutico a través de preguntas, dilemas y demandas de cambio que hacen los pacientes

> *"Sí, claro. Por ejemplo, en la consulta privada, en teoría es más sencillo mantener un encuadre, pero por ejemplo, en esta situación país, mantener el encuadre tradicional rígidamente en muy difícil"* (Atenea)

> *"Bueno, me ha dado últimamente otra CT negativa pero creo que lo puedo entender desde un fenómeno particular de Venezuela ahorita que es con el tema de los honorarios, o sea cuando la gente te empieza o a regatear o a menospreciar un poco el trabajo, es decir 'yo no voy a pagarte esto' o sea ahí entro como en un momento de ira, no expresada obviamente pero bueno..."* (Anastasia)

Layton, Hollander y Gutwill (citados en Llorens, 2015) ya reportaban en 2006 el modo en que aparecían temas políticos como el 11 de septiembre y la guerra contra Irak en las sesiones de psicoanalistas estadounidenses. Estos autores han conseguido que en la consulta suelen exponerse temas políticos y de desigualdad social en las interacciones analista-analizado. La aparición de los mismos causa mucha ansiedad en los psicoterapeutas, que se cuestionan si es adecuado abordar estos temas en el proceso, siendo incluso denominado "el último tabú del psicoanálisis" (Layton et al. citado en Llorens, 2015). Dos de nuestros participantes relatan esta dificultad de la siguiente manera:

> *"Y ahorita, ahorita comenzó, bueno no ahorita ahorita ahorita, digo este ciclo desde los últimos dos tres años que comenzó el tema migratorio, que por supuesto en esa semana si vi que pasó muchas preguntas porque se empezó a ir muchos colegas y eran las preguntas de mis pacientes ¿y tú te vas a ir? entonces era mi pregunta, en ese momento era mi pregunta si me voy o no me voy y ahora cómo decirle a los pacientes algo de eso, mira yo no me voy, hasta que empecé a responder en algunos esa fantasía general que empieza a invadir la consulta, estaba haciendo obstáculo pues, yo no me voy ahorita pero eso no garantiza que yo no me vaya a ir en algún momento, es la respuesta más honesta que puedo dar"* (Apolo)

> *"Sí, es como te digo, o sea, puede ser frecuente, lo importante es tratar de rescatarse de allí, por ejemplo, a veces cuando traen temas que nos tocan a todos, como el tema de política o este tema electoral, que si vota, no vota, entonces cuál es tu posición o no, bueno, a veces uno trabaja un ratico, decirles vamos a hablar 10-15 minutos de esto porque el tema que te está angustiando, y yo no tengo problema a veces de dar a entender mi posición ante la situación y eso, bueno, es parte de la sesión porque el otro necesita compartirlo contigo y a veces necesita que tú le digas también"* (Abraham)

Incluso, la crisis económica que afecta distintas áreas del país, particularmente a los servicios de salud mental pública, expuesto por Kohut y Casey (2016), se refleja en el funcionamiento de los espacios de atención psicológica de nuestros participantes. Resaltaba cómo las técnicas psicoterapéuticas no siempre resultan eficientes al enfrentarse a estos contextos económicos, culturales y políticos tan particulares (Llorens, 2015).

> *"(…) en estos días se me acercó alguien que trabaja conmigo en Parque y me dijo ¿cómo estás haciendo? porque los casos son duros, porque el proceso está muy difícil, incluso en la privada está llegando gente muy desorganizada, no hay medicación, pero además el contexto nos tiene desprotegidos, o sea, hay un montón de cosas muy difíciles"* (Atenea)

> *"Ah lo de supervisión, justamente sí, fui a supervisión porque estas barreras de diferentes clases... Inclusive mi terapeuta no tenía mucha experiencia... mi supervisor no tenía mucha experiencia en contextos populares, como que la CT que nos estaba generando a los dos era una cosa que estaba dentro de los estereotipos típicos de la clase media, media alta que tiene sobre la pobreza y yo como que fui más allá de eso por lo que me generaba más allá de la supervisión y funcionó pues. Sí la supervisión es útil pero uno también tiene que confiar en lo que está viviendo en el momento con el paciente"* (Anakin)

Otros elementos que aparecieron como circunstancias que afectan el trabajo terapéutico y producen reacciones contratransferenciales, fueron los relacionados a crisis inesperadas en el ciclo vital. Se encontraron que todos los duelos, que tal como indica López García (2011), producen síntomas físicos y emocionales, así como la aparición de pensamientos y conductas que afectan la capacidad del funcionamiento de las personas que transitan por el mismo, en este caso, los psicoterapeutas. Esta interferencia parece momentánea, mientras se produce lo que Yoffe (2013) denomina la resolución del duelo, que permite la aceptación cognitiva y emocional del mismo, así como alcanzar el cambio de identidad que produce dicha pérdida.

> *"Lo que les iba a contar de nuevo como las situaciones personales están como presentes y uno debería decidir o no. Mi padre fallece y a mí... tengo una paciente nueva,*

> *me tomé qué sé yo, dos semanas, yo me entero de mi papá está... o sea que se acaba de morir fue con un paciente, entonces ahí ya se complicó un poco porque entonces ya a la semana siguiente, o sea los demás no se enteran, suspendí, no sabían que se murió pero entonces a la semana siguiente '¿cómo estás?'"* (Anastasia)

> *"Recuerdo dos casos en los que me pasó, uno y creo que era porque yo efectivamente no estaba como en la mejor condición, este... uno fue cuando tuve una pérdida de mi embarazo"* (Anastasia)

En ocasiones los terapeutas se encuentran frente a pacientes con características particulares que pueden producir una serie de respuestas contratransferenciales muy variadas por lo cual expondremos las que resultaron más relevantes para los terapeutas participantes.

1.3. Características del paciente

Hayes et al. (1998) encontró que las diferencias percibidas por los terapeutas entre los clientes atendidos marcaba un cambio en las reacciones contratransferencial que experimentaban con cada caso, y podían expresarse a través del acercamiento o evitación del cliente. Con nuestros participantes, encontramos diversas características en los pacientes que producen respuestas contratransferenciales claramente delimitadas.

> *"Yo creo que eso depende de cada quien, de cada, de cada psicólogo, ¿por qué? porque va a depender de la historia de vida de cada psicólogo, o sea, por ejemplo, te puedo hablar desde lo personal, que pacientes, por ejemplo, que han tenido muje... pacientes mujeres que han tenido dificultades en temas pareja, etc., son de repente pacientes que a mí me mueven, o que están muy cercanos en edad con vivencias muy perso... muy parecidas con el mismo tema social" (Anna)*

Esto ya había sido encontrado por Gelso et al. (1995), usando como característica la orientación sexual del paciente, donde buscaban conocer si el

género del terapeuta moderaba las reacciones contratransferenciales hacia clientes lesbianas, encontrándose una relación significativa entre las terapeutas mujeres y sus clientas homosexuales. Esto se relacionaba con la experiencia que reportaba una de nuestras participantes:

> *"Y bueno, yo desde mi línea de investigación, trabajo con género, sexualidad y diversidad sexual, y las investigaciones que he hecho dan cuenta de las dificultades en la CT con estos pacientes, digamos, o sea, los psicoterapeutas o analistas que conozco, que he entrevistado, que atienden a pacientes sobre todo transexuales, transgénero, son pacientes que afectan mucho contratransferencialmente, porque movilizan estos elementos también bastante primitivos en el humano, en tanto feminidad, masculinidad, qué es ser hombre, qué es ser mujer, y que bueno sabemos que son las preguntas básicas de la histeria, de la neurosis en líneas generales, entonces por supuesto, afectan mucho al terapeuta, en este caso más a los hombres que a las mujeres, serían como esos elementos"* (Anna)

Decidimos seleccionar aquellas categorías que resultaron más relevantes durante las discusiones con los participantes. Sin embargo, con esto no pretendemos postular que sean las únicas que producen reacciones contratransferenciales, otras características muy particulares fueron nombradas en las entrevistas, pero escapan de los límites planteados para nuestra revisión.

1.3.1. Etarias

A lo largo de nuestra revisión pudimos observar cómo los terapeutas expresaban tener un trato diferenciado con sus pacientes dependiendo de la etapa evolutiva en la que se encontraran. Esto podía expresarse a través del desagrado hacia atender pacientes de cierta edad como en el caso de los adolescentes o expresando su afecto de manera más acentuada con niños.

En el caso de los niños, encontramos en los reportes de los participantes, como establecían una vinculación más cercana con los niños, permitiéndose atribuciones especiales, como abrazos o expresiones de sus emociones propias, que no se permiten con sus pacientes adultos. Además, indican experimentar mayor cercanía afectiva, que es similar a lo reportado por Bick (Citado en Marshall, 1979) quien plantea que el sufrimiento del niño tiende a evocar sentimientos paternales en el analista, que deben ser controlados para que se pueda mantener un rol analítico apropiado

> *"Les voy a poner un ejemplo del trabajo también como quizás en la CT con niños y con los adultos, porque yo hago el trabajo con esos dos grupos etarios, y con los niños la CT quizás es mucho más como desde el lugar de... cariñoso puede ser, o sea si bien están los límites dentro del consultorio y todo hay un acercamiento afectivo que es distinto que con los adultos"* (Anastasia)

El trabajo con este grupo etario parece estar subordinado al funcionamiento que caracteriza a los niños, quienes, en contraposición a los adultos, realizan mayor cantidad de acciones directas para la expresión libidinal y agresiva que el uso de la palabra (Marshall, 1979). Según Kaplan y Fagliano (2017) los analistas de niños pueden perder momentáneamente el eje dentro del trabajo terapéutico dejándose llevar por las fantasías planteadas por el niño, forma de expresión normal en esta etapa evolutiva para colocar sus angustias, y alejándose de los hechos reales. Actividades como el juego o el dibujo, se vuelven expresiones muy cercanas al inconsciente que deben permitirse y en las que el terapeuta se vuelve parte (Marshall, 1979).

> *"La empatía en sí... O sea no estoy diciendo que uno no sea empático y que uno no se interese, uno se interesa por las experiencias de vida del paciente, y a uno lo conmueve, sobre todo con niños, con niños probablemente sea un punto donde yo me permito más que salga una lágrima porque además la dinámica con el niño implica otra cosa entonces el niño viene y te abraza ¿cómo no lo vas a abrazar? en ese sentido, eso es una*

> *postura mía en el trabajo con niños que es distinto a con el adulto, a un adulto le puedes decir que no, yo no doy abrazos…"* (Apolo)

En la revisión hecha por Fernández, Pérez, Gloger y Krause (2015) se plantea que las características propias de la edad adolescente tales como las necesidades de autonomía, autodeterminación, auto-confirmación, desconfianza de la autoridad adulta y el nivel de desarrollo cognitivo operatorio formal hacen más complejo el establecimiento de una relación de ayuda y la baja adherencia a algún tipo de tratamiento psicoterapéutico.

> *"Y también con adolescentes que no hablan me aburre muchísimo, y siento que cuando yo hago un buen trabajo es porque me conecto con cosas del paciente. Si me aburre lo reconozco, si me aburre el paciente eso también es usar la CT en modo positivo, conocer tus propios límites, vas y lo refieres a otra persona que sí está más interesada"* (Anakin)

> *"(…) normalmente es con chamos jóvenes, que no sé por qué, hay algo que me genera rechazo, incluso hubo un caso en específico que me daba miedo, era una chama de 12 años, si mal no recuerdo, y la niña me daba mucho miedo, me daba miedo quedarme sola con ella, era por supuesto una chama muy extraña en sus comportamientos"* (Anna)

Como se estableció anteriormente, la particularidades del funcionamiento que caracteriza a cada periodo evolutivo, suscita distintas reacciones transferenciales en los terapeutas que entrevistamos. Esto no es exclusivo de los distintos grupos etarios, sino que también ocurre en el trabajo con la amplia variedad de pacientes clínicos que asisten a consulta psicológica

1.3.2. Trastornos mentales

Se ha encontrado una variación en las respuestas contratransferenciales según los rasgos de personalidad disfuncionales, estructuras de carácter oposicionistas, manipuladoras o dependientes. Otto

Kernberg (1984) plantea que en tanto más regresivos es el paciente, siendo entendido como la etapa en que éste ha quedado fijado, el analista se ve obligado a reactivar rasgos más regresivos en sí mismo para mantener la relación con dicho paciente.

Kernberg (1984) explica que, en el trabajo con pacientes con trastornos de personalidad, se encuentra cómo a través de su transferencia infiltran sus conflictos patogénicos que los caracterizan. Esto activa una respuesta emocional del analista, que refleja la relación analista-paciente. El autor indica que, a mayor regresión, producto de un funcionamiento primitivo, las reacciones emocionales del analista serán más intensas y globales (Kernberg, 1984).

Este fenómeno ha sido ampliamente reportado en la literatura clínica, como indican McIntyre y Schwartz (1998), entendiéndose que los clientes que evocan mayor cantidad de emociones negativas son los diagnosticados como deprimidos o con trastorno limítrofe de la personalidad, aseveración con la que se encuentran de acuerdo varios de nuestros participantes.

> ‘‘*Mmm... A ver, los pacientes con trastornos de personalidad suelen mover cosas como importantes, que pueden requerir procesos de supervisión. Para mí, depende mucho, precisamente de esa CT, un poco de lo que a mí me vaya pasando, o de sentir el proceso”* (Atenea)
>
> *“Yo creo que más el trastorno border’’* (Anastasia)
>
> *“Bueno, el tema de los border es un tema complicado porque son como invasivos, como voraces, y yo soy muy maternal, entonces para mi es fácil como engancharme ahí en la cosa de responder como a las demandas, ¿no?”* (Atenea)

Igualmente, varios participantes reportaron dificultades para manejar los casos con riesgo suicida. Tal como reporta Richards (2000) la

mayoría de los terapeutas indican una actitud de ambivalencia, ya que estos pacientes tienden a desarrollar un vínculo de dependencia con el terapeuta, pero también muestran rechazo al proceso. Por ello realizan actuaciones que tiene el fin de interrumpir la psicoterapia.

En relación a esto, los participantes los describen como pacientes demandantes, ya que deben estar alerta en caso de una emergencia que puede ocurrir en cualquier momento, que lleva a que los terapeutas desarrollen reacciones contratransferenciales intensas como preocupación, cansancio, y angustia por su bienestar, las cuales discutiremos a profundidad más adelante.

> *"(…) básicamente superviso los casos de trastornos de personalidad, sobre todo cuando están en riesgo suicida porque ahí entro como en el tema de estoy como disponible todo el tiempo, estoy cansada, saturada, entonces en esos casos recurro a supervisión."* (Anastasia)

> *"Pero es que ha habidos momentos... A ver...Porque en algún momento fue el suicidio, en algún momento cuando estaba empezando, yo tenía una paciente que me llamaba y me decía que se iba a matar, pasó dos veces y se quedaba sin señal, yo me quedaba con un -jadeo- ¡Se mató! ¡Se mató! ¡Se mató! ¿Uno qué hace con eso? lo lleva a análisis"* (Apolo)

Además, también se describieron reacciones contratransferenciales hacia pacientes con diagnóstico de adicción, psicosis, psicopatía e incluso presencia de daño orgánico. Esto Betan, Heim, Littel, Conklin y Westen (2005) lo reportan, indicando que, aunque cada diada paciente-terapeuta es particular, hay correlaciones significativas entre factores contratransferenciales y los síntomas de los trastornos de personalidad.

En este sentido, sugieren que las respuestas contratransferenciales ocurren de manera coherente y predecible, por lo cual probablemente estas respuestas no sólo se manifiesten en los terapeutas sino también en personas significativas en la vida del paciente (Betan et al., 2005).

Esto es la base de muchas de las intervenciones que realizan los psicoterapeutas cuando utilizan la contratransferencia en el tratamiento con sus pacientes, lo cual profundizaremos más adelante.

Por otra parte, al ser una investigación con participantes de corriente psicodinámica, varios de ellos con formación psicoanalítica, encontramos que hacen referencia al concepto de estructura de personalidad, y la relación que éste tiene con la contratransferencia, lo cual tiene concordancia con la tradición psicodinámica, que ha dado mucha importancia el estudio de la estructura de la psique, concepto introducido por Freud en 1923 (Kernberg, 1984).

1.3.3. Personalidad

Varios de nuestros participantes expresaron reconocer reacciones contratransferenciales frente a características o rasgos de la personalidad de sus pacientes. A diferencia de la categoría anterior, estos pacientes no tenían una patología como tal, sino que encajaban dentro de las descripciones de estructura de personalidad y nivel de funcionamiento que manejan algunas teorías psicodinámicas. Estas estructuras, según Kernberg (1984) se caracterizan según el grado de integración de la identidad, el tipo de mecanismo de defensa que utilizan y el criterio de realidad que manejan, siendo así descritas tres estructuras básicas: neuróticos, limítrofes o borderline y psicóticos (Kernberg, 1984).

> *"Neuróticos muy intensos, sobre todo histéricos, entonces tienes que lidiar con esas manifestaciones de amor desbordadas, eso es difícil pero se puede trabajar"* (Apolo)

> *"Pienso que, generalmente, si lo vemos del punto de vista estructural, a veces pacientes con fijaciones más narcicísticas, entendiéndose de nuevo el narcicismo como una etapa temprana de la vida, puede a veces resultar un poco más complicado del tipo de identificaciones que hace, desde el tipo de transferencia que hace, desde la demanda que le colocan a uno, y evidentemente eso*

> *implica que todo el tiempo esté caminando sobre la cuerda floja, ¿no? tienes que medir muy bien tus palabras"* (Abraham)

> *"(…) eso no quiere decir que sea una estructura psicótica, pero puede tener, o sea, puede ponerse tan regresivo ante determinada situación que puede hacer un quiebre en su nivel de funcionamiento normal, y claro, evidentemente, eso te lleva a trabajar en una situación más demandante, en ese caso, la respuesta contratransferencial usual suele ser, sí, a veces la necesidad de ayuda y sobre todo el hecho de, bueno, estar ante una situación más complicada que demanda más de nosotros y a veces la respuesta usual suele ser bueno un mayor nivel de compromiso en el trabajo con ese paciente, pero no estamos hablando de algo a nivel estructural, sino bueno, una situación puntual que a veces remite muy rápido"* (Abraham)

Cuando hablamos de rasgos de personalidad histéricos, la inmadurez de la personalidad es lo que da un carácter distintivo a las manifestaciones de este tipo de pacientes (Tizón, 2004). Este autor describe esta personalidad como infantil, con una expresión general dramática. Tiene su origen durante la infancia, estando ligado éste al conflicto edípico. Esto hace que esta estructura relacional histérica sea tan difícil de llevar y manifieste situaciones como las descritas en la información recabada dentro de nuestra investigación.

> *"(…) bueno ya le dije que estos temas más histéricos a mí me movilizan algunas cosas, entonces entro ahí como en unos procesos de alerta importantes"* (Atenea)

> *''Ahhh, una fue una paciente muy demandante, muy histérica, cuando digo histérica es que hay algo que ocurre en la histeria como tal que es poner al otro a que le responda, que le responda lo que ella desea, entonces*

> *hay una posición que ella siempre ha jugado en la transferencia es que todos los hombres con los que ella ha estado se enamoran de ella, o sea una mujer muy bonita y se arregla mucho, entonces ella en las primeras sesiones ya me confiesa en algún momento que ella estaba esperando en la sala de espera y lo que deseaba era que no le tocara un hombre, está cuadrada por cita, está la cita entonces se le asigna un analista y ella bueno nada, coincidencialmente le toca un hombre y esto fue un problema para ella desde el inicio de la sesión"* (Apolo)

Es importante señalar, que los terapeutas hacían referencia al funcionamiento borderline, no desde el trastorno de personalidad, sino desde lo que Otto Kernberg (1984) denominó la organización limítrofe de la personalidad. Esto incluye no solamente el aspecto descriptivo u observable de la conducta, que es lo que se reporta usualmente en los manuales diagnósticos, sino también la organización estructural subyacente del paciente, que se basa en los tres criterios estructurales definidos anteriormente.

Siendo así que estos pacientes se caracterizan por ser semejantes a las neurosis sintomáticas ordinarias, pero combinar rasgos particulares de naturaleza psicótica que el psicólogo clínico, al guiarse por los criterios estructurales de Kernberg (1984), puede reconocer como esta organización de personalidad.

> *"Bueno está con la de este chamo... También sobre todo con pacientes que tienen una estructura más limítrofe, que bueno un profesor mío del posgrado que lo admiro mucho, decía que los pacientes borderline es como una fábrica con muchos departamentos que no se comunican, entonces una de las cosas típicas en la clínica de los borderline es que tú escuchas y pasan tantas cosas en tan poco tiempo que tú no puedes como hacer un hilo narrativo de lo que están contando"* (Anakin)

Tal como se estableció anteriormente, las personas asisten a atención psicológica por distintos motivos, entre ellos ser actualmente o en algún momento víctimas de violencia o abuso sexual, lo cual requiere de un proceso terapéutico cargado de elementos particulares, siendo uno de estos las reacciones contratransferenciales que se suscitan en los terapeutas que atienden a estos casos.

1.3.4. Trauma

Los participantes reportaron experimentar respuestas contratransferenciales intensas frente a aquellos pacientes que habían sido víctimas de violencia, de forma directa o indirecta. Esto causaba en ellos sentimientos de asco, incomodidad, o los llevaba establecer un vínculo de cuidado y protección, en especial en el trabajo con niños abusados dado que se ha encontrado que para los terapeutas es mucho más difícil escuchar estos relatos (Ilifee y Steed, 2000).

> *"Pasa mucho, eso sí, en líneas generales, con niños maltratados, niños abusados, son pacientes que mueven muchísimo al sujeto porque, primero, nos tocan como lo más primitivo del sujeto, que es el tema niñez y cuidado en la niñez, y esta madre lo suficientemente buena, o la madre lo suficientemente mala, pecho bueno, pecho malo, dependiendo de la teoría donde nos queramos ubicar, a las mujeres además nos mueve la maternidad, cuando vemos al niño así, y en líneas generales, nos mueve la humanidad, todo, entonces son casos que, que afectan mucho, que mueven mucho la transferencia"* (Anna)

Ya McCann y Pearlman (1990) reportaban que en la contratransferencia de terapeutas que trabajaban con víctimas de violencia se encontraba la presencia de sentimientos, imágenes y pensamientos dolorosos, que eran intensos y abrumadores. Las autoras indican que trabajar con estos clientes puede movilizar sentimientos ambivalentes o negativos. Mientras las terapeutas femeninas tienden a sobreidentificarse con la víctima, los terapeutas

masculinos tienden a sobreidentificarse con los victimarios (McCann y Pearlman, 1990). Un ejemplo de esto lo relata uno de nuestros participantes:

> *"Bueno sí se me ocurre, yo al principio cuando tenía pacientes con experiencia de abuso sexual era como muy... No sé si esta es la palabra pero es la que se me ocurre pero era como muy caballeroso entre comillas de que no quería como ahondar mucho porque no quería ser invasivo y tal, no quería como revivir la experiencia de abuso yo como indagando y justamente eso, sabes como que mis primeras sesiones con pacientes que habían sido abusados sexualmente eran como muy ingenuas, se decía mucho pero en verdad no había nada significativo en la sesión sino que terminaba siendo muy superficial"* (Anakin)

Campo Redondo (2008) refleja en su investigación el término traumatización vicaria, el cual define como la transformación que ocurre dentro del profesional como consecuencia de comprometerse de manera empática con las experiencias traumáticas de las personas con las que trabaja. El escuchar descripciones gráficas de las vivencias expresadas por las víctimas y acompañarlas a revivir el trauma como parte del proceso terapéutico, genera consecuencias y emociones negativas en el terapeuta.

En relación a esto, Ilifee y Steed (2000) encontraban que los terapeutas que trabajaban con víctimas de violencia doméstica tomaban más responsabilidad por la seguridad de sus clientes, a pesar de que la misma no les correspondía. De este modo, suelen generar conductas destinadas a proveer el mayor apoyo posible a sus clientes. Esto lo reportaban los participantes cuando relataban cómo realizaban intervenciones desde un rol de cuidador

> ‘‘*Por ejemplo, tengo un caso en Parque Social de una muchacha víctima de abuso, de todas las formas de violencia que existen, de todas, violencia intrafamiliar, violencia de género, violencia sexual, violencia*

> *institucional, o sea, todas. Y recuerdo, puedo hablar desde una sesión muy en particular en la que estábamos trabajando violencia patrimonial, el padrastro, su padrastro, quien era el que sostenía la casa, pues amenazaba a la mamá con que iba a quitar como el dinero, era el único dinero que ella además recibía, y era víctima de abuso por parte de su padrastro (…)Y bueno, y lo primero que a mí me pasó es que, bueno, caminé con ella, o sea fui, fui con ella hasta la oficina de la LOPNA que tenemos ahí para preguntar cuáles eran los procesos, entonces bajamos para Clínica Jurídica para ver si había una manera, pero o sea iba yo con ella como si fuera más bien como hija mía (…) bueno, era como hacer una especie de rol de la madre buena para esta muchacha, pues*" (Atenea)

A lo largo de este apartado hemos ido discutiendo cómo las características del paciente pueden suscitar la contratransferencia en los terapeutas que entrevistamos. Dentro de éstas, se reportó la apariencia física de los pacientes, encontrándose que si la paciente es una joven atractiva o un hombre que practica un deporte, se reportaran la aparición reacciones contratransferenciales específicas para cada terapeuta.

1.3.5. Apariencia física

Los terapeutas no están exentos de reflejar actitudes hacia la apariencia física del paciente, suelen estar ligadas a percepciones originadas en la influencia de sus familias, expectativas culturales, trauma, mensajes sociales y críticas. Esto se puede incorporar de manera inconsciente dentro de los procesos mencionados generando estereotipos positivos y negativos. Sin precaución, los terapeutas pueden cegarse al impacto de esto dentro del proceso psicoterapéutico (Altschuler y Katz, 2010).

> *"(…) la sesión siguiente me la cobró, era un chamo que además, un chamo grande, hacía karate, o sea karate, judo, una cosa así; era cuadrado y la sesión siguiente yo*

> *abro la puerta del consultorio, pase adelante y tal siéntese, y yo me siento y él se queda parado"* (Anna)
>
> *"O sea, está el analista y viene una paciente, muy linda o lo que sea, o un paciente, y hay un enamoramiento de parte del paciente hacia el analista y hay una respuesta masiva de agrado y bueno, de pérdida de rol analítico de parte de ese analista*" (Abraham)

Como se postuló anteriormente, se encontró una amplia variedad de características del paciente que se relacionan a la aparición de la contratransferencia. Aunado a esto, los pacientes asisten a terapia llevando consigo lo que las posturas constructivas denominan narrativas personales, que tal como indica Neimeyer (1992) han comenzado a ser contempladas en el psicoanálisis como parte de la construcción de la experiencia dentro de la estructura psíquicas.

Los participantes de nuestra investigación reportaron experimentar reacciones contratransferenciales cuando se encontraban frente a narrativas de sus pacientes que eran semejantes a experiencias propias o les hacían elicitar elementos personales como significados y valores que acompañan sus propias narrativas. Siendo así, reconocimos en los relatos de los terapeutas la descripción de un proceso de identificación con el paciente.

1.4. Identificación

Laplanche y Pontalis (2004) definen la identificación como el "Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones" (p.184). A partir de la revisión de la información recabada en las entrevistas, encontramos muchas instancias donde los terapeutas reportaban identificar experiencias, emociones, creencias, roles y angustias propios que se manifestaban en el trabajo con sus pacientes.

Cuando Baranger, Baranger y Mom (1983) abordan la temática del campo analítico, lo conforman por la transferencia, contratransferencia y la identificación proyectiva, siendo así que los tres elementos existen en

constante dinámica dentro del proceso psicoterapéutico. De manera, esta conduce a definir el movimiento de la sesión analítica como una sucesión de identificaciones proyectivas e introyectivas recíprocas entre el analista y el analizando que fundamentan un campo transferencial-contratransferencial, en cuya funcionalidad asimétrica se deshacen las estructuraciones simbióticas con cada interpretación.

Cofresí (2002) recoge cómo el psicoanálisis ha tenido dificultades a lo largo de su historia para reconocer que las características culturales internalizadas tienen un impacto en el trabajo como psicoterapeuta. Parte de los roles que la autora recoge, y que nosotros encontramos en la revisión de las entrevistas con los participantes, fue los roles tradicionales de género.

1.4.1. Atribuida a roles de género

Kulish y Mayman (1993) plantean como crítica al psicoanálisis, que si la transferencia fuese independiente de factores sociales, como el género, las transferencias maternas y paternas surgirían en el proceso terapéutico según el rumbo que tome el mismo, independientemente del género del terapeuta. Sin embargo, ya Freud reportaba que raramente encontraba transferencias maternales en sus análisis, así como le costaba comprender el apego a la madre de algunos pacientes (Kulish y Mayman, 1993)

El psicoanálisis como práctica se inscribe con frecuencia en un ámbito de profesiones generalmente asociado con tener un elevado número de mujeres entre sus practicantes (Baldiz, 2006). Se trata de una de las profesiones, como la enfermería y la medicina, que se dedican al cuidado de sujetos que se encuentran en situación de precariedad o dependencia de otros. El autor encuentra que esta lógica lleva a asociar a la analistas con la posición materna que la cultura espera de ellas, respecto a su maternidad y a la función de cuidadoras, inherente a los estereotipos sociales, reduciendo su papel de mujer a un sólo aspecto posible de su feminidad (Baldiz, 2006).

Sin embargo, tal como indica Cofresí (2002) el rol cultural en el que es colocada la mujer, acompaña a la analista en su labor. En nuestra investigación encontramos que todas las participantes femeninas habían

introyectado este rol, y con el trabajo con ciertos pacientes eran capaces de identificar los sentimientos maternales que se suscitaban en ellas, de forma casi automática.

Esto se apoya en las evidencias encontradas por Kulish y Mayman (1993), en su investigación sobre los determinantes de la transferencia y contratransferencia asociados al género, que indican la presencia de una predisposición en las terapeutas femeninas a percibirse a sí mismas en el rol materno, por lo que de alguna forma pueden alentar la formación de transferencias consistentes a su género, es decir, transferencias maternas.

> *"Entonces creo que ahí se mezclaron muchas cosas pero efectivamente el tema de proteger a los chamos está, es como el rol materno en el que siempre me monto digamos, está presente y me lo tengo que controlar ¿no? o sea tengo que estar consciente de eso para no sobre involucrarme con los niñitos y competir con las mamás y todo este cuento"* (Anastasia)

> *"(…) yo fui, averigüé si habían becas, o sea, hice un montón de trabajo que no son estrictamente del campo de lo psicológico, en un sentido más tradicional de lo que implica la intervención... entonces, bueno, era como hacer una especie de rol de la madre buena para esta muchacha, pues. Y creo que sí, que abiertamente se fue*" (Atenea)

En relación a esto, en el único terapeuta hombre que reportó alguna reacción contratransferencial frente a la elicitación de su paternidad, dicha reacción no se encontraba revestida con la misma intensidad que experimentaban las terapeutas mujeres.

> *"La paternidad fue un tema en algún momento, estaba recién yo... Estaba naciendo mi hija mayor entonces uno empieza que en las sesiones todos empiezan a hablar de hijos, entonces uno se queda ¿qué es esto? no, sino que*

> *uno empieza a escuchar más ese tema, entonces qué hace uno, va y lo lleva a su sesión y vea qué es eso porque eso es suyo, uno no va por ahí..."* (Apolo)

Encontramos el origen de esto en las diferentes conceptualizaciones de los roles de madre y padre dentro de la sociedad. Tal como indica Molina (2006) la maternidad es un concepto que por largo tiempo ha sido el rol más valioso para la autodefinición y autoevaluación de cada mujer, incluso aquellas que todavía no se han convertido en madres. Así, su interpretación y repercusión en la experiencia de éstas es altamente significativa (Molina, 2006).

> *"Ahorita, por ejemplo, yo desde que soy mamá no trabajo con niños chiquiticos, me cuesta mucho... se me dificulta mucho como separar el rol en el consultorio como de ver las cosas que pasan, ¿no?, pero me es muy fácil identificarme con las mamás, entender las angustias, darme cuenta lo que hacen, en pequeños instantes pensar como uy, yo hago eso, si entiendo muy bien cómo se siente (risas) de hecho, me refieren, no ahora, pero ahora más que nunca, me refieren mucho padres, no adultos, padres, o sea, es como para que trabaje con padre, con madres o con padres"* (Atenea)

> *"(…) y esta madre lo suficientemente buena, o la madre lo suficientemente mala, pecho bueno, pecho malo, dependiendo de la teoría donde nos queramos ubicar, a las mujeres además nos mueve la maternidad, cuando vemos al niño así, y en líneas generales, nos mueve la humanidad, todo, entonces son casos que, que afectan mucho, que mueven mucho la transferencia*" (Anna)

Según Guerrero (2009) el útero, como órgano donde se desarrolla el bebé, presenta una posibilidad intrínseca y exclusiva a la mujer de ser madre, frente a la cual se mantienen fantasías inconscientes

independientemente de que se tome la decisión de tener hijos, lo que la diferencia del hombre de manera radical.

Ana Teresa Torres (2007) plantea la maternidad como la base sobre la cual la mujer crea su identidad, lo que le permite obtener un espacio social “La mujer, al decir soy madre, dice soy alguien” (p. 258). En contraposición, el hombre no basa su identidad en el rol de padre, por lo cual ésta no se ve comprometida cuando tiene hijos (Torres, 2007).

Aunado a esto, encontramos un relato de reacciones contratransferenciales entorno a roles de género masculinos que tiene un alto valor para nuestra investigación. Uno de nuestros participantes comparte una experiencia cuando se le asigna un paciente, percibido como peligroso, con base a su género.

> *“(…) asumo que porque había pocos hombres en la institución y ella pensaba que un hombre era el que tenía que atenderlo, que también entran como los temas de género pues, me vi un poco entre comillas obligado a atenderlo aunque no quería pero sí, si tiendo a referirlo por lo que me generaba”* (Anakin)

Lo que describe este terapeuta es la experiencia quedar atrapado en la masculinidad hegemónica, término que utiliza Bonino (2003) para definir el modelo social hegemónico con el que se impone la configuración de la masculinidad. Así, se esperaba de él que cumpliese con una de las creencias principales de la masculinidad hegemónica, la belicosidad heroica (Bonino, 2003) mostrando aplomo, impasibilidad y calma frente al paciente, que se enmarcaba como el sujeto peligroso.

Esto ya había sido registrado por Zubillaga (2003) quien comparaba su experiencia como investigadora con jóvenes de vida violenta, con la de investigadores hombre, cuya interpretación de su identidad de género intervenía de manera importante, ya que ellos debían lidiar con una masculinidad basada en una competencia por demostrar virilidad y esto condicionaba el vínculo que establecían con sus participantes.

A la par de las identificaciones con los roles de género estereotípicos, los terapeutas que entrevistamos reportaron sentirse identificados con los relatos de sus participantes que englobaban desde experimentar situaciones o vivencias similares hasta compartir valores y creencias.

1.4.2. Atribuida a experiencias o temáticas personales

Nuestros participantes reportan una variedad de experiencias, angustias, creencias personales que se veían elicitadas cuando escuchaban los relatos de sus pacientes. A partir de éstas se generaba una respuesta contratransferencial de identificación con las vivencias de los pacientes. Fliess en 1942 (Citado en Feinsilver, 1999) ya reconocía la identificación parcial con el paciente como parte de la técnica del analista. Sin embargo, reportaba que el fenómeno contratransferencial podía interferir con el proceso si ocurría que el analista se identificase mucho con elementos intolerables del inconsciente de paciente.

> *"No, lo escucho mucho, lo escucho mucho en supervisión, es que eso me recuerda cuando a mi... No... A mí no, en ese sentido porque todas las experiencias van a ser similares en términos de estructura ¿Te casaste? Ay eso me recuerda a cuando yo me casé, sí pero ese es mi matrimonio, entonces ¿cualquier cosa que haga el paciente me va a recordar cualquier cosa que yo hice? y cuando eso pasa no es de la línea psicoterapéutica porque lo importante cómo el paciente significa eso en su vida, no como yo lo signifique''* (Apolo)

> *"Puede pasar también, que si es frente a frente, bueno, mira, o sea, nada, lloraste con el paciente. Es inusual, pero bueno, cabe preguntarse allí qué se movió en ti, ¿no? evidentemente, aunque te des cuenta, lo más importante es rescatarte, lo más pronto posible para poder intervenir desde el lugar, desde la posición analítica y no del lugar de identificación"* (Abraham)

Racker (1953/1986) diferenciaba entre identificación concordante y complementaria. La identificación concordante es producto de la proyección e introyección, lo que el autor define como resonancia de lo externo con lo interno, es decir, el medio en que el analista reconocía lo ajeno, lo del paciente, como propio. Para el autor, esta identificación es producto de la empatía que se establece con el analizado, por lo que surgen esos contenidos psicológicos en el analista que son el reflejo y reproducción de los de su paciente (Racker, 1953/1986).

Por otra parte, la identificación complementaria es aquella donde el analista se identifica como objeto interno del analizado, producto de la manera en que éste le trata. Así, hay una pérdida de límites que compromete el tratamiento, el paciente vivencia al analista como un objeto interno propio, y remite al término clásico de contratransferencia heredado de la tradición freudiana (Racker, 1953/1986)

> *"Se me dificulta mucho como separar el rol en el consultorio como de ver las cosas que pasan, ¿no?, pero me es muy fácil identificarme con las mamás, entender las angustias, darme cuenta lo que hacen, en pequeños instantes pensar como uy, yo hago eso, si entiendo muy bien cómo se siente"* (Atenea)

Estas tendencias del analista a crear nuevas identificaciones concretas con el paciente, como parte de la experiencia de la contratransferencia concordante determinan la naturaleza de la experiencia objetal y del self del terapeuta, ya que tiende a proyectar lo que es intolerable e introyecta lo que es compatible (Feinsilver, 1999).

A las nuevas identificaciones, Feinsilver (1999) las denomina contraidentificaciones. La tendencia a crear las mismas es motivada por la inclinación del analista a reproducir en su vínculo con el paciente, lo que percibe que el analizado hace con el vínculo terapéutico. Este autor describe a través del análisis de viñetas propias y de otros analistas, cómo el uso de la contraidentifiación puede ayudar a clarificar la experiencia del paciente, a través de la resonancia con el pasado intrapsíquico del terapeuta

> *"(…) otra vez con la CT pero era un bebé en ese momento me generaba mucha angustia y me daba mucha rabia que mi mamá no estuviera ahí para mí y me sentía súper abandonado y era una de las cosas que recuerdo como muy vívido, me angustiaba demasiado cuando mi mamá se iba porque sentía que yo tenía que ser como el depositario de las angustias de mi abuela por todas las cosas que estaba pasando entonces creo que me conecté desde ahí con él pues, desde esa sensación de abandono que la mía obviamente fue nada en comparación con la de él pero igual yo lo veía como muy intenso porque estaba muy chiquito pues, entonces bueno nada, me conecté con eso y se me fueron los límites, no sabía mucho de psicoterapia en ese momento pues"* (Anakin)

Sin embargo, de no ser subordinadas a una revisión, pudiesen producir interferencia en el tratamiento. Feinsilver (1999) ejemplificaba en el análisis de la viñeta de un analista donde su sensación intensa de indignación y crítica por la situación de su paciente se originaba en una contraidentificación con situaciones de su propia vida personal que le generaron indignación y crítica.

> *"Pero dos semanas después me llega una paciente referida por otro paciente y venía por la misma... o sea, era que el papá tenía el mismo cáncer que tenía mi papá, lo veía el mismo doctor que veía a mi papá, estaba en el grado en el que estaba, y por ejemplo yo en ese momento dije, yo estoy capaz... digamos ¿con la capacidad psicológica para aceptar esta paciente?"* (Anastasia)

En el caso de Anastasia, el uso de una capacidad introspectiva le permitió manejar la contratransferencia y que ésta no afecte el tratamiento. En relación a la sensibilidad frente a las reacciones contratransferenciales, encontramos que los participantes podían reconocer ciertos elementos de sus pacientes o características entorno al proceso que sirven para desencadenar la aparición de conductas basadas en dichas reacciones.

2.0. Desencadenantes

En su investigación de 1998, Hayes et al. describieron la presencia de detonantes, nombre seleccionado para aquellos eventos específicos que provocaron la aparición de la contratransferencia. Estos detonantes podían ser los contenidos del material del cliente, la percepción que el terapeuta tiene del cliente, las comparaciones que el terapeuta hacía de sus clientes con otros, el cambio en la estructura de la terapia y la transferencia (Hayes et al., 1998)

A fines de nuestra investigación, y con base en la información recabada, planteamos el concepto de desencadenantes, donde englobamos aquellos factores que elicitan respuestas o actings de la contratransferencia, siendo puente entre aquellos elementos de donde se originan las reacciones contratransferenciales y las conductas o comportamientos que puede llevar a cabo el terapeuta en función de estas.

Comenzamos describiendo aquellas circunstancias que transitaban, en distintos puntos del proceso terapéutico, los pacientes de los participantes, y cómo les llevaban a realizar acciones que respondían a la contratransferencia.

2.1. Percepción de la situación del paciente

En los reportes de nuestros participantes, encontramos que constantemente aparecían asociadas a respuestas contratransferenciales, aquellas situaciones o circunstancias donde el terapeuta reconocía que su paciente se encontraba en una posición de vulnerabilidad. Algunas de estas situaciones podían ser que el paciente fuese víctima de abuso, tuviese algún riesgo suicida o estuviese experimentando un alto nivel de malestar.

> *"(…) Porque los veo que en el momento están como más vulnerables entonces siento que, valga la redundancia, me necesitan más, entonces me quedo un poco pegada"* (Anastasia)

> *"Y recuerdo un tercero... este... que era de un paciente mío que tenía todos los síntomas de abuso y del padrastro y el padrastro lo atendía una compañera de Parque y yo le dije evalúalo para ver si tiene como*

> *elementos y en la sesión de devolución mi colega tenía como de dudas si el señor era abusador o no, yo le di las pruebas y le dije no tengo dudas que no y en la sesión estuvimos los cuatro, la mamá, el papá, el padrastro"* (Anastasia)

Wills (1978) reportaba que la percepción que los profesionales de la salud mental, como psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, es un aspecto importante dentro de la relación terapéutica. Hayes at al. (1998) postulan que las percepciones que tenían los terapeutas de sus pacientes eran producto de la subjetividad desde la cual miraban a estos, o como ellos la denominaban, los "lentes" con los cuales percibían aquellas características de sus pacientes que estimulaban la aparición de la contratransferencia.

Por otra parte, Wills (1978) encuentra que la mayoría de los estudios han demostrado que los psicólogos clínicos experimentados desarrollan la percepción de sus clientes de forma muy rápida, usualmente en las primeras sesiones, y ésta varia levemente a lo largo del proceso de atención.

> *"Entonces, sí, por un lado es, yo despatologizar mi propias percepciones acerca de, está deprimido, bueno listo mándalo a medicar y chao, bueno, no"* (Atenea)

Greenberg (1991) en su revisión sobre la percepción que el analista tiene del involucramiento del analizado en situaciones de peligro, plantea que ésta es producto de construcciones personales del analista. El paciente construye una versión plausible de la realidad a través de sus creencias de la situación de peligro y la transferencia neurótica. Esto se une a las concepciones que tiene el analista de su paciente y los estimados que realiza de su circunstancia relativa, para dar paso a la aparición de dichas construcciones.

Así, el autor explica que el entendimiento psicoanalítico coloca al analista no sólo como objeto de los impulsos del paciente sino también de sus observaciones por lo cual muchas veces se dificultará prever estas situaciones (Greenberg, 1991).

> *"Pero es que ha habidos momentos... A ver...Porque en algún momento fue el suicidio, en algún momento cuando estaba empezando, yo tenía una paciente que me llamaba y me decía que se iba a matar, pasó dos veces y se quedaba sin señal, yo me quedaba con un -jadeo- ¡Se mató! ¡Se mató! ¡Se mató!"* (Apolo)

> *"Y eso no quiere decir que en algún momento calculado yo no pueda soltar algo como yo estoy muy preocupado por lo que está haciendo con su vida, es una forma de contener si el paciente está en riesgo, o sea en riesgo suicida hay que decir yo estoy preocupado por su vida y yo voy a ser así, ahí ciertas condiciones aplican"* (Apolo)

> *"Bueno, es una persona que además estaba fomentado claramente su peor temor, porque es una persona que estaba teniendo crisis de ansiedad aguda, tenía ataques de pánico, y estos ataques de pánico, como se expresaban, obviamente respondían a otras cosas, era con el temor a que no podía llegar a recibir asistencia y efectivamente, no estaba pudiendo llegar a recibir asistencia, ni médica ni psicológica"* (Atenea)

Tal como el psicoterapeuta es capaz de percibir las situaciones de vulnerabilidad y peligro en que se ve envuelto el paciente, desarrolla una habilidad para comprender los elementos particulares de la relación única que establece con cada paciente.

2.2. Comprensión de la unicidad del caso

Cuando el terapeuta se enfrenta al espacio terapéutico en relación con el paciente, su trabajo suele estar influenciado por múltiples características, que son imposibles de reducir y clasificar como elementos individuales que generan la reacción contratransferencial. Cada paciente, sus características, sus experiencias, sus problemas, sus patrones de conducta y relaciones, son únicas. Desde el relativismo donde nos posicionamos, en una postura constructivista, las realidades son comprendidas como construcciones múltiples

intangibles basadas en interacciones y experiencias en un contexto específico, la forma y contenido de la realidad depende de quiénes la construyen (Denzen y Lincoln, 1994). Esta complejidad queda reflejada en lo expresado por nuestros participantes.

> *"Ay yo no sé, a ver, es como lo que les dije al principio, es tan particular, puedo como agarrar cada historia y tratar de... o sea contratransferencialmente la entrevista me está llevando a decir un cuadro diagnóstico o una cosa así, no lo hay ¡no existe! -risas- no hay como reglas, de nuevo es una situación muy particular, el vínculo es muy particular, yo no puedo decir es que yo me relaciono con los pacientes deprimidos de tal manera o la CT que yo... digamos, no hay una manera, no lo tengo sistematizado en mi cabeza, por ahí a lo mejor sí tengo que hacer el esfuerzo de buscar no sé qué y ciertos aspectos generales... generalizables pero... O sea les conté como las cosas más relevante"* (Anastasia)

> *"Con base a la transferencia, con base a algunos... Porque la marca de la transferencia... Estamos hablando así de CT y transferencia en general, eso no es así, por ejemplo la transferencia contigo es contigo, la transferencia contigo es contigo, mi transferencia con mi analista es mi transferencia con mi analista, entonces se desdibuja un poco la figura como de... No sé en el uno a uno, uno tiene que tener la posibilidad de hacer la lectura de por dónde viene el asunto y dejar pasar algunas cosas y otras no, a veces son pruebas a veces uno lanza un dardo de prueba a ver si lo agarra el paciente y si no lo agarra tú tienes que cambiar la dinámica y una estrategia..."* (Apolo)

Esto lo relacionamos con el término inconsciente relacional que establece Gerson (2004), que es producto de una influencia mutua y recíproca de mentes inconscientes entre sí. El autor lo entiende como la mezcla que se

forma a partir de los elementos individuales conscientes e inconscientes de cada participante, permite la unicidad de cada relación, donde se da una interacción singular de lo permitido y lo prohibido.

El inconsciente relacional ofrece a cada participante un espacio donde puede expresar elementos subjetivos y con base a la experiencia a los que no había accedido previamente. Igualmente, se proponen límites y prohibiciones que responden a las particularidades de la díada, donde hay un soporte mutuo de los procesos del otro (Gerson, 2004). Esto significa que el inconsciente relacional, como un proceso conjuntamente construido y mantenido por cada individuo en la relación, no es simplemente una proyección del self inconsciente de una persona.

Más bien, este fenómeno es un lazo no reconocido que envuelve a toda relación, donde se funde la expresión de la subjetividad de cada participante y su inconsciente individual dentro de esa relación en particular. Esto llevó a que Gerson (2004) presentara el término como un medio para unir el pensamiento psicoanalítico sobre los fenómenos intrapsíquicos e intersubjetivos.

> *"Pero si tú la reflexionas y dices bueno, obviamente cualquier cosa que uno interprete tiene que ver con su historia porque tú dices... tienes como tu historia de manera adyacente y lo principal es la historia del que está influyendo en esto, ahí sí si lo piensas bien en un momento donde haya mucha confianza entre tú y el paciente sí lo puedes decir y es muy muy positivo"* (Anakin)

> *''Mmm... Mira, ningún paciente es fácil, cada paciente es una cajita de Pandora, evidentemente el que está en esto, se ha metido en un camino complicado, un camino que puede ser muy bien pagado en una economía normal, pero complicado, complicado porque trabaja con el sufrimiento del otro, ¿no? él es receptáculo de la proyección, a veces masiva, elementos muy destructivos, uno lidia a veces con transferencias eróticas o*

> *transferencias erotizadas, pero también hay transferencias negativas, a veces muy destructivas"* (Abraham)

Dentro de los elementos individuales que los participantes de nuestra investigación reconocían en ese vínculo único con el paciente, se reportó en distintas oportunidades y de forma muy amplia, los distintos tipos de transferencia que eran depositadas en los terapeutas.

2.3. Transferencia del paciente

Laplanche y Pontalis (2004) definen transferencia como "el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica" (p.439)

La transferencia según Baranger et al. (2002) debe ser comprendida diferenciando una serie de categorías básicas. Éstas son 1) respuestas del analizado a la posición y función del analista; 2) transferencias momentáneas y cambiantes que corresponden a estructuraciones sucesivas del campo analítico; 3) transferencia repetitiva y 4) transferencias por identificación proyectiva.

> *"El asunto es, número uno, que uno tenga claro que eso tiene que ver con lo que está pasando en el proceso terapéutico, y con las transferencias puestas sobre uno, obviamente que uno no actúa esa transferencia, o sea, que eso no tiene como cuestionamiento"* (Atenea)

Uriarte (2003) postula que diferentes organizaciones psíquicas dan lugar a distintas expresiones de la transferencia. Esto apoya lo que Schkolnik (2003) indica sobre la transferencia negativa, relacionándola con el narcisismo patológico, característica de un funcionamiento arcaico, como se observa en el caso de las neurosis graves, los pacientes limítrofes y psicóticos. Para entender la transferencia se han propuesto dos categorizaciones principales dentro de la literatura psicoanalítica, la transferencia positiva, que está marcada por afectos de agrado, y es favorable para el desarrollo del análisis; y la transferencia negativa, que comprende sentimientos agresivos, que involucran al analista el encuadre y al proceso (Uriarte, 2003).

> *‘‘Mmm... Mira, ningún paciente es fácil, cada paciente es una cajita de Pandora, evidentemente el que está en esto, se ha metido en un camino complicado, un camino que puede ser muy bien pagado en una economía normal, pero complicado, complicado porque trabaja con el sufrimiento del otro, ¿no? él es receptáculo de la proyección, a veces masiva, elementos muy destructivos, uno lidia a veces con transferencias eróticas o transferencias erotizadas, pero también hay transferencias negativas, a veces muy destructivas”* (Abraham)

Este último tipo de transferencias fueron señaladas por nuestros participantes como el principal desencadenante de reacciones contratransferenciales en ellos. Cuando Schkolnik (2003) habla de transferencia negativa, hace referencia a la reacción de la vivencia de abandono de los pacientes por vacaciones, interrupciones, mudanzas o cambios de horarios en el análisis.

Ubican como causante una intolerancia narcisista a la tercerización, entendida como la aparición de la figura de un tercero que pone una división en la díada analista-paciente, en este caso las interrupciones antes nombradas. Esto lleva a que los límites parezcan hacerse borrosos y el paciente se enfrenta el riesgo de la pérdida del vínculo dual, amenaza que finalmente alcanza al propio yo (Schkolnik, 2003).

> *“Yo siempre tomo vacaciones en una determinada época del año en verano, y bueno esto coincide con momentos de la vida de la paciente que, cambio de pareja, final de la etapa universitaria, hay aspectos en los que no le va bien y ¡chas!, eso después da para que... ¡ah! al regreso de las vacaciones, transferencia negativa. Transferencia negativa, yo supongo, con una sensación subjetiva de abandono, se trabaja pero no hay manera y esto conlleva a una terminación, bueno una supuesta terminación que para mí siempre fue interrupción del tratamiento”* (Abraham)

Tanto el acercamiento como el alejamiento excesivo del otro son vividos como un peligro a la existencia propia, y en ocasiones el terapeuta se puede ver en la necesidad de interrumpir el tratamiento o hacer modificaciones en la técnica para esquivar los peligros a los que está expuesto el paciente (Schkolnik, 2003).

> *"La transferencia es muy positiva o muy negativa se monta para no hablar del conflicto, por eso aparece en el lado positivo extremo el amor, no querer hablar de las penurias de la vida porque la idea que vas a perder el amor de tu terapeuta o desde el lado negativo, es el ataque constantemente al vínculo para que no se meta más en ese punto, ahí viene lo de la posición del psicoterapeuta para saber hacer, cómo te sales tú de ese rollo transferencial para que eso se convierta en un motor y no en un obstáculo eso lo complica, Freud decía en la transferencia que a los novatos les decía ustedes se la pueden pasar la vida preguntándose cómo van a interpretar, qué es lo que van a decir, cómo saludar... Pero realmente el problema de cualquier análisis comienza cuando aparece la transferencia, amorosa o negativa ahí es donde viene el trabajo y es cuando uno tiene que ver cómo convierte eso en un motor porque además la psicoterapia sin transferencia no funciona al menos desde la orientación dinámica, si no partes de ese mínimo, fundamentación dinámica tú crees en el inconsciente"* (Apolo)

Sin embargo, Uriarte (2003) advierte que la transferencia positiva sólo beneficia al tratamiento si mantiene un carácter moderado, ya que en ciertas situaciones puede surgir un movimiento transferencial intenso de amor que ella también denomina como nocivo para el tratamiento. La autora explica que en la relación transferencial no puede ser enteramente positiva, que puede nutrirse de la transferencia negativa. Ese nombre, lo que indica en muchas ocasiones es una cualidad de los afectos del

paciente, mas no indica necesariamente efectos negativos en el trabajo terapéutico (Uriarte, 2003).

Así, la autora propone, como ejemplo, que el reconocimiento de una transferencia negativa en el paciente, puede promover la integración de los impulsos agresivos de éste y promover así un avance en el tratamiento (Uriarte, 2003)

> *"Comienza como a, a insultar de alguna forma el proceso terapéutico e insultarme a mí como terapeuta y yo soy estudiante de psicología, y yo sé que lo que tú hiciste está mal, porque si, y si yo me quería suicidar, y tú no me hablaste (…) Pero bueno, fue muy, fue muy difícil, al final bueno lo manejé porque le pude interpretar la transferencia y entonces él lo agarró, gracias a dios, se sentó y siguió su terapia"* (Anna)

En el caso donde las transferencias se cargan de un amor muy intenso, excesivamente erótico, Uriarte (2003) propone clasificarla como una transferencia negativa erótica. Indica que estos tipos de transferencias que se han sexualizado, suponen una detención en el avance del analizando, efecto negativo para el tratamiento.

Un caso especial de transferencia negativa y obstáculo y resistencia a la cura es el amor de la transferencia, donde el paciente no quiere saber nada del trabajo analítico y solo pretende ser amado y poseer al terapeuta como objeto sexual (Vega, 2006).

Ya Freud (Citado en Pope, Keith-Spiegel y Tabachnich, 2006) indicaba a los analistas que debían estar atentos frente a aquellas pacientes que demostraban haber desarrollado un enamoramiento por ellos, y suprimir cualquier respuesta contratransferencial que llegasen a experimentar, ya que aquello no era amor real sino un efecto de las transferencias que estas pacientes habían puesto en ellos. Los terapeutas entrevistados reportan así reconocer el efecto negativo para el trabajo terapéutico y sus propias reacciones contratransferenciales frente al mismo:

> *"Esto por supuesto no es solamente teoría, para que lo vean como más claro, puede ponerse en juego cuando hay una cosa, que por ahí mucha gente le asusta, que se llama transferencias eróticas, qué pasa cuando la transferencia es erótica y de paso, no hay una transferencia típica nada más sino una CT erótica, caramba. O sea, está el analista y viene una paciente, muy linda o lo que sea, o un paciente, y hay un enamoramiento de parte del paciente hacia el analista y hay una respuesta masiva de agrado y bueno, de pérdida de rol analítico de parte de ese analista"* (Abraham)
>
> *"Yo no sé cómo hacer para verte como mi analista si siempre te veo como un hombre ¿qué va a hacer usted con eso?"* (Apolo)
>
> *"No, no me ha pasado, han habido casos de transferencias eróticas detectadas a tiempo que se han trabajado, de CT eróticas también, yo no tengo ningún problema de hablar de eso, y se han supervisado, se han llevado a análisis y de algún modo se ha desanudado lo que ha habido allí. Ha pasado que por respuesta tardía, y por un interjuego del vínculo paciente-analista en lo que es el campo analítico, si han habido interrupciones unilaterales, o terminaciones supuestamente acordadas que pa' mí son terminaciones"* (Abraham)

Tal como establecen Hayes at al. (1998) encontramos que a la par de reconocer las temáticas y elementos que elicitan las reacciones contratransferenciales, explorado en el tema Orígenes, y discriminar aquellos momentos que precipitan las actuaciones con bases a dichas reacciones, trabajado en el tema Desencadenantes, los terapeutas que participaron en nuestra investigación son capaces de describir cuáles son esas conductas, motivadas por la contratransferencia, que en ocasiones pueden llevar a cabo en medio del proceso terapéutico.

3.0. Respuestas Contratransferenciales

A pesar de lo que podemos haber referido anteriormente, incluso Freud se encontraba inmerso en sus propias reacciones contratransferenciales, tal como lo describe Corveleyn (1997). Cuando se hace una revisión de las memorias de Freud, se puede observar cómo entraba en discusiones cercanas con sus pacientes, que se salían del espacio de análisis. Para él era importante crear una atmósfera de trabajo en la que el paciente se sintiera seguro de expresar sus emociones (Corveleyn, 1997).

En algunas publicaciones tal como menciona Gardiner y Obholzer (Citado en Coveleyn, 1997) se evidencia que en ocasiones sus intervenciones demarcaban del encuadre psicoanalítico clásico, así como daba apoyos a sus pacientes fuera del consultorio. Este es el caso de su acción con el "Hombre de los lobos" que "había llegado de Rusia completamente en bancarrota" (p.161).

Durante nuestra investigación pudimos observar cómo los participantes, en sus respectivos espacios psicoterapéuticos, experimentaron una serie de situaciones en las que decidieron actuar respondiendo a su contratransferencia, acciones que podrían o no haber tenido buenos resultados a corto y largo plazo dentro del proceso con sus pacientes. Tales respuestas fueron categorizadas de la manera que presentamos a continuación:

3.1. Modificación del encuadre para disminuir sensaciones egodistónicas

El encuadre terapéutico debe distinguirse de cualquier otra situación común o circunstancia que experimente el paciente en relación a un otro. El encuadre físico debería revelar lo menos posible de las particularidades del analista, de modo que los elementos personales no afecten el desarrollo de la transferencia. Siendo así, que el principio de la neutralidad debe mantenerse como una constante (Chan, S/F).

Dado que el espacio terapéutico debe diferenciarse de los otros, la hora sesión debe limitarse y distinguirse del resto de las horas del día en función de la diferencia intrínseca del contenido y de la relación. Entre las sesiones no deberían alentarse encuentros entre terapeuta y paciente, por lo cual el terapeuta no debería tener ningún tipo de relación con el paciente. Por otra parte, tampoco deberían existir sesiones indefinidas o sesiones a petición, lo

que implica que el paciente no será infinitamente gratificado (Chan, S/F), respetándose así el principio de abstinencia.

> *"Empieza la paciente a no tolerar vacaciones, empieza la paciente a no tolerar la separación entre una sesión y otra, con el dilema, además, si aumentar o no la frecuencia, esta paciente venía una vez por semana, ¿aumentas la frecuencia o no aumentas la frecuencia?, aumentas la frecuencia pero no demasiado, a dos, el riesgo de aumentar más es que genera, además, mayor regresión y aunque se puede trabajar, esto hay que llevarlo poco a poco, y bueno, se aumenta a dos, pero con la mala suerte que viene un periodo vacacional"* (Abraham)

Nuestros participantes expresaron situaciones contratransferenciales en las cuales realizaban cambios en el encuadre usual que mantenían con sus pacientes debido a particularidades en la relación terapéutica.

> *"(…) entonces siento como invasión en ese sentido, a qué hora voy a llegar porque por más que adelante el reloj y llego antes de la sesión, el tipo está parado en la puerta, entonces como que siento que esa -sonido de frustración- y he pensado voy a llegar más temprano para evitar encontrármelo, para que no me abra la puerta porque siento ¿saben? que yo tengo que ya bajarme que si con los tacones puestos"* (Anastasia)
>
> *"Sí los tenía que referir, una vez me vino una chama con mutismo selectivo que me miraba horrible además toda la sesión y yo intentaba hacer todo, sabes, cosas que yo no hago usualmente que si colores, cosas así, nada nada nada y la referí, pero no vino más, ni siquiera con la otra terapeuta, pero eso son como los dos casos que recuerdo ahorita."* (Anakin)

En este sentido, los participantes de nuestra investigación reportaban que solían flexibilizar el encuadre cuándo se enfrentaban a situaciones que les generaban sensaciones egodístonicas. De igual modo reportaban colocarse en

situaciones en las que no hubiesen elegido estar de forma voluntaria en condiciones normales. Uno de los participantes le atribuía la ocurrencia de ese fenómeno como resultado de la dinámica natural y vincular de la psicoterapia.

> *"(…) porque si es por el lado de los límites del encuadre siempre se rompen en el sentido de uno siempre está moviendo en ese nudo, entonces hay cosas que varían, pero ahí hay un límite, hay un punto, como decía ahorita, no me lo llevo para mi casa o sea literal y metafórico"* (Apolo)

Los terapeutas entendían que las sensaciones egodistónicas se asociaban a los distintos elementos que se trabajaban en el proceso terapéutico, por lo que modificar el encuadre era un medio para ellos de retomar el manejo del tratamiento.

> *"(…) lo estaba hablando con otro colega y decía coye qué fastidio este paciente que me hace sentir así, que... y me dijo claro es que son dependientes (chasquea los dedos) epa, es verdad, o sea, me escribe normalmente para esto, ah ok, entonces bueno ya... de hecho, a él, más bien, como sabía que me generaba eso normalmente le respondía"* (Anna)

> *"(…) a veces cuando traen temas que nos tocan a todos, como el tema de política o este tema electoral, que si vota, no vota, entonces cuál es tu posición o no, bueno, a veces uno trabaja un ratico, decirles vamos a hablar 10-15 minutos de esto porque el tema que te está angustiando, y yo no tengo problema a veces de dar a entender mi posición ante la situación y eso, bueno, es parte de la sesión porque el otro necesita compartirlo contigo y a veces necesita que tú le digas también"* (Abraham)

Pero estas adaptaciones en el encuadre no siempre tienen los mejores resultados para la relación terapéutica y para la permanencia del paciente dentro del proceso.

> *"En la sesión una hablaba de una y otra hablaba de la otra y eso era un pastel imaginario y le digo yo a la que sabía*

> *que estaba empastelando el asunto ¡y usted viene en otro horario! ¡A tal hora! y ella ella se arrechó, ¿eso es un acto analítico verdad? ¡Eso es un acto analítico! tú me estás haciendo eso ¿por qué me estás separando? y le digo ¡sí es un acto analítico! y le cerré la puerta, cuando entré al consultorio dije ¿qué acabo de hacer? -risas- Apolo qué bolas tienes tú, supervisión, no sé qué más, Apolo había que cortar eso... Y ahí empecé a trabajar en proceso de formación con las intervenciones, y entonces la interpretación uno sólo sabe que tiene efecto..."* (Apolo)

Así como una adaptación en el encuadre pudiese tener un efecto negativo en el proceso terapéutico, los participantes reportaron haber realizado intervenciones que podían ser iatrogénicas para el tratamiento.

3.2. Intervenciones inadecuadas

Laplanche y Pontalis (2004) definen acting out como:

> Término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto- o heteroagresiva (p.6).

Cuando asociamos esto a la labor terapéutica, hablamos de respuestas a la transferencia del paciente que puede tener el terapeuta de manera no premeditada, y que suelen tener un potencial desenlace negativo.

> *"Dios mío esta mujer es como, ¿qué es esto?, no es lo que yo estaba esperando y cuando ella me dijo eso, yo me encontré sin saber qué decir y dije una cosa que salió más como súper ruda, creo, en ese momento."* (Atenea)
>
> *"(...) desde la transferencia, colocar en una posición materna nutritiva, pero tú sabes que con ese caso no se puede y entonces, si no lo sabes, vamos a suponer que fuese un trastorno de personalidad dependiente, y te intenta poner en esa posición y tú inconscientemente,*

> *repito, que es como se juega la transferencia y la CT, tu inconscientemente respondes a eso desde la madre nutritiva, estás haciendo un daño al paciente."*(Anna)

Según Waska (1999) la contratransferencia existirá como resultado de la dinámica de las identificaciones proyectivas del paciente y de la totalidad de la relación terapéutica, por lo que el autor acota que la pregunta no es qué hacer si la contratransferencia está presente en el tratamiento sino qué forma toma cuando es usada efectivamente. El terapeuta y el paciente están en una lucha constante de hacer un sentido y significado de lo que ocurre en la relación. Las dos partes están constantemente tentadas a hacer un acting out de estos significados en lugar de verbalizarlos o mentalizarlos, hay una resistencia mutua a sentir y trabajar el fuerte material fantasioso en la situación (Waska, 1999).

> *"(…) y a veces se me salen intervenciones como fuera de timing, como que esta cosa contratransferencial se me ha salido fuera de timing por angustiarme, pero eso sí lo he podido trabajar mejor por la experiencia."*(Anakin)
>
> *"La paciente me contaba todos los días que se iba a matar, esta era otra, y yo terminé cortándola ¿por qué no lo has hecho? entonces me quedé callado luego de que dije eso, Apolo ¿qué hiciste? ¿Cómo le vas a soltar tú esa vaina? y empieza ella a asociar, es que no puedo hacerlo por tal y tal cosa, y empezó a hablar de otra vaina y cuando... ¡Este es el efecto! entonces ya no me angustié tanto cuando hago esas cosas, pero no pasa por ahí tanto por supuesto."*(Apolo)

La angustia del terapeuta a responder al contenido que trae el paciente parece ser un factor importante en los efectos de las intervenciones inadecuadas. Esta angustia probablemente es el resultado de la carga transferencial que colocan los pacientes sobre la figura del terapeuta. Que esto desemboque en una actuación podría o no tener resultados negativos, pero lo más importante es poder identificar esta respuesta como terapeuta.

> *"Le pasaba a Breuer en los inicios, cuando habla de Anna O. era un pastel porque Anna O. era una mujer voraz y*

> *demandante de amor y bueno esto le causó problemas a Breuer con su pareja, con su esposa y es todo un pastel y Anna O. terminó gritándole que estaba embarazada de Breuer y Breuer se asustó y quien salió embarazada fue la mujer y Breuer agarró a la mujer y se la llevó ¡eso fue un pastel transferencial! claro eso fue la primera relación terapéutica de corte psicoanalítico registrada, en el sentido que haya esto del pastel. Freud le decía a Breuer bueno eso no tiene nada que ver contigo, eso es el problema de ella, eso fue contratransferencial."* (Apolo)

A la par de las conductas clásicas de acting out del terapeuta, encontramos momentos en que la expresión emocional del terapeuta se vuelve un respuesta a las reacciones contratransferenciales elicitadas, que interfiere con su capacidad de manejar el proceso terapéutico.

3.3. Experiencia emocional inadecuada

En el paradigma clásico de la psicoterapia psicoanalítica, se exige una postura de neutralidad, que Laplanche y Pontalis (2004) definen como:

> Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo; neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula «no entrar en el juego del paciente»; por último, neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones (p. 256).

Así, se ha favorecido que los terapeutas no revelen sus reacciones emocionales con respecto al proceso terapéutico del paciente y el contenido trabajado en el mismo (Reiter, 2007). A pesar de esto, varios de nuestros participantes revelaron que, en algunas situaciones, su reacción

contratransferencial a nivel afectivo fue tan fuerte, que llevó a una expresión de la misma dentro del espacio terapéutico, siendo la más común el llanto.

> *"Puede pasar también, que si es frente a frente, bueno, mira, o sea, nada, lloraste con el paciente. Es inusual, pero bueno, cabe preguntarse allí qué se movió en ti, ¿no? evidentemente, aunque te des cuenta, lo más importante es rescatarte, lo más pronto posible para poder intervenir desde el lugar, desde la posición analítica y no del lugar de identificación"* (Abraham)
>
> *"(…) le había dicho a su hijo que Dios necesitaba al mejor mototaxista entonces por eso lo había como seleccionado a él y yo me puse a llorar... A llorar a moco tendido no, pero o sea se me salieron las lágrimas -risa- nunca en mi vida me había pasado y ahí la pérdida de distancia fue totalmente absoluta y creo que porque efectivamente yo no me había percatado de lo afectada que estaba"* (Anastasia)

Por otra parte, Jacobs (1986) indica hay maneras más sutiles en que se manifieste la contratransferencia, dentro de incluso las mismas técnicas del trabajo analítico, alejándose de la postulación clásica de que la contratransferencia sólo se observa en las acciones abiertas y bastantes obvias por parte del analista, como lo descrito anteriormente. Por ello, decidimos denominar esta categoría experiencia emocional inadecuada, ya que no todas las respuestas contratransferenciales eran externalizadas. Un ejemplo de esto lo relata uno de nuestros participantes:

> *"Ella era una... Tenía hábitos alcohólicos acentuados y tenía, que creo que era lo que estaba detrás pero ella se fue, en una sesión ella llegó muy molesta muy molesta, porque le había tocado esperar diez minutos más de su hora y esa sesión fue acusarme insistentemente y muy violentamente que yo la trataba como un perro, ahí por supuesto yo... ¡Berro! esta es la posición donde ella se ubica como que desechada por los demás, lo está actuando completo acá, por supuesto esto te lo digo*

> *ahorita tranquilo después de aja... Pero en ese momento es un fastidio recibir todo eso... Ehh... ¿Por qué? porque Apolo persona, ya no psicoterapeuta a mí no me gusta que me hablen feo pues, a mí no me gusta que me griten y eso yo lo sé porque yo lo he trabajado en la vida porque si no me paro y la saco y entonces termino diciéndole la sesión siguiente que a mí me parecía en tal caso que si ella se sentía así que yo la podía referir con alguien que se sintiera más cómoda"* (Apolo)

Aunque el participante de nuestra investigación estaba ejerciendo una escucha activa del material de su paciente, se sintió invadido de un afecto de disgusto, una respuesta contratransferencial subordinada a sus temáticas personales. Este hallazgo corresponde a lo que reporta Jacobs (1986) en el análisis de su propio trabajo con sus pacientes donde experimentaba una respuesta contratransferencial, que no llegó a expresar, de rabia frente a la posición en que lo colocaba una paciente en particular, ya que lo asociaba a experiencias personales con su madre. Aun así mantuvo la escucha activa empática durante toda la sesión.

El autor asocia esto con una falla de lo que denomina la neutralidad interna. Este concepto alude a un proceso paralelo al de neutralidad descrito anteriormente, donde se alcanza un estado de la mente del terapeuta en el que el Yo funciona para el trabajo analítico, porque deja de estar afectado por los conflictos internos de éste (Jacobs, 1986).

3.4. Permitirse atribuciones fuera del encuadre

Lander (2008) habla sobre cómo el sufrimiento del paciente y su insistente pedido de ayuda para aliviarse incide sobre los deseos de curar del terapeuta y su necesidad de buscar alivio a dicho sufrimiento. De esta manera, al identificarse con él, el analista pudiese aconsejar soluciones que generen alivio a la angustia, pero habiendo perdido su asimetría y posición analítica. Sólo concientizando esto es posible recuperarse y retomar su posición asimétrica perdida.

> *"(…) pero por ejemplo me pasaban cosas que se le iba la enfermera y a mí me provocaba darle el número de la*

> *enfermera de mi padre... y entonces yo sabes, esa no es mi labor, o sea mi labor no es ayudarla desde... mira a mí me sobraron unos pañales, será que te los doy, o sea tenía la tentación y bueno entonces claro el tener supervisión, tener fresco eso, saber que efectivamente si yo no hago una distancia de esto se iba a enredar la relación, ahí es donde yo no...*" (Anastasia).
>
> *"Y bueno, y lo primero que a mí me pasó es que, bueno, caminé con ella, o sea fui, fui con ella hasta la oficina de la LOPNA que tenemos ahí para preguntar cuáles eran los procesos, entonces bajamos para Clínica Jurídica para ver si había una manera, pero o sea iba yo con ella como si fuera más bien como hija mía."* (Atenea).

En ocasiones sería posible que se tomen consideraciones y el analista se encuentre autorizado por su propia ética para ayudar dando consejos o sugerir el uso de algún medicamento, generalmente recetado por un psiquiatra clínico. Este acto no es un acto analítico, es un acto que podríamos llamar ortopédico (Lander, 2008).

> *"El acto ortopédico es un acto donde como forma de muleta, alguna acción del analista termina sirviendo de una ayuda adicional fuera de lugar analítico a ese paciente o ese analizando. Es una acción mucho más activa y mucho más directiva. Allí a veces pudiéramos incluir estas variaciones forzosas de encuadre, recuerdo por ejemplo una vez una paciente que llegó muy angustiada, porque además ella cargaba con una cosa así como 54000 Bs. en efectivo, cuando eso era muchísima plata, creo que el dólar ni siquiera llegaba a 54, es decir tendría más de mil dólares en efectivo, y estaba muy asustada porque venía en transporte público y temía que la fueran a robar, no no no, deje ese dinero aquí, mire aquí está la llave, ¡chas!, cerramos con llave, mañana lo viene a buscar con fulano de tal, y así se*

> *va pa' su casa tranquila. Eso es un acto ortopédico, o el paciente sabe que está armado y anda con ideas suicidas, no no, me deja esa pistola aquí en la gaveta, si quiere se lleva la llave, pero deje el arma aquí, ¿ok? claro, ahí estás cuidando, estás protegiendo al paciente, pero lo estás haciendo consciente de lo que estás haciendo."* (Abraham)

Muchos psicoterapeutas rechazan la violación del límite desde un posicionamiento de la teoría psicoanalítica clásica que presenta límites inflexibles entre el analista y el paciente (Pope y Keith-Spiegel, 2008). Sin embargo, en la historia de Freud, se encontró que él enviaba postales a sus pacientes, les prestaba libros, les entregaba regalos, hablaba con ellos de sus familiares, entre otras situaciones que se podrían categorizar como un rompimiento del encuadre (Pope y Keith-Spiegel, 2008).

En vista de esto, y posterior a una revisión teórica, Gutheil y Gabbard (citados en Pope y Keith-Spiegel, 2008) postularon que la violación de límites puede ser saludable, neutral o dañina. La naturaleza e impacto del mismo dependerá de la evaluación del contexto y a la decisión que tome el psicólogo clínico. En el caso de nuestros participantes, algunos se permitían violar el encuadre clásico con los niños, luego de evaluar el beneficio que esto traía al tratamiento, pero reconociendo la reacción transferencial detrás de ello.

> *"(…) o sea si bien están los límites dentro del consultorio y todo hay un acercamiento afectivo que es distinto que con los adultos, digamos hay un... más abrazos, más caricias iba a decir pero o sea... como más acercamiento físico que con los adultos y eso es una diferencia quizás desde mi estilo también, no sólo dependerá de la CT lo que la población infantil a mí me genera como tal sino quizás también ese acercamiento con los niños más mío, o quizás no depende sólo de ellos, creo que eso es una variable... o sea, una diferencia importante que acabo de darme cuenta."* (Anastasia)
>
> *"Ella, por ejemplo, contrario a todas las probabilidades es súper buena estudiante, quería estudiar en la universidad,*

> *entonces bueno, yo fui, averigüé si habían becas, o sea, hice un montón de trabajo que no son estrictamente del campo de lo psicológico, en un sentido más tradicional de lo que implica la intervención..."* (Atenea)

Sin embargo, la decisión de violar los límites no es sencilla, y debe ser evaluada con mucha atención. Pope y Keith-Spiegel (2008) recomiendan un proceso de nueve pasos para asegurar el resultado más positivo para el tratamiento, y tomando en cuenta elementos éticos. Nuestros participantes reconocen la necesidad de estas instancias y las describen de la siguiente manera:

> *"Entonces, esto de la ayuda, de los favores, o que desde un rol de cuidador, se pueda ir más allá de los límites de la neutralidad y abstinencia, se ve con alguna frecuencia pero lo importante es saber por qué se está haciendo, en ese momento, bueno, estás trabajando en menor asimetría, estás trabajando desde un lugar más directivo, y estás haciéndolo por un determinado motivo, por una determinada causa, ahí es diferente"* (Abraham)

Así como un terapeuta puede decidir tomarse atribuciones fuera de su rol por las reacciones contratransferenciales que le genera el paciente, también puede desarrollar una preocupación por su bienestar que va más allá de la empatía necesaria para el vínculo terapéutico y amenaza con afectar el trabajo de los participantes

3.5. Preocupación excesiva

Anteriormente revisamos los planteamientos de Lander (2008) en los que el analista se encuentra motivado a la acción a través de la angustia generada por el paciente en búsqueda de aliviar su sufrimiento. En la misma línea revisamos a Waska (1999) quién hablaba de una resistencia mutua en la relación terapéutica de enfrentar el material fantasioso de los conflictos, lo cual llevaba a su actuación. Dentro de lo expresado por nuestros participantes podemos observar situaciones de alta demanda que llevaban a una preocupación excesiva que podía incluso impedirles desligarse de la atención al caso incluso cuando dejaban el espacio terapéutico.

> *"Creo que la preocupación, o sea cuando te digo el cansancio es también como... el no estar, o sea el no poderme desconectar de lo que pasa, que yo llego a la casa por ejemplo y me quedo pendiente del paciente, y quizás no lo verbalizo pero estoy... y entonces veo mucho el celular a ver si me escribió, eso eso me... o sea cuando me siento agotada, cuando digo berro no me puedo desconectar, como decía la sesión se acabó y todavía me quedo como pendiente, o sea la palabra es pendiente, eso me agota y cuando yo ya me siento agotada digo no, algo estoy dando de más quizás."* (Anastasia)
>
> *"A ver...Porque en algún momento fue el suicidio, en algún momento cuando estaba empezando, yo tenía una paciente que me llamaba y me decía que se iba a matar, pasó dos veces y se quedaba sin señal, yo me quedaba con un -jadeo- ¡Se mató! ¡Se mató! ¡Se mató! ¿Uno qué hace con eso? lo lleva a análisis, porque después la paciente cantante de lo más tranquila, relajada, echándome el cuento de lo mal que la había pasado esa noche y yo por dentro ¿y lo mal que pasé yo esa noche? eso no se lo digo, claro porque además los pacientes ponen a prueba, también porque ese trabajo de análisis, de supervisión..."* (Apolo)

Los participantes indicaron que a la par de experimentar estas preocupaciones, podían tomar la decisión de dirigir el proceso terapéutico a un camino arriesgado, que no aseguraba el resultado exitoso del mismo, pero respondía a las reacciones contratransferenciales que ellos experimentaban y a su interés de lograr la mejoría del paciente.

3.6. Tomar riesgos en el proceso terapéutico

Lander (2008) indica que el analista debe mantener dos conceptos claros en su trabajo, la convicción de la eficacia del método, confiando en que sus herramientas le permitirán llevar el tratamiento; y la duda del saber, que plantea al analizado en una búsqueda por conquistar su saber perdido inconsciente. Si

el analista se cree dueño del saber, comunicando sus ideas al analizado, está deteniendo la búsqueda analítica que este debe llevar a cabo con el diálogo psicoanalítico (Lander, 2008).

Por lo encontrado en nuestra revisión, podemos ver que en ocasiones nuestros participantes se encontraron en situaciones complejas donde se vieron en la obligación de tomar decisiones al momento de intervenir en el proceso terapéutico que van más allá de los límites del encuadre y sus responsabilidades, con la finalidad de llevar al paciente a un mejor lugar.

> *"Mi primer impulso, de verdad, fue, bueno, ¿sabes qué? vamos a buscar como la emancipación, vamos a como a firmar... ese fue mi primer impulso, afortunadamente no se lo dije, pero lo pensé y lo sentí, y para mí ya hice, ya se fue pues. No lo actué pero estaba allí. Y con ella esas cosas empezaron como a suceder."* (Atenea)
>
> *"Cuando llega un paciente que sé que no se va a beneficiar mucho, no lo quiero ayudar. Pero me da al revés, tú dices ah no, ¿tú dices que no vas a mejorar? no, tú vas a venir pa´ ca dos veces por semana y le amarro... -risas- Algo te vas a llevar hoy."*(Anastasia)
>
> *"El pasaje al acto es consciente, tú sabes por qué lo estás haciendo, bueno voy a ir a ver esta paciente un sábado porque si, o mira no hay luz pero está grave, bueno no importa, hacemos la sesión en otro lado, no importa, caminando ahí en Los Próceres, hable no importa yo la escucho (risas de los entrevistadores) eso se vale, eso se llama variaciones forzosas del encuadre, tú escuchaste, tú respondiste, fue caminando en un parque, no importa, pero tú sabes por qué lo estás haciendo y sabes con qué tipo de pacientes lo estás haciendo."* (Abraham)

Este tipo de intervenciones pueden representar un riesgo para el paciente, tal como indican Dimidjian y Hollon (2010), ya que en fallar en promover una intervención adecuada que pudiese causar alivio al paciente es diferente a proveer una intervención dañina, entendida como aquellas que

pudiesen producir resultados que son peores a lo que hubiese ocurrido en la ausencia de tratamiento.

> *"(…) cuando me he sentido que hay... que tengo ganas de referir al paciente han sido casos que he llevado a supervisión, yo a ver conscientemente no recuerdo ningún caso donde yo diga... más que todo lo contrario, si me parece que de esto... cuando la CT y la transferencia está es rico de trabajar, o sea es parte de lo que yo hago y lo hablo luego, entonces que inconscientemente ha provocado que alguno -risas- se haya ido, ¡sí! que lo haya botado inconscientemente."* (Anastasia)

Las respuestas contratransferenciales en muchas ocasiones sirven como señales para el terapeuta, de manera que estos puedan identificar las reacciones que suele generar la transferencia del paciente y asertivamente usarlo en pro del proceso terapéutico, a favor de la diada terapeuta-paciente.

4.0. Herramientas

Existen diferentes posturas para entender la función que tiene la contratransferencia dentro del proceso psicoterapéutico. De este modo, Freud (1910/1981) recomendaba a los analistas suprimir sus reacciones contratransferenciales, ya que las veía como un fenómeno que afectaba negativamente el tratamiento. Sin embargo, posteriormente aparecieron autores como Racker (1948/1986) y Heinmman (1950) quienes proponen que la contratransferencia tiene un uso en el proceso analítico, si se maneja de forma adecuada.

Todos los participantes de nuestra investigación reconocieron utilizar sus reacciones contratransferenciales como parte del proceso terapéutico, en una medida u otra. Racker (1948/1986) planteaba que si el analista seguía el proceso indicado, podía deducir y elaborar intervenciones adecuadas de lo que experimenta su inconsciente frente al paciente. Para Heinmman (1920) la respuesta emocional del analista es una herramienta de gran valor, ya que le permite evaluar su entendimiento del paciente. Igualmente, autores

contemporáneos como Fenieux (2009) y Machado et al. (2014) han reportado el uso de la contratransferencia en beneficio del tratamiento del paciente.

Decidimos denominar la categoría que engloba estos usos como herramientas, inspirados en la descripción de la experiencia de la autora venezolana Campo Redondo (2008), quien reporta como orientadores en violencia familiar pudieron utilizar el impacto emocional que generaban en ellos las familias que trataban para desarrollar competencias más eficaces al momento de orientarlas.

Con base a la revisión de la información aportada por los participantes, encontramos cuatro usos principales que se le puede dar a las reacciones contratransferenciales: como fuente de información para el diagnóstico, como referencia para decisiones en pro del tratamiento, como modificaciones en el encuadre e intervenciones, y para la detección del impasse.

4.1. Diagnóstico

Racker (1948/1986), expresa la importancia del uso del intelecto y emocionalidad dentro de la función del terapeuta, concibiendo conscientemente lo que experimenta su inconsciente frente al paciente. Debe separar, analizar y sintetizar los contenidos que trae el paciente de los propios. Así logra deducir y elaborar la interpretación adecuada, como la intervención terapéutica y conducta que se debe seguir.

En gran medida la labor de psicólogos y psiquiatras depende de manera extensa del auto reporte subjetivo del paciente (Srivastava y Grube, 2009). Igualmente, la experiencia del profesional acerca de lo que le sucede al paciente es tentativamente tomada en cuenta para el diagnóstico preliminar en ausencia de otros instrumentos de evaluación. Por ejemplo, Holmqvist (2000) encontró que era posible discriminar la estructura de personalidad de un paciente a través de los sentimientos que evocaban en los psicólogos y otros trabajadores de un centro de atención psiquiátrica.

Considerando esto, la mayoría de los participantes expresaron que la contratransferencia que nacía de la relación con un paciente podría servir como una herramienta interna de diagnóstico.

> *“Si, si, pensaba que incluso para diagnóstico. Por ejemplo, ya hay una cosa que yo empiezo a sentir que*

digo esta persona tiene unos rasgos histriónicos importantísimos porque si no, yo no me sentiría así. En estos días una colega se sienta, que estaba dando clases y dice, no sé qué cosa, no, que estamos repartiendo unos grupos y dice, bueno ¿y fulanito? ¡Ah!, ese tiene unos rasgos psicopáticos importantes, y dice, no me lo pongan a mi porque me enamoro (risas de todos) entonces sí, incluso para diagnóstico hay unas cosas que yo, por ejemplo, los paranoides me dan mucho miedo, entonces yo puedo reconocer como algunos rasgos, o sea los paranoides esquizofrénicos, pues, no gente que tenga rasgos, ahorita somos todos medio paranoides con el tema de la inseguridad, pero hay algunas cosas que incluso para hacer diagnóstico me ayudan" (Atenea)

"O sea, sí me ha pasado, por ejemplo, tengo un paciente ahorita que es obsesivo, bastante dependiente, y parte, o sea, parte del diagnóstico fue eso, o sea, a la quinta vez que me escribió un mensaje fue así como coye qué fastidio, y ya va, ajá. De hecho, lo estaba hablando, no a una sesión de supervisión normal, pero lo estaba hablando con otro colega y decía coye qué fastidio este paciente que me hace sentir así, que... y me dijo claro es que son dependientes (chasquea los dedos) epa, es verdad" (Anna)

"Esos son aspectos contratransferenciales que si los identificamos, pueden ser muy útiles para trabajar ese tipo de transferencia, pero bien decía Kohl, son transferencias que a veces son, bueno, generales, especulares o idealizadas; entonces... dependiendo de dónde se coloque el paciente o cuál sea esa, sí, ese tipo de transferencia que el paciente establece pues lo más importante es registrarla y uno saber con qué tipo de paciente uno está trabajando, si es un paciente en déficit que en verdad uno sabe que va a hacer ese tipo de

> *transferencias, pues uno tiene que estar preparado para trabajar con ese paciente o con esos pacientes, pues porque pueden ser varios o en simultáneo, e intervenir desde otro lugar que no es el lugar clásico, ¿no? tú no puedes intervenir con un paciente deficitario, con un paciente con un trastorno narcisista o el narcisismo maligno, paciente grave pues, narcisista grave desde el mismo lugar que intervienes desde un neurótico obsesivo o de una neurosis histérica, edípica me refiero, no narcisista, entonces creo que, bueno, el registrar eso y el poder tenerlo consciente y tenerlo presente sirve para intervenir desde un lugar más adecuado y hacer un mejor trabajo"* (Abraham)

Como plantean nuestros participantes, la contratransferencia no sólo facilita el trabajo de asignarle una categoría clínica diagnóstica al paciente, sino también para generar cambios dentro del espacio terapéutico e incluso plantear intervenciones adaptadas a la situación.

4.2. Modificación del encuadre a beneficio del proceso terapéutico

Así como Racker (1948/1986) y Heinmman (1950) recomendaban el uso de la contratransferencia para la comprensión e intervención dentro del proceso analítico, Brody y Farber (1996) encontraron que todos los terapeutas, tanto aquellos en entrenamiento como quienes poseían experiencia profesional, utilizaban sus reacciones emocionales para comprender cómo se estaba desarrollando el tratamiento.

Los terapeutas de nuestra investigación reportaban llegar a un punto donde, luego de comprender la situación en la que se encontraba el proceso terapéutico con un paciente en particular, tomaban la decisión de modificar el encuadre con el objetivo de mantener la continuidad en el trabajo con éste.

> *"Pero cuando hablo de esta CT, el otro colega me hace el señalamiento y caigo como en cuenta, digo ah espérate, entonces ahora los leo pero no los respondo todos, y después lo agarro en terapia"* (Anna)

> *“Era, por fortuna, el último paciente de la mañana pero hubo que prolongar la sesión aproximadamente unos 20 minutos más, hasta que el paciente estuviera más tranquilo y poder cortar la sesión. Hoy en día sigue siendo mi paciente, de eso hace más de año y medio. Pero son a veces variaciones o modificaciones en la técnica que tú haces desde un rol analítico, o en este caso más ortopédico, pero con un sentido y, bueno, haciéndolo de esa manera no hay mayor problema, además, fue una vez, eso no tiene por qué ser problemático”* (Abraham)

En ocasiones estas modificaciones podían estar ligadas a sucesos externos que de alguna manera influían en el bienestar del paciente y no era responsabilidad del terapeuta tomar un rol activo en la solución de estas dificultades. Terminaron asumiendo este papel con base a su juicio clínico, aunque esto no estuviera dentro del encuadre psicoterapéutico, que tal como indican Pope y Keith-Spiegel (2008), es el basamento que utilizan los terapeutas para violar los límites establecidos, que en distintas ocasiones permite un resultado positivo para el tratamiento.

> *“Eso no lo hago en el momento transferencia fantasía, entonces me va a odiar hay otros momentos en donde hacerlo, el encuadre se modifica y más en Caracas, no puedo llegar, estoy retardado, entonces uno a veces apela un poco a eso y hay pacientes que no lo toleran y entonces hay pacientes que hay que tratar de conservar esa hora fija para ese paciente, esta es la hora de este paciente entonces la pauta la marca la transferencia. Creo que ustedes están haciendo un buen trabajo por el lado de la CT porque ahí está la clave de todo este bicho, lo que uno llama psicoterapia, análisis, dinámico…” (*Apolo).

> *“Sí, claro. Por ejemplo, en la consulta privada, en teoría es más sencillo mantener un encuadre, pero por ejemplo, en esta situación país, mantener el encuadre tradicional rígidamente en muy difícil. O sea, partimos por ejemplo*

> *del asunto que hemos podido estar aquí en sesión y, habían, no se disturbios, marchas, protestas, bombas lacrimógenas, y ¿qué voy a hacer yo al paciente?, ¿bueno está bien, chao, hasta luego y le cierro la puerta y que se vaya? a lo mejor si vino sin carro, por ejemplo, le doy la cola, en Parque Social es mucho más fácil que se rompa el encuadre tradicional por la naturaleza de los casos que se ven allí. Yo creo que lo importante, más que mantener rígidamente el encuadre es siempre preguntarse por qué y para qué, por qué se rompió el encuadre y para qué se rompió el encuadre. Esas cosas también son importantes llevarlas a supervisión, ¿no?, ¿bueno esto que significa, por qué está pasando esto, por qué me cuesta mantener el encuadre, por ejemplo, o por qué con esta persona en particular me ha costado tanto?"* (Atenea)

Pero las modificaciones y decisiones que se toman con respecto al trabajo psicoterapéutico con base a la contratransferencia también se aplican dentro de los límites de la labor. Una de las formas de hacerlo es aplicándola para realizar intervenciones en sesión.

4.3. Intervención

Winnicott (Citado en Bollas, 1983) expresó que el analista necesita jugar con el paciente. De este modo el terapeuta coloca una idea que representa un objeto que existe en el espacio potencial entre el terapeuta y el analista, un objeto que está destinado a ser pasado entre uno y otro. Si éste resulta ser de utilidad para el paciente, será resguardado como una clase de objeto confiable en su inconsciente.

El uso de la propia subjetividad del analista, que sólo representa una parte de la complejidad de la interpretación, incrementa la confianza del paciente en el valor de los planteamientos del terapeuta. Esto toma asidero en un elemento tangible en la relación terapéutica haciendo uso de su propia contratransferencia. Si tal interpretación es desarrollada, debe hacerse de manera juiciosa y responsable. El análisis queda potenciado por esta capacidad

de elaboración, movilizando elementos del paciente que deben ser explorados (Bollas, 1983).

> *"Tienes que medir muy bien tus palabras, tienes que ser muy cuidadoso con ese paciente, tienes que intervenir a veces con una precisión casi que un Tomahawk, ¿sabes? a veces no tienes ese cuidado quirúrgico con todo, pero sabes que ahí hay algo entredicho en la relación, y tiene que ver muchas veces con aspectos del paciente que hacen que tu trabajes o que ese, si ese trabajo analítico vaya por la cuerda floja, con el cuchillo entre los dientes, y sea más complicado"* (Abraham)
>
> *"(...) entonces si uno empieza a ver esto de cómo intervenir en ese arreglo tan singular para ese paciente, que es lo único que lo ha mantenido cuerdo en la vida y para tú poder operar desenredando un poco eso, tienes que estar ahí pero sin estar, porque si no te vuelves parte del síntoma, allí es donde realmente se complica el asunto no en diagnosticar, diagnosticar es una panza, ¿establecer plan terapéutico? fácil, revisar la medicación, hacer chequeo de medicación, eso no quiere decir que uno no haga todo eso, por supuesto uno se vale de todo eso, porque eso mantiene clara la idea del terapeuta, pero el asunto es cómo operar en ese nudo sin morir en el intento, y morir es que te devore el nudo del paciente…"*(Apolo)

Remus Araico (2004) en la revisión de una viñeta de un caso atendido en análisis, explica el beneficio de utilizar la contratransferencia para la intervención. El autor plantea que cuando el analista ejerce la atención flotante, debe permitir el fluir de la contratransferencia, entendida como todo lo que experimenta el analista durante la sesión, ya que evoca aquellos contenidos preconscientes en el discurso del paciente.

Así, la comprensión del proceso terapéutico emerge a la consciencia, y donde corresponde al terapeuta descifrar que responde a temáticas personales para aislarlo. Ese momento de comprensión lo denomina como un "click", ya

que es el paso a la construcción creativa de lo que podría ser una posible interpretación (Remus Araico, 2004). El autor plantea que es importante que el analista siga con atención su fluir interno para afinar la intervención. Esto desemboca en la construcción de esta estructura simbólica, ligada a procesos afectivos inconscientes, que se devuelve al paciente en la interpretación esperando desencadenar el inicio de la comprensión o "insight" por parte del éste (Remus Araico, 2004).

> *"No le dije que es un coño de madre pero sí le dije que bueno que tal vez lo que siente que es parecido es que los dos se aprovecharon de ti en momentos distintos en tu vida y por razones distintas y como que eso sí lo agarró, pero bueno es sí lo hice en parte por mi CT de la rabia de que una chama de 14 años la estén poniendo en la misma posición que con una señora de 30 y que ella no pueda ver que el tipo es un coño de madre, sí bueno me da mucha rabia pero pensé en la rabia, la sentí y lo dije de una manera que era como pertinente en la sesión pues"* (Anakin)

Bollas (1983) propone que el estado subjetivo del analista, al ser representado verbalmente para consideración del paciente, puede facilitar la movilización de aquellos elementos inarticulados de la vida psíquica de éste para ser analizados. Un ejemplo de esto lo describe una de las participantes:

> *"Y luego, muchas veces, esta cosa como de reflejar sentimientos, que son técnicas como establecidas, ¿de dónde vienen? muchos vienen de la CT. A veces yo le digo al paciente, es que tú me lo estás contando, yo no soy tú y me da una rabia, entonces es como que el paciente, ¡claro! porque no sé qué, no sé qué (risas de todos) y es verdad, es una cosa que yo voy sintiendo como, a veces les digo, tú me lo cuentas y lo que me provoca es como, me da la sensación de que necesitas protección, es porque a mí me provoca protegerlos, entonces chequeo, ¿cómo te sientes tú? esto tiene que*

> *ver, incluso chequeando, como si esto tiene que ver con la persona, o es solamente una cosa mía, ¿no?"* (Atenea)
>
> *"Lo que sí he hecho es decirle que por supuesto a este paciente que les digo que se queja que su relación de pareja que la esposa le dice que es muy controlador, le digo efectivamente lo eres fíjate como llegas aquí temprano, me dice "yo soy puntual" bueno a veces la puntualidad... por ahí o sea lo meto en el trabajo, más bien lo uso cuando tengo que hacer ese tipo de cosas lo uso como forma de trabajo. Yo sí uso bastante la CT"* (Anastasia)

El autor también propone intervenciones más directas como en aquellos momentos donde el analista reporta al paciente sus emociones frente al hecho de ser el objeto que recibe la transferencia de éste (Bollas, 1983)

> *"Como la parte de estás provocando que uno te abandone porque hiciste tal cosa, me estás agrediendo, entonces lo que provoca es decirte no vengas mañana y estás buscando justamente eso, la sensación de recibir daño del otro, entonces lo uso... Quizás ahí es como el tema de la confianza, con los pacientes abusados. Hablo mucho del abuso porque veo muchos casos de abuso, entonces eso también es un caso útil de usar la CT"* (Anastasia)

En ocasiones especiales, con ciertos pacientes, los terapeutas reportaban experimentar reacciones contratransferenciales específicas que les permitían reconocer que en la evolución del proceso terapéutico, se había llegado a un punto muerto, ya que el tratamiento se había quedado estancado.

4.4. Detección del impasse

Baranger et al. (2002) habla de la resistencia incoercible como un tipo de resistencia que tiende a cronificarse e incluso interrumpir el proceso terapéutico. Sie siente implicado técnicamente y responde buscando en vano el recurso técnico que logre resolver el estancamiento del proceso.

> *"Los pacientes que me son... Con los que toco más con ese impasse, hay un momento del análisis donde hay un*

> *obstáculo, hay un punto ciego aunque normalmente trato de supervisar todos mis casos pero uno siempre supervisa más el punto del impasse, el punto del impasse es un punto normalmente que toca contratransferencialmente desde esa posición pero que toca lo más singular de tu ser, por eso es que no logras trabajar ni moverte desde ese lugar, en la orientación lacaniana por ejemplo uno supervisa sus casos con su analista y tienes controles con otros analistas, pero muchas veces lo que uno está supervisando es ese impasse de uno de no poder sacarse del lugar imaginario donde tu viste el paciente"* (Apolo)

Un impasse es reconocido por los terapeutas a través de cualquier tipo de respuesta emocional o física propia que sea intensa y persistente, al punto que interfiere con su habilidad para trabajar en el tratamiento (Bernstein, 1992). Es común el reporte de dificultades con el paciente, pero también puede haber presencia de un impasse en aquellos pacientes que no son particularmente resistentes, casi con una actitud de pasividad frente al tratamiento. Estos últimos, reporta Bernstein (1992), causan mayor ansiedad en los terapeutas.

> *"Era algo que me pasaba con esta muchacha del amor, si a mí no me gusta que me hablen feo, a mí me gusta que me quiera, entonces este punto... ¿Y yo cómo me salgo de aquí? yo estoy entendido, yo lo he trabajado, he lidiado, le he dado la vuelta pero siempre era la pregunta, cómo me saco de este lugar donde ella insiste que vaya"* (Apolo)

El impasse tiende a tener resolución con las actuaciones del paciente abandonando el tratamiento, o con el analista por medio de innovaciones técnicas. El analista a veces logra identificar el recurso adecuado que le permite rescatarse y rescatar al paciente. Si el proceso llegara a interrumpirse por obra de alguna de las dos partes, el paciente se va conservando los logros obtenidos hasta el momento (Baranger et al., 2002).

Fenieux (2009) reportaba que en un tratamiento que permanecía restringido y sin mejoría, con graves problemas en la diada paciente-analista y

en el curso del mismo, que se podría entender como un impasse, utilizó una referencia de su experiencia emocional con el paciente.

> *"Bueno, ya al haber consciencia de que hay un impasse, evidentemente, hay cambios técnicos que permiten desanudar la situación, empieza a interpretarse, por supuesto desde la transferencia, con un desenlace mejor que bueno, esto permite superar el impasse y que se continúe el trabajo, y bueno, se sigue el trabajo un tiempo más, hasta que, bueno, posteriormente el paciente estaba mejor y queda entonces una vez por semana"* (Abraham)
>
> *"Hubo un momento donde era más intenso que otro, momentos donde se lo interpreté claramente, eso no tiene nada que ver con ella, no tiene que ver conmigo, eso no tiene que ver con lo que usted me está contando y usted sabe muy bien que eso no va a pasar entre nosotros, después ella seguía hablando de eso después de yo haber hecho esto, ella hablaba del amor y no sé qué más y yo la escuchaba y la remitía con su esposo"* (Apolo)

Así, en nuestra investigación encontramos reportes de cómo los terapeutas discriminaban aquellas reacciones contratransferenciales que asociaban a la presencia del impasse, tales como: sentimientos de apatía, cansancio, reconocer que el tratamiento no avanzaba, o incluso, sentir que el paciente los arrastraba a una posición que no les permitía intervenir de manera efectiva. Todos los terapeutas que reportaron experimentar el impasse con algunos pacientes indicaron distintos medios para mitigar el efecto del mismo, entre las cuales aparecen distintas técnicas de intervención ya descritas, pero también la reevaluación del tratamiento, a través de la supervisión. Es reconocido como un recurso de suma importancia en el manejo personal de sus reacciones contratransferenciales.

5.0. Regulación

Desde la creación del término contratransferencia, se ha postulado que las reacciones emocionales y los pensamientos del analista frente al trabajo

con sus pacientes pueden tener un efecto negativo en el tratamiento de estos, de no ser manejadas adecuadamente.

Cuando Freud (1910/1981) presentó el término por primera vez, lo hizo en compañía de la advertencia de que las reacciones contratransferenciales debían ser suprimidas en el analista. Para el autor, los afectos deben ser separados del trabajo, para que el analista logre enfocarse en el mismo (Corveleyn, 1997). Igualmente, Ferenczi (Citado en Martín Cabré, 1998) invitaba a los analistas a que mantuviesen una vigilancia sobre sus afectos, ya que estos podían amenazar con desbordarse.

Aunque con la aparición de posturas como la de Racker (1948/1986) y Heinmann (1950) hubo un cambio en el posicionamiento de los analistas frente al fenómeno, permitiéndose considerar los beneficios que éste podría traer al tratamiento. Aun así, se sostuvo la indicación a los analistas de los cuidados que debían mantener para hacer un buen manejo de las respuestas contratransferenciales. Por ejemplo, Heinmann (1950) deja en claro que una respuesta emocional muy intensa termina frustrando la finalidad de usar la contratransferencia en el proceso.

En el trabajo psicoanalítico, la tradición se ha mantenido dentro del uso de dos medios básicos para el manejo del fenómeno contratransferencial: la supervisión y un proceso psicoterapéutico propio o de análisis (Hayes et al., 1998). Por otra parte, Loubat (2005) explica que la experiencia clínica de los psicoterapeutas está fundamentada por sus conocimientos teóricos, siendo parte de una formación profesional adquirida a través de la formación universitaria, les permite desarrollar habilidades en el ámbito clínico. Esto sirve de ayuda a la comprensión de casos y facilita la elaboración del proceso de intervención.

Investigadores contemporáneos, utilizando distintos métodos tanto cuantitativos como cualitativos, han presentado postulaciones que buscan comprender los medios que utilizan los terapeutas para manejar el fenómeno. Un ejemplo de esto es la propuesta de los cinco factores de Gelso y Hayes (2001), o los dos factores de Pérez Rojas et al. (2017).

Dentro de nuestra revisión de la información brindada por los participantes, pudimos constatar que utilizaban distintos elementos regulatorios. Los clasificamos en dos grandes tipos de elementos.

En primer lugar, aquellos que responden a regulaciones tradicionales del ejercicio terapéutico, donde están involucrados factores externos a la relación terapéutica, como supervisores, o elementos del marco legal del ejercicio. En segundo lugar, aquellos elementos autorregulatorios de los participantes, que están indirectamente relacionados a los primeros, y son fruto de procesos individuales como la formación, experiencia lograda y la estructuración personal de los primeros.

5.1. Regulación con ayuda de factores externos

En lo que respecta a la regulación de su contratransferencia, nuestros participantes reportaron una serie de elementos resaltantes que se caracterizan por el uso de un tercero en el proceso terapéutico con el paciente, ya sea otro profesional en la figura de un supervisor o colega experto en un área en particular; o por la introducción de la regulación ética en la práctica laboral, información teórica o información obtenida de experiencias previas.

5.1.1. Supervisión

La supervisión es definida según Loubat (2005) como “una actividad teórico–práctica, de integración de conocimientos, que requiere por lo tanto del profesional que la efectúa, una maduración respecto de aspectos teóricos que competen a su formación como de la aplicación práctica de esos conocimientos” (p. 75).

En ella, el terapeuta se reúne con un supervisor, otro psicólogo que le facilita el trabajo analítico, a través de la elaboración de la técnica (Lasser, 1983). Para los participantes, eso equivale al análisis de sus casos y la revisión de las estrategias del tratamiento actual, así como los objetivos terapéuticos que se deben perseguir para beneficiar el proceso (Loubat, 2005).

> *“(...) entonces un supervisor es una buena fuente como... bueno, como de chequeo, ¿no? (…) cuando el paciente empieza como a traer cosas particulares, pues yo lo llevo a supervisión”* (Atenea)

> *“Sí claro, o sea yo cuando estaba en el posgrado tenía al principio, al principio del posgrado yo trabajaba también en un centro de salud en una zona popular, y berro ahí vi muchísimos pacientes y también vi a los pacientes del posgrado y los supervisaba por parte de la formación con supervisores de posgrado, yo tenía mi supervisión aparte para mis pacientes de mi trabajo y fue cuando comencé consulta privada seguí con la misma supervisora y sí, o sea como que todas las semanas lo que hacía es que llevaba como una sesión transcrita y yo elegía el paciente, podía ser el mismo o cambiarlo, sí, las supervisiones siempre me parecieron algo fundamental sobre todo cuando te estás formando.*” (Anakin)

Nuestros participantes atribuyeron gran importancia al proceso de supervisión cuando se encontraban frente a problemas de difícil resolución ligados a reacciones contratransferenciales, o más específicamente, para solucionar el impasse dentro del proceso psicoterapéutico. Lesser (1983) indica que parte de la labor de los supervisores es señalar las manifestaciones de la transferencia y ayudar al terapeuta a desarrollar la habilidad de reconocer patrones significativos, como pueden ser sus reacciones contratransferenciales.

Así, los participantes reportan usar la supervisión como una referencia para saber si el proceso se encuentra encaminado en el rumbo adecuado, incluso saber si es apropiado continuar con el caso o si se debe tomar la decisión de referir. Esto igualmente ha sido reportado como una labor común de los supervisores, quienes motivan y sugieren qué formulación dinámica es adecuada para el paciente o/y el proceso (Lesser, 1983)

> *“Los pacientes que me son... Con los que toco más con ese impasse, hay un momento del análisis donde hay un obstáculo, hay un punto ciego aunque normalmente trato de supervisar todos mis casos pero uno siempre supervisa más el punto del impasse, el punto del impasse es un punto normalmente que toca*

contratransferencialmente desde esa posición pero que toca lo más singular de tu ser, por eso es que no logras trabajar ni moverte desde ese lugar, en la orientación lacaniana por ejemplo uno supervisa sus casos con su analista y tienes controles con otros analistas, pero muchas veces lo que uno está supervisando es ese impasse de uno de no poder sacarse del lugar imaginario donde tú viste el paciente" (Apolo)

"(…) incluso, cuando tú lo haces desde el es un reto pero déjame intentarlo para el bienestar del paciente, por lo general ese es un caso que va a tener mucha supervisión, que va a tener como mucho estudio, mucho control porque estás consciente de que es algo que se te dificulta, de que es un reto, pero de alguna forma tú estás ahí para ayudar al paciente y estás buscando su bienestar. Creo que sería así." (Anna)

"Ah lo de supervisión, justamente sí, fui a supervisión porque estas barreras de diferentes clases... Inclusive mi terapeuta no tenía mucha experiencia... mi supervisor no tenía mucha experiencia en contextos populares, como que la CT que nos estaba generando a los dos era una cosa que estaba dentro de los estereotipos típicos de la clase media, media alta que tiene sobre la pobreza y yo como que fui más allá de eso por lo que me generaba más allá de la supervisión y funcionó pues. Sí la supervisión es útil pero uno también tiene que confiar en lo que está viviendo en el momento con el paciente." (Anakin)

La totalidad de los participantes entendía esta herramienta para la regulación del trabajo psicoterapéutico sólo como una parte de lo necesario para cumplir la función de un terapeuta, estando usualmente ligada a la psicoterapia personal o análisis. Wiseman y Shefler (2001) reconocen la importancia de esta díada dentro de la práctica profesional, ya que en ella se

tratan con problemas transferenciales-contratransferenciales y procesos de identificación proyectiva, que requieren de una profunda reflexión psicoanalítica. En relación a esto, Lesser (1983) reportaba que en las supervisiones se podían discutir algunos aspectos de la contratransferencia pero que una exploración a profundidad siempre se refiere a los espacios de análisis personal del terapeuta.

Este par de componentes parecen fundamentales para asegurar que se hace el trabajo más apropiado y ajustado a las necesidades del paciente, y que en el proceso, los elementos personales del terapeuta no actúan de manera iatrogénica.

> *"(…)el análisis personal, lo que vendría a ser la supervisión y la formación teórica, la formación propiamente vista desde el psicoanálisis entonces desde esos tres pivotes lo que busca es formar la posición analítica"* (Apolo)

> *"Supervisión y análisis personal, supervisión y terapia personal, esos son los dos básicos. Yo particularmente tengo siempre la creencia, y se la digo a mis alumnos acá, y se las digo a personas que conozco van a buscar psicólogo, jamás vayas con un psicólogo que no tiene su psicólogo. Eso es como ir pa' una odontólogo que jamás se ha revisado los dientes (risas de los tres) o ir pa' un médico que, no sé, no va pa'l médico nunca."* (Anna)

> *"Y hay maneras, ¿no?, o sea, eso lo puedes llevar a tu análisis, puedes tratar por supuesto de supervisar el caso, y si es una cosa muy grave con la que no puedes, lo más ético y lo más sano es referir o derivar el caso, plantear una terminación y ver qué puede estar pasando. Esto por supuesto no es solamente teoría, para que lo vean como más claro"* (Abraham)

5.1.2. Psicoterapia/Análisis

En su revisión, MacDevitt (1987) cita numerosos profesionales de la salud mental que han discutido la necesidad de que los psicoterapeutas reciban psicoterapia personal de manera que puedan maximizar la efectividad de su trabajo. Estos han expresado que la conciencia sobre las reacciones contratransferenciales es esencial para obtener resultados exitosos en el proceso terapéutico.

Norcross, Strausser-Kirtland y Missar (1988) hicieron una revisión documental acerca de cómo mejora un terapeuta cuando tiene un proceso terapéutico propio. Estas mejoras incluyen el poder comprender dinámicas personales y conflictos para conducir el tratamiento con mayor claridad y reducir el potencial de contratransferencia, aliviar el malestar emocional para lidiar con los problemas cotidianos de la profesión de manera más exitosa. Así mismo, también permite validar la utilidad del proceso terapéutico y la posibilidad que tiene para transformar la vida propia facilitando la internalización del rol de sanador, y situar al terapeuta en el rol del cliente, con lo cual se fomenta la empatía. Estos aspectos de mejoría también parecen ser compartidos por los terapeutas entrevistados, colocando la psicoterapia y el análisis personal como una herramienta irremplazable dentro de su labor.

> *"Entre otras, qué he hecho, en el pasado la propia psicoterapia, digo qué he hecho, qué vine haciendo y qué seguiré haciendo, que es como el estar en constante revisión, más allá de consultarlo con la almohada es estar en terapia, porque hay cosas que bueno a uno le pasan y creo que eso es lo que he hecho para no actuarla, es como con mi terapeuta plantear las cosas, a lo mejor yo llego medio molesta por este paciente y terminamos como hablando de mis cosas en relación a eso que el paciente, que a ver es también una manera de supervisar, bueno sí, mi terapeuta de alguna manera me supervisa también pero se mete más como desde el lado mío que el supervisor pero no es que qué hago ahorita sino qué he hecho toda mi vida que he estado en terapia."* (Anastasia)

> *“Me cuestiono qué hacer, lo converso con un amigo que me dice refiérela, no des largas, yo un poco tozudo porque yo soy terco, yo decido no hacerlo, lo llevo a análisis, lo llevo a supervisión, evidentemente uno empieza a ver aspectos propios que se están moviendo allí, que evidentemente tienen que ver con una transferencia erótica, una respuesta contratransferencial no actuada de manera erótica pero si desde el lugar del cuidado, sobreprotección”* (Abraham)

McNair (Citado en MacDevitt, 1987), encontró que los terapeutas que han invertido mayor cantidad de tiempo en su propio proceso terapéutico tienden a mantener por más tiempo a sus pacientes. La terapia o el análisis personal minimizan las fuentes de la contratransferencia del terapeuta y le enseña técnicas de auto análisis que pueden ser útiles para disminuir actings.

> *“Tienes que tener un psicólogo que vaya al psicólogo por eso, porque somos sujetos, primero somos personas y vamos a tener problemas, vamos a tener puntos ciegos, vamos a tener creencias, dudas, etc.; y tenemos que resolver lo máximo posible para disminuir la cantidad de puntos ciegos que tenemos en la terapia con otro. Y entender que bueno, en la medida que tú vas con un paciente y te hace sentir, más allá de lo normal digamos porque, somos personas y todos nos van a hacer sentir, pero cuando tú sientes o mucho rechazo con ese paciente o mucha cercanía con ese paciente, o empiezas a soñar con ese paciente, tienes que llevarlo a terapia, tienes que revisar qué es lo que te está moviendo tuyo, eso es lo que hay que ver (…)voy lo trabajo en mi terapia, y después no necesito referirlos y hemos seguido tratamiento sin ningún tipo de inconveniente, se trabaja en terapia, en mi terapia personal y después fluye el tratamiento sin inconvenientes. ”* (Anna)

Por otra parte, MacDevitt (1987) encuentra en su estudio que el número de horas de terapia personal contribuye a la varianza de la consciencia de las propias reacciones contratransferenciales y la del valor profesional percibido de recibir terapia. El 81% de los terapeutas que recibieron terapia en algún momento de su vida calificaron la experiencia como extremadamente valiosa o esencial para el trabajo profesional. De manera similar, los participantes de nuestro estudio reportan una experiencia equivalente a la expuesta por otros autores.

> *"Bueno, ir a análisis, eso es fundamental para cualquier terapeuta y un terapeuta que no vaya a psicoterapia personal no es un terapeuta porque creo que la primera condición para ser terapeuta es ser lo suficientemente humilde para saber que uno también está loco pues…"* (Anakin)

> *"(...) creo que es importantísimo, yo siempre he sostenido por ejemplo, no se debería recibir, no se debería graduar nadie sin, por lo menos en psicología, sin mínimo dos años de proceso terapéutico encima, mínimo. Deberían ya, antes de entrar a cuarto, tener una constancia de estar en terapia, y que eso cada seis meses se haga un contacto y se certifique, ¿no?, porque es fundamental, porque si vas a trabajar con la mente de otra persona, tú tienes que en tu propio proceso haber empezado a ver cosas de ti, porque podemos llegar en el trabajo con otro hasta donde somos capaces de ver en nosotros mismos, y mientras más analizado estemos, más vamos a ser capaces de trabajar desde la asimetría, desde la neutralidad, la abstinencia, y cuando tengamos, a veces, reacciones contratransferenciales que involucren, bueno, aspectos de nosotros mismos, o sea, que caigamos en una CT complementaria, pues yo creo que en ese caso, la posibilidad de rescatarnos siempre va a ser mayor mientras más analizados estemos y mientras más veamos*

> *de nosotros mismos, más vamos a ser capaces de poder ver en nuestros pacientes o en nuestros analizados."* (Abraham)

La supervisión y la psicoterapia o análisis personal han sido el estandarte clásico del manejo de la contratransferencia en las posturas psicodinámicas. Sin embargo, los participantes reportaron que tanto la formación teórica que delimitaba su práctica terapéutica como la revisión de bibliografía relacionada a las problemáticas de sus pacientes, les permitían manejar sus reacciones contratransferenciales

5.1.3. Revisión teórica

Tal como establecía Corveleyn (1997) dentro del psicoanálisis hay postulaciones distintas en cuanto al fenómeno contratransferencial. Planteó la existencia de dos grupos, un primero que denominó como "los humanistas", que aprecian positivamente la contratransferencia y se interesan en la cercanía suficiente, positiva y real con el paciente. Y un segundo grupo referido a la corriente clásica, que invita a la supresión de los sentimientos hacia el paciente o al menos la neutralización de estos (Corveleyn, 1997).

Así, los participantes indican que la postura psicodinámica que eligen seguir dentro de su ejercicio profesional delimita la forma en que entienden y manejan sus reacciones contratransferenciales.

> *"(…) de hecho Lacan hablaba de que no es la contratransferencia sino la transferencia del analista, que no es que tú respondes a algo sino que es lo que tú sientes igual, entonces es un circuito cerrado ahí que se da en esa díada, y va, por lo general, va alineado, si una es negativa, la otra va a ser negativa también"* (Anna)

> *"Lo que pasa es que el terapeuta desde esta posición que yo te estoy hablando pues sería desde la orientación lacaniana uno habla más del deseo del analista o la dirección de la cura entonces el deseo analítico, el deseo del analista es un deseo sin deseo, pragmático si lo llevo a los términos, lo único que orientaría una cura con un*

> *paciente desde mi lugar como analista sería que ese sujeto asocie lo más posible sobre su inconsciente"* (Apolo)

> *"Sí, siempre. Es decir, desde las perspectivas teóricas con las que yo me muevo, eso no es una cosa especialmente angustiante, de hecho es natural que suceda así. O sea, decíamos que al final todos curamos por la herida, somos curadores heridos pues, es uno de los arquetipos que mueve al psicoterapeuta"* (Atenea)

En relación a esto, varios participantes reportaron que frente a reacciones contratransferenciales muy intensas o dificultades con algún paciente, hacían una revisión de la bibliografía disponible acerca de la condición o problemática que éste presentaba para lograr una mejoría en la dinámica dentro del proceso, o desarrollar mejores intervenciones.

Esto es similar a lo establecido por Robbins y Jolkovski (1987) que evidenciaron el funcionamiento de un modelo de dos factores que relaciona la conciencia de la contratransferencia con un marco teórico sobre dichas reacciones. Los autores postularon que aquellos terapeutas que tienen un mejor manejo de las conductas realizadas con base a su contratransferencia suelen acompañar el reconocimiento de estas reacciones con referencias teóricas que expliquen su ocurrencia dentro del proceso psicoterapéutico.

> *"(…) no sino lo que está teóricamente sustentado que pasa con estas relaciones con pacientes determinados, leer mucho, yo leo mucho sobre los casos, sobre casos, de lo que hacen los terapeutas, entonces es como eso, mantenerse estudiando"* (Anastasia)

> *"(…) me cuenta algo y me he indignado también de lo que le han hecho y creo que... Una de las cosas que dice Judith Herman es que bueno, tú aunque la persona no lo llame abuso sexual, tienes que empezarlo a llamar abuso sexual para que esté en una dimensión política lo que*

estás haciendo con el paciente, y sí, indignarse es parte de esa dimensión política" (Anakin)

Este tipo de medio de regulación de la contratransferencia fue reportado en relación con la supervisión por nuestros participantes. Esto se apoya con lo indicado por Robbins y Jolkovski (1987), quienes encontraron que el marco teórico por sí sólo no se relaciona con el manejo de la contratransferencia, sino que debe estar siempre en relación con la conciencia de la presencia de reacciones contratransferenciales, la cual puede alcanzarse en espacios de reflexión como el de supervisión (Lesser, 1983).

"(…) incluso, cuando tú lo haces desde él es un reto pero déjame intentarlo para el bienestar del paciente, por lo general ese es un caso que va a tener mucha supervisión, que va a tener como mucho estudio, mucho control porque estás consciente de que es algo que se te dificulta, de que es un reto, pero de alguna forma tú estás ahí para ayudar al paciente y estás buscando su bienestar. Creo que sería así" (Anna)

Sin embargo, con ciertos pacientes, las dificultades que se producían por las reacciones contratransferenciales eran tales, que a pesar de tener recursos como la psicoterapia o análisis personal, la supervisión y la revisión teórica, se veía truncado el proceso terapéutico. En estas ocasiones, velando por el bienestar del paciente y propio, los participantes tomaban la decisión de referirlos a otro psicoterapeuta.

5.1.4. Decisión de referir

Dentro de esta categoría no parece haber un acuerdo de parte de los participantes acerca de cuándo y cómo es más apropiado tomar la decisión de referir un paciente con el cual el trabajo terapéutico no parece funcionar por una razón u otra. Lo ubicamos dentro de Regulación con ayuda de factores externos debido a que la mayoría de los participantes reportaba discutir esta decisión en supervisión.

"Y hay maneras, ¿no?, o sea, eso lo puedes llevar a tu análisis, puedes tratar por supuesto de supervisar el caso,

> *y si es una cosa muy grave con la que no puedes, lo más ético y lo más sano es referir o derivar el caso, plantear una terminación y ver qué puede estar pasando. Esto por supuesto no es solamente teoría, para que lo vean como más claro"* (Abraham)

> *"No, nunca me ha pasado, nunca eh... me ha pasado que diga nooo, a este lo quiero tanto o este me genera tanta molestia que no lo voy a... cuando me he sentido que hay... que tengo ganas de referir al paciente han sido casos que he llevado a supervisión"* (Anastasia)

Algunos terapeutas hablaron de la importancia de discutir esta decisión con el paciente, exponiéndole la situación aversiva dentro del encuadre terapéutico y pensando en la posibilidad de mejorar la experiencia dentro de la psicoterapia al iniciar otro proceso con otra persona. En uno de los casos, nuestro participante se percató de que la relación terapéutica iniciaba a causar problemas personales a la paciente, plantea a ésta la posibilidad de cambiar de terapeuta. Esto parece proceder de una dificultad de la paciente, pero en otro testimonio observamos cómo una terapeuta decide referir debido a reacciones propias hacia el paciente.

> *"Sí han sido movimientos terapéuticos, recuerdo dos o tres casos donde yo tuve que decirle al paciente si usted quiere le refiero a otro terapeuta, por supuesto eso después de haber pasado por mi análisis y por la supervisión, por la revisión, y vemos que el impasse de la resistencia no se salta y eso afortunadamente destrabó (…) entonces estás teniendo problemas con tu esposo eso fue una sesión muy importante que ella la llevó a trabajar con eso, pero eso fue después de yo haberle dicho si esto es mucho problema para usted yo la refiero, y ella decidió continuar."* (Apolo)

> *"Sí... en acuerdo con el paciente, o sea, una cosa, no como que llegué un día y le dije, mira me están pasando*

> *como unas cosas y creo que para ti lo mejor sería derivarte; sino como llevar al proceso terapéutico mira me estoy sintiendo así, quisiera hablar contigo (…) pero que decirle a esa persona como bueno mira si esto está así, yo te tengo que referir y chao, es como precisamente negarle la posibilidad de entregarte el afecto, que además es lo que en la vida cotidiana nos pasa con muchísima frecuencia. Entonces es como no hagamos eso, hablemos de eso, vamos a hablar de esto, vamos a hablar de lo que significa, vamos a dejar que también pase, que veamos si efectivamente esto se puede, si no se puede, si cómo te sientes tú, cómo me siento yo, y en función de eso, también, o sea, por ejemplo a esta persona la referí igual a una psicoterapeuta, mujer, joven, no sé qué, o sea tampoco es que lo mando con un hombre pa' que no tenga chance, o a lo mejor también, pero se supone que bajan las probabilidades en ese caso particular (risa de todos) o sea, como con mucha responsabilidad"* (Atenea)

Por otro lado, uno de los terapeutas habló de cómo la falta de interés en un caso puede afectar el proceso terapéutico, ya que su atención y capacidad de dar una respuesta asertiva dentro del mismo podía disminuir. Encontró solución refiriendo a estos pacientes.

> *"(…) vas y lo refieres a otra persona que sí está más interesada (...) Ehhh sí, sí sí aquí en el posgrado si he referido pacientes porque siento que no van conmigo"* (Anakin)

Así como detrás de la decisión de referir, existía un compromiso de los participantes con el bienestar de los pacientes, en muchas instancias del proceso terapéutico, los psicoterapeutas basan su manejo de éste en sus valores éticos.

5.1.5. Ética

Encontramos que en ocasiones la decisión de intervenir de alguna manera dentro del proceso terapéutico, o incluso de recibir a un paciente o no, se encuentra influenciada por consideraciones éticas de los psicoterapeutas.

> *"(…) y necesitan alguien objetivo y que los respete y que pueda ayudarlos en el proceso terapéutico y bueno, esa no soy yo, porque tengo estas otras cosas, digamos, personalmente, que me afectarían mucho... a lo mejor no, pero creo que sí, y desde una posición ética pues prefiero no manejar ese proceso terapéutico, me parece que pudiese tener muchos puntos ciegos, muchos elementos ahí que pudiesen afectar el proceso, entonces bueno, no lo manejo."* (Anna)

En el testimonio anterior la psicoterapeuta hace referencia al artículo 102 dentro del código de ética de la Federación de Psicólogos de Venezuela (FPV, 1981):

> "Si el Psicólogo le asiste motivo justificado para no continuar prestando a un consultante sus servicios profesionales, podrá hacerlo condición de que ello no cause perjuicio a éste. Debe en todo caso, advertirle su decisión con la debida anticipación y suministrarle la información necesaria para que otro Psicólogo o profesional idóneo prosiga la asistencia."(p.6)

Otro participante habla de la importancia de reconocer límites propios, en aquellos momentos donde se considere que no se puede ofrecer la ayuda adecuada al paciente. Lo éticamente correcto en situaciones en las que se ve sobrepasado por circunstancias personales es no pasar consulta. Por otra parte se destacó como parte de la ética personal de un terapeuta hacer autorevisión a través de psicoterapia personal y supervisión, tal como Wiseman y Shefler (2001) lo expresaron en su investigación.

> *"Yo creo que hay un punto de consecuencia ética que al final tus experiencias de vida tocan y si te tocan hasta el*

> *punto tal que no puedes pasar consulta, ese día no pases consulta, creo que eso es lo más ético que puede ocurrir..."* (Apolo)

> *"Sí, es una parte esencial para mí y para el otro, y que implica la continua revisión de uno mismo como instrumento. Como yo me voy transformando a medida que van pasando cosas, implica que necesito ir revisando cosas también porque yo soy mi propio instrumento de trabajo. Entonces, para mí, es éticamente importante que yo también tenga espacios de revisión de mí misma pues."* (Atenea)

Incluso se hizo referencia a casos de gravedad dentro de un mal funcionamiento de la dinámica terapeuta-paciente, donde el código ético es de particular importancia para abordar estas situaciones. Así, los participantes reconocen que dentro del proceso hay una relación asimétrica de poder, donde la reacciones contratransferenciales pueden desencadenar conductas inapropiadas que pueden afectar la integridad del paciente. Por ello, rescatan las regulaciones éticas que claramente delimitan su trabajo.

> *"(…) hay normas incluso, artículo 5 del Código Ético de la IPA prohíbe cualquier tipo de comercio sexual entre analista y paciente, a menos que ya no sean analista y paciente, pero pa' que eso pase tienen que hablarlo y pa' eso tienes que primero registrar tu CT y decir bueno aquí está pasando algo, qué es muy común que suele pasar, de historias varias, incluso casados hoy en día, pero evidentemente que pasó algo en el vínculo que tuvo que haberse hablado, que si no se habla generalmente termina muy mal"* (Abraham)

Si bien acudir a las regulaciones establecidas en consenso por el gremio es importante, a veces los miembros de ese medio, colegas de los psicoterapeutas entrevistados, representaban un papel importante en la regulación de la contratransferencia.

5.1.6. Acudir a otros profesionales

Encontramos en nuestra revisión que el punto de vista de otros profesionales psicoterapeutas puede ser una herramienta importante para la regulación del trabajo de los terapeutas entrevistados. Suelen ofrecer un punto de referencia externo en cuanto a una variedad de temáticas y situaciones bastante amplias, dentro de las cuales se encuentran las reacciones contratransferenciales.

> *"(…) un grupo de colegas pero con los que puedas hablar del quehacer terapéutico, o sea un grupo de gente con el que tú te preguntes ¿cómo estás haciendo tú tal cosa? que no es lo mismo que una supervisión, sino un grupo de amigos con los que hablas de qué implica este oficio, de cómo te sientes haciendo el oficio, de qué hay que preguntar, o sea, por ejemplo ahorita con el tema país ¿cómo estás haciendo pa' cobrar? ¿Cómo estableces los honorarios? ¿Cómo haces con no sé qué? ¿Cómo hablas con los pacientes todos los meses de los honorarios todos horribles?"* (Atenea)

> *"De hecho, lo estaba hablando, no a una sesión de supervisión normal, pero lo estaba hablando con otro colega y decía coye qué fastidio este paciente que me hace sentir así, que... y me dijo claro es que son dependientes (chasquea los dedos) epa, es verdad"* (Anna)

> *"(...) el punto del impasse es un punto normalmente que toca contratransferencialmente desde esa posición pero que toca lo más singular de tu ser, por eso es que no logras trabajar ni moverte desde ese lugar, en la*

> *orientación lacaniana por ejemplo uno supervisa sus casos con su analista y tienes controles con otros analistas, pero muchas veces lo que uno está supervisando es ese impasse de uno de no poder sacarse del lugar imaginario donde tu viste el paciente"* (Apolo)

La ayuda que pueden recibir de otros profesionales del medio puede servir para aliviar ansiedades, recibir una respuesta empática acerca de lo que implica atravesar por el ejercicio de la profesión. Ayudan a profundizar en el posible diagnóstico, tratamiento e intervención de los pacientes, e incluso dar un nueva visión acerca de la aparición de un impasse.

Este tipo de ayuda no es comparable a la que podrían obtener de un texto o marco teórico, ni tampoco a la rigidez y estructuración de un proceso de supervisión o revisión personal. El interactuar de manera informal con pares ofrece un marco de referencia en la atención del paciente diferente a cualquier herramienta usada según lo expuesto por los participantes.

5.1.7. Discusión de casos en contexto académico

Una de las actividades que los psicoterapeutas que participaron en nuestra investigación indicaron les sirve como medio para manejar su contratransferencia, es la discusión de sus pacientes con sus alumnos de las cátedras que imparten en la universidad donde laboran.

Como se indicó anteriormente, tuvimos acceso a distintos profesores universitarios, lo cual les da una visión de su trabajo influenciada por los espacios de análisis y reflexión que tienen lugar en las aulas. Reportan que sus alumnos les ofrecen una visión "inocente", entendida como un punto de vista novedoso y que no responde a las teorías clásicas. Esto se asemeja a lo reportado por Ögren y Sundin (2009) que encontraron que si se realizaban supervisiones grupales con estudiantes de psicoterapia, se proveían múltiples perspectivas y experiencias de aprendizaje clínico. Igualmente, se fomentaba un clima de trabajo más flexible y de un estilo colaborativo. Los participantes lo describen así:

> *"Creo que... ah bueno quizás el otro aspecto de la CT como qué hacer para... creo que yo uso mucho no sé si*

es... si debería ser así o no... Es contar las cosas de los pacientes a los estudiantes, entonces es como una forma de trabajar un poco ¿de lo que uno siente contratransferencialmente? creo que sí, y digo los estudiantes por qué en lo particular, porque tienen una escucha distinta a los colegas o al supervisor. Yo me expongo mucho, traigo mis casos, cuento las cosas y es como esa apertura de oírlo, de decir obviamente y a mostrar seductoramente lo que uno hace, pero también como de recibir ciertas cosas, entonces creo que esa es una forma, si yo tuviera que jerarquizar, ahora, ¿el hablar con los estudiantes de mi casos me ayuda a analizar? obviamente no es el recurso, por eso decía, no sé si lo hago... si está bien o no pero creo que está, creo que el hablar del paciente con alguien que no tiene una contaminación, pudiera a veces... porque lo hacen desde un lugar muy ingenuo, te hacen unas preguntas que uno luego dice berro, esta pregunta tan genuina, tan ingenua me hizo pensar tal y cual cosa, o cuando yo estoy hablando del caso digo unas cosas que no había concientizado, entonces mostrar digamos lo que hace el paciente ¿también es una forma de manejar la CT? yo creo que sí" (Anastasia)

"(…) y a mí me sirve, particularmente me sirve mucho, hablar de los casos, entonces, yo por supuesto los hablo en supervisión, pero también los hablo en mi día a día, los hablo con colegas, los hablo con mis alumnos, me pasó esto en la sesión, me pasó esto en la terapia, el paciente, de hecho, yo llego a clase y mis alumnos ¿cómo están sus pacientes, profe, qué le dijeron hoy? (risas de los tres) ¿Qué pasó con éste? y en verdad es un intercambio bien sabroso porque incluso el alumno me muestra cosas que de repente yo no había visto, ay estaba diciendo algo,

> *coño es verdad, ¿sabes?, desde la mirada inocente, fuera de lo teórico, te puede hacer un señalamiento que yo no tenía ni la más mínima idea, o sea no había notado. O yo contándole a ellos, como que logro darme cuenta también de otras cosas, bueno los construccionistas le llamamos a eso la socialización del conocimiento, entonces tú comienzas a conversar con otro y en la dialéctica pues van surgiendo otras formas de ver que la teoría muchas veces nos quita porque en una forma como que nos encausa en esto es lo que le pasa a este caso, y si te sales un poquito en la teoría, logras ver unas cosas distintas... Creo que van ambas de la mano, pero ninguna puede sobrepasar a la otra"* (Anna)

Esto no es exclusivo del ámbito académico, ya que en las escuelas de las distintas corrientes psicodinámicas también se promueven espacios de discusión de casos que fomentan la reflexión de elementos contratransferenciales. Espacios de este tipo permiten que el terapeuta acumule distintos puntos de vista, con lo cual desarrolla una flexibilidad que será beneficiosa a largo plazo, como se observa en el trabajo de psicoterapeutas con experiencia en su ámbito.

> *"Ah, y el punto tres que sería lo imposible, hay un punto de imposible para el terapeuta y usted tiene que ver terapeuta qué hace con eso en su vida, ya está. No es fácil pero me he dado coñazos y uno lo lleva a análisis y le da vueltas y va a congresos y conversa con los colegas"* (Apolo)

5.1.8. Experiencia profesional en el trabajo terapéutico

La experiencia del terapeuta es frecuentemente asociada con la calidad de atención que es capaz de brindar a sus pacientes. Los terapeutas más experimentados suelen tomar casos más difíciles de intervenir que los menos experimentados. Además hay estudios que han encontrado una relación directa entre la edad y experiencia del terapeuta con actuar de manera más

empática y realizar una exploración más profunda de los casos (Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989).

> *"Además, claro, una cosa que va pasando es que sí, uno va desarrollando paciencia, pero también vas desarrollando la capacidad de oler ciertas cosas que no son evidentemente claras. Por ejemplo, recientemente tuve una paciente"* (Atenea)

> *"(...) sobre todo en ese momento que yo era muy... Estaba iniciándome, uno se confronta con lo imposible que realmente resulta este trabajo, este trabajo es un imposible y hay que saber vivir con eso, Freud lo llamaba el Furor Curandis, hay que lidiar con ese furor porque esa cura pretendida no es así como se sueña, entonces cuando tú me preguntas esto de la dificultad ése sería el punto de dificultad porque los otros tienen más posibilidad de lidiar, cuando hay un vínculo con otro tú tienes las posibilidades de darle vuelta a eso"* (Apolo)

Nuestros participantes hicieron referencia a una tendencia a hacer intervenciones más impulsivas, menos meditadas y poco asertivas en sus inicios dentro de la profesión. De hecho, el terapeuta más joven y con menos experiencia que entrevistamos, hace referencia a que todavía tiene dificultades con cierto tipo de intervenciones, recurriendo a su supervisión.

> *"No recuerdo si fue en ese tiempo porque ese fue el tiempo de estas intervenciones no tan prudentes, era un punto de interpretación que ya no es tan prudente, uno tiene que cortar esa forma de gozar, disfrutar así maliciosa el síntoma, eso es lo que hace el analista."* (Apolo)

> *"Bueno, siento que todavía soy un novato pues, pero eso es otro tema (…) y a veces se me salen intervenciones como fuera de timing, como que esta cosa contratransferencial se me ha salido fuera de timing por*

> *angustiarme, pero eso sí lo he podido trabajar mejor por la experiencia (…) bueno yo lo llevé a supervisión y me regañaron y justamente fue eso, fuera de timing por yo estudiante de posgrado de que no, yo entiendo el inconsciente y tal fue más desde mi narcisismo que desde en verdad como no ser atorado y de calmarme e intervenir al momento que era."* (Anakin)

La evidencia señala que la experiencia o práctica se asocia indirectamente con el resultado exitoso de un proceso psicoterapéutico a través del nivel de entrenamiento, la edad del terapeuta y el tipo de pacientes que atiende. A través de estas características se pueden diferenciar a los terapeutas expertos de los inexpertos (Winkler et al., 1989).

En relación a esto, encontramos que los terapeutas han desarrollado recursos personales que utilizan para manejar la contratransferencia, en aquellos momentos donde la misma aparece en la terapia con el paciente, o en espacios de reflexión donde no incluyen a las figuras descritas anteriormente.

5.2. Autorregulación

Los participantes reportaron utilizar durante su trabajo como psicoterapeutas, elementos que les permiten manejar la contratransferencia. Dichos elementos se caracterizan por ser recursos intrínsecos utilizados durante las sesiones con sus pacientes o en espacios personales de reflexión. Al aprovechar estos espacios de reflexión que se encuentran moldeados de alguna manera por los elementos reguladores explicados anteriormente, se asegura un mejor abordaje de sus pacientes.

5.2.1. Reconocer límites propios

Los terapeutas entrevistados relataron vivencias en las cuales la relación y encuadre terapéutico eran puestos a prueba por reacciones contratransferenciales en respuesta a lo aportado por el paciente. A través de la reflexión fueron capaces de comprender los límites de su labor, cuestionándose si podían abordar o no el caso en base a estas reacciones. Encontramos que los terapeutas colocan como prioridad el bienestar de los

pacientes, y que estos puedan sacar provecho del espacio terapéutico, lo cual a veces implica que los participantes no pudieran ser quienes los atendieran.

> *‘‘(…) una parte puede ser reconocer que yo no soy la mejor persona por muchas razones para trabajar conmigo, y en acuerdo haber dicho, no es lo que más me pasa, pero si me ha pasado dos veces”* (Atenea)

> *“Ah, y el punto tres que sería lo imposible, hay un punto de imposible para el terapeuta y usted tiene que ver terapeuta qué hace con eso en su vida, ya está. No es fácil pero me he dado coñazos y uno lo lleva a análisis y le da vueltas y va a congresos y conversa con los colegas”* (Apolo)

Smith y Fitzpatrick (1995) señalan tres principios en relación a las líneas guía de los límites de la psicoterapia. El primero hace referencia a la abstinencia, los terapeutas no deben buscar gratificación más allá de la satisfacción profesional de ser parte del proceso terapéutico. El segundo habla de neutralidad, las metas del paciente son la prioridad en el proceso terapéutico, los terapeutas no tienen lugar en los espacios personales del paciente que no tengan que ver con las metas planteadas ni deben dar opiniones personales no solicitadas. El tercero establece que los terapeutas siempre deben buscar mejorar la autonomía e independencia de sus pacientes, permitirles explorar y decidir.

> *“En este caso yo creo que ya la situación simétrica viene dada de entrada, entonces lo importante es que uno no se pierda, lo importante es que uno sepa cuáles pueden ser los aspectos desde donde es difícil salirse de una situación simétrica, que son muy pocos, y que la mayoría del trabajo transcurre en asimetría y neutralidad y abstinencia.”* (Abraham)

> *‘‘(…) yo en ese momento dije, yo estoy capaz... digamos ¿con la capacidad psicológica para aceptar esta paciente? ¿O la voy a usar? entre comillas para hacer mi*

> *propio duelo, eso antes de aceptar el paciente hablé con mi supervisor porque yo en el momento dije, obvio esto me lo mandó Freud."* (Anastasia)

Como lo explicamos anteriormente, ciertas características del paciente detonan la contratransferencia del terapeuta, nuestros participantes hicieron referencia a cómo preferían no atender pacientes con los que sabían que su respuesta contratransferencial podría verse exacerbada.

> *"(…) yo desde que soy mamá no trabajo con niños chiquiticos, me cuesta mucho... se me dificulta mucho como separar el rol en el consultorio como de ver las cosas que pasan"* (Atenea)

> *"(…) y necesitan alguien objetivo y que los respete y que pueda ayudarlos en el proceso terapéutico y bueno, esa no soy yo, porque tengo estas otras cosas, digamos, personalmente, que me afectarían mucho... a lo mejor no, pero creo que sí, y desde una posición ética pues prefiero no manejar ese proceso terapéutico, me parece que pudiese tener muchos puntos ciegos, muchos elementos ahí que pudiesen afectar el proceso, entonces bueno, no lo manejo"* (Anna)

> *"Bueno, me he dado cuenta que con pacientes como psicopáticos me cuesta trabajar porque yo soy como una persona muy tranquila y muy abierta, entonces como que esta parte como de poner límites no va conmigo. Porque mucho de este tratamiento con pacientes psicopáticos viene como de esta idea lacaniana como de la ley del padre, de que tiene que haber un terapeuta que ponga normas y que lo contenga, como que eso no va conmigo muy bien y también con adolescentes que no hablan me aburre muchísimo, y siento que cuando yo hago un buen trabajo es porque me conecto con cosas del paciente. Si me aburre lo reconozco, si me aburre el paciente eso*

> *también es usar la CT en modo positivo, conocer tus propios límites, vas y lo refieres a otra persona que sí está más interesada."* (Anakin)

Así como los terapeutas son capaces de reconocer las condiciones en que pueden desempeñar mejor su trabajo para favorecer el bienestar del paciente, también están en una constante revisión del tipo de intervenciones que realizan, para cerciorarse de que estén llevando el proceso de la manera más adecuada.

5.2.2. Cuestionar el manejo del caso

Duncan (2010) plantea el término de "participación en la cura" para describir el modo en que los terapeutas manejan la terapia, manteniéndose comprometidos con el paciente, a través de una relación empática y de comunicación, pero manteniéndose consciente de su flujo emocional durante las sesiones y tratando constructivamente los problemas y dificultades que puedan surgir en el tratamiento. En nuestra investigación encontramos que los participantes describían mantenerse en un proceso continuo de revisión de las decisiones o intervenciones en la terapia, para asegurar que respondiesen a los objetivos terapéuticos.

> *"Esa misma doble mirada, o esa misma mirada a dos niveles de profundidad, a veces te permite darte cuenta también de tu propia reacción, y eso te permite evidentemente concientizar y en la misma sesión decir epa, o sea, espérate un momentico, rescátate de allí, e inmediatamente al rescatarte, bueno, pasó una vez pero no pasa más. Pero precisamente tiene que ver con eso, con la capacidad de hacer consciente algún tipo de respuesta o algo que uno está sintiendo o algún tipo de intervención inadecuada o exagerada, o fuera de timing, y creo que lo más importante siempre es el autocuestionamiento, cuando se va el paciente uno se pregunta ¿fue una buena sesión? ¿No fue una buena sesión?"* (Abraham)
>
> *"(…) entonces en la medida en que me caen tan bien los*

> *pacientes, me enfoco más en esto, o sea, me vuelvo incluso como más, no sé si la palabra puede ser más paranoica de mis propios procesos pa' poder decir ajá hasta aquí está el límite, qué le digo o qué no le digo, de donde viene esta intervención, esta intervención viene desde la posición de amigo o desde la posición de terapeuta"* (Anna)

Esto cobraba especial importancia cuando se trataba de reconocer intervenciones inadecuadas, que provenían de reacciones contratransferenciales y podían resultar iatrogénicas para el tratamiento, alejándose de los objetivos del mismo. Similar al proceso de los participantes, Duncan (2010) plantea que para reconocer el sentido de eficacia, que es parte de la participación de la cura, el terapeuta debe revisar cómo está manejando a aquellos pacientes que mejoran y a los que no, para así conocer qué acciones están resultando efectivas dentro de la terapia.

> *"Hay un tema que quizás en mí, que puede ir por el lado de la CT como ahí a veces un poco presente que me haya llevado también como a supervisión que es el tema de... como del vínculo seductor ehh... que ha sido un poco difícil porque efectivamente yo soy una persona también muy seductora y es una característica a ver, no sé mi personalidad, entonces a veces me cuestiono un poco si el paciente está respondiendo así si es porque yo de alguna manera lo estoy provocando, por la forma de vestir qué sé yo…"* (Anastasia)

> *"No recuerdo si fue en ese tiempo porque ese fue el tiempo de estas intervenciones no tan prudentes, era un punto de interpretación que ya no es tan prudente, uno tiene que cortar esa forma de gozar, disfrutar así maliciosa el síntoma, eso es lo que hace el analista"* (Apolo)

> *"Cuando esto pasa, y uno se da cuenta que pasa y sobretodo uno se da cuenta ya después que hizo una intervención, uno ahí lo que tiene es como que epa, tratar de rescatarse y volver a su posición de escucha y de neutralidad, volver a su posición analítica"* (Abraham)

La importancia de constantemente cuestionar si el trabajo que se hace en la relación terapéutica es adecuado es considerablemente alta, de igual manera lo es reconocer aquellas sensaciones que evoca el trabajo dentro del terapeuta.

5.2.3. Reconocer emociones propias

Los sentimientos del terapeuta como una respuesta normal ante el proceso terapéutico han sido ampliamente discutidos en la literatura a lo largo de la historia, como lo podemos ver en los trabajos de Ferenczi (Citado en Martín Cabré, 1998), Racker (1948/1986), Heinmann (1950) y Rosenberger y Hayes (2002). Todos estos autores hablan de la importancia de la identificación y regulación de estas emociones dentro del proceso contratransferencial.

> *"(…)no le dije que es un coño de madre pero sí le dije que bueno que tal vez lo que siente que es parecido es que los dos se aprovecharon de ti en momentos distintos en tu vida y por razones distintas y como que eso sí lo agarró, pero bueno es sí lo hice en parte por mi CT de la rabia de que una chama de 14 años la estén poniendo en la misma posición que con una señora de 30 y que ella no pueda ver que el tipo es un coño de madre, sí bueno me da mucha rabia pero pensé en la rabia, la sentí y lo dije de una manera que era como pertinente en la sesión pues."* (Anakin)

Nuestros participantes hicieron alusión a momentos en los cuales pudieron identificar de manera certera sus respuestas emocionales ante la transferencia de sus pacientes, esto ayudó a que eligieran hacer intervenciones más adecuadas y no de manera impulsiva.

> *“Una fue precisamente un tema de transferencia erótica, el problema no era que él lo tuviera, el problema era como yo me sentía (risas) tenía obviamente que ver con él, con esta persona en particular”* (Atenea)

> *“Ahí como que las emociones... Eso como más espontáneo y quedó bien pero a veces uno si tiene que expresar sus emociones pero tienen que ser desde lo reflexionado, no impulsivamente.”* (Anakin)

La psicoterapia involucra una identificación parcial con el paciente, en ésta el terapeuta absorbe el material del paciente para sí mismo. A pesar de que la experiencia interna del terapeuta es una pista importante acerca de lo que pasa con el paciente más allá de la superficie, para que el proceso funcione de manera efectiva, el terapeuta debe moverse a una posición externa en la cual pueda inspeccionar lo que se está experimentando. De esta manera se debe estar alerta a los sentimientos propios, investigarlos y analizar lo que pasa (Gelso y Hayes, 2001).

> *“Por eso creo que el trabajo personal también es tan importante, es reconocer que ese miedo, puede tener que ver con el paciente pero también es mío pues.”* (Atenea)

> *“No es que la preocupación ya me lleva a cuestionar si hay una relación contratransferencial negativa o que está entorpeciendo mi trabajo, la verdad es que siempre yo me relaciono con el otro desde una cercanía, desde una preocupación por lo que le está pasando, o sea más allá de la empatía que está digamos, pero sí hay una preocupación”* (Anastasia)

Una de nuestras participantes expresó la importancia de “limpiar el vínculo” con el paciente de todas estas reacciones que podrían ser negativas y así poder avanzar en el trabajo terapéutico.

> *‘‘(…) porque también este paciente me genera cosas a mí por algo, ¿no?, entonces también yo poder ir limpiándolo*

para poder quedarnos con el vínculo que necesitamos" (Atenea)

Así, los terapeutas entienden como parte del trabajo terapéutico es reconocer qué elementos son los que trae el paciente a la sesión, y que otro pone el psicoterapeuta en la dinámica que se juega entre ambos. Esto es posible sólo si el terapeuta transita primero por un proceso de revisión de su posicionamiento en el proceso.

5.2.4. Autorreflexión

Racker (1948/1986) indicaba que el analista debía usar su intelecto y emocionalidad para concientizar lo que experimenta frente al paciente, siendo capaz de separar, analizar y sintetizar los contenidos del paciente de los propios. Los participantes indicaron utilizar como medio para manejar sus reacciones contratransferenciales y el tratamiento en general, el uso de un proceso reflexivo constante donde se cuestionaban y asociaban desde los sentimientos suscitados en ellos hasta las decisiones e intervenciones tomadas en luz del desarrollo de la terapia.

"(…)¿no?, porque para mí lo vincular es fundamental, entonces siempre voy a estar como muy... eso me ayuda a disminuir los acting, porque bueno, estoy siempre... y más bien, procuro como llevarlo luego a sentarme a decir, bueno, qué me pasa, por qué me estoy sintiendo así, esto puede tener que ver con la persona, esto puede tener que ver también conmigo, y estar siempre como muy alerta de eso, porque sí, yo sí creo, lo que pasa en el consultorio es lo que pasa en la vida, o sea, ahí está la psique de la persona puesta, en la vinculación y en lo que pasa ahí, entonces siempre estoy ahí como... como muy pendiente de eso." (Atenea)

"(…) de preguntarte a ti mismo por lo que tú estás sintiendo y viviendo, decir por qué este paciente me está haciendo sentir así, qué es lo que genera en mí, de dónde va a esto, ah en la medida en que yo puedo hacer esa

> *reflexión, entonces la puedo usar como herramienta, mientras que está totalmente inconsciente, va a ser siempre obstáculo, creo yo"* (Anna)

> *‘‘(…) porque uno se vive preguntando por el ejercicio, por el quehacer psicoterapéutico, uno se pregunta siempre ¿Por qué yo hice esto? por qué le dije...No, aja por esto, por esto y por esto, entonces al menos uno está orientado en ese sentido"* (Apolo)

Esto es semejante a uno de los factores que Perez-Rojas et al. (2017) plantean como un elemento en el manejo de la contratransferencia, que denominan “autointegración y regulación”. Lo describen como la capacidad que tiene el terapeuta durante la sesión, para experimentar los efectos contratransferenciales y la ansiedad que les acompaña sin hacer actuaciones nocivas para el proceso, manteniéndose seguro y centrado, siendo capaz de reconocer donde termina lo que le pertenece y donde comienzan los elementos del cliente (Perez-Roja et al., 2017). Los participantes describen su propio proceso autorreflexivo de la siguiente forma:

> *“No significa ni que soy mala terapeuta, entonces voy como... yo con el tema de la hora soy, ya saben, el paciente que me tocaba tun tun la puerta y esto como decir no estoy llegando a la hora, el paciente ya va a estar ahí no sé qué, siempre yo como que es su hora, es su tiempo, pero no lo cambio, yo suelo actuar poco la CT del encuadre digamos, relacionada con el encuadre, más bien me la calo, la trato de entender, más que ¿sabes qué? voy a cambiar esto"* (Anastasia)

> *“En cambio, si tú lo tienes consciente porque lo trabajaste y entiendes de qué viene esto, puedes entonces decir ajá, ¿qué sirve para este paciente? ¿Sirve que me deje llevar o guiar, o que responda a esto contratransferencial pero ya como un objetivo terapéutico, o sirve que le ponga freno a eso?"* (Anna)

> *“Mmm, porque probablemente en el momento en que tú eres capaz de hacerlo consciente, simbolizarlo, registrarlo y preguntarte por eso, creo que ya estás en una posición de mayor asimetría; si estás muy tomado por sea lo que sea qué te está pasando, puede que te des cuenta, pero te vas a dar cuenta que tus respuestas son masivas, entonces allí tienes que ver qué puede estar pasando.”* (Abraham)

En esta autorreflexión que transitan los psicoterapeutas que entrevistamos, buscan tener un entendimiento de sus experiencias y conductas, y el impacto que éstas tienen en el paciente. Esto lo caracterizan Perez-Rojas et al. (2017) en el factor “comprendiendo uno mismo y al cliente”, donde el terapeuta comprende la dinámica con el paciente basando en la teoría que define su práctica, en este caso la psicodinámica, y refleja un entendimiento empático del punto de vista del paciente.

> *“Y eso, necesariamente atraviesa un proceso en el que yo también tengo que reconocer mis cosas pues, ¿no? para poder entender que es del otro y que es mío, que compartimos en común... y siempre me hace cuestionarme cosas, siempre. Cada persona que llega nueva, me hace preguntarme cosas, cuestionarme cosas, es un proceso nuevo, es un proceso diferente, y único.”* (Atenea)

Gelso y Hayes (2001) también hallaron en su revisión que la capacidad para empatizar con el paciente estaba relacionada con respuestas contratransferenciales no meditadas. Entre estas mencionaban el alejamiento y la involucración personal, como resultado de emociones no identificadas correctamente. Razón por la cual es importante abordar la empatía como elemento regulatorio de la contratransferencia.

5.2.5. Empatía

La empatía o habilidad para identificarse parcialmente con el otro y ponerse en su lugar, como lo plantean Gelso y Hayes (2001), le permite al

terapeuta enfocarse en las necesidades del paciente. También puede ser parte de la sensibilidad a los sentimientos propios, lo cual podría prevenir actings generados por la contratransferencia. En sintonía con esto, todos nuestros participantes identificaron la empatía como un elemento fundamental para el desarrollo del proceso terapéutico.

> *"Yo creo que sí, es fundamental, es fundamental, es muy difícil conectarte, o sea no voy a ir a inyectarme heroína porque estoy trabajando con un paciente, o sea no, pero entender lo que significa sentir por ejemplo, que si algo no pasa no puedes vivir, sentir lo difícil que es reconocerte de una manera, yo sé cómo se siente eso, no porque me haya pinchado, sino por otras cosas en mi vida, pero yo puedo conectar con él desde y además le puedo quitar la patologización a un montón de cosas."* (Atenea)

> *"(…) aunque sé que no soy psicótico ni nada, soy bastante neurótico por buena o mala suerte no sé, pero entre más reconozco mis partes más irracionales, más puedo conectar como las partes irracionales de mis pacientes y cuando lo irracional sale en la sesión eso es lo que…"* (Anakin)

Con algunos analizados, el analista puede comenzar a experimentar emociones dentro de la sesión que no puede asociar a su estado de ánimo o problemática actual, y que surgen de ese proceso empático de entender y captar lo que el analizado siente, aquello con lo que llena al proceso terapéutico (Torres, 2011).

> *"La empatía en sí... O sea no estoy diciendo que uno no sea empático y que uno no se interese, uno se interesa por las experiencias de vida del paciente, y a uno lo conmueve, sobre todo con niños, con niños probablemente sea un punto donde yo me permito más que salga una lágrima porque además la dinámica con el niño implica otra cosa entonces el niño viene y te abraza*

> *¿cómo no lo vas a abrazar? en ese sentido, eso es una postura mía en el trabajo con niños que es distinto a con el adulto, a un adulto le puedes decir que no, yo no doy abrazos, ay ese analista si es odioso…"* (Apolo)

> *"(…)me acordé de una situación, que claro hubo una respuesta contratransferencial, donde el paciente no se da cuenta pero es un paciente que puede estar, cuenta con aspectos muy... yo diría crudos, deficitarios, de una situación temprana en su vida, precisamente de la relación con la madre, ante la cual yo, me recuerdo, no pude evitar botar dos lágrimas, lloré. El paciente estaba en diván, ni cuenta se dio, pero hubo una parte de mí que se conmovió, esto a veces pasa sesión y es frecuente, que no todo mundo lo habla realmente, bueno, eso es cosa como de cada quién."* (Abraham)

La habilidad empática de los terapeutas se ha correlacionado de manera negativa con respuestas contratransferenciales negativas dentro de condiciones calificadas como las más amenazantes para los terapeutas. Una mayor habilidad empática está relacionada a una mayor apertura por parte del terapeuta para abordar sentimientos contratransferenciales (Gelso y Hayes, 2001).

> *"Bueno creo que en ese caso respondería que yo pienso que no es positivo, que en verdad en ese sentido comulgo más con Rogers que los pacientes mejoran en la medida que tú los puedas aceptar incondicionalmente y la verdad era... La aceptación incondicional positiva es cuando tú no te sientes incómodo con lo que está diciendo sino lo puedes comprender aunque te diga algo muy muy feo lo puedes comprender"* (Anakin)

A lo largo de nuestra revisión hemos hecho hincapié en la regulación de la contratransferencia relacionada al ámbito terapéutico como es de esperarse. Sin embargo, hay recursos que los terapeutas pueden usar en su vida personal para mejorar su desempeño en el espacio laboral.

5.2.6. Preservación de espacios personales

Para los terapeutas entrevistados, haber tenido y procurar seguir teniendo una variedad de experiencias significativas de vida, así como mantener espacios personales resulta en un mejor desempeño para abordar el espacio psicoterapéutico.

Esto funciona de distintas formas. Primero, permite un espacio de descanso que puede reducir la carga y tensión que produce el trabajo del psicoterapeuta. En segundo lugar, permitirá comprender desde otra óptica las experiencias compartidas por los pacientes. De esta manera se reduce la posibilidad de hacer actings y aumenta la probabilidad de identificar contenidos propios en la dinámica con estos.

> *"(…)él habla como de la situación de pareja, como tener una pareja o una familia que te permita tener un espacio de resguardo y de conexión lo más sano y nutritivo para uno; un hobby, un espacio de expresión distinto al espacio y a los roles que solemos ocupar los terapeutas, pero un hobby en serio, que no sea un trabajo (…) ay no, no soy yo solo, eso es como importante; y él dice un grupo de amigos de esos con los que tú arreglas el mundo, pues, un grupo de esos amigos puede que sean colegas o no, pero no con los que te vas a sentar a hablar del quehacer, sino con los que te puedes sentar a hablar de mil cosas, de recordarte los cuentos de antes, de oír música, de cantar, de no sé, echarte palos, lo que sea. Yo creo que eso ayuda y ayuda mucho, y en contextos como el actual nuestro (…) y decía, hay que tener una condición de vida, tienes que haber vivido, tienes que haber atravesado cosas, en esto de los hobbies, siempre me ha encantado*

> *la danza, el teatro, pues el flamenco ha sido como una cosa fundamental, y mi maestra de flamenco decía que hay unos ritmos que uno puede bailar hasta que por lo menos no se ha divorciado dos veces (risas) nadie puede bailar Soleá por bulerías si no se ha divorciado por lo menos dos veces, un poco así es el proceso terapéutico"* (Atenea)

> *"Aislarte en este trabajo, creo que hacer otras cosas también ayuda bastante para uno... Sabes, porque si uno no vive la vida no vas a ser buen terapeuta tampoco, entonces eso (...) Yo por ejemplo no sólo me dedico a la psicoterapia sino también a la investigación pero eso no es lo que me refiero a vivir, eso es más como poder comer, pero me refiero a... Berro sí, tener relaciones significativas en tu vida, experimentar cosas en tu vida también. Yo estoy así joven y no tengo como tanta experiencia de vida entonces probar cosas nuevas y eso…"* (Anakin)

> *"Bueno, tampoco voy a estar haciendo espectáculos tirándome de borracho por ahí, cuando uno salía a tomarse una cerveza, Influyen en tanto tú puedas seguir viviendo, tus experiencias de vida son importantes porque te hacen mantenerte vivo, no te hacen quedarte en esta cosa de soy más papista que el Papa y no no, uno es humano también y disfruto cosas, tomo café pero eso no va a una relación terapéutica."* (Apolo)

Norcross (2000) en su revisión teórica sobre las distintas estrategias de autocuidado que utilizan los psicoterapeutas, reporta el enfatizar el elemento humano. Según el autor, los psicoterapeutas encuentran las relaciones de apoyo como satisfactorias y eficaces para promover el autocuidado. Estas relaciones pueden ser amorosas, con un grupo de pares, amistades cercanas, colegas, entre otras.

Conclusiones

Cuando nos planteamos investigar sobre la contratransferencia, buscábamos aportar una aproximación al trabajo terapéutico en nuestro país, que sirviera de cuerpo de conocimiento y abriera espacios reflexivos alrededor de las dinámicas que caracterizan los procesos con los pacientes. Por ejemplo, fue a mediados de los años noventa que comenzó a surgir, en nuestro país, una revisión de los modelos teóricos tradicionales de trabajo clínico, obtenidos de Estados Unidos y Europa (Llorens, 2015).

Esto pone en perspectiva el trabajo que se ha realizado en espacios de revisión y formación de psicoterapeutas en Venezuela, que todavía es reciente, siendo una invitación implícita a seguir replanteando y discutiendo para llegar a un trabajo más efectivo y que responda a las necesidades de la población que solicita atención psicológica. Así, Llorens (2015) indica que se debe revisar "esas bases paradigmáticas de la modernidad sobre las cuales construimos nuestra teorías y los lineamientos de nuestro trabajo" (p. 29).

Durante el proceso decidimos, debido a la naturaleza del término Contratransferencia, basarnos mayoritariamente en conocimientos teóricos y de investigación psicodinámicos. Aunque psicoterapeutas de otras posturas manejan el término, e incluso lo utilizan en su práctica, una gran parte del cuerpo bibliográfico está basado en posturas psicoanalíticas (Machado et al., 2014)

Tomando en cuenta lo anterior, la metodología cualitativa resultaba la más indicada para comprender la contratransferencia y su relación con la psicoterapia, ya que como indican Denzin y Lincoln (1994), los investigadores cualitativos estudian cosas en sus escenarios naturales, intentando darle sentido o interpretar los fenómenos en los términos con los que las personas le dan significado.

Durante el proceso de elaboración del proyecto decidimos adoptar una postura paradigmática constructivista, que nos permitiese aproximarnos al fenómeno planteado desde la mirada del otro que lo experimenta, pero

entendiendo que en la interacción surgirán nuevas formas de comprender el objeto de estudio. Durante el ejercicio investigativo, entendimos que nuestra elección había sido acertada y nos permitió construir un esquema global para el entendimiento a profundidad de lo que implica la contratransferencia dentro del proceso terapéutico. Incluso, hay precedentes del uso de perspectivas constructivistas en la comprensión de la contratransferencia (Gabbard, 2001).

A medida que avanzamos en el proceso de entrevistas, nos percatamos de la divergencia de los planteamientos teóricos y de abordajes terapéuticos entre las propias corrientes psicoanalíticas. A partir de esto, entendimos que a pesar de delimitar nuestro estudio dentro de un sólo concepto, en un único cuerpo teórico de conocimiento y desde una postura paradigmática personal, la complejidad de la investigación fue mayor a la esperada.

De esta manera, usamos un método de comparaciones constantes, contrastando los contenidos de las entrevistas con nuestros participantes, con la finalidad de identificar temas, patrones y categorías. Así logramos retratar lo más fielmente posible la naturaleza de lo expresado por ellos y presentarlo en una secuencia lógica y comprensible. Esto se ajusta a lo planteado por Hewitt-Taylor (2001), dedicado al tema del uso de comparación en la investigación cualitativa. Explican este método de análisis cualitativo, donde la información se codifica en temas emergentes y es constantemente revisada después de la codificación inicial hasta que no aparezcan más temas o códigos nuevos.

Luego de crear las categorías, siguiendo los pasos de Braun y Clarke (2006), encontramos cinco grandes temas que se relacionan al fenómeno: Orígenes, Desencadenantes, Respuestas, Herramientas y Regulación. De esta manera conseguimos alcanzar nuestro objetivo principal de la investigación, conociendo la construcción del fenómeno contratransferencial que experimentan algunos psicólogos clínicos dedicados a la psicoterapia, que atendían en el área metropolitana de Caracas.

Los participantes poseen un manejo teórico bastante claro del fenómeno y, cada uno, muestra una aproximación particular en función de la comprensión personal que le dan al mismo. Entienden la contratransferencia como una respuesta de tipo inconsciente, inherente a la vinculación dada dentro del

proceso terapéutico con el paciente. Se caracteriza por emociones, pensamientos, creencias, y parte tanto de los elementos inconscientes que el paciente proyecta durante el proceso transferencial, como de concepciones personales o vivencias del terapeuta que se elicitan en la dinámica.

Desde la postura constructivista (Gabbard, 2001), entendemos la contratransferencia como una creación conjunta que involucra tanto al psicólogo clínico como al paciente. Así, es la interacción de lo que el paciente proyecta en el terapeuta, y lo que éste trae a la situación terapéutica lo que permite la aparición de lo que denominamos contratransferencia.

En lo que respecta a la relación de los temas con nuestros objetivos específicos de la investigación, encontramos que los temas Orígenes y Desencadenantes engloban aquellos elementos que elicitan la vivencia de la contratransferencia.

Orígenes aborda temáticas personales del terapeuta, que en relación a la dinámica con el paciente, son la base del fenómeno contratransferencial. Pueden abarcar desde conflictos no resueltos, valores y creencias hasta elementos asociados con el entorno sociocultural donde realizan su labor. Así, se encontraron cuatro categorías: Sentimientos del terapeuta hacia el paciente, Contexto, Características del paciente e Identificación. La mayoría de los elementos descritos en este tema ya habían sido ampliamente investigados por tanto teóricos clásicos psicoanalíticos, como Freud (1910/1981), Ferenczi (Citado en Martín Cabré, 1998), Racker (1953/1986) y Heinmann (1950), como por posturas modernas en autores como Hayes et al. (1998), Fenieux (2009), Schkolnik (2003) entre otros.

Sin embargo, resultó significativo la aparición de la categoría Contexto, donde los participantes reportaron experimentar reacciones contratransferenciales relacionadas a circunstancias que se involucran en la labor del terapeuta, siendo la más referida la situación de inestabilidad económica y social que caracteriza a Venezuela actualmente (Artola Korta, 2016). Esto es de alto valor para la reevaluación del trabajo terapéutico que esperamos fomentar, ya que como indicaba Llorens (2015) los elementos sociales y políticos están inevitablemente enlazados con dicho trabajo.

Desencadenantes reúne aquellos factores que activan respuestas o actings de la contratransferencia, y sirven de puente entre aquellos elementos de donde se originan las reacciones contratransferenciales y las conductas o comportamientos que puede llevar a cabo el terapeuta en función de estas. Se encontraron tres categorías relevantes en el análisis de las entrevistas: Percepción de la situación del paciente, Comprensión de la unicidad del caso y Transferencia del paciente.

La posición subjetiva del terapeuta acerca de la situación del paciente ha sido abordada anteriormente en la literatura como en el caso de Hayes at al. (1998), y la transferencia es la generadora por excelencia de la contratransferencia en la revisión histórica del término como fue planteado por Baranger et al. (2002).

Sin embargo nuestra investigación enfocó un tema poco abordado, la comprensión del paciente como una unidad compleja, y en interacción con las características particulares del terapeuta, que es imposible de reducir a elementos individuales que generen reacciones contratransferenciales. Gerson (2004) explica que la mezcla que se forma a partir de los elementos individuales conscientes e inconscientes de cada participante, permite la unicidad de cada relación, donde se da una mezcla singular de lo permitido y lo prohibido.

Nuestro segundo objetivo específico fue identificar cómo se manifiesta el fenómeno contratransferencial. Esto podemos verlo reflejado en el tema Respuestas contratransferenciales, allí los participantes relataron el modo en que en sus respectivos espacios psicoterapéuticos experimentaron una serie de situaciones en las que decidieron actuar respondiendo a su contratransferencia, acciones que podrían o no haber tenido buenos resultados a corto y largo plazo dentro del proceso con sus pacientes.

Estas respuestas abarcaron seis categorías: Modificación del encuadre para disminuir sensaciones egodistónicas, Intervenciones inadecuadas, Experiencia emocional inadecuada, Permitirse atribuciones fuera del encuadre, Preocupación excesiva y Tomar riesgos en el proceso terapéutico. Lo más resaltante de este tema es que, en contraposición a la postura clásica de que la

actuación de la contratransferencia es iatrogénica para el tratamiento (Gelso y Hayes, 2001), nuestros participantes describen matices en la significación que dan a sus respuestas.

Aunque en las categorías Intervenciones inadecuadas y Experiencia emocional inadecuada, se encontraron respuestas llevadas a cabo de manera impulsiva que se asemejan a lo descrito en la literatura. Otras categorías como Permitirse atribuciones fuera del encuadre y Tomar riesgos en el proceso terapéutico mostraban momentos en los que los participantes hacían un esfuerzo activo por llevar el proceso terapéutico a pesar de sus propias reacciones y angustias. Desde nuestra perspectiva, construida a partir del intercambio que se dio en las entrevistas, a veces una respuesta con base en reacciones contratransferenciales, significaba un intento sincero por ayudar al paciente, incluso cuando el efecto de ésta en el tratamiento no era el deseado.

Por la naturaleza inconsciente e impulsiva que tienen las reacciones contratransferenciales, las actuaciones basadas en éstas pueden aparecer a lo largo del proceso terapéutico. Tomando en cuenta esto, los participantes hicieron referencia a todos los medios que utilizaban para manejar su contratransferencia. Gabbard (2001) plantea que el terapeuta debe mantener una alta tolerancia a las actuaciones inevitables de la contratransferencia que ocurrirán en el tratamiento, porque estas proveen información valiosa de lo que se está recreando en el escenario terapéutico.

Esto responde a nuestro tercer y último objetivo específico, que buscaba entender cómo el fenómeno contratransferencial es manejado en el ámbito psicoterapéutico, alcanzado a través de nuestras categorías Herramientas y Regulación.

Regulación engloba todos los elementos que utilizaban los psicoterapeutas para manejar su contratransferencia. El término fue elegido porque los participantes muestran una postura similar a la de Racker (1948/1986) y Heinmann (1950). Consideran que las reacciones contratransferenciales deben ser reguladas para que no interfieran con el proceso, pero no deben eliminarse por completo porque tienen un rol dentro de la terapia.

Desde nuestra postura como constructivistas, esta significación cuenta con un valor esencial, ya que indica que en la actualidad los terapeutas se están alejando del modelo tradicional freudiano, que mostraba la imagen del analista completamente neutral y anónimo, siendo la contratransferencia un fenómeno inevitable. Así, cuando los participantes reconocen la asociación entre las dos partes, vinculados en una interacción intensa y emocional, ésta se vuelve útil para la exploración de la misma en favor del tratamiento, mientras que mantener una actitud objetiva artificial interfiere en el mismo (Gabbard, 2001)

Este tema se conforma las dos categorías clásicas: análisis o psicoterapia personal, planteado por Freud (1910/1981), y la supervisión. Pero también se encontraron elementos como los valores éticos, la discusión de casos en contexto académico y acudir a otros profesionales que sirvieron al terapeuta para regular su contratransferencia.

El reporte de nuestros participantes nos invita a reevaluar la postura clásica psicodinámica que plantea que la contratransferencia se regula con la supervisión y el análisis personal. Los psicoterapeutas en su práctica se valen de distintos recursos que les permitan llegar a la mayor efectividad y alcanzar así los objetivos del tratamiento. Aunado a esto, la categoría Autorregulación habla de los procesos intrínsecos que utiliza el terapeuta para manejar sus reacciones contratransferenciales. Estos procesos han sido ampliamente descritos por autores como Gelso y Hayes (2001) y Perez-Rojas et al. (2017).

Lo que encontramos relevante en la revisión de las entrevistas, y que difiere de los planteamientos que han prevalecido en el cuerpo teórico del fenómeno, es la interacción que existe entre los elementos intrínsecos del terapeuta y los espacios clásicos de reflexión que responden a la tradición analítica. Los participantes sólo conciben una regulación adecuada de sus reacciones contratransferenciales si existen todos los recursos antes descritos. Incluso, el autocuidado es un elemento que se vuelve medio de regulación.

Cuando abordamos el tema Herramientas, encontramos que todos los participantes de nuestra investigación reconocieron utilizar sus reacciones contratransferenciales como parte del proceso terapéutico, en una medida u

otra. Racker (1948/1986), Heinmman (1920), Fenieux (2009) y Machado et al. (2014) plantearon que la contratransferencia puede usarse en beneficio del tratamiento del paciente si el terapeuta sigue el proceso indicado. En nuestra investigación encontramos cuatro usos comunes que le daban a su contratransferencia, luego de una regulación adecuada. Las categorías están conformadas por:

- Diagnóstico: haciendo referencia a que las reacciones contratransferenciales podían ser útiles para identificar distintos rasgos característicos de ciertos trastornos o estructuras de personalidad al momento de colocar un diagnóstico.
- Modificación del encuadre a beneficio del proceso terapéutico: los terapeutas violaron límites establecidos, en ocasiones donde esto podía permitir un resultado positivo para el tratamiento, asumiendo esto con base a su juicio clínico, a lo que hacen referencia Pope y Keith-Spiegel (2008).
- Intervención: que hace referencia al uso de la contratransferencia para intervenir en el proceso terapéutico, explicando que puede ser beneficioso si el terapeuta ejerce la atención flotante, evocando aquellos contenidos preconscientes en el discurso del paciente. Así, la comprensión del proceso terapéutico emerge a la consciencia, donde corresponde al terapeuta descifrar qué responde a temáticas personales para aislarlo y desarrollar intervenciones que permitan al paciente alcanzar el insight.
- Detección del impasse: encontramos cómo los terapeutas discriminaban aquellas reacciones contratransferenciales que asociaban a la presencia del impasse, usualmente a través de sensaciones egodistónicas reconocían que el tratamiento no avanzaba, o incluso, sentir que el paciente los arrastraba a una posición que no les permitía intervenir de manera efectiva. Al poder detectar esta situación efectivamente, se podían planificar intervenciones adecuadas que permitieran la continuidad del proceso terapéutico.

El planteamiento de nuestras cinco grandes temáticas explica que el fenómeno contratransferencial funciona de manera armónica en el trabajo del terapeuta

con el paciente. A lo largo del análisis y codificación de las entrevistas pudimos observar cómo a menudo varias de estas cinco temáticas, representadas por sus distintas categorías, aparecían en conjunto en los relatos de nuestros participantes. Con la finalidad de ilustrar el funcionamiento en conjunto de nuestros planteamientos usaremos un extracto de una de nuestras entrevistas

> *"No me acuerdo, a ver, déjame ver si... Ah, hay unas pacientes que venían siempre juntas aunque yo les daba citas separadas entonces se daban la cola y venían juntitas y se iban juntitas y venían juntitas y se iban juntitas... En la sesión una hablaba de una y otra hablaba de la otra y eso era un pastel imaginario y le digo yo a la que sabía que estaba empastelando el asunto ¡y usted viene en otro horario! ¡A tal hora! y ella ella se arrechó, ¿eso es un acto analítico verdad? ¡Eso es un acto analítico! tú me estás haciendo eso ¿por qué me estás separando? y le digo ¡sí es un acto analítico! y le cerré la puerta, cuando entré al consultorio dije ¿qué acabo de hacer? -risas- Apolo qué bolas tienes tú, supervisión, no sé qué más, Apolo había que cortar eso... Y ahí empecé a trabajar en proceso de formación con las intervenciones, y entonces la interpretación uno sólo sabe que tiene efecto... Uno sólo sabe que la interpretación llega cuando tiene... Cuando tú ves el efecto en el paciente, esa ruptura, o sea yo creía que no iba a volver, no, después regresó y se vino sola y me dijo ¡tú no sabes todo lo que hice yo para llegar a esta sesión!, ¿qué hizo?, vine en metro, ah como cualquier caraqueño y ahí corté la sesión, entonces ahí no me lo cuestioné tanto, ya estaba encaminado por el lado que era, vienes en metro cuál es el rollo como cualquier caraqueño en la ciudad de Caracas, punto. Pero sí, estuve como dos días así, o una paciente que fue..."* (Apolo)

Podemos observar cómo es desencadenada la respuesta contratransferencial de Apolo comprendiendo la unicidad del caso, en el cual esta paciente generaba un problema en la dinámica de la relación terapéutica y llegaba a afectar el proceso terapéutico de otra paciente. De esta manera se da paso a la respuesta contratransferencial, modificando el encuadre para disminuir sensaciones egodistónicas propias, cambiando el horario de la paciente y actuando de manera agresiva. Instantáneamente parece haber un arrepentimiento en el cual se cuestiona el manejo del caso, sirviendo de regulación, acompañado de la decisión de supervisar el mismo. Finalmente hace uso de la contratransferencia como herramienta, reflexiona sobre el efecto que normalmente debería tener una intervención en un paciente, y posteriormente aprovecha su contratransferencia para intervenir efectivamente dentro de la sesión y encaminar el trabajo terapéutico nuevamente.

Este tipo de estructuración de la comprensión, manejo y uso de la contratransferencia fue observado en distintas ocasiones, a lo largo de todas las entrevistas con nuestros participantes. Se encontraban distintas combinaciones de categorías y variaban según la situación a la que se enfrentaba el participante en los procesos con sus pacientes.

Uno de los aspectos más resaltantes de nuestra investigación, y como puede observarse en el fragmento, fue el hecho de que todos los terapeutas entrevistados encuentran apropiado utilizar la contratransferencia dentro del espacio psicoterapéutico, describiendo en múltiples oportunidades cómo fue el proceso de utilizar estas reacciones contratransferenciales. Esto ocurre en cada uno, pero en función a sus estilos de trabajo particulares y el marco teórico por el cual se encuentran respaldados, cual sea la corriente que sigan.

Esto nos hace plantear que en la actualidad ha ocurrido un distanciamiento de las teorías más clásicas y apegadas a la supresión del fenómeno contratransferencial, para dar paso al abordaje actual donde se valora la concientización de los elementos contratransferenciales.

Así, los terapeutas desarrollan medios para que dichos ser regulados e incluso utilizados con la finalidad de lograr mejorías en el tratamiento psicoterapéutico y el vínculo psicoterapeuta-paciente.

Entender si este cambio en las postulaciones sobre el fenómeno es positivo o negativo no es la finalidad de nuestro estudio, pero desde nuestras concepciones personales el cambio nos parece acertado y positivo. Esperamos en un futuro cercano se pueda profundizar al respecto dentro del marco de investigaciones similares.

Recomendaciones y limitaciones

Durante la recogida de información pudimos percatarnos de una diferencia significativa entre las concepciones de las distintas corrientes psicoanalíticas, la más significativa para efectos de nuestro estudio estaba relacionada con el enfoque lacaniano. Este no concibe la contratransferencia como concepto, en su lugar hablan de transferencia del terapeuta, para efectos de nuestro trabajo fueron usadas como equivalentes. En investigaciones futuras sería adecuado profundizar en las diferencias de la concepción de la contratransferencia en las principales corrientes psicoanalíticas.

Por otro lado, se recomienda focalizar el estudio de la contratransferencia en cada una de las cinco grandes categorías propuestas. Cada una merece y necesita un estudio más profundo y detallado al que era posible dentro de nuestros objetivos planteados, siendo de tipo más exploratorio.

Durante nuestra revisión de la literatura dentro de la discusión de resultados encontramos numerosas lagunas de conocimiento dentro de la investigación psicoterapéutica. Podemos destacar:

- Diferencias en el tipo de reacciones contratransferenciales dadas por la adopción de roles de género tradicionales.
- La existencia de beneficios en el proceso terapéutico como resultado de hábitos de autocuidado del terapeuta y la conservación de espacios de disfrute personal.
- Beneficios de discutir con otros profesionales, fuera de un espacio estructurado como la supervisión y la discusión en contextos académicos.
- La percepción de un paciente como único e irreductible a sus características o componentes contratransferenciales.

Esto se relaciona con lo reportado por Rosenberger y Hayes (2002), quienes encontraron que la investigación del fenómeno se encuentra disgregado. Con nuestra investigación, presentamos una primera aproximación

que responde a esta crítica. Sin embargo, por la complejidad del tema, hace falta que se profundice el estudio. Desde nuestra postura reflexiva y crítica, esto sólo se logrará si prevalece la comprensión del fenómeno frente a la discusión sobre cuál metodología es adecuada o no para estudiarlo.

Durante el proceso de recogida de información, encontramos dificultades para pautar entrevistas con posibles participantes. Algunos de los psicoterapeutas alegaron problemas para agendar espacios para ser entrevistado, mientras muchos otros aceptaban la proposición y luego no se comprometían a darle un lugar al encuentro. Estas dificultades ya las había registrado Hayes (2004), reportando una resistencia considerable de parte de los terapeutas, a que se evaluara su práctica. Esto podía ser por miedo a ser expuestos durante la investigación o diferencias entre las posturas epistemológicas de los investigadores y las propias. El proceso total de realización de entrevistas duró cinco meses, en los cuales sólo seis psicoterapeutas se mostraron dispuestos y dieron un espacio al encuentro.

Referencias bibliográficas

Altschuler, J., & Katz, A. D. (2010). Keeping your eye on the process: Body image, older women, and countertransference. *Journal of Gerontological Social Work*, *53*(3), 200-214

Álvarez-Gayou, J. R. (2004). Cómo hacer investigación cualitativa. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidos.

Araya, V., Alfaro, M., & Andonegui, M. (2007). Constructivismo: orígenes y perspectivas. *Revista de educación*, *13*(24), 76-92.

Artola Korta, M. (2016). *Logros, errores y crisis de la "Revolución Bolivariana" en Venezuela* (Tesis de Grado, Universidad del País Vasco, España). Recuperada de https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/21367/TFG_ArtolaKorta.pdf?sequence=2&isAllowed=y

AVEPSI (2016a). Certificaciones [post en página web] Recuperado de http://www.avepsi.org.ve/web/certificaciones/

AVEPSI (2016b). Historia de AVEPSI [post en página web] Recuperado de http://www.avepsi.org.ve/web/la-asociacion/historia-de-avepsi/

Baldiz, M. (2006). La primacía femenina en el mundo psicoanalítico. *Intercambios/Intercanvis*, *16*, 5-9.

Baranger, M., Baranger, W., & Mom, J. (1983). Process and non-process in analytic work. *The International journal of psycho-analysis*, *64*, 1

Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, *162*(5), 890-898.

Bochner, A. y Ellis, C. (1996). Taking ethnography into the twenty-first century. *Journal of contemporary ethnograph, 25*(1), 3-5. Doi: 10.1177/089124196025001001

Bollas, C. (1983). Expressive uses of the countertransference: Notes to the patient from oneself. *Contemporary Psychoanalysis*, *19*(1), 1-34.

Bonino, L. (2003). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes*, *6*, 7-36.

Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The Effects Of Therapiste Experience And Patient Diagnosis On Countertransference. *Psychotherapy: Theory/research/practice/training, 33*(3), 372-380.

Campo Redondo, M. (2008). Reacciones contratransferenciales en orientadores de la violencia familiar. *Revista de Artes y Humanidades UNICA, 9*(23), 75-98. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170118864006

Chan, Y. K. (S/F). EL encuadre analítico y más allá de éste: Reconsiderando las contribuciones de Ferenczi. *Artículos sobre Ferenczi. Revisiones ferenczianas.* Recuperado de: http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Revisiones/El-Encuadre-Analitico-y-mas-alla- de-este-Reconsiderando-las-Contribuciones-de-Ferenczi.pdf

Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, España: Herder

Cofresí, N. I. (2002). The influence of Marianismo on psychoanalytic work with Latinas: Transference and countertransference implications. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *57*(1), 435-451.

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología, 9*(2), 205-221. Recuperado de: http://www.redalyc.org/html/167/16719204/

Corveleyn, J. (1997). Acerca de la contratransferencia: ¿Obstáculo o instrumento? *Revista de Psicología de la PUCP, 15*(2), 157-178. Recuperado en: http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/5955

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Estados Unidos: Sage publications, inc.

Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful?. *American Psychologist*, *65*(1), 21-33

Duncan, B. (2010). On becoming a better therapist. *Psychotherapy in Australia*, *16*(4), 42-71

Federación de Psicólogos de Venezuela, (1981). *Código de ética del psicólogo*. Recuperado en: http://fpv.org.ve/documentos/codigodeetica.pdf

Feinsilver, D. B. (1999). Counteridentification, Comprehensive Counter-Transference, and Therapeutic Action: Toward Resolving the Intrapsychic-Interactional Dichotomy. *The Psychoanalytic Quarterly*, *68*(2), 264-301.

Fenieux, C. G. (2009). Escenarios contratransferenciales-transferenciales: compases y armonías. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria, 5*(3), 393-398. Recuperado en http://revistagpu.cl/2009/GPU_sept_2009_PDF/ESCENARIOS%20CONTRATRANSFERENCIALES%20%20TRANSFERENCIALES%20%20COMPASES%20Y%20ARMONIAS.pdf

Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S., & Krause, M. (2015). Importancia de los Cambios Iniciales en la Psicoterapia con Adolescentes. *Terapia psicológica*, *33*(3), 247-255.

Firestone, W. (1987). Meaning in Method: The Rethoric of Quantitative and Qualitative Research. *Educational Reasearcher, 16*(7), 16-21. Doi: 10.3102/0013189X016007016

Fraigne de Gallo, M. C., Gallo, A. & Mantykow de Sola, B. (2004). Encuadre, actitud analítica y contratransferencia. *Revista Psicoanálisis Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, *26*(1), 85-99. Recuperado en: http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Gallo.pdf

Freud, S. (1981). *Obras completas* (4ta ed.). Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(8), 983-991.

Gelso, C. J., Fassinger, R. E., Gomez, M. J., & Latts, M. G. (1995). Countertransference reactions to lesbian clients: The role of homophobia, counselor gender, and countertransference management. *Journal of counseling psychology, 42*(3), 356-364. Doi: 10.1037/0022-0167.42.3.356

Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J. & Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: An initial evaluation. *Journal of Clinical Psychology, 58*(7), 861-867. Doi: 10.1002/jclp.2010

Gelso, C. y Hayes, J. (2001). Countertransference management. *Psychotherapy, 38*(4), 418-422.

Gerson, S. (2004). The relational unconscious: A core element of intersubjectivity, thirdness, and clinical process. *The Psychoanalytic Quarterly, 73*(1), 63-98.

Gómez Álvarez, M. A. (2006). De la noción de psicología la cuerpo disciplinar. En G. Peña, Y. Cañoto y Z. Santalla (Eds.), *Una introducción a la psicología* (pp. 11-14). Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello.

Greenberg, J. R. (1991). Countertransference and reality. *Psychoanalytic Dialogues, 1*(1), 52-73.

Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman & J. Haro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Sonora, México: El Colegio de Sonora.

Guerrero, M. J. F. (2009). Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica [1].

Hayes, J. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research, 14*(1), 21-36. Doi: 10.1093/ptr/kph002

Hayes, J. A., McCracken, J. E., McClanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S., & Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology, 45*(4), 468-482. Doi: 10.1037/0022-0167.45.4.468

Heinmann, P. (1950). On countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis, 31*, 81-84. Recuperado de http://search.proquest.com/openview/a30cea0aa73fd4025b7b900574b1ec70/1?pq-origsite=gscholar

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación* (Vol. 707). México: McGraw-Hill.

Hewitt-Taylor, J. (2001). Use of constant comparative analysis in qualitative research. *Nursing Standard (through 2013)*, *15*(42), 39.

Holmqvist, R. (2000). Staff feelings and patient diagnosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *45*(4), 349-356.

Iliffe, G., & Steed, L. G. (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *Journal of interpersonal violence*, *15*(4), 393-412.

Jacobs, T. J. (1986). On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *34*(2), 289-307.

Jaffe, D. S. (1986). Empathy, counteridentification, countertransference: A review, with some personal perspectives on the “analytic instrument”. *The Psychoanalytic Quarterly*, *55*(2), 215-243.

Kaplan, A., & Fagliano, A. (2017). Apuntes sobre la identificación proyectiva, contraidentificación proyectiva y enactment en el análisis de niños. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, 21*.

Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad: Estrategias psicoterapéuticas.* México: Editorial El Manual Moderno.

Kohut, M. & Casey, N. (2016, octubre 1). Inside Venezuela's crumbling mental hospitals. *The New York Times*. Recuperado de https://www.nytimes.com/2016/10/02/world/americas/inside-a-dysfunctional-psychiatric-hospital.html

Kulish, N., & Mayman, M. (1993). Gender- linked determinants of transference and countertransference in psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, *13*(2), 286-305.

Lander, R. (2008). La persona del analista. En *XXVII Congreso de FEPAL, Santiago de Chile*.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis* (1era ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Las claves de la crisis económica de Venezuela #14Ago. (2017, agosto 14). *El Impulso*. Recuperado de http://www.elimpulso.com/featured/las-claves-la-crisis-economica-venezuela-14ago

León, D. (2017, septiembre 23). Se agravan las afecciones mentales por la escasez de medicinas. *Diario La Verdad de Vargas*. Recuperado de http://www.entornointeligente.com/articulo/166359/Se-agravan-las-afecciones-mentales-por-la-escasez-de-medicinas

Lesser, R. (1983) Supervision: Illusions. Anxieties and Questions, *Contemporary Psychoanalysis, 19*(1), 120-129.

Ley del Ejercicio de la Psicología. Recuperado en: pv.org.ve/documentos/Ley_Ejercicio_Psicologia.pdf

Llorens, M. (2015). *Psicoterapia políticamente reflexiva: hacia una técnica contextualizada.* Caracas: Editorial Equinoccio.

López García, A. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31*(1), 53-70. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf

Loubat, O. (2005). Supervisión en psicoterapia: Una posición sustentada en la experiencia clínica. *Terapia psicológica*, *23*(2).

MacDevitt, J. W. (1987). Therapists' personal therapy and professional self-awareness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *24*(4), 693.

Machado, D. D. B., Coelho, F. M. D. C., Giacomelli, A. D., Donassolo, M. A. L., Abitante, M. S., Dall'Agnol, T., & Eizirik, C. L. (2014). Systematic review of studies about countertransference in adult psychotherapy. *Trends in psychiatry and psychotherapy, 36*(4), 173-185. Doi: 10.1590/2237-6089-2014-1004

Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K., Guest, G. & Namey, E. (2005). *Qualitative Research Methods: A data collector's field guide*. Estados Unidos: Family Health International.

Marshall, R. J. (1979). Countertransference in the psychotherapy of children and adolescents. *Contemporary Psychoanalysis*, *15*(4), 595-629.

Martín Cabré, L. J. (1998). Ferenczi's Contribution to the Concept of Countertransference. *International Forum of Psychoanalysis, 7*, 247-255. Doi: 10.1080/080370698436754

Materano, J. (2017, septiembre 23). Psiquiátrico de Caracas se quedó sin servicio infantil. *El Universal.* Recuperado de http://www.eluniversal.com/noticias/caracas/psiquiatrico-caracas-quedo-sin-servicio-infantil_671307

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, *3*(1), 131-149.

McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 54*(7), 923-931.

Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhe (Santiago)*, *15*(2), 93-103.

Neimeyer, R. A. (1992). Hacia una integración teóricamente progresiva de la psicoterapia: Una contribución constructivista. *Revista de Psicoterapia*, *3*(9), 23-48.

Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*(6), 710-713.

Norcross, J. C., Strausser-Kirtland, D., & Missar, C. D. (1988). The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *25*(1), 36.

Ögren, M. L., & Sundin, E. C. (2009). Group supervision in psychotherapy. Main findings from a Swedish research project on psychotherapy supervision in a group format. *British Journal of Guidance & Counselling*, *37*(2), 129-139.

Payer, M. (2005). Teoría del constructivismo social de Lev Vygotsky en comparación con la teoría Jean Piaget. *UNAM. Recuperado de http://www. proglocode. unam. mx/system/files/TEORIA% 20DEL% 20CONSTRUCTIVISMO% 20SOCIAL% 20DE% 20LEV% 20VYGOTSKY% 20EN% 20COMPARACI% C3% 93N% 20CON% 20LA% 20TEORIA% 20JEAN% 20PIAGET. pdf*.

Pérez Rojas, A., Palma, B., Bhatia, A., Jackson, J., Norwood, E., Hayes, J. & Gelso, C. (2017). The Development and Initial Validation of the Countertransference Management Scale. *Psychotherapy, 54*(3), 307-319. Doi: 10.1037/pst0000126

Pope, K. S., & Keith- Spiegel, P. (2008). A practical approach to boundaries in psychotherapy: Making decisions, bypassing blunders, and mending fences. *Journal of clinical psychology*, *64*(5), 638-652.

Pope, K. S., Keith-Spiegel, P., & Tabachnick, B. G. (1986). Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, *41*(2), 147.

Racker, H. (1986). *Estudios sobre la técnica psicoanalítica.* Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidos.

Reiter, L. (2007). Barry Farber, Self-disclosure in psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, *2*(35), 145-147.

Remus Araico, J. (2004). El estado del campo en la transferencia contratransferencia como criterio para la intervención del analista. *FEPAL*. Recuperado en: http://fepal.org/images/2004teorico/transferencia_jose_remus_araico.pdf

Richards, B. M. (2000). Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: some transference and countertransference aspects. *British Journal of Guidance and Counselling*, *28*(3), 325-337.richards

Robbins, S. B., & Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, *34*(3), 276-282.

Rosenberger, E. y Hayes, J. (2002). Therapist as subject: A review of the empirical countertransference literatura. *Journal of counseling and development*, *80*(3), 264-270. Doi: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00190.x

Sabino, A. (2017, agosto 21). La ciencia venezolana: en caída libre. *El Nacional*. Recuperado de http://www.el-nacional.com/noticias/columnista/ciencia-venezolana-caida-libre_199316

Schkolnik, F. (2003). Transferencia negativa y narcicismo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 97*, 95-104.

Smith, D., & Fitzpatrick, M. (1995). Patient-therapist boundary issues: An integrative review of theory and research. *Professional psychology: research and practice*, *26*(5), 499.

Srivastava, A., & Grube, M. (2009). Does intuition have a role in psychiatric diagnosis? *Psychiatric Quarterly, 80*(2), 99-106.

suicidal patients: some transference and countertransference aspects. *British Journal of Guidance & Counselling, 28* (3), 325-337.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol. 1). Barcelona: Paidós.

The Society for the Advancement of Psychoterapy (2015). Mission [post en página web]. Recuperado de http://societyforpsychotherapy.org/mission/

Tizón, J. L. (2004). La histeria como organización o estructura relacional (2): Aplicaciones psicopatológicas y terapéuticas de esta perspectiva. *Intersubjetivo/Intrasubjetivo*, *6*(1), 162-175.

Torres, A. T. (2007). *Historias del continente oscuro. Ensayos sobre la condición femenina.* Caracas, Venezuela: Editorial Alfa.

Torres, A. T. (2011). *Elegir la neurosis* (3ra ed.). Caracas, Venezuela: Fondo Editorial Sociedad Psicoanalítica de Caracas.

Tuckett, A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: a researcher's experience. *Contemporary nurse*, *19*(1-2), 75-87. Doi: 10.5172/conu.19.1-2.75

Universidad Católica Andrés Bello (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología.* Caracas, Venezuela: Autor.

Uriarte, C. (2003). La transferencia negativa y la negativización de la transferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 97*, 105-112.

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, *15*(3), 398-405. Doi: 10.1111/nhs.12048

Van Broeck, N., & Lietaer, G. (2008). Psychology and psychotherapy in health care: A review of legal regulations in 17 European countries. European Psychologist, 13(1), 53-63. Doi: 10.1027/1016-9040.13.1.53

Van Wagoner, S., Gelso, C., Hayes, J. & Diemer, R. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. Psychotherapy, 28(3), 411-421. Doi: 10.1037/0033-3204.28.3.411

Vega, M. (2006). El concepto de transferencia freudiano. *Psicoanálisis ayer y hoy.* Recuperado de: http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero5/reseniael_concepto_de_transferencia_freudiano5.htm

Waska, R. T. (1999). Projective identification, countertransference, and the struggle for understanding over acting out. *The Journal of psychotherapy practice and research*, *8*(2), 155.

Wills, T. A. (1978). Perceptions of clients by professional helpers. *Psychological Bulletin*, *85*(5), 968-1000.

Winkler, M. I., Cáceres, C., Fernández, I., & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, *8*(11), 34-40.

Winnicott, D. W. (1960). Counter- transference. *British Journal of Medical Psychology, 33*(1), 17-21. Doi: 0.1111/j.2044-8341.1960.tb01220.x

Wiseman, H., & Shefler, G. (2001). Experienced psychoanalytically oriented therapists' narrative acounts of their personal therapy: Impacts on professional and personal development. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(2), 129.

Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances en Psicología: Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades, 21*(2), 129-153.

Zubillaga, V. (2003). Un testimonio reflexivo sobre la experiencia de construir historias de vida con jóvenes de vida violenta. *Revista mexicana de sociología*, *65*(2), 305-338.

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El propósito de este documento de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Gabriel Teixeira, portador de la cédula de identidad número 25205321, y Stephanie Zambrano, portadora de la cédula de identidad número 24214703, de la Universidad Católica Andrés Bello. La meta de este estudio es conocer la construcción del fenómeno contratransferencial a través de la experiencia de psicólogos clínicos dedicados a la psicoterapia, desde una postura psicodinámica, en el área metropolitana de Caracas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, el contenido de ésta tocará temas personales y de la relación terapéutica con sus pacientes. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que los investigadores puedan transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un pseudónimo y por lo tanto, serán anónimas. Una vez trascritas las entrevistas, las grabaciones serán eliminadas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación. A partir de lo expuesto procedemos a solicitar su consentimiento para participar en la investigación:

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Gabriel Teixeira y Stephanie Zambrano. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es conocer la construcción del fenómeno contratransferencial a través de la experiencia de psicólogos clínicos dedicados a la psicoterapia, desde una postura psicodinámica, en el área metropolitana de Caracas.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo

cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Gabriel Teixeira al teléfono 04241708505 o Stephanie Zambrano al teléfono 04164243182.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido. Para esto, puedo contactar a Gabriel Teixeira o Stephanie Zambrano a los teléfonos anteriormente mencionados.

_____

Nombre de Participante
Caracas, Fecha

ANEXO B

GUIÓN DE ENTREVISTA

Guion de Entrevista

Concepción

¿Qué significa la contratransferencia para usted?

¿Considera que la contratransferencia puede afectar su trabajo terapéutico o no? ¿Por qué?

Respuesta a la propia contratransferencia

Hay algunos psicoterapeutas que han sentido la necesidad de llevar a supervisión un caso que lo haya afectado personalmente, mientras que hay otros que no ¿cuál ha sido su vivencia con respecto a esto?

¿Ha sentido la necesidad de referir un caso debido a sus reacciones contratransferenciales?

Integración del self frente al paciente

De acuerdo a lo que hemos podido investigar algunos psicoterapeutas pueden sentirse identificados con los contenidos traídos por un paciente durante la sesión, ¿qué opina acerca de esto? O ¿cuál ha sido su experiencia con respecto a esto?

¿Alguna vez ha sentido que ha perdido los límites del encuadre establecido con un paciente? ¿Por qué?

¿Cómo ha sido el proceso de identificación de las emociones propias frente al contenido que trae el paciente a consulta?

Acting

¿Alguna vez ha tenido consideraciones especiales que difieren de la dinámica ordinaria establecida dentro del encuadre de un paciente? ¿cómo han sucedido, cuáles han sido?

¿Alguna vez ha hecho una intervención de una manera que luego considera inapropiada? ¿Por qué?

Regulación de la contratransferencia

¿Cuáles son los sentimientos y emociones presentes al momento de tratar con cierto contenido? ¿Hay alguno que se le dificulte en específico?

En lo que hemos podido investigar a algunos psicoterapeutas se les dificulta tratar cierto tipo de pacientes ¿qué opina usted sobre esto?

¿Cómo es su manejo emocional durante las sesiones de terapia con sus pacientes?

Uso como herramienta

¿La contratransferencia podría ser una fuente de información que permita realizar intervenciones en el trabajo terapéutico? ¿Por qué?

ANEXO C

ENTREVISTAS TRANSCRITAS

Anastasia, 45 años.

02/03/2018

P: Participante **EG**: Gabriel Entrevistando **ES**: Stephanie Entrevistando

EG: ¿Qué significa la contratransferencia (CT) para usted?

P: ¿Teóricamente o lo que yo he entendido?

EG: Cuál es la concepción, cuál es la construcción de la CT según lo que ha visto usted misma y teóricamente.

P: Sí, a ver, entiendo la CT desde obviamente un lugar como teórico que es como así de fácil, digamos que el término que se ve también en el trabajo que es la... los pensamientos, los sentimientos que los terapeutas tenemos frente al paciente bien sea por lo que nos ha transferido o bien por nuestras propias concepciones personales, por nuestra experiencia de vida.

EG: Ok, ¿considera la CT como negativa o positiva?

P: Puede ser de las dos, es posible, la CT como fenómeno de trabajo totalmente positiva, el que exista la CT es una forma de trabajo importante, ahora, puede haber CT positiva y negativa.

ES: ¿Cuáles son los sentimientos y emociones que más se le presentan asociados como a las CT cuando está en el trabajo terapéutico?

P: Es una pregunta difícil porque creo que cada caso particular tiene como una CT particular entonces tendría que plantearme como cuál sería la noción que pueda generalizar más, creo que hay dos, quizás la invasión, o sea no es un sentimiento pero bueno, o sea quizás lo transformo en molestia pues, o sea, porque me siento a veces invadida, sería como desde el lado negativo, y quizás la preocupación, la otra es como quedarme pendiente de algún paciente porque parece que está como en una situación más delicada, entonces es esa preocupación que no se acaba cuando se acabó, cuando termina la sesión sino que me quedo un poco ahí, quizás en el deseo de que ocurran cosas, que le vaya bien o tal cosa, esa preocupación que quizás puede ser como por CT positiva.

EG: ¿Y qué preocupaciones tienden a elicitar esa preocupación más específicamente? ¿Qué podría pasar?

P: ¿Qué podría pasarme o en la relación?

EG: ¿Qué podría pasar, que elicite esa preocupación suya?

ES: Exacto, dentro del trabajo terapéutico.

P: No, pero es que o porque los veo como más... entro yo en el deseo de que al paciente le ocurran cosas, quizás porque los veo más vulnerables, entonces hay una relación quizás que por el momento es mucho más dependiente, entonces yo entro como en una cosa de, ¿será que si lo hizo? o sea... me quedo me quedo pensando en el paciente, pero creo que en parte por eso, porque los veo que en el momento están como más vulnerables entonces siento que, valga la redundancia, me necesitan más, entonces me quedo un poco pegada. La negativa digamos el enojo, creo que es más por esa sensación de invasión y se me quita al ratito pues pero...

Bueno, me ha dado últimamente otra CT negativa pero creo que lo puedo entender desde un fenómeno particular de Venezuela ahorita que es con el tema de los honorarios, o sea cuando la gente te empieza o a regatear o a menospreciar un poco el trabajo, es decir "yo no voy a pagarte esto" o sea ahí entro como en un momento de ira, no expresada obviamente pero bueno... creo que es más... o sea no me ha pasado antes que ahorita, entiendo que no estoy en la postura de estar negociando, estos son los honorarios y punto entonces claro es una CT que no depende de nuestra relación, depende de la situación país pues, entonces es novedosa, no sé si entra en el tema de CT, pero entendiendo que es una emoción que parte del trabajo pues la tengo que comentar.

ES: Hablando de esto, ¿hay como cierto tipo de paciente con los que se le haga más difícil trabajar?

P: No... o sea creo que la dificultad en el trabajo no parte de la CT, digamos pudiera decirte que se me es más difícil, no es que es difícil, es que no me gusta trabajar con adolescentes pero no es un tema de dificultad contratransferencial, o sea entonces creo que la pregunta no está bien formulada para poderla contestar. Desde el lugar de la CT no se me hace difícil o fácil un paciente por la CT.

EG: ¿Qué hay en los adolescentes que dificulta el trabajo?

P: No me lo dificulta, no me gusta el período adolescente entonces, o sea cuando lo tengo que hacer porque a veces he aceptado digamos adolescentes porque han venido... porque crecieron conmigo por ahí, entonces no los voy a botar en la adolescencia.

EG: Claro.

P: No hay un tema de dificultad sino es como bueno la elección que puedo hacer desde el lugar profesional, que no me gusta trabajar con esta gente o no me gusta trabajar con esta gente con ese período de edad. La CT a ver, se puede hacer difícil con algunos pacientes, quizás como en la medida de que te sientas más invadido, por los trastornos de personalidad, por ahí, pero digamos no es difícil, es inclusive un tema de diagnóstico, si yo me estoy sintiendo así y

este paciente me genera como esta molestia y quiero que no venga o bueno... ya sé que parte como del diagnóstico, ¿si me explico?

ES y EG: Sí.

P: Como es parte de la relación, además de que está estudiado entonces tú dices bueno, esto confirma un poco el diagnóstico que tú tienes o de la persona o por ahí como lo que viene como trabajando entonces no... Por eso no entra la palabra difícil como tal, es parte del fenómeno.

EG: ¿Nos puede dar un ejemplo de una situación invasiva? que haya sido desagradable.

P: O sea, sí muchas.

-risas-

P: En la experiencia, a ver, ¿quieren detalles de los pacientes?

ES: Sí.

P: Bueno, una paciente adulta que yo suelo tener que evaluar porque ya era paciente de otra... de una compañera de posgrado, yo la estaba evaluando entonces yo le ponía una hora y ella llegaba súper temprano y entonces era minuto cero cero de su sesión y si yo estaba con alguien me tocaba la puerta, entonces esa imposibilidad de no espera me generaba una molestia enorme.

Tengo ahorita uno adulto también que está a la primera hora y siempre llega antes de la sesión -risas- entonces me espera en la reja del edificio, entonces me abre la puerta del estacionamiento, entonces siento como invasión en ese sentido, a qué hora voy a llegar porque por más que adelante el reloj y llego antes de la sesión, el tipo está parado en la puerta, entonces como que siento que esa -sonido de frustración- y he pensado "voy a llegar más temprano" para evitar encontrármelo, para que no me abra la puerta porque siento ¿saben? que yo tengo que ya bajarme que si con los tacones puestos -risas- yo bajo en cholas y le bajo a abrir la puerta del edificio en cholas entonces no puedo porque el tipo ya está ahí, esas son cosas que me generan molestia.

EG: ¿Y lo clasificaría como una violación del encuadre normal que tiene con otros pacientes? ¿Sería algo así?

P: Bueno... Estrictamente no están violando el encuadre, o sea porque... son dos casos que he visto, poniendo como ejemplo más reciente, digamos, la paciente tiene razón en el sentido que es su hora, pero yo desde el lugar mío digo bueno puede esperar que yo la salga a buscar dos minutos más tarde no me voy a tardar quince minutos, no la voy a dejar esperando, nunca ha pasado, entonces digamos en este punto no está violando... no me toca antes la puerta, el otro señor, el otro paciente pues por ahí bueno... no sé tiene unos rasgos particulares, llega antes, creo que sí hay una manera de controlar el ambiente

para él, este... de acercarse un poco más, me quiere abrir la puerta sabes, si tengo el carro, si llegué, si no llegué, etc. Ahí sí pudiera estar él como ¿violando el encuadre? sí, entonces me pongo quizás un poco más rígida, entonces lo dejo esperando hasta que sea la hora exacta aunque no tenga nada, sí me pongo quizás más estricta en el encuadre porque con él si no siento que hay un tema, digamos como de... Sí, tomar algunas atribuciones que no están dentro de su rol de paciente, entonces sí podría ser como una violación del encuadre.

ES: ¿Y le ha pasado en otra situación donde también usted tenga... se vea que está cambiando algunas conductas frente a esta forma de ser de los pacientes?

P: Creo que sí, pudiera como... a ver hay unas cosas como del encuadre que no se modifican y están ahí pero yo sí creo que yo suelo hacer bastantes modificaciones y acercamientos a veces más emotivos en función de la CT sin duda, o sea yo no puedo decirte que soy una tipa rígida en el encuadre, no no no, o sea si a mí un paciente digamos estamos haciendo un buen trabajo, yo me siento cómoda, el paciente está mejorando, yo soy bastante más flexible que con otros pacientes que me generan quizás como esa invasión, ahí sí soy como más rígida.

ES: Claro.

P: Les voy a poner un ejemplo del trabajo también como quizás en la CT con niños y con los adultos, porque yo hago el trabajo con esos dos grupos etarios, y con los niños la CT quizás es mucho más como desde el lugar de... cariñoso puede ser, o sea si bien están los límites dentro del consultorio y todo hay un acercamiento afectivo que es distinto que con los adultos, digamos hay un... más abrazos, más caricias iba a decir pero o sea... como más acercamiento físico que con los adultos y eso es una diferencia quizás desde mi estilo también, no sólo dependerá de la CT lo que la población infantil a mí me genera como tal sino quizás también ese acercamiento con los niños más mío, o quizás no depende sólo de ellos, creo que eso es una variable... o sea, una diferencia importante que acabo de darme cuenta.

EG: ¿Y qué facilitaría esa expresión emocional con los niños y más con los niños que con los adultos?

P: Yo pienso que es como que me paro desde el lugar de la madre, entonces creo que contratransferencialmente busco eso con ellos, y con los adultos no me paro desde ese lugar a depender... a ver, alguno pues en la CT jugaré yo ese rol pero no es como la condición constante, creo que es eso, entonces no depende del niñito ¿me explico?

EG: Sí.

P: Depende más de mí, de cómo me paro yo frente al trabajo con ellos.

ES: ¿Y le ha pasado alguna vez que como en esa relación ha perdido los límites o se han como hecho más difusos?

P: Recuerdo dos casos en los que me pasó, uno y creo que era porque yo efectivamente no estaba como en la mejor condición, este... uno fue cuando tuve una pérdida de mi embarazo, estaba trabajando con una niñita y como yo no sé por qué se habían enterado no me acuerdo cómo la mamá se enteró que yo había estado embarazada y me había llevado como dos semanas antes unos escarpines para el bebé y dos semanas después, un tiempito ahí después perdí el bebé y entonces claro la sesión fue mucho sobre eso porque ella me preguntó y yo le dije que ya no tenía el bebé entonces tuvimos que hacer unos dibujos, o sea hicimos como la técnica del garabato con ella y terminamos dibujando mi barriga con el bebé muerto no sé qué, y yo... o sea fue una sesión para mí muy dura y recuerdo que ahí dije, bueno estoy trabajando mi propia pérdida y esto no tiene nada que ver con la niñita pero por ahí salió ¿no? en la técnica y luego otra, ehhh... que a lo mejor eso me lo han escuchado, que veníamos de... habíamos ido todos los psicólogos del Parque al entierro de una estudiante del posgrado que habían matado de una manera dramática, la habían perseguido, la mataron en la autopista, un tema horrible y fuimos al entierro o al velorio y al regresar me tocó hacer un triaje y... justamente por mala suerte era una mamá que llevaba al niñito porque le habían matado a su papá que era un motorizado y la señora me cuenta así como que le había dicho a su hijo que Dios necesitaba al mejor mototaxista entonces por eso lo había como seleccionado a él y yo me puse a llorar... A llorar a moco tendido no, pero o sea se me salieron las lágrimas -risa- nunca en mi vida me había pasado y ahí la pérdida de distancia fue totalmente absoluta y creo que porque efectivamente yo no me había percatado de lo afectada que estaba, yo no sabía qué me iba a tocar, era un paciente por primera vez, si a lo mejor hubiese sabido que era un paciente que venía con esa temática por ahí no... no le hago la entrevista, luego pensaba... pero bueno ahí me conmovió muchísimo la situación del duelo por ahí se lo expliqué a la señora y tal, la señora no volvió, la señora estaba buscando una respuesta ante un duelo y yo me pongo a llorar -risas- la verdad es que sí, o sea sí eso fue un error... bueno pero...

Y recuerdo un tercero... este... que era de un paciente mío que tenía todos los síntomas de abuso y del padrastro y el padrastro lo atendía una compañera de Parque y yo le dije evalúalo para ver si tiene como elementos y en la sesión de devolución mi colega tenía como de dudas si el señor era abusador o no, yo le di las pruebas y le dije no tengo dudas que no y en la sesión estuvimos los cuatro, la mamá, el papá, el padrastro, la tera... evaluadora y yo, y yo estuve muy muy muy... yo quería que él me diera la respuesta que yo sabía y me puse muy policial o sea me sentí como una... quizás haciendo preguntas que no eran mi estilo, muy inquisidora, no era mi estilo, pero porque yo necesitaba la respuesta y efectivamente en lo que me lo dijo o sea, ya me cal... o sea cuando

a mí me confesó sí es que yo le he hecho esto, esto y esto, yo bajé la guardia, me volteé y le dije a la terapeuta como que de alguna manera, ves que tengo razón. Entonces creo que ahí se mezclaron muchas cosas pero efectivamente el tema de proteger a los chamos está, es como el rol materno en el que siempre me monto digamos, está presente y me lo tengo que controlar ¿no? o sea tengo que estar consciente de eso para no sobre involucrarme con los niñitos y competir con las mamás y todo este cuento. Eso son como tres reacciones contratransferenciales como de emociones distintas.

EG: Y más allá de esto, o sea que no necesariamente haya una pérdida de límites sino que sienta que ha hecho una intervención que no haya sido apropiada.

P: Bueno, pues supongo que debe haber muchas, este... a ver trato de recordar alguna que yo sienta que dije esto no lo he debido hacer... o sea no sé si encuentro alguna así ejemplo porque a veces lo que yo he tratado de hacer con mi trabajo es que si bien uno hace o no una intervención uno puede cuestionarse por eso, porque siempre habrá otra forma quizás de haberlo hecho mejor, no significa que lo que hice estuvo mal ¿si me explico? o sea yo puedo cuestionar, oye quizás esto no lo he debido hacer no sé qué, peor en el fondo termino diciendo si lo hice es porque alguna razón hay, entonces trato de descubrir cuáles serían las razones por las cuales yo luego puedo cuestionar una intervención pero que haya dañado una relación o que haya dicho bestia esto fue iatrogénico para el paciente, o sea no recuerdo, pero bueno tampoco quiero ponerme tan omnipotente así como nunca he metido la pata, imagino que sí pero como les digo es un tema de... bueno luego, por qué ocurrió y puedo cuestionar la intervención y digo, bueno ¿he podido hacer una cosa distinta? sí, pero ¿lo que hice estuvo mal? bueno no, no sé si me explico.

EG y ES: Sí.

ES: Muchos terapeutas cuando se sienten así tienden a llevar casos a supervisión ¿Usted ha hecho eso?

P: Sí.

ES: ¿Nos puede relatar cómo ha sido la experiencia?'

P: Al principio cuando me gradué iba semanalmente a supervisión, luego ya voy a supervisar los casos donde me siento que no estoy manejando las cosas bien o estoy, o sea a ver... básicamente superviso los casos de trastornos de personalidad, sobre todo cuando están en riesgo suicida porque ahí entro como en el tema de estoy como disponible todo el tiempo, estoy cansada, saturada, entonces en esos casos recurro a supervisión. Ya a esta altura mi supervisor ahorita no está, se fue del país, igual cuando me ha pasado que ya es que se fue, pues le comento por otras vías, o por Whatsapp o hacemos una conversación vía Skype.

-interrupción de la entrevista-

P: ¿Qué les estaba diciendo? se me fue... ¡Ah! tengo comunicación con él vía Skype o lo que sea de casos puntuales así, también he tenido supervisiones grupales, que es el mismo supervisor con el que me quedé con él en la individual, quizás lo que me ha terminado de pasar también es que... son muchos años también, entonces ya es como un amigo, era amigo antes también pero bueno yo lo elegí como supervisor porque en el posgrado yo tuve la oportunidad de pasar por muchos supervisores y luego tu terminas haciendo como afinidad con alguno y lo eliges para que luego en tu trabajo te supervise, quizás también la experiencia es súper rica porque ahí yo por ejemplo yo descubrí esas cosas de ha podido ser una mejor intervención pero lo que hiciste no está mal, es entender esa mirada y confiar un poco en uno, como terapeuta en su formación, es como un híbrido porque por ahí hablamos del paciente peor mucho hablamos de como yo me relaciono con el paciente, entonces ahí entiendo por qué hice esta pregunta o por qué hice esta intervención que a lo mejor no venía al caso sino porque era una necesidad mía, eso me lo muestra mucho el supervisor, en la supervisiones grupales depende mucho del grupo con el que esté a mí, desde mi lugar por ejemplo, nosotros teníamos un grupo de supervisión muy chévere, entonces claro había mucho respeto por lo que presentaba el otro, entonces bueno también fue súper agradable. Ahora también me pasa, bueno en los últimos años, que puedo saltar de supervisor dependiendo de las dudas que tenga, es decir mi supervisor de tratamiento no maneja nada de pruebas, entonces si yo tengo alguna duda entre algún tema de evaluación pues por ahí yo busco el apoyo de otro supervisor, me voy moviendo en función de la especialidad de cada uno tampoco hay miles, hay dos -risas- el de evaluación y el de tratamiento.

EG: ¿Se puede decir que como el tema o el tipo de paciente...

P: Ay ya va, otro de los que suelo buscar supervisión es cuando hay temas legales, el último que busqué supervisión que era sí... cuando tengo dudas de las pruebas que tienen un aspecto legal, dudas en el sentido que no hay... bueno como no hay cien por ciento de esto y esto van a traer como consecuencias a un tercero, entonces fue uno de los casos de abuso del Friedman entonces frente a... estaba además inclusive como en un tema muy público entonces bueno... me busqué un supervisor que viera las pruebas conmigo para tener mayor certeza porque además es como contratransferencialmente también estaba el tema de bueno, yo estoy buscando confirmar una cosa que públicamente ya está o realmente esto está en las pruebas en... y hay otro especialista que lo pueda ver. ¿Qué otra pregunta?

EG: ¿Se puede decir que el tipo de paciente recurrente que lleva a supervisión son entonces trastornos en la personalidad?

P: Sí, básicamente trastornos en personalidad, bueno vamos, trastornos de personalidad, cuando hay temas legales que busco ahí y bueno cuando hay riesgo suicida pero más asociado a trastornos de personalidad pero cuando hay riesgo suicida en una depresión quizás no.

EG: ¿Y algún tipo de trastorno de personalidad que sea más recurrente que otro?

P: Yo creo que más el trastorno Border.

EG: Ok.

P: Sí, básicamente.

EG: Y cuando habla de esa respuesta que tiene de cansancio, ¿hay algún otro tipo de respuesta que tenga cuando trata a esos pacientes?

P: Creo que la preocupación, o sea cuando te digo el cansancio es también como... el no estar, o sea el no poderme desconectar de lo que pasa, que yo llego a la casa por ejemplo y me quedo pendiente del paciente, y quizás no lo verbalizo pero estoy... y entonces veo mucho el celular a ver si me escribió, eso eso me... o sea cuando me siento agotada, cuando digo berro no me puedo desconectar, como decía la sesión se acabó y todavía me quedo como pendiente, o sea la palabra es pendiente, eso me agota y cuando yo ya me siento agotada digo no, algo estoy dando de más quizás.

EG: ¿Puede ser resultado de identificación proyectiva?

P: No creo, o sea -risa- creo que hay una demanda que sin duda está y que uno... yo siento una responsabilidad mayor en ese momento... entonces por eso trato que para cuidarme profesionalmente eso, recurrir a la supervisión para no perder esa distancia y que la preocupación se quede digamos como en una preocupación ajustada a la situación y el rol que debemos tener, yo la verdad es que... para mí ser buen terapeuta implica una capacidad de preocuparte por el otro, entonces digamos no... No es que la preocupación ya me lleva a cuestionar si hay una relación contratransferencial negativa o que está entorpeciendo mi trabajo, la verdad es que siempre yo me relaciono con el otro desde una cercanía, desde una preocupación por lo que le está pasando, o sea más allá de la empatía que está digamos, pero sí hay una preocupación, si eso no... Yo no creo que yo me pueda o que yo me pueda evaluar como una profesional exitosa desde casi que un hermetismo absoluto, yo no lo veo así. De hecho eso fue un cuestionamiento que yo me hice cuando a mí me formaron en la academia, digamos aquí este... y en el pos... uhm en el posgrado menos en la formación de pregrado era usted tiene que tener cara de póquer, usted no puede sonreír, usted no puede expresar, o sea casi no puedo ni parpadear, yo inclusive me mordía los cachetes en las sesiones para no expresar absolutamente nada, si algo me causaba risa no... Ni sonreía. Ahorita me puedo morir de la risa con un paciente por una anécdota y me siento mucho

más tranquila, antes estaba muy perseguida y creo que eso no ayudaba en la relación -risa- quizás por la inexperiencia, quizás por la formación y por identificarme con ese modo de verlo como más rígido, o sea no, no, me vínculo con el otro desde el lugar humano.

ES: O sea, usted diría que de alguna manera siempre poner un poco del terapeuta está permitido dentro de la relación.

P: A ver, poner un poco de la terapeuta, no, el terapeuta está en la relación, entonces para mí es imposible asumir el que uno como terapeuta no tiene una... un impacto, una interferencia, o sea es parte del trabajo, entonces por eso cuando a mí algo me preocupa o algo no sé qué, en principio no me lo cuestiono, me parece que está como parte de la relación, es un fenómeno a trabajar, o sea ¡tiene que estar! la transferencia y la CT.

EG: ¿Y se podría decir que el terapeuta está en esa relación y que también el paciente está en el terapeuta?

P: Sí, sí... igual en la evaluación, o sea cuando yo estoy haciendo una evaluación, quizás también está el tema de la CT, estoy ahí sentada ¿y yo no puedo decir por más que la prueba sea estructurada que yo no tengo una influencia en la ejecución del resultado? por supuesto que tengo, que tiene una influencia, eso no va a explicar todo el rendimiento, obvio, no, pero hay un vínculo hecho y es imposible que no exista el vínculo. Entonces no es que uno pone un poco, ¡está! el terapeuta, lo que debe ocurrir es que efectivamente el estar ahí como persona, como terapeuta, tiene que servir al otro no al revés. Porque bueno ahí deberíamos tener cierta asimetría, pero uno está en relación.

ES: ¿Alguna vez le ha pasado que por este tema contratransferencial tenga que referir a un paciente?

P: No, nunca me ha pasado, nunca eh... me ha pasado que diga nooo, a este lo quiero tanto o este me genera tanta molestia que no lo voy a... cuando me he sentido que hay... que tengo ganas de referir al paciente han sido casos que he llevado a supervisión, yo a ver conscientemente no recuerdo ningún caso donde yo diga... más que todo lo contrario, si me parece que de esto... cuando la CT y la transferencia está es rico de trabajar, o sea es parte de lo que yo hago y lo hablo luego, entonces que inconscientemente ha provocado que alguno -risas- se haya ido, ¡sí! que lo haya botado inconscientemente.

-risas-

Tampoco sé, como se habrá ido tampoco sé las razones por las cuales se fue pero... en principio no recuerdo el nombre.

EG: ¿Y qué tipo de pacientes habría querido referir pero no terminó haciendo? que ha llevado a supervisión.

P: Yo no sé si puedo catalogar algún tipo de paciente, creo que han sido una, es decir... A ver, es por lo que ocurre no porque yo asuma que hay una categoría de pacientes con los cuales... yo quisiera mandar pa´ la porra, este... pero por ejemplo cuando en la sesión yo me siento descalificada, devaluada... me provoca mandarlo al carrizo la persona, o sea cuando yo me siento como eso, que están como poniéndome en tela de juicio profesionalmente o... y ¿eso lo hacen los trastornos de personalidad? sí, pero es como... en un momento, entonces no sé si puedo decir bueno yo quisiera mandar a la porra a todos los trastornos de personalidad Border porque ellos hacen estos temas de idealización y devaluación, como mecanismo... Ni tampoco me gusta cuando me andan idealizando o sea que, digamos cuando ese mecanismo de defensa está es un momento donde a mí me provoca mandar a la porra al paciente, no crean que es que yo me siento que me dicen que soy la maravilla, porque por ejemplo los pacientes psicopáticos que suelen hacer eso, que te alaban, no sé qué... A mí yo tampoco me siento tan cómoda, entonces es como ese mecanismo, el que yo quizás como elegiría como ¿sabes qué? con ese tipo de pacientes no. Yo suelo hacer algo, uno puede llamarlo casi que contrafóbico... A mí la psicopatía no me gusta, o sea si yo tuviera que elegir así como no quiero un psicopático en las sesiones, y mi trabajo de grado en la especialización fue con psicopatía, es decir, yo trato de buscar por qué hay algo si no me gusta ¿por qué? entonces me metí a trabajar con ellos y descubrí por ejemplo que una de las cosas que no me gusta es la sensación de que no voy a poder ayudar del todo, es decir como que no hay posibilidad de cura. Entonces cuando yo siento que hay un paciente que no se puede beneficiar de lo que yo le puedo brindar creo que es algo que no me gusta tener, y la psicopatía es algo que bueno... tuve que estudiar un poco para tener otra mirada, de sentir... de hecho leer otros autores en cuanto a la psicopatía, entenderlo como una búsqueda de... a Winnicott lo leí en esa época para entender un poco desde otro lugar y no tanto desde la manipulación y quizás verlas como víctimas un poco, para poder trabajar con ellos porque sino no trabajaba con ellos pero luego entendí en todo ese proceso de la tesis que lo que a mí me enojaba de esos pacientes con los que yo no quería trabajar era eso, que no sentía que los podía ayudar, sentía como que bueno aja no va a ser un matón pero va a ser un delincuente de cuello blanco, eso para mí era suficiente, y decía ¡no! yo quiero que no haga ningún acto delictivo, entonces creo que va por ese lado de querer realmente contribuir a. Cuando llega un paciente que sé que no se va a beneficiar mucho, no lo quiero ayudar. Pero me da al revés, tú dices ah no, ¿tú dices que no vas a mejorar? no, tú vas a venir pa´ ca dos veces por semana y le amarro... -risas- Algo te vas a llevar hoy.

EG: Entonces, lo que nos decía al principio de toda esta idea es que quizás las respuestas contratransferenciales... quizás las más significativas no vienen con respecto a la personalidad de la persona o del trastorno que trae sino a las situaciones que llevan como al trabajo

psicoterapéutico, entonces nos habla de ser idealizada, sentir que no puede...

P: O devaluada.

EG: O devaluada, sentir que ese paciente no va a poder ser ayudado a fin de cuentas.

P: Ujum.

EG: ¿Qué otras cosas podrían pasar?

P: Ay yo no sé, a ver, es como lo que les dije al principio, es tan particular, puedo como agarrar cada historia y tratar de... o sea contratransferencialmente la entrevista me está llevando a decir un cuadro diagnóstico o una cosa así, no lo hay ¡no existe! -risas- no hay como reglas, de nuevo es una situación muy particular, el vínculo es muy particular, yo no puedo decir es que yo me relaciono con los pacientes deprimidos de tal manera o la CT que yo... digamos, no hay una manera, no lo tengo sistematizado en mi cabeza, por ahí a lo mejor sí tengo que hacer el esfuerzo de buscar no sé qué y ciertos aspectos generales... generalizables pero... O sea les conté como las cosas más relevante.

Hay un tema que quizás en mí, que puede ir por el lado de la CT como ahí a veces un poco presente que me haya llevado también como a supervisión que es el tema de... como del vínculo seductor ehh... que ha sido un poco difícil porque efectivamente yo soy una persona también muy seductora y es una característica a ver, no sé mi personalidad, entonces a veces me cuestiono un poco si el paciente está respondiendo así si es porque yo de alguna manera lo estoy provocando, por la forma de vestir qué sé yo... entonces a veces he tenido una oportunidad, o algunas oportunidades de... viene este paciente me voy a poner un pantalón porque me he sentido que quizás mi estilo de vestimenta termina provocando unas reacciones en el paciente que yo para que no salgan ¿sabes qué? me pongo un pantalón. Y he pensado eso, pienso que... no es que hago un proceso de hoy tengo tal paciente, me voy a poner tal camisa, no este es parte de tu estilo, tú abres mi clóset y todo es blanco, negro, gris, no hay colores llamativos, tal y qué sé yo, pero he visto ahora que estaba pensando, con un par de pacientes donde digo, ay no viene este paciente vamos a ponerme tal cosa, entonces eso es una invasión de nuevo...

EG: ¿Una invasión de?

P: De nuevo, o sea el tema de la invasión, cuando siento que ya me están como invadiendo, sí inmediatamente me pongo a pensar en esas cosas que uno no piensa, que trabaja con eso.

EG: Y en ese sentido de cambiar la vestimenta, ¿la invasión es cómo? por parte del paciente.

P: Bueno porque me siento muy seducida, siento que mi estilo que ya es así, el otro está reaccionando frente a ese estilo y ya no me gusta, me siento como si de alguna manera mi estilo provocara al otro entonces no me gusta pero bueno es mi estilo, a ver ¿por qué me doy cuenta? porque eso no le provoca a todos los pacientes, yo me visto así y no todos los pacientes están seduciendo, pero llega un momento o me ha pasado con un par de pacientes donde ya me siento incómoda en alguna medida y tengo que cambiar levente mi estilo.

EG: ¿Qué respuestas tienen los pacientes más específicamente que...

P: Bueno a ver, ha habido de todo en esos dos que les estoy contando desde las expresiones verbales, vamos a tomarnos un café, o mandarme mensajes, hay un paciente que me mandó un mensaje después de la sesión "Anastasia, estabas bellísima hoy" y yo como what, o sea ¿de verdad? entonces, con ese paciente empecé lo de los pantalones y es al revés, o sea cuando yo me pongo pantalones no es usual, el tipo me manda mensajes, viene este paciente y me voy a poner una falda porque qué fastidio, porque no quiero recibir el mensaje. No interpreto en la relación, pero ahí está la invasión, en mi estilo pero a veces ¿ese es mi estilo? obviamente es él, porque no todos los pacientes me mandan mensajes, pero bueno me cuestiono si yo por mi estilo, como estoy en la relación qué cosas puedo neutralizar un poco más que no le hagan tanto ruido al paciente porque me termina incomodando a mí, o sea el paciente está feliz de su vida buceándome qué se yo. Entonces está ese tema, quizás ciertas miradas en la sesión este... del paciente que te mira, si yo estoy hablando no me mira a los ojos sino que está mirando las piernas, cosas así que tu captas que tú dices ya va o sea, va desde todo pues, esas cosas que tú inclusive puedes interpretar o no de manera fiel a estos mensajes fuera del encuadre que no contesto ni nada, o sea los trabajo en la sesión pero...

ES: ¿Y le ha pasado... que también nos había comentado que con el otro paciente que usted trataba de llegar más temprano porque él ya estaba en la reja o este caso que ha tenido que usted cambiar cosas o hacer... tomar decisiones distintas incluso tanto dentro del encuadre como fuera del encuadre por cómo se está dando esa relación?

P: Sí, cuando les estoy diciendo que estoy cambiándome los pantalones por falda y falda por pantalones, bueno sí, estoy haciendo una modificación...

ES: Sí, pero digo en otras situaciones más allá...

EG: Otras cosas, otros cambios.

ES: Sí sí, como otros ejemplos, otros pacientes.

P: Pienso que no, no. Esas son las dos que pudiera inclusive decir, bueno es que en la historia de ver pacientes ¿me ha pasado con otros pacientes? sí, por eso se los pongo de ejemplo, son dos pacientes ahorita pero que también que durante todos mis años de terapeuta me ha pasado, quizás no que me abran la

reja porque la reja está reciente, pero sí que me estuviesen esperando a la primera hora, ¿qué me provoca por ejemplo este paciente? cambiarle la hora, o sea que no sea la primera hora en la mañana.

EG: ¿Y ha pasado?

P: -risas- Me provoca pero no lo he hecho.

EG: ¿Pero con otros?

P: No, siempre me ha provocado cuando he sentido eso pero no lo hago porque sé que es una respuesta con la que yo tengo que trabajar y si eso me molesta lo que sí hecho es decirle que por supuesto a este paciente que les digo que se queja que su relación de pareja que la esposa le dice que es muy controlador, le digo efectivamente lo eres fíjate como llegas aquí temprano, me dice "yo soy puntual" bueno a veces la puntualidad... por ahí o sea lo meto en el trabajo, más bien lo uso cuando tengo que hacer ese tipo de cosas lo uso como forma de trabajo. Yo sí uso bastante la CT.

EG: Eso era justamente lo que íbamos a preguntar ahora, la CT podría ser una fuente de información que permita realizar intervenciones en el trabajo terapéutico.

P: Total y absolutamente, yo uso muchísimo la CT, y sobre todo en estos casos que o sea, cuando me siento invadida o cuando tengo rabia, más inclusive la uso cuando tengo CT negativas que cuando tengo CT positivas, me estoy dando cuenta, uso más como que bueno es que me provoca, tú provocas en el otro que te manden a la porra, estás buscando que yo te bote, así lo haces conmigo o sea de hecho, en términos personales, yo siento que tú... yo siento la misma rabia que puede sentir tu esposa cuando lo está llamando y no ha pasado ni un minuto, la tipa está terminando de maquillarse, lo mismo que haces acá entonces sí la uso bastante.

Más esa que la positiva, es que la positiva no... No es que ay me caes bien, me encantas tú.

EG: ¿Nos puede dar otros ejemplos como este que nos dio de este paciente que le dijo mira, sí eres controlador, así te comportas conmigo y así es como te debes comportar con tu esposa? ¿Qué otro ejemplo nos podría dar?

P: Con los pacientes abusados también, como la parte de estás provocando que uno te abandone porque hiciste tal cosa, me estás agrediendo, entonces lo que provoca es decirte no vengas mañana y estás buscando justamente eso, la sensación de recibir daño del otro, entonces lo uso... Quizás ahí es como el tema de la confianza, con los pacientes abusados. Hablo mucho del abuso porque veo muchos casos de abuso, entonces eso también es un caso útil de usar la CT.

Estoy tratando de pensar en alguna positiva que lo haya... que tenga como el registro, pudiera tener muchos ejemplos más bien de la otra de cuando por ejemplo la molestia o... bueno ya me vendrá quizás algún recuerdo de la positiva pero como que la uso menos, o sea está pero no hago mucha referencia a la... a lo positivo del vínculo que tenga conmigo para mostrarle que sí, se relaciona bien con el otro, que tiene un trato respetuoso, creo que soy menos reforzadora.

EG: ¿El cambio quizás en el encuadre sería como más propicio a algo que es negativo que algo positivo? ¿Para qué cambiar en el positivo? ¿Sería algo así?

O sea, si este paciente llega temprano y me provoca cambiarle la hora, eso tiene sentido. Pero quizás un paciente que es puntual, que quizás disfruta más la sesión con él, ¿no pensaría darle una hora mejor o una más cómoda para el paciente? eso no es como la respuesta quizás que uno tiene cuando...

P: Sí, a ver es que no se la cambio porque es una sensación mía y yo tengo que aprender a manejarla, si el paciente a mí me quiere pedir un cambio con todo el gusto del mundo se lo voy a dar, pero yo sé que esa es la hora que... en la que él pueda asistir entonces si yo por eliminar esa molestia inicial del trabajo, antes de trabajar porque en lo que entra al consultorio listo, se sentó y todo fluye. Pero si yo se lo propongo a él es más mía, estoy haciendo yo una modificación del encuadre ¿por una necesidad mía? eso no debe pasar. O sea yo reconozco la CT, reconozco que estoy ya en el carro y si yo veo que voy a llegar tarde y ya es la hora y me manda un mensajito "en camino" me desespero, y me es incómodo y a mí me provocaría cambiársela pero eso es una incomodidad con la que yo tengo que lidiar, yo tengo que lidiar con que para mí es posible llegar tarde y no pasa nada. No significa ni que soy mala terapeuta, entonces voy como... yo con el tema de la hora soy, ya saben, el paciente que me tocaba tun tun la puerta y esto como decir no estoy llegando a la hora, el paciente ya va a estar ahí no sé qué, siempre yo como que es su hora, es su tiempo, pero no lo cambio, yo suelo actuar poco la CT del encuadre digamos, relacionada con el encuadre, más bien me la calo, la trato de entender, más que ¿sabes qué? voy a cambiar esto.

ES: Y para lidiar con esa CT, para ser capaz de usted reconocerla y saber cómo discriminar esto mismo, entiendo que también tengo que respetarle la hora al paciente ¿Qué hace usted?

P: Entre otras, qué he hecho, en el pasado la propia psicoterapia, digo qué he hecho, qué vine haciendo y qué seguiré haciendo, que es como el estar en constante revisión, más allá de consultarlo con la almohada es estar en terapia, porque hay cosas que bueno a uno le pasan y creo que eso es lo que he hecho para no actuarla, es como con mi terapeuta plantear las cosas, a lo mejor yo

llego medio molesta por este paciente y terminamos como hablando de mis cosas en relación a eso que el paciente, que a ver es también una manera de supervisar, bueno sí, mi terapeuta de alguna manera me supervisa también pero se mete más como desde el lado mío que el supervisor pero no es que qué hago ahorita sino qué he hecho toda mi vida que he estado en terapia.

EG: ¿Resulta más fácil dar concesiones o flexibilizar el encuadre con pacientes con los que tiene una CT más positiva?

P: Yo te tendría que decir que teóricamente sí, es decir eso es lo que yo creo pero yo creo que yo no lo hago, creo que soy bastante consecuente con la normas básicas del encuadre, entonces no ando haciendo muchas concesiones ni con los pacientes con los que tengo una CT positiva ni con los que tengo una CT negativa, a ver cuando yo digo las cosas básicas del encuadre son las horas, el rol adentro, yo no voy a poner al que tenga CT más positiva, ¿le contesto los mensajes que me manda? no, no se lo contesto a ninguno, o sea no le contesto a uno o al otro, o sea los mensajes que no son de cancelar ya citas o sea, personales digamos, no se los contesto ni al que me cae bien ni al que me cae mal. Las horas se respetan igualito, las sesiones se acaban, no es que... inician y se acaban entonces no es que te voy a dar un ratico más sea positiva o negativa, a los 45 minutos se acabó. El tema de los honorarios igual, si se negocia desde el principio yo no ando cambiando porque la persona... porque tengo una CT positiva entonces no me vas a pagar, no.

Mi actitud frente al trabajo creo que tampoco cambia, yo suelo hablar poco de mí tenga una CT positiva o negativa, no tengo digamos el saludo, las cosas no verbales son iguales, me río, o sea un paciente puede... puedo tener por momentos una CT negativa... porque además creo que en cualquier proceso pasamos por las dos ¿no?, no es que si ah bueno siempre que tiene un trastorno de personalidad ¿y mi CT va a ser negativa durante toooodo el tratamiento? creo que no, creo que es insostenible si uno tiene eso, creo que la CT es dinámica, en cualquier tipo de paciente, en los neuróticos... creo que me puedo reír con un paciente, que por los momentos haya estado en una CT negativa, me puedo entristecer con un paciente estando en una CT negativa también o sea, entonces claro me parece que es como ese término que es dinámico. Yo creo que si yo estuviese con un paciente donde todo el tratamiento es una CT negativa y yo me siento incómoda, violentada, ¡berro! yo no podría trabajar, o sea por eso creo que no es que boto a la gente porque no me he sentido nunca en una constante de CT negativa entonces para que lo voy a botar si siento que esto es momentáneo, tiene que ver conmigo, tiene que ver con él, tiene que ver con la relación, tiene que ver con las tres variables, es como que vamos a tener un poco de paciencia y lo tratamos de manejar, o bueno lo trato de manejar, es como la dinámica.

ES: Más allá de la psicoterapia ¿hay alguna otra técnica o alguna otra decisión que haya tomado para manejar la CT?

EG: Y a parte de la supervisión.

P: Sí bueno, exacto yo creo que terapia, supervisión, bueno y... no sé revisión, o sea creo que obviamente yo no superviso todos los casos que atiendo, ya a esta altura de mi vida... es más creo que nunca lo pude hacer -risas- porque uno no tiene el doble de horas en la vida, si tienes 20 pacientes tampoco puedes supervisar los 20 pacientes, no te dan las horas. Creo que es pensar sobre el trabajo que uno hace.

EG: Auto revisión.

P: Sí, desde a ver, auto revisión y estudiar, por eso digo pensar, o sea porque no sólo digamos desde lo que yo siento, no sino lo que está teóricamente sustentado que pasa con estas relaciones con pacientes determinados, leer mucho, yo leo mucho sobre los casos, sobre casos, de lo que hacen los terapeutas, entonces es como eso, mantenerse estudiando, en revisión, tanto desde el punto de vista de una auto comprensión que viene de años y que seguirá siempre, yo no puedo decirte, ¡no! ya yo tengo todo mi comprensión de cómo soy entonces para qué voy a seguir en esto si... no. De nuevo hay una dinámica que se mete.

Ahorita les voy a contar de un caso que de las cosas por las cuales me he cuestionado si debo seguir o no con un paciente, que me preguntaron ahorita, este que de nuevo es parecido a algo que les conté del paciente con el duelo.

Entonces revisión personal y académica, o sea profesional... o sea uno tiene que seguir estudiando todo el tiempo, y eso es lo que ayuda a la comprensión, que tu sientas que ah bueno esto no es que exclusivamente me está pasando a mí, sino que esto está reportado que pasa en tales caso con personas de estas características, qué sé yo, uno trata entonces de entender, bueno si no es una cosa mía necesariamente, bueno creo que son esos tres elementos.

Lo que les iba a contar de nuevo como las situaciones personales están como presentes y uno debería decidir o no. Mi padre fallece y a mí... tengo una paciente nueva, me tomé qué sé yo, dos semanas, yo me entero de mi papá está... o sea que se acaba de morir fue con un paciente, entonces ahí ya se complicó un poco porque entonces ya a la semana siguiente, o sea los demás no se enteran, suspendí, no sabían que se murió pero entonces a la semana siguiente "¿cómo estás?" hay una preocupación del paciente hacia mí pero bueno fue momentáneo, un episodio digamos, pero que si uno, o yo en ese caso si no lo entendía bien, yo al principio dije por qué tuve que atender, claro yo sabía que algo pasaba porque había muchos mensajes, cuando miré el teléfono y vi la noticia obviamente me conmoví, no podía que...vamos a esperar lo que queda de sesión para, tuve que suspender la sesión, acabo de recibir este mensaje, qué sé yo. Pero dos semanas después me llega una paciente referida por otro paciente y venía por la misma... o sea, era que el papá tenía el mismo cáncer que tenía mi papá, lo veía el mismo doctor que veía a mi papá,

estaba en el grado en el que estaba, y por ejemplo yo en ese momento dije, yo estoy capaz... digamos ¿con la capacidad psicológica para aceptar esta paciente? ¿O la voy a usar? entre comillas para hacer mi propio duelo, eso antes de aceptar el paciente hablé con mi supervisor porque yo en el momento dije, obvio esto me lo mandó Freud.

-Risas-

P: Obvio que la tengo que aceptar, ni siquiera en el momento lo cuestioné, no no no ya va, déjame cuestionar porque el tema de las casualidades... por algo me llegó esta paciente en este momento en particular, sincronía jungiana, o sea todo ese cuento ahí, déjame hablar con mi supervisor a ver si yo puedo estar. Acepté a la paciente y mi supervisor me dijo lo que me tenía que decir y al final la acepté la paciente, pero por ejemplo me pasaban cosas que se le iba la enfermera y a mí me provocaba darle el número de la enfermera de mi padre... y entonces yo sabes, esa no es mi labor, o sea mi labor no es ayudarla desde... mira a mí me sobraron unos pañales, será que te los doy, o sea tenía la tentación y bueno entonces claro el tener supervisión, tener fresco eso, saber que efectivamente si yo no hago una distancia de esto se iba a enredar la relación, ahí es donde yo no... Era un paciente para el que uno dice por CT sácalo, o sea no lo aceptes, todo lo contrario, dije esto tiene que servir para algo, claro pero con una tutela porque era muy fácil perder la distancia, fácil, involucrarme, eso o sea, le puedo buscar a la enfermera, que yo tengo a la enfermera que ya no la estamos usando cosas así o te voy a dar el contacto de ella.

Si bien siempre hay cosas personales que a uno le pasan, hay como momentos de la vida de uno, o sea, les dije dos, la pérdida de mi hijo, o sea de un embarazo digamos que fue una cosa muy personal y obvio la de mi papá, entonces hay un tema donde la CT está como más de lo de uno hacia el otro que lo que el paciente te puso, que quizás son las que más recuerdo, fíjense que les he contado más mías en función de lo que yo puedo ponerle al paciente y no tanto de la transferencia que el paciente... de mi CT porque el paciente me puso a hacer tal cosa, por eso creo que no es tanto por identificación proyectiva, es más que todo en este caso por proyección -risas- no sé si está mejor o peor decir eso pero creo que...

EG: No creo que esté mejor... creo que simplemente está.

ES: Sí.

P: Exacto.

EG: Era una relación terapéutica muy difícil, muy complicada.

P: Eso, exacto.

ES: Así es el trabajo terapéutico.

P: Que es divino, yo no me vería feliz sin ver pacientes, o sea yo amo la evaluación, la amo con pasión, locura y amor, pero yo necesito, o sea acompañar un paciente, entonces la evaluación ¡tiene un fin!, inicio y fin que rápido, pero yo luego de saber este paciente es así, o sea mira como es, qué bello está, poderlo acompañar, entonces siempre hay esa combinación ahí en la evaluación y lo terapéutico.

Creo que... ah bueno quizás el otro aspecto de la CT como qué hacer para... creo que yo uso mucho no sé si es... si debería ser así o no... Es contar las cosas de los pacientes a los estudiantes, entonces es como una forma de trabajar un poco ¿de lo que uno siente contratransferencialmente? creo que sí, y digo los estudiantes por qué en lo particular, porque tienen una escucha distinta a los colegas o al supervisor. Yo me expongo mucho, traigo mis casos, cuento las cosas y es como esa apertura de oírlo, de decir obviamente y a mostrar seductoramente lo que uno hace, pero también como de recibir ciertas cosas, entonces creo que esa es una forma, si yo tuviera que jerarquizar, ahora, ¿el hablar con los estudiantes de mi casos me ayuda a analizar? obviamente no es el recurso, por eso decía, no sé si lo hago... si está bien o no pero creo que está, creo que el hablar del paciente con alguien que no tiene una contaminación, pudiera a veces... porque lo hacen desde un lugar muy ingenuo, te hacen unas preguntas que uno luego dice berro, esta pregunta tan genuina, tan ingenua me hizo pensar tal y cual cosa, o cuando yo estoy hablando del caso digo unas cosas que no había concientizado, entonces mostrar digamos lo que hace el paciente ¿también es una forma de manejar la CT? yo creo que sí.

EG: Bueno, estamos como ya cortos de tiempo y le quería hacer una última pregunta ¿Considera algún otro aspecto de la CT importante para que lo hablemos en estos espacios con próximos participantes o dentro de este espacio?

P: Como ¿qué cosas preguntar?

ES: Algo que le parezca importante que no hemos hablado.

P: No, creo que lo que es... les preguntaría yo a ustedes o que lo incluirían en la... cómo se sienten ustedes cuando oyen al... sus profes o a los entrevistados hablando de estas cosas, o sea cuál es la CT que ustedes tienen.

EG: ¿De alguna manera darles feedback a ustedes?

P: No no no, más desde el lugar de ustedes tratando... bueno por qué este interés en este tema y cómo ustedes al recibir esta información, que están viendo a los profes desde otro lugar, que bueno los están buscando como terapeutas, porque ni siquiera como profes, cómo se terminan sintiendo, cómo por ejemplo puede pasar de yo jamás imaginé tal cosa, o sea porque ustedes

vienen con ciertas preconcepciones, entonces como meter en el análisis lo que ustedes sintieron al hacer las entrevistas.

EG: ¿Dentro de nuestra investigación? ¿No dentro de la entrevista?

P: Me parece que dentro de la investigación.

EG: Ok.

P: En la entrevista sí creo que tienen... sí creo que mi invitación sería que después de esto ustedes se sentaran en lo inmediato a decir yo sentí esto, esto y esto.

EG: Es parte del trabajo, diario de campo.

P: Creo que estaría bueno, por eso te decía, no tanto que le digan a uno el feedback sino que ustedes hagan ese análisis porque si estamos hablando de la CT, uno tiene que meterse en el trabajo.

EG: Muchas gracias por darnos el espacio,

ES: Gracias.

P: No, a la orden.

Atenea, 42 años.

05/03/2018

P: Participante **EG**: Gabriel Entrevistando **ES**: Stephanie Entrevistando

EG: ¿Qué significa la contratransferencia (CT) para usted?

P: Bueno, para mi hay dos maneras de verlo... ¿no? Por eso... por mi formación, que para mí fundamentalmente está el tema de Jung y de Moreno, por el tema de la psicología analítica y el psicodrama, y básicamente, yo lo definiría como las cosas que me van pasando a mí a partir del encuentro con el paciente, lo que me va pasando a mi como terapeuta a partir del encuentro con el paciente... Quizás con menos carga de angustia (risas) porque desde mi formación, eso es lo que se espera. Es decir, para Moreno, el ser humano es relacional en principio, de tal manera que no existe un rol sin que exista el contrarol, así que existe mi rol de terapeuta siempre que exista el rol de la persona que va a venir a terapia, y... Jung decía que el encuentro con otra persona era como un, como una... fórmula química, si no salían transformados los dos, no estaba pasando nada. Entonces, bueno, desde mi formación, es importante que pase pues.

EG: ¿Qué implicaría esa transformación de la que habla Jung?

P: Bueno, para mí en esta formación que he tenido, significa, bueno, por un lado que nadie que llega a mi consulta, llega por casualidad (risas) ni para la persona, ni para mí... me permite aprender, me permite crecer, y que el encuentro entre los dos, es decir, el encuentro entre esta persona que viene y yo, primero, eso tiene mucho que ver con el posgrado, yo no estoy en un lugar del saber, ¿sí? quiero decir, obviamente yo tengo una formación técnica importante, y tengo una formación, sobre todo creo yo, teórica importantísima, que me ayuda a mirar las cosas desde un lugar. Eso no significa que yo sepa lo que es mejor en todos los casos, y siempre para la persona, sino que yo voy a acompañar a esta persona en el proceso de descubrimiento, de sí mismo, de sus potencialidades, de bueno, de lo que lo ha afectado en su vida, etc. Y eso, necesariamente atraviesa un proceso en el que yo también tengo que reconocer mis cosas pues, ¿no? para poder entender que es del otro y que es mío, que compartimos en común... y siempre me hace cuestionarme cosas, siempre. Cada persona que llega nueva, me hace preguntarme cosas, cuestionarme cosas, es un proceso nuevo, es un proceso diferente, y único.

ES: Entonces, ¿usted diría que parte esencial de su trabajo terapéutico es este proceso de cambio que hay entre el paciente y usted?

P: Sí, es una parte esencial para mí y para el otro, y que implica la continua revisión de uno mismo como instrumento. Como yo me voy transformando a medida que van pasando cosas, implica que necesito ir revisando cosas también porque yo soy mi propio instrumento de trabajo. Entonces, para mí, es éticamente importante que yo también tenga espacios de revisión de mi misma pues.

EG: Algunos psicoterapeutas consideran importante el espacio de supervisión cuando ven pacientes, ¿usted tiene esos espacios?

P: Sí, obviamente a medida que han pasado los años de experiencia, no tiene la misma regularidad, la misma frecuencia. Ni superviso todos los casos. Al principio si, o sea, yo tenía supervisión tal cual como tenía análisis, una vez... bueno, tenía análisis dos veces (risas) iba a supervisión una vez a la semana, y supervisaba todos los pacientes. Ahora voy a supervisión siempre que, bueno, quizás en ese mismo proceso de transformación hay unas cosas que llevo en mi proceso personal, pero luego hay unas que llevo a supervisión, me está pasando algo con esta persona, en esto de chequear al CT, a veces un indicador de cosas de otro, pero para no caer en la trampa de que siempre es el otro y nunca soy yo, entonces un supervisor es una buena fuente como... bueno, como de chequeo, ¿no?

EG: Hay algún tipo de pacientes, ya que ahora me dice que no supervisa todos los casos, ¿hay algún tipo de paciente especifico que necesite usualmente llevar a supervisión?

P: Mmm... A ver, los pacientes con trastornos de personalidad suelen mover cosas como importantes, que pueden requerir procesos de supervisión. Para mí, depende mucho, precisamente de esa CT, un poco de lo que a mí me vaya pasando, o de sentir que el proceso, por ejemplo, la transferencia se rigidizó, desde el punto de vista psicodramático, eso es terrible, es lo peor que puede pasar, ¿no? Bueno, para Jung tampoco es que era tan bueno. Entonces cuando la cosa se estanca, cuando el proceso yo siento que no, que parece que estamos como sin mucho movimiento, cuando el paciente empieza como a traer cosas particulares, pues yo lo llevo a supervisión. Cuando no tengo claro a lo mejor, el modo de funcionamiento, por ejemplo, que me tiene ahí como confundida. O yo me doy cuenta en esta CT también que logra como romper ciertas cosas es como ok, no (risas) necesito llevar esto a supervisión

ES: ¿Y alguna vez le ha pasado que haya perdido los límites del encuadre con un paciente?

P: Sí, claro. Por ejemplo, en la consulta privada, en teoría es más sencillo mantener un encuadre, pero por ejemplo, en esta situación país, mantener el encuadre tradicional rígidamente en muy difícil. O sea, partimos por ejemplo del asunto que hemos podido estar aquí en sesión y, habían, no se disturbios, marchas, protestas, bombas lacrimógenas, y ¿qué voy a hacer yo al paciente?, ¿bueno está bien, chao, hasta luego y le cierro la puerta y que se vaya? a lo mejor si vino sin carro, por ejemplo, le doy la cola, en Parque Social es mucho más fácil que se rompa el encuadre tradicional por la naturaleza de los casos que se ven allí. Yo creo que lo importante, más que mantener rígidamente el encuadre es siempre preguntarse por qué y para qué, por qué se rompió el encuadre y para qué se rompió el encuadre. Esas cosas también son importantes llevarlas a supervisión, ¿no?, ¿bueno esto que significa, por qué está pasando esto, por qué me cuesta mantener el encuadre, por ejemplo, o por qué con esta persona en particular me ha costado tanto?

EG: ¿Nos puede hablar de un momento específico en el que crea que se hayan roto los límites?

P: Sí, de muchos (risas) de muchos. Por ejemplo, tengo un caso en Parque Social de una muchacha víctima de abuso, de todas las formas de violencia que existen, de todas, violencia intrafamiliar, violencia de género, violencia sexual, violencia institucional, o sea, todas. Y recuerdo, puedo hablar desde una sesión muy en particular en la que estábamos trabajando violencia patrimonial, el padrastro, su padrastro, quien era el que sostenía la casa, pues amenazaba a la mamá con que iba a quitar como el dinero, era el único dinero que ella además recibía, y era víctima de abuso por parte de su padrastro. Entonces estábamos hablando de otras posibilidades, entonces, menor de edad, necesita un permiso para poder trabajar y su mamá tenía que firmarle un permiso, por ejemplo, y su mamá no iba a venir a firmarle el permiso, que si no tenía plata para pagar el pasaje, porque claro, todo esto dependía como del padrastro. Y bueno, y lo primero que a mí me pasó es que, bueno, caminé con ella, o sea fui, fui con ella hasta la oficina de la LOPNA que tenemos ahí para preguntar cuáles eran los procesos, entonces bajamos para Clínica Jurídica para ver si había una manera, pero o sea iba yo con ella como si fuera más bien como hija mía. Mi primer impulso, de verdad, fue, bueno, ¿sabes qué? vamos a buscar como la emancipación, vamos a como a firmar... ese fue mi primer impulso, afortunadamente no se lo dije, pero lo pensé y lo sentí, y para mí ya hice, ya se fue pues. No lo actué pero estaba allí. Y con ella esas cosas empezaron como a suceder. Ella, por ejemplo, contrario a todas las probabilidades es súper buena estudiante, quería estudiar en la universidad, entonces bueno, yo fui, averigüé si habían becas, o sea, hice un montón de trabajo que no son estrictamente del campo de lo psicológico, en un sentido más tradicional de lo que implica la intervención... entonces, bueno, era como hacer una especie de rol de la madre buena para esta muchacha, pues. Y creo que sí, que abiertamente se fue. Me pasó con un paciente, que le iba a avisar que no íbamos a poder tener sesión, y cuando me di cuenta teníamos dos horas hablando por, estas conversaciones que no son continuas, pues, sino que son interrumpidas, entonces fue como... epa, ya va (risas) me quedé dos horas hablando, esto no, o sea, no es la manera como de llevarlo, pues, ¿no? como bueno, luego reencausar eso, ah bueno esto lo hablaremos la próxima vez que podamos vernos, o ¿es que quieres tener una sesión?, también como a mí en medio de la angustia del contexto en el que nos estamos moviendo también se me fue como, bueno, como esta cosa de empezar casi que a compartir experiencias... porque además había mucha frustración porque era como reiterativo, así como no podíamos tener clases nunca (risas de todos) su sesión era los días que siempre había marcha, pues, entonces tenía muchas semanas que no venía.

EG: ¿Y cuál era la situación de esa persona, de ese paciente?

P: Bueno, es una persona que además estaba fomentado claramente su peor temor, porque es una persona que estaba teniendo crisis de ansiedad aguda, tenía ataques de pánico, y estos ataques de pánico, como se expresaban, obviamente respondían a otras cosas, era con el temor a que no podía llegar a recibir asistencia y efectivamente, no estaba pudiendo llegar a recibir asistencia, ni médica ni psicológica.

EG: Y usted estaba angustiada

P: Y yo me angustié (risas de todos) Yo me angustié con su angustia.

ES: Y, más allá, porque podemos ver que el contexto situación país, es algo que es una temática en su campo de trabajo, por lo que ha sido su línea de atención, pero más allá de eso, hemos encontrado que algunos terapeutas tienden a identificarse con algunos sentimientos o pacientes que los pacientes traen más allá de otras cosas, ¿le ha pasado?

P: Sí, siempre. Es decir, desde las perspectivas teóricas con las que yo me muevo, eso no es una cosa especialmente angustiante, de hecho es natural que suceda así. O sea, decíamos que al final todos curamos por la herida, somos curadores heridos pues, es uno de los arquetipos que mueve al psicoterapeuta, y sí me ha pasado, en supervisión muchas veces, es como... la pregunta es ¿cómo te sientes tú con esta persona?, ¿qué te pasa a ti con esta persona?, ¿te identificas mucho?. Yo estaba atravesando un proceso de divorcio, por ejemplo, y me pasó que llegué a supervisión, no a análisis, y me senté y le dije a mi supervisor, por primera vez en todos mis años de experiencia siento que no voy a poder trabajar... entonces mi supervisor me preguntó qué pasó, entonces, bueno, yo le conté bueno mira me pasó esto, está pasando esto, no sé qué, le comento un poco como la situación, por supuesto bañada en llanto, muy angustiada, y entonces recuerdo que él me dijo no te preocupes que si vas a poder trabajar, este oficio tiene muchas desventajas (risas) pero entre las ventajas que tiene es que uno puede trabajar porque se puede centrar en el otro, lo que te va a pasar es que hay personas con las que no vas a poder trabajar, y personas con las que sí. Entonces tiene que ver con cómo a veces cuando me identifico puedo crecer y puede crecer el otro, y en otras ocasiones me puedo identificar y puede ser, puede entorpecer. Ahorita, por ejemplo, yo desde que soy mamá no trabajo con niños chiquiticos, me cuesta mucho... se me dificulta mucho como separar el rol en el consultorio como de ver las cosas que pasan, ¿no?, pero me es muy fácil identificarme con las mamás, entender las angustias, darme cuenta lo que hacen, en pequeños instantes pensar como uy, yo hago eso, si entiendo muy bien cómo se siente (risas) de hecho, me refieren, no ahora, pero ahora más que nunca, me refieren mucho padres, no adultos, padres, o sea, es como para que trabaje con padre, con madres o con padres.

EG: ¿Ha tenido que referir algún paciente alguna vez por estas características, como la CT, y la dificultad y sensaciones que tiene hacía los casos?

P: Sí... en acuerdo con el paciente, o sea, una cosa, no como que llegué un día y le dije, mira me están pasando como unas cosas y creo que para ti lo mejor sería derivarte; sino como llevar al proceso terapéutico mira me estoy sintiendo así, quisiera hablar contigo, normalmente lo trae el paciente de una vez, o sea, cuando unas cosas pasan, estos temas que si transferencia erótica y estas cosas, normalmente el paciente lo trae, la persona lo trae, con mucha angustia, pero lo trae. O, me ha pasado, con pacientes que se ponen bravos conmigo, y está bien, el asunto es para mí, trabajarlo dentro de la sesión, y acordar los procesos con los pacientes, o sea como dentro del proceso terapéutico, una parte puede ser reconocer que yo no soy la mejor persona por muchas razones para trabajar conmigo, y en acuerdo haber dicho, no es lo que más me pasa, pero si me ha pasado dos veces.

EG: ¿Cómo han sido esas situaciones? ¿Qué las ha detonado?

P: Una fue precisamente un tema de transferencia erótica, el problema no era que él lo tuviera, el problema era como yo me sentía (risas) tenía obviamente que ver con él, con esta persona en particular, y bueno, ese fue un caso que llevé a supervisión y, por supuesto, lo trabajé en análisis, y eso fue una cosa de sentarnos a hablar. Por ejemplo, a ver, los jungnianos siempre dicen que eso no es negativo, al revés, eso se espera que suceda, porque no hablamos de lo erótico como la expresión sólo de la sexualidad, sino como la posibilidad de vinculación, entonces uno va todo angustiado, ¿no?, a análisis, porque soñé que me estaba acostando con mi analista, hombre, mujer, lo que sea, ni siquiera está mediado por las preferencias, y el analista te dice qué bueno, o sea que ahora va a empezar el trabajo como profundo y consistente (risas) y uno como coye ya va, ¿cómo es eso? (risas de todos)

EG: Aquí es que hay tela que cortar

P: ¡Claro! Me pasó una vez que llegué a análisis angustiada porque había soñado con un estudiante y fue así como (expresión de susto) no, tengo que dejar de dar clases, no, esto malísimo, voy a hacer un acting, esto es horrible (risa de todos) y mi analista y que, no, muy bien, hay alma en el salón de clase, eso te habla de un no sé qué (risas) entonces bueno estas perspectivas a uno le bajan como la angustia, ¿no? y una cosa que se dice es que tú, o sea, desde esta perspectiva, porque teóricamente tiene un fundamento, ¿no?, no puedes rechazar a alguien que viene a entregarte la posibilidad de vincularse contigo, el asunto es, número uno, que uno tenga claro que eso tiene que ver con lo que está pasando en el proceso terapéutico, y con las transferencias puestas sobre uno, obviamente que uno no actúa esa transferencia, o sea, que eso no tiene como cuestionamiento, pero que decirle a esa persona como bueno mira

si esto está así, yo te tengo que referir y chao, es como precisamente negarle la posibilidad de entregarte el afecto, que además es lo que en la vida cotidiana nos pasa con muchísima frecuencia. Entonces es como no hagamos eso, hablemos de eso, vamos a hablar de esto, vamos a hablar de lo que significa, vamos a dejar que también pase, que veamos si efectivamente esto se puede, si no se puede, si cómo te sientes tú, cómo me siento yo, y en función de eso, también, o sea, por ejemplo a esta persona la referí igual a una psicoterapeuta, mujer, joven, no sé qué, o sea tampoco es que lo mando con un hombre pa' que no tenga chance, o a lo mejor también, pero se supone que bajan las probabilidades en ese caso particular (risa de todos) o sea, como con mucha responsabilidad, por supuesto acompañada de gente que pudiera ir, como verlo, ese fue un caso que terminó en referencia pero que no significó esta cosa como del rechazo y del elemento como traumático ahí como... y en otro caso el tema es que yo pensaba que esta persona necesitaba verse con un hombre, o sea tenía muchísimas facilidades en vincularse con las mujeres, en vincularse con lo femenino, en trabajar, claro, le era muy cómodo trabajar conmigo, pero bueno, su principal asunto precisamente estaba en ser capaz de enfrentar lo que significaba para esta persona abiertamente establecer un vínculo con una figura masculina, y poder entender efectivamente como se sentía, qué era lo que le pasaba, cómo... es difícil, porque en la construcción de la masculinidad, para algunos hombres, mostrarse vulnerables frente a otro hombre puede ser un tema muy complejo, entonces bueno me parecía que era importante, fue una cosa que empezamos a hablar, teníamos bastante tiempo trabajando juntos, y ya llegó un momento que era como mira ya tú vienes para acá como si, o sea, esto y una sesión igual que estar tomándonos un café en más abajo, que se yo, que si en Franca, no tiene mucha diferencia, y ese no es el sentido de la psicoterapia. O sea, si ya se hace una cosa, y eso que mi formación habla de relaciones simétricas, pero bueno yo tengo un rol, y eso implica que esta conversación tiene unos objetivos, y ya aquí están como diluidos. Y entonces bueno, fue súper natural y de verdad que no representó una cosa tampoco como demasiado difícil... ¡Ah! y ahora que lo pienso, hay otra persona que referí, esta persona tenía un tema como con el deseo sexual, que estaba como completamente anulado, pero que además había perdido el placer en todo en la vida, en comer, en un montón de cosas, y bueno, había un tema muy pragmático como esta persona necesitaba venir muchas veces a la semana, no podía venir hasta aquí, vivía en El Junquito, por allá arriba, se le dificultaba mucho, y como por un tema muy práctico de la frecuencia que necesitaba para verse, para poder dilucidar algunas cosas, también hablamos como de que podía venir mejor estar en otro espacio que lo abordara más desde un lugar distinto, porque aparentemente había un tema por ahí biológico que estaba como interfiriendo, bueno tenía sentido que lo trabajara alguien como de una tendencia distinta.

ES: Hablando un poco como de este tema del cuestionarse y estar constantemente revisando el trabajo terapéutico, ¿alguna vez le ha ocurrido que ha hecho una intervención que usted considera no ha sido la más indicada en ese momento?

P: Mjum... Sí, eso pasa muchas veces, sobre todo cuando uno empieza, no que es imposible cuando uno tiene más tiempo, pero cuando uno tiene más tiempo tiene más paciencia también, entonces espera con más facilidad que las personas traigan lo que quieren traer en el momento que están listos para traerlo, como poder medir el timing de algunas intervenciones... Recuerdo dos casos, uno terrible, que de hecho no volvió, una muchacha, bueno que yo creo con un trastorno de personalidad, era impresionante, ella llegó la primera sesión y venía total y absolutamente deprimida, o sea, sin bañarse, sin maquillarse, cojeaba porque le molestaba muchísimo una pierna, toda la sesión fue una sesión como muy cargada de elementos depresivos, muy en conexión con una historia terrible de su familia que venían de Serbia, bueno ella no, pero toda su familia venía como de estas historias terribles, bueno, de todo este problema de Serbia y Herzegovina, y todas estas cosas de la discriminación y la guerra... y cuando llegó la segunda sesión era una persona completamente diferente, ¿no?, como arreglada, súper maquillada, no sé qué, y yo estaba como intentando entender que era lo que sucedía, muy como anotando y ella me dijo ¿no me vas a decir nada?, y bueno yo hice la interpretación clásica que se hace al respecto, ¿para ti es importante que te diga algo?, y para ella fue como, una intervención muy inadecuada, de hecho no regresó, yo no voy a venir para acá para que tú me escuches y no me digas nada, luego dije bueno habían otras maneras de responder a esa pregunta que no fuesen como desde el libro que dice que tiene que decir ciertas cosas, eso fue como para mi durísimo, como mi primer gran encuentro con que además a mí se me da muy mal seguir como demasiado recta y rígidamente estas, porque no es natural para mí, pues, yo soy una persona como muy expresiva, con mis gestos con muchas cosas, y esto salía como muy forzado, tan forzado que era como muy tenso y salió, bueno, como muy agresivo para esta persona que además venía de este otro primer encuentro tan diferente, ¿no?

EG: ¿Y por qué en ese momento fue importante intervenir de esa manera tan de libro como usted lo describe?

P: Yo creo que estaba asustada, yo o sea, creo que encontrarme con esta cosa tan florida me, entré en pánico y lo primero de lo que uno se agarra es a la estructura pues, o a lo que yo me agarro es a la estructura, o me agarraba (risa de todos) y creo que por ahí vino, ¿no? como yo estaría profundamente asustada, como no tenía claro qué iba a hacer, qué iba a decir, Dios mío esta mujer es como, ¿qué es esto?, no es lo que yo estaba esperando y cuando ella me dijo eso, yo me encontré sin saber qué decir y dije una cosa que salió más como súper ruda, creo, en ese momento. Y una vez salió bien, pero creo que

pudo haber salido muy mal, estaba trabajando con una paciente que estaba trabajando unos temas de sobrepeso importantes, bulímica, con obesidad mórbida, y ya la vi, como la vengo escuchando lo que ella me viene contando, y yo vengo pensando que es importante para ella como reconocer que es posible atravesar estas cosas y avanzar, y decido contarle que, bueno, que no he tenido nunca problemas de bulimia pero había tenido unos temas importantes con el peso y tal por unos problemas de insulina, y que bueno, con mucha paciencia y tal, como lo había conseguido pero eso había significado un cambio importante en mi modo de vida, y en un montón de cosas. Y ella en ese momento sintió que yo no estaba siendo honesta con ella, o sea, ella lo sintió como me da rabia escucharte, o sea de verdad no creo, claro es muy fácil decirlo ahora, o sea para ella fue muy movilizador... Afortunadamente lo pudimos trabajar, porque bueno también hay que trabajar las transferencias negativas que son durísimas, yo pienso que fue un tema de timing, o sea creo que no era el momento ¿no?, que ella requería otras cosas antes de poder recibir esto. Luego hicimos un vínculo súper chévere y lo pudimos trabajar, pero pudo haber salido muy muy mal, de esas cosas que una vez que salen (expresión de preocupación) pero todavía me pasa, a veces digo cosas y digo (sonido de disgusto) bueno, ya lo dije. Además, claro, una cosa que va pasando es que sí, uno va desarrollando paciencia, pero también vas desarrollando la capacidad de oler ciertas cosas que no son evidentemente claras. Por ejemplo, recientemente tuve una paciente, tengo, que tiene relativamente poco tiempo, hija única, no sé qué, y estamos hablando en sesión de muchas cosas, ella me está contando un tema que decide afrontar con su familia y dada la reacción de la familia, yo le pregunto, pero una cosa de, bueno, de oficio pues, ¿no?, y le digo ¿tú estás segura que tú fuiste el único embarazo de tu mamá? Claro, esa pregunta fue como ¡¿qué?!, bueno que yo sepa sí, claro, esas son de las cosas que uno dice y después digo, bueno no era la forma, o no es el momento todavía... Seguimos trabajando y la siguiente sesión viene y me dice, no, no fui el único embarazo de mi mamá, fui el único embarazo a término y que el hijo nació, mi mamá tuvo luego cuatro perdidas después de mí. Claro, eso abrió un camino interesantísimo para el proceso, obviamente pasas de trabajar soy hija única a soy la única sobreviviente, a tengo un peso sobre mis espaldas que llevar, pero por ejemplo, eso salió así porque ya hay cosas que para uno se van haciendo como esto debe responder como por acá, pero bueno a veces (risas) hay que aguantar algunas cosas pues, no salió mal para nada, pero igual es de esas cosas que salen y después como... pude haber aguantado un poquito más

ES: Y más allá de eso, ¿de qué otras herramientas usted se apoya para manejar la CT? Ya hemos hablado un poco de la supervisión, del análisis, ¿se le puede ocurrir otro?

P: Mira, sí. Yo les puedo lo que creo que lo dije alguna vez en clase, siempre lo digo porque me parece que mi analista en eso me dio como un panorama muy

amplio. Él dice que uno es como un mono, o sea, los terapeutas somos como unos monos, porque estamos ahí agarrándonos, ¿no?, con cuanta herramienta conseguimos, de cuanta rama encontramos, para poder ir llevando un proceso que sí, implica un montón de información, pero que tú estás sentado ahí, estás tú solito con el otro o con los otros, nada, artesanalmente. Artesanalmente con conocimiento, eso de artesanal suena como medio... no sé, medio come flor, medio etéreo, no es una cosa que uno se va a inventando, es una artesanal pero que uno conoce como el oficio, entonces dice eso, somos como estos monos, y que por eso nosotros necesitamos cinco ramas firmes de las que sostenernos, cuando las cosas se ponen complejas, que pasa siempre con la CT, o sea, es igual de impactante las CT más positivas, las más negativas, las más amorosas, las del rol de, o sea, todas tienen un impacto para uno. Entonces él dice, esas cinco ramas son el análisis o el proceso personal; el habla como de la situación de pareja, como tener una pareja o una familia que te permita tener un espacio de resguardo y de conexión lo más sano y nutritivo para uno; un hobby, un espacio de expresión distinto al espacio y a los roles que solemos ocupar los terapeutas, pero un hobby en serio, que no sea un trabajo; un grupo de colegas pero con los que puedas hablar del quehacer terapéutico, o sea un grupo de gente con el que tú te preguntes ¿cómo estás haciendo tú tal cosa? que no es lo mismo que una supervisión, sino un grupo de amigos con los que hablas de qué implica este oficio, de cómo te sientes haciendo el oficio, de qué hay que preguntar, o sea, por ejemplo ahorita con el tema país ¿cómo estás haciendo pa' cobrar? ¿Cómo estableces los honorarios? ¿Cómo haces con no sé qué? ¿cómo hablas con los pacientes todos los meses de los honorarios todos horribles? (risas) ay no, no soy yo solo, eso es como importante; y él dice un grupo de amigos de esos con los que tú arreglas el mundo, pues, un grupo de esos amigos puede que sean colegas o no, pero no con los que te vas a sentar a hablar del quehacer, sino con los que te puedes sentar a hablar de mil cosas, de recordarte los cuentos de antes, de oír música, de cantar, de no sé, echarte palos, lo que sea. Yo creo que eso ayuda y ayuda mucho, y en contextos como el actual nuestro, en estos días se me acercó alguien que trabaja conmigo en Parque y me dijo ¿cómo estás haciendo? porque los casos son duros, porque el proceso está muy difícil, incluso en la privada está llegando gente muy desorganizada, no hay medicación, pero además el contexto nos tiene desprotegidos, o sea, hay un montón de cosas muy difíciles, y me dice bueno, ¿cómo haces tú? bueno, yo procuro salir de Caracas pues, porque para mí es sano, entonces me voy con mis afectos cercanos y queridos, me salgo cada cierto tiempo de la ciudad, como una forma de desconectarme, para manejar todo eso que a mí se me mueve con los pacientes

EG: ¿Son importantes estas experiencias personales y otras experiencias personales dentro del proceso terapéutico? ¿Ayudan a trabajar con otra persona?

P: No son importantes, son fundamentales. Son, para mí, fundamentales. Cuando yo decidí hacer clínica, que estaba aterrorizada, me acuerdo que me dijeron mira para hacer clínica hay que tener dos características, ser honesto y ser responsable. Si tú eres honesto y eres responsable, tú puedes hacer clínica. La responsabilidad implica estas cosas de las que hemos estado hablando por ejemplo, y decía, hay que tener una condición de vida, tienes que haber vivido, tienes que haber atravesado cosas, en esto de los hobbies, siempre me ha encantado la danza, el teatro, pues el flamenco ha sido como una cosa fundamental, y mi maestra de flamenco decía que hay unos ritmos que uno puede bailar hasta que por lo menos no se ha divorciado dos veces (risas) nadie puede bailar Soleá por bulerías si no se ha divorciado por lo menos dos veces, un poco así es el proceso terapéutico; no quiere decir que si uno es joven no lo puede hacer, además hay gente joven que ha atravesado mil situaciones, ¿no?, es la cosa de esto, de vivir, de cuestionarse, de equivocarse, o sea, lo que siempre nos va a pasar es que nos vamos a equivocar, siempre, es tener consciencia de eso, es no querer evitar cualquiera de estas cosas, es más bien tener espacios donde yo los pueda revisar, donde yo los pueda reflexionar, donde yo pueda aprender y avanzar pues. Yo creo que sí, es fundamental, es fundamental, es muy difícil conectarte, o sea no voy a ir a inyectarme heroína porque estoy trabajando con un paciente, o sea no, pero entender lo que significa sentir por ejemplo, que si algo no pasa no puedes vivir, sentir lo difícil que es reconocerte de una manera, yo sé cómo se siente eso, no porque me haya pinchado, sino por otras cosas en mi vida, pero yo puedo conectar con él desde y además le puedo quitar la patologización a un montón de cosas, ¿sí? o sea, yo entiendo mis preferencias pero yo pasé por un proceso de decir coño será que a mí me gustan las niñas, porque yo no soy una niña tradicional, yo no soy una mujer tradicional, déjame ver, a ver si es que es esto. Entonces, cuando alguien viene a decirme mira yo no estoy seguro de cuáles son mis preferencias, yo muy fácilmente, en un lado muy narcisista como bueno, yo los pasé y no estoy tan... (Risas de todos) ¿Verdad?, nunca me han internado, pero también, digamos, con mucha facilidad me puedo conectar, con cómo se siente decir bueno ¿será que si yo no encajo en este lugar, voy por este lado? hasta por creencias religiosas, hasta por calzar en la historia familiar, a lo mejor alguien no viene a trabajar sus preferencias pero viene a decir bueno mira en mi familia, que son musulmanes, la vida es así y yo no estoy segura si yo creo en esto. Aquí vino un muchacho judío y me dijo, yo te voy a ser honesto, yo a veces me pregunto ¿será que estamos equivocados y de verdad Jesucristo era...? (risas de todos) y eso para él era un tema rudísimo, porque lo saca de toda su comunidad, entonces bueno, yo sí, yo creo que esto es como fundamental

EG: Quiero hacer una aclaración ahí, la parte de despatologizar, ¿es sobre quizás las percepciones que uno tiene frente al contenido del paciente? o ¿Ayudar al paciente a despatologizar un poco su situación?

P: Las dos cosas. Hay un riesgo muy grande, o sea yo sí creo que los diagnósticos ayudan, te ayudan a encaminar como vas a trabajar con esta persona, pero corres el riesgo de etiquetar y patologizar a un punto donde la persona no tiene posibilidades, ¿sí?, ninguna. Desde por ejemplo, tengo un trastorno de personalidad limítrofe sentado frente a mí, tengo a un border frente a mí, entonces bueno, listo, todo responde a los actings del border, entonces no hay chance para... y por ejemplo, yo tengo una paciente, tiene este típico cuestionamiento acerca de su sexualidad, acerca de un montón de cosas, entonces bueno, no mejor, no la empujo a que tenga ninguna experiencia porque como es border se va a desbordar, bueno, no necesariamente, depende de la persona. Entonces, sí, por un lado es, yo despatologizar mi propias percepciones acerca de, está deprimido, bueno listo mándalo a medicar y chao, bueno, no. Y por otro lado, darme cuenta, aquí llegó un paciente, hizo un episodio psicótico a partir de una depresión, yo todavía no estoy segura si es un esquizoafectivo, de hecho, porque tiene un núcleo por ahí de funcionamiento como bien primitivo, ha estado siempre medicado, no ha tenido nunca ningún proceso terapéutico, sólo ha estado medicado, y después de un montón de años sólo en medicación, una persona le dijo a la esposa que está a punto de hacer crisis, de encargarse de él, chamo, ¿por qué no pruebas que vaya con alguien?. Y cuando yo lo oigo, tiene tanto sentido lo que dice, como está el sufrimiento, y entonces él dice es que desde que yo me enfermé... oye, ¿cómo es esto que te enfermaste?, a ver, cuéntanos eso, bueno, claro cuando uno se enferma le dan pastillas, ¿no? o sea, que si me dan pastillas estoy enfermo, tengo que tomar las pastillas pero me sigo sintiendo igual de mal. Entonces, ¿cómo es eso de que tú te enfermaste? bueno, como yo tengo esta enfermedad, yo soy un enfermo. A ver, ¿qué es esto de ser un enfermo? entonces claro, soy un enfermo, no trabajo, no salgo de la casa, no hago esto, no hago lo otro porque soy un enfermo, entonces también despatologizar a la persona, estás atravesando esto, esto es un proceso, vamos a ver qué pasa aquí, con todo el cuidado de no, porque si tienes un paciente haciendo síntomas psicóticos, tiene que tomarse el antipsicótico, o sea no lo vamos a curar a punta de hablar solamente, tienen que quitar los síntomas psicóticos y si alguien deprimido viene tres veces a la semana y lo que hace es llorar todos los días, tampoco lo vamos a dejar en sufrimiento, pero si poder, bueno al menos para mí, implica siempre enfocarse en las posibilidades, en las posibilidades finalmente.

ES: Y en esto de juzgar qué podemos intervenir, qué podemos manejar dentro de la terapia, ¿la CT puede ser para usted una fuente de información para realizar intervenciones?

P: (risas) Si, si, pensaba que incluso para diagnóstico. Por ejemplo, ya hay una cosa que yo empiezo a sentir que digo esta persona tiene unos rasgos histriónicos importantísimos porque si no, yo no me sentiría así. En estos días una colega se sienta, que estaba dando clases y dice, no sé qué cosa, no, que

estamos repartiendo unos grupos y dice, bueno ¿y fulanito? ¡Ah!, ese tiene unos rasgos psicopáticos importantes, y dice, no me lo pongan a mi porque me enamoro (risas de todos) entonces sí, incluso para diagnostico hay unas cosas que yo, por ejemplo, los paranoides me dan mucho miedo, entonces yo puedo reconocer como algunos rasgos, o sea los paranoides esquizofrénicos, pues, no gente que tenga rasgos, ahorita somos todos medio paranoides con el tema de la inseguridad, pero hay algunas cosas que incluso para hacer diagnostico me ayudan. Por eso creo que el trabajo personal también es tan importante, es reconocer que ese miedo, puede tener que ver con el paciente pero también es mío pues. Y luego, muchas veces, esta cosa como de reflejar sentimientos, que son técnicas como establecidas, ¿de dónde vienen? muchos vienen de la CT. A veces yo le digo al paciente, es que tú me lo estás contando, yo no soy tú y me da una rabia, entonces es como que el paciente, ¡claro! porque no sé qué, no sé qué (risas de todos) y es verdad, es una cosa que yo voy sintiendo como, a veces les digo, tú me lo cuentas y lo que me provoca es como, me da la sensación de que necesitas protección, es porque a mí me provoca protegerlos, entonces chequeo, ¿cómo te sientes tú? esto tiene que ver, incluso chequeando, como si esto tiene que ver con la persona, o es solamente una cosa mía, ¿no?

EG: Usted nos hablaba al principio de los casos que llevaba a supervisión que estaban a veces relacionados con trastornos de personalidad, ¿algún trastorno de personalidad más resaltante que se le dificulte, o sea difícil de llevar?

P: Bueno, el tema de los border es un tema complicado porque son como invasivos, como voraces, y yo soy muy maternal, entonces para mi es fácil como engancharme ahí en la cosa de responder como a las demandas, ¿no? Ese es un caso, bueno ya le dije que estos temas más histéricos a mí me movilizan algunas cosas, entonces entro ahí como en unos procesos de alerta importantes, que entonces necesito llevar a supervisión pero un poco como mira me pasa esto, déjame ver aquí como lo... pero ya realmente, o sea, no estamos hablando de alguien con unos rasgos histéricos por ahí, no, ya más como desde realmente un trastorno de personalidad, ¿no?, y los trastornos de personalidad dependientes me desesperan, ¿no? creo que me angustio un poco también, siento que la posibilidad mía de acompañarlos en el proceso es difícil, entonces suelo como también apoyarme como para ver, porque puedo entrar como en unas defensas como muy intelectualizadoras, entonces empiezo yo a intelectualizar, a que el otro empiece a intelectualizar también, entonces los trastornos de personalidad dependientes también son un tema difícil para mí, yo creo que esos, el border y el dependiente, que voy reconociendo

EG: ¿Hay momentos en los que haya podido identificar actuaciones frente a un paciente de esta CT?

P: Bueno como les digo, como este momento en que le dije a la muchacha ¿es importante para ti que yo te diga algo?, eso es un acting que responde a eso. Con la otra muchacha de Parque no, es como mucho más una decisión, como una cosa más pensada. Cuando me pasó con esta persona que me puse a hablar como por mensaje de texto, si como que lo reconozco... Quizás una cosa que pasa es que siempre estoy muy alerta de lo que me va pasando a mí, o sea yo llegué un momento en que mis anotaciones sobre las sesiones con los pacientes estaban muy centradas en la CT, qué es lo que me pasa a mí, qué es lo que me moviliza, qué es lo que me está pasando con esta persona, porque además es cierto que yo tengo estas formaciones, y para mí de alguna forma, se complementan mucho con todo este tema que habla de la terapia centrada en la transferencia y la CT, o sea, como para mí, porque además soy psicodramatista y no puede ser de otra manera, lo que pasa en el consultorio es lo que pasa en la vida, o sea, lo que a mí me pasa y lo que yo siento con esa persona, con una alta probabilidad es lo que sienten las personas de su entorno, entonces para mí es muy importante están siempre alerta de eso, ¿no?, porque para mí lo vincular es fundamental, entonces siempre voy a estar como muy... eso me ayuda a disminuir los acting, porque bueno, estoy siempre... y más bien, procuro como llevarlo luego a sentarme a decir, bueno, qué me pasa, por qué me estoy sintiendo así, esto puede tener que ver con la persona, esto puede tener que ver también conmigo, y estar siempre como muy alerta de eso, porque sí, yo sí creo, lo que pasa en el consultorio es lo que pasa en la vida, o sea, ahí está la psique de la persona puesta, en la vinculación y en lo que pasa ahí, entonces siempre estoy ahí como... como muy pendiente de eso

EG: ¿Hay algo que no hayamos tocado sobre CT, algo que usted considere que sería importante para nuestro estudio?

P: Bueno, quizás estoy que voy a decir suena... puede sonar raro, pero a ver, Moreno decía en general, que la transferencia y la CT es patológica, porque él decía que es llevar un vínculo distinto a un nuevo vinculo, y como para él lo fundamental era la espontaneidad, eso es lo que uno debería promover. Entonces, si bien hay consciencia de las transferencias y las CT puestas y son una herramienta de trabajo, para mí una cosa importante es poder ir limpiando el vínculo de esas proyecciones, o sea, todos nos vinculamos en todas nuestras relaciones desde proyecciones y transferencias y todas estas cosas, ¿no?, pero, un poco como, y eso no contradice la postura de Jung, ¿cómo ir haciendo visible las cosas que van pasando?, o sea, por ejemplo, las personas con historia de trauma complejo yo me voy dando cuenta que son un desastre para asistir a sesión, ¿no?, entonces van, van dos veces, se van, claro, porque no logran sostener relaciones de cuidado, es inconcebible, no sienten que las merezcan, sienten que la van a dañar, lo están empujando a uno para que uno responda como sus cuidadores primarios, que fueron los que traicionaron como estos vínculos, entonces es como todo el tiempo la necesidad de... porque

claro me da rabia, no vas a venir, no viniste, no no sé qué, ¿sí? la CT también surge, y también está ahí, y también está el cuestionamiento, entonces ir limpiando, como esto es una relación distinta, y hacerlo evidente, porque es una relación, aunque implique un intercambio monetario, es una relación y es un vínculo, entonces para mí una cosa importante de hacer con la transferencia y la CT es poder ir limpiando el vínculo de eso, porque también este paciente me genera cosas a mí por algo, ¿no?, entonces también yo poder ir limpiándolo para poder quedarnos con el vínculo que necesitamos, que es en el vínculo del terapeuta y la persona que viene buscando acompañamiento. O sea, eso es lo que nos va a permitir también eventualmente como chequear, bueno, ¿esta persona está desarrollando una dependencia al proceso terapéutico?, ¿no será buena hora ya que vaya como soltando?, yo he tenido mis vacaciones de mi proceso de análisis, afortunadamente, y a veces mi analista me dice bueno yo creo que necesitamos como unas vacaciones , ¿no?, bueno sí, como parar un poco, porque ya también son como muchos años, también hemos hablado como muy claro, bueno tú tienes claro porqué sigues conmigo después de tantos años (risas) sí, y ya tenemos claro porque yo sigo aquí contigo, ¿verdad? sí, ah bueno, ok, estamos claros porqué estamos aquí y porqué continuamos a pesar del tiempo, ¿sí? eso yo creo que también es importante. Sí es una fuente de información, es una herramienta de trabajo pero también es una forma de vincularse y en ese sentido, también hay que trabajar para hacer el mayor esfuerzo para poder... como despojarlo de todas esas proyecciones y poder quedarnos con el vínculo, porque además eso es lo que la persona va a necesitar hacer luego con su vida, ¿no? Eso creo yo.

EG: Despejar la proyección que tiene el paciente en el terapeuta, y también la percepción del terapeuta en el paciente

P: ¡Claro!

EG Y ES: Ok, profe, muchas gracias

P: Bueno, de nada, espero que les ayude

Anakin, 27 años.

22/03/2018

P: Participante **EG**: Gabriel Entrevistando **ES**: Stephanie Entrevistando

EG: ¿Qué significa la contratransferencia (CT) para usted?

P: Bueno para mí no, sería como lo que han pensado los psicoanalistas. Bueno, no sé si esto va a terminar siendo una clase pero voy a decir lo que ha

dicho la gente y lo que pienso yo interno que han dicho los demás. Freud inicialmente, cuando hablaba de CT habló de esos elementos de nosotros mismos que están en el paciente que nosotros no podemos ver, después eso... Winnicott habló más de qué es lo que te genera el paciente y Etchegoyen como que lo precisó más y justamente no es lo que un paciente genera porque eso es la transferencia, la CT es distinto, es qué elementos del paciente pone en ti y generan ciertas reacciones, como estas ideas de identificación proyectiva pero un poco más amplia.

Bueno, para mí es justamente eso último, porque hay que diferenciar entre transferencia y CT, yo puedo ver un paciente que por ejemplo me recuerda mis hermanos, me recuerda no sé, a mi mamá y eso es transferencia, CT es por ejemplo cuando viene una paciente y me cuenta sobre el abuso sexual y a mí me genera suponte... Estoy dando un ejemplo, me genera ese asco, claro que tiene parte de mí pero también justamente es lo generado por el relato que ella me está contando, entonces bueno esa es mi posición con respecto a qué es la CT.

ES: ¿Usted considera que la CT puede afectar el trabajo terapéutico?

P: Si no se visibiliza sí, o sea porque justamente la terapia psicoanalítica lo que no se habla también ocurre, entonces si uno no es lo suficientemente humilde como para saber que uno también es vulnerable a sentir cosas aquí... Bueno ahí sí puede afectar el trabajo y de manera muy peligrosa, pero si uno mismo va a análisis y se supervisa, esa CT más bien puede ser usada como un elemento terapéutico.

Por ejemplo, una vez yo tenía un paciente adolescente que bueno, era como que su manera de lidiar con las cosas era como lo que Winnicott llamaba un falso self, había como que aislado sus emociones porque su mamá nunca lo había cuidado, entonces él siempre tuvo que cuidar de su mamá entonces una vez me estaba contando... Vivía en un contexto popular y tenía como varias muertes y me estaba contando muchas cosas dolorosas, que había perdido amigos y del maltrato físico de su padre y bueno una de las intervenciones que yo hice es que bueno, tú me estás contando todas eso y lo que me genera mucha tristeza y justamente ahí estaba usando la CT para el beneficio del paciente pero bueno, les voy a dar otro ejemplo donde sí fue un pelón mío por novato... Bueno, siento que todavía soy un novato pues pero eso es otro tema.

Una vez me llegó en el posgrado un paciente que era sicario y tenía varios asesinatos encima y bueno a mí me dio mucho miedo porque yo tuve una experiencia hace unos años estuve secuestrado y tal, entonces como que el tema ese con la delincuencia me cuesta un poco y él me contaba... O sea como que lo escuchaba y de repente se ponía muy explícito con el porque de los asesinatos y eso, y yo lo único que pensaba en mi cabeza no era escucharlo sino era ¡berro! aquí en esta institución no hay detector de metales

cuando entras y el vigilante es un gordo que no tiene pinta que va a hacer nada, este tipo puede estar armado aquí y... Aquí quedé yo. Él en un momento me dice que bueno, llegó drogado, había fumado marihuana antes de la sesión porque estaba como muy angustiado, y justamente en ese tipo de pacientes lo que hay que poner es límites y yo por mi miedo, por mi experiencia que tuve más lo que me generaban los relatos tan explícitos... Lo que le dije fue algo muy ingenuo, le dije bueno sí, debe ser muy difícil venir a hablar de estas cosas tan feas que me estás contando. El tipo duró dos sesiones y no vino más, evidentemente porque justamente lo que él necesitaba que le dijeran no era eso sino más bien poner ciertos límites pero mi miedo no permitió que yo le pusiera esos límites pues. Básicamente eso, entonces puede ser buena pero interferir también.

EG: Más en esa línea de eso último que está diciendo, ¿considera la CT como algo positivo o negativo?

P: Bueno, igual puede ser muy positivo si lo sabes usar, yo pienso... Yo soy un poco como de la posición de Winnicott que la CT se tiene que usar en un momento muy específico de las sesiones, no empezando sino más bien cuando tú puedes visibilizar qué cosas son tuyas y qué cosas son del paciente y puedes intervenir en favor de eso. Un poco Bion tienen un concepto que se llama función Reverie, que creo que la CT y ese concepto se conectan bastante y sobre todo también cuando trabajo con niños porque los niños no pueden poner en palabras lo que están haciendo en un juego y justamente tú sientes lo que ellos están sintiendo a través del juego y se lo pones en palabras, eso es básicamente la psicoterapia con niños. Eso puede ser muy beneficioso y eso es positivo, la CT en momentos donde un terapeuta por más buenas intenciones que tenga lo sobrelleva, puede ser iatrogénico, y si es un terapeuta con malas intenciones que los hay también, se puede aprovechar de eso también entonces tiene su parte positiva y negativa depende de cómo lo uses.

ES: Y en ese caso, si lo va a... o sea lo que estoy entendiendo es que usted utiliza esa CT en sus intervenciones en el trabajo terapéutico...

P: En momentos muy específicos.

ES: Ok, ¿me puedes describir un poco cómo son esas intervenciones?

P: Bueno está con la de este chamo... También sobre todo con pacientes que tienen una estructura más limítrofe, que bueno un profesor mío del posgrado que lo admiro mucho, decía que los pacientes Borderline es como una fábrica con muchos departamentos que no se comunican, entonces una de las cosas típicas en la clínica de los Borderline es que tú escuchas y pasan tantas cosas en tan poco tiempo que tú no puedes como hacer un hilo narrativo de lo que están contando, entonces muchas veces lo que hago, en ocasiones con este tipo de pacientes es decirles: bueno lo que estás contando es como muy

confuso porque me cuentas esto y esto y no sé dónde termina una cosa y termina la otra, y eso sirve como efectivo porque justamente permite como ellos darse cuenta de cómo hay veces que una cosa lleva a la otra y no hay mucha reflexión de por medio. Entonces sí las uso pero creo que como Winnicott propone, en momentos muy específicos del tratamiento no es que uno anda revelando la CT así no más, tiene que ser muy bien pensado porque es delicado, porque te puedes pelar ponerte en una posición donde tú te estás poniendo a ti mismo en un estado emocional o una opinión entre comillas y si no es congruente con lo que está haciendo en el paciente, él te puede poner en un lugar donde no quieres que te pongan pues, porque se pierde un poco la neutralidad en el momento en que lo dices.

EG: ¿Qué podría hacer usted para que el uso de esa CT no sea iatrogénico como usted lo describe?

P: Bueno, ir a análisis, eso es fundamental para cualquier terapeuta y un terapeuta que no vaya a psicoterapia personal no es un terapeuta porque creo que la primera condición para ser terapeuta es ser lo suficientemente humilde para saber que uno también está loco pues.... Una de las cosas que decía Manuel Llorens era que uno se convierte en psicólogo cuando se mira en el espejo y se da cuenta de lo loco que está, justamente eso, o sea si uno no reconoce que uno tiene cosas que revisarse y que a veces la caga horrible en su vida personal... Sabes, como para qué vas a escuchar a otro en su momento más vulnerable si tú no reconoces tu momento más vulnerable. Lo segundo es supervisarte, y ahí es supervisión es más aprender la teoría de la técnica, también tienes que leer bastante y no meterte mucho... Aislarte en este trabajo, creo que hacer otras cosas también ayuda bastante para uno... Sabes, porque si uno no vive la vida no vas a ser buen terapeuta tampoco, entonces eso.

Yo por ejemplo no sólo me dedico a la psicoterapia sino también a la investigación pero eso no es lo que me refiero a vivir, eso es más como poder comer, pero me refiero a... Berro sí, tener relaciones significativas en tu vida, experimentar cosas en tu vida también. Yo estoy así joven y no tengo como tanta experiencia de vida entonces probar cosas nuevas y eso... Una de las cosas que a mí me gusta más de este trabajo es los momentos donde yo me siento más vulnerable y la cago más horrible, me recuerdo a mis pacientes que también la cagan horrible y me siento acompañado.

-Risas-

Entonces creo que eso también ayuda a que la CT no sea tan, no sea iatrogénica exacto.

ES: Tú hablabas por ejemplo de los pacientes limítrofes que tienen como sus características en el trabajo terapéutico y hemos encontrado que los terapeutas tienden a tener ciertos tipos de pacientes con los que les es

más difícil trabajar ¿Podrías hablarnos tú un poco con qué pacientes se te dificulta el trabajo?

P: Bueno, me he dado cuenta que con pacientes como psicopáticos me cuesta trabajar porque yo soy como una persona muy tranquila y muy abierta, entonces como que esta parte como de poner límites no va conmigo. Porque mucho de este tratamiento con pacientes psicopáticos viene como de esta idea lacaniana como de la ley del padre, de que tiene que haber un terapeuta que ponga normas y que lo contenga, como que eso no va conmigo muy bien y también con adolescentes que no hablan me aburre muchísimo, y siento que cuando yo hago un buen trabajo es porque me conecto con cosas del paciente. Si me aburre lo reconozco, si me aburre el paciente eso también es usar la CT en modo positivo, conocer tus propios límites, vas y lo refieres a otra persona que sí está más interesada.

EG: Había una pregunta que también íbamos a hacer, ¿ha sentido la necesidad de referir un caso debido a sus reacciones contratransferenciales?

P: Ehhh sí, sí sí aquí en el posgrado si he referido pacientes porque siento que no van conmigo. Bueno, este paciente que era asesino sicario, después de la primera sesión hablé con la encargada de la institución para referirlo y no me dejó, asumo que porque había pocos hombres en la institución y ella pensaba que un hombre era el que tenía que atenderlo, que también entran como los temas de género pues, me vi un poco entre comillas obligado a atenderlo aunque no quería pero sí, si tiendo a referirlo por lo que me generaba.

EG: ¿Hay otro caso del que nos quiera hablar?

P: ¿Otro caso en específico?

EG: Ujum.

P: No bueno, me ha llegado un adolescente que no habla nunca y -risa- yo soy como atorado a veces y me desespero, entonces me gustan más los pacientes Borderline porque dicen todo de una y uno disfruta más pero los que son como de tener paciencia y tal sí me... Sí los tenía que referir, una vez me vino una chama con mutismo selectivo que me miraba horrible además toda la sesión y yo intentaba hacer todo, sabes, cosas que yo no hago usualmente que si colores, cosas así, nada nada nada y la referí, pero no vino más, ni siquiera con la otra terapeuta, pero eso son como los dos casos que recuerdo ahorita.

ES: Y en el caso de llevar a supervisión a un paciente ¿ha sentido la necesidad de usar ese recurso? ¿Con un paciente en específico?

P: ¿Cuál recurso?

EG: De llevarlo a supervisión.

P: Sí claro, o sea yo cuando estaba en el posgrado tenía al principio, al principio del posgrado yo trabajaba también en un centro de salud en una zona popular, y berro ahí vi muchísimos pacientes y también vi a los pacientes del posgrado y los supervisaba por parte de la formación con supervisores de posgrado, yo tenía mi supervisión aparte para mis pacientes de mi trabajo y fue cuando comencé consulta privada seguí con la misma supervisora y sí, o sea como que todas las semanas lo que hacía es que llevaba como una sesión transcrita y yo elegía el paciente, podía ser el mismo o cambiarlo, sí, las supervisiones siempre me parecieron algo fundamental sobre todo cuando te estás formando.

EG: ¿Qué casos decides supervisar? ¿Había como algo específico en esos casos?

P: Bueno, este chamo adolescente que les conté sí lo supervisé muchísimo porque él vivía en la parte alta de una zona popular, y bueno su manera... bueno aquí otra vez el tema de la CT, él era muy aislado afectivamente y él cuando llega la primera sesión viene con un suéter, una capucha, unos lentes y tal... Y hablaba como "bueno yo soy tranquilo y aplomado y tal" y decía cosas así, y bueno esto como los temas que a mí me interesan de psicoterapia porque mezcla como lo social y lo individual, lo llevé a supervisión y el supervisor me dice "berro, yo creo que este chamo es malandro, está metido en drogas y tal " por la manera como él se mostraba, yo menos mal no le hice mucho caso y confié más en lo que a mí me generaba el paciente, porque él me dice en la primera sesión que su juguete favorito es un Iron Man, que se lo da su hermanito y tal y una de las intervenciones primeras que hice bueno que sentía que él era un poco como el Iron Man pues, que se venía con lentes, gorra y no quiere demostrar nada, no quiere sentir nada, y poco a poco el chamo fue quitándose... Fue sin gorra, sin lentes y tal y mejoró muchísimo y el chamo hasta después... Él no se bañaba casi al principio porque estaba muy deprimido, se comenzó a bañar, a arreglar, se puso brackets, y justamente eso sabes, como que no sé porque... ¿Cuál fue la pregunta?

EG: ¿Qué casos...

P: Ah lo de supervisión, justamente sí, fui a supervisión porque estas barreras de diferentes clases... Inclusive mi terapeuta no tenía mucha experiencia... mi supervisor no tenía mucha experiencia en contextos populares, como que la CT que nos estaba generando a los dos era una cosa que estaba dentro de los estereotipos típicos de la clase media, media alta que tiene sobre la pobreza y yo como que fui más allá de eso por lo que me generaba más allá de la supervisión y funcionó pues. Sí la supervisión es útil pero uno también tiene que confiar en lo que está viviendo en el momento con el paciente.

ES: ¿Le ha pasado que con un paciente haya sentido que ha perdido los límites del encuadre establecido?

P: Sí sí -risa- uno de mis primeros pacientes de asesoramiento era un chamo con una estructura psicótica y tal y yo comencé... En vez de atenderlo 45 minutos lo atendía 60 minutos completos, después él también se veía en psiquiatría aquí, entonces yo, estilo su papá iba a la cita psiquiátrica con la abuela y él y escuchaba lo que decía la psiquiatra. Después mi tesis de pregrado fue sobre acoso escolar e hice mi tesis en el colegio donde él estudia entonces no sólo lo veía en la sesión una vez por semana sino también cuando iba a recoger los datos para mi tesis y no sólo eso sino que después lo dejé de ver, o sea me gradué de psicólogo y lo siguió viendo alguien más y él se graduó de tercer año de bachillerato y yo fui a la graduación con la abuela, otra persona que trabaja aquí que también tenía una relación cercana con el chamo y yo fui a la graduación también -risas- entonces sí yo creo que ese ha sido... Lo más característico que he perdido los límites.

Hice un diplomado en la Sociedad Psicoanalítica de psicoterapia psicoanalítica y llevé ese caso y me destruyeron pues, o sea eso no es psicoterapia, estás cuidándolo y ya, igual él... Sabes me comporté humanamente pues, una cosa es hacer un error técnico que lo puede cometer todo el mundo y otra cosa es cometer un error humano, y los errores humanos sí no se perdonan en este trabajo pues... Técnicos los cometemos todo el tiempo pero los humanos no y este fue un error técnico, no un error humano. Eso y bueno... No, creo que esos han sido... Bueno a veces uno se echa pelones interviniendo aquí y como que se preocupa más por los pacientes y debemos confiar en que ellos tienen sus propios recursos y a veces se me salen intervenciones como fuera de timing, como que esta cosa contratransferencial se me ha salido fuera de timing por angustiarme, pero eso sí lo he podido trabajar mejor por la experiencia.

EG: ¿Qué características crees que tenía este paciente que generaba eso en ti? esa actuación de la CT.

P: Bueno, un paciente con historia de abandono muy muy muy significativa, y... Y bueno eso, yo... -risa-

Hablando aquí de mi historia personal pero equis, igual lo van a escuchar ustedes y ya... No bueno yo sí... Yo como de pequeño ehh mis papás en un momento... Mi papá en un momento por razones de trabajo comenzó a viajar mucho, y mi mamá era una persona que tuvo... Tiene seis hermanos, siete hermanos más y eso, entre siete hermanos nunca pudo viajar fuera de Venezuela entonces bueno... A mí papá comenzó a irle mejor en el trabajo y comenzó a mandarnos fuera y mi mamá aprovechó y se iba con él para conocer, y en esa época coincidió con que... El hermano... No sé qué tanto tiempo porque estaba muy pequeño pero el hermano de mi papá fallece en un accidente de carro y suponte, como al año después comienzan estos viajes frecuentes de mis papás y bueno con mi abuela paterna... Que bueno, perder un hijo es una cosa horrible, entonces una de las cosas que me pasaba cuando me quedaba con mi abuela, que mi abuela todo su proceso de duelo yo...

Nosotros somos tres hermanos, mi hermano mayor, yo soy el segundo y mi hermano pequeño, mi hermano pequeño estaba muy pequeño en ese momento, y mi papá era el mayor y su hermano menor fue el que falleció, entonces mi abuela se confundía a veces y llamaba a mi papá como mi hermano y a mí como el hermano de mi papá que falleció, y eso obviamente, otra vez con la CT pero era un bebé en ese momento me generaba mucha angustia y me daba mucha rabia que mi mamá no estuviera ahí para mí y me sentía súper abandonado y era una de las cosas que recuerdo como muy vívido, me angustiaba demasiado cuando mi mamá se iba porque sentía que yo tenía que ser como el depositario de las angustias de mi abuela por todas las cosas que estaba pasando entonces creo que me conecté desde ahí con él pues, desde esa sensación de abandono que la mía obviamente fue nada en comparación con la de él pero igual yo lo veía como muy intenso porque estaba muy chiquito pues, entonces bueno nada, me conecté con eso y se me fueron los límites, no sabía mucho de psicoterapia en ese momento pues.

ES: Te referías a errores técnicos y errores humanos ¿Puedes hablarme un poco de qué significa eso para ti?

P: Bueno errores técnicos es por ejemplo... Uno de los ejemplos más claros es... Por ejemplo un paciente limítrofe no le puedes hacer, al menos no al principio, no puedes hacer intervenciones como mucho como de su historia, así como que bueno, tú tal vez tienes una vida sexual desorganizada es porque te abusaron sexualmente de pequeño, sabes como que esas intervenciones... Lo que por ejemplo dice Kernberg es que hacen que... En vez de hacer asociaciones significativas lo que hace es que esta sensación de un relato desconectado se empeora, entonces eso es un error técnico, que tú le digas eso a un paciente Borderline y no funcione la intervención sino más bien lo desorganice más.

Un error humano es el extremo... Bueno también no tan extremo sino algo que puede pasar en la cotidianidad, un paciente que te genere reacciones negativas, una CT negativa entonces tú le haces esperar 15 minutos afuera, o le cambias de sesión a última hora porque tienes un compromiso más importante y tal. Yo he cancelado planes que me hubiera encantado ir porque tengo pacientes y eso está... Hacer eso es un error humano, y eso es un daño, o por ejemplo cosas que yo he escuchado de gente con la que estudié cuando estaba viendo pacientes en pregrado, veía un paciente en el Hospital Militar, le parecía atractiva y entonces después, cuando sale de la pasantía la agregó en Facebook, sabes como que esas cosas no se hacen, eso sí son errores humanos y eso sí puede ser dañino.

O sea por lo menos una paciente que yo vi por bastante tiempo me agregó en Facebook antes de irme del país y se ofendió un poco porque no la acepté pero eso justamente era como parte del tratamiento poner esos límites pues, a eso es lo que me refiero con errores humanos.

EG: ¿Ahí podríamos hablar de que los errores técnicos están como aislados del efecto de la CT?

P: No, es parte... Nada se puede aislar... O sea todo el tiempo hay transferencia y CT, no es que eso aparece en un momento y desaparece, tú te das cuenta o no te das cuenta nunca, entonces sí, todo lo que pasa en psicoterapia y es como muy kleiniano pero bueno yo comulgo con ese modo de pensar, todo lo que ocurre en el tratamiento tiene que ver con la transferencia y la CT.

Tenía una supervisora que decía que los primeros cinco minutos de la sesión el paciente te dice todo, y yo estoy de acuerdo, que justamente ahí te dice todo y lo que te dice lo más probable es que tenga que ver con la transferencia que se está moviendo en el momento.

ES: Hablabas hace rato un poco del tema de hacer intervenciones fuera de timing ¿Recuerdas alguna intervención en particular que en el momento que en el momento hayas considerado que fue completamente inapropiada?

P: Sí, estaba viendo una paciente, una chama que en el momento ella no había tenido relaciones sexuales con su novio y ahorita no recuerdo exactamente el verbatum como de lo que estaba diciendo, pero estaba hablando un poco de su relación con su mamá porque su relación con su mamá era un poco... No exactamente simbiótica pero sí todo lo que ella decía de sí misma hacía referencia a la mamá, o sea quizás no simbiótica en lo físico pero sí en lo simbólico y yo como que hice una intervención muy explícita como al inconsciente y no era el momento, y yo le dije como que... Siempre estás en esa posición donde tu mamá está arriba y tú estás abajo, sabes como que nunca te ves fuera de tu mamá y eso lo hice en un contexto donde ella estaba hablando de su vida sexual con su novio, bueno la ausencia de vida sexual con su novio y después ella conectó con la mamá y yo hice esa intervención, y a la semana siguiente ella me cuenta que tuvo relaciones con su novio, no como de una manera planificada como ella hubiera querido sino fue más como un pasaje al acto, entonces si había como cierta confusión cuando tuvo relaciones sexuales, no estaba como tan contenta y bueno yo lo llevé a supervisión y me regañaron y justamente fue eso, fuera de timing por yo estudiante de posgrado de que no, yo entiendo el inconsciente y tal fue más desde mi narcisismo que desde en verdad como no ser atorado y de calmarme e intervenir al momento que era.

EG: Hablamos anteriormente de esa actuación de la CT ¿Hay algún momento en que haya actuado la CT en específico que nos quiera contar?

P: Berro, déjame pensarlo, ¿que haya actuado la CT?, bueno este paciente de asesoramiento... Bueno sí se me ocurre, yo al principio cuando tenía pacientes con experiencia de abuso sexual era como muy... No sé si esta es la palabra

pero es la que se me ocurre pero era como muy caballeroso entre comillas de que no quería como ahondar mucho porque no quería ser invasivo y tal, no quería como revivir la experiencia de abuso yo como indagando y justamente eso, sabes como que mis primeras sesiones con pacientes que habían sido abusados sexualmente eran como muy ingenuas, se decía mucho pero en verdad no había nada significativo en la sesión sino que terminaba siendo muy superficial. Yendo a análisis entendiendo eso, mi problema con las mujeres no tiene por qué meterse en la sesión y después entendí que uno es un terapeuta y uno tiene que escuchar cosas también fuertes y que la sexualidad femenina también existe, eso lo sabía, lo sabía pero no lo entendía experiencialmente y ahorita uno de mis pacientes con los que más me gusta trabajar es con mujeres que han sido abusadas sexualmente y eso, al principio mi CT de hay que respetar a las mujeres sobre todas las cosas, terminaba siendo unas sesiones como muy estériles, eso no sirve pues.

EG: ¿Su respuesta era como alejarse un poco del contenido?

P: Sí, exacto, exactamente.

EG: ¿Cómo es su manejo emocional frente a sus pacientes? ¿Cuándo se da y cómo se da?

P: ¿A qué te refieres con respecto a manejo emocional?

EG: ¿Hay momentos para la expresión de sus emociones con los pacientes?

P: Ah, sí sí, tenía un paciente que lo disfruté bastante, era un niñito y el problema era que le pegaba a las chamitas en el colegio y se robaba cosas a veces, y justamente lo que ocurría es que venía de una familia evangélica y justamente la agresión no estaba siendo como simbolizada y muchas veces el juego era como simbolizar la agresión y una vez estábamos jugando con plastilina y en ese momento yo estaba como algo pasado de peso y mi muñeco de plastilina el chamo me dice "berro pero te voy a matar porque estás demasiado gordo" y me cuajé de la risa y el chamo también y justamente eso, como que una de las cosas que ayudó a este niñito es que justamente la agresión puesta en el juego simbolizado puede ser cómica y eso como... Un espacio como para poder verla y poder hablar de eso y justamente cuando el entendió eso dejó de pegarle a las niñas y dejó de robarse cosas. Ah bueno porque otra cosa es que también se me fue los límites una vez, él después de cuando ya pasó de moda la agresión comenzó a crear cosas en sesión e hizo un gurrufío y él se quiso llevar el gurrufío, y yo le dije bueno pero lo devuelves y se lo llevó y después como que bueno, ya no roba afuera sino que roba en la sesión pero pide permiso al menos pues, pero sí sí. Ahí como que las emociones... Eso como más espontáneo y quedó bien pero a veces uno si tiene que expresar sus emociones pero tienen que ser desde lo reflexionado, no impulsivamente.

Yo nunca he llorado con un paciente pero sí se me ha quebrado la voz y han sido momentos que han sido como significativos, a veces me cuenta algo y me he indignado también de lo que le han hecho y creo que... Una de las cosas que dice Judith Herman es que bueno, tú aunque la persona no lo llame abuso sexual, tienes que empezarlo a llamar abuso sexual para que esté en una dimensión política lo que estás haciendo con el paciente, y sí, indignarse es parte de esa dimensión política, por ejemplo tengo una paciente ahorita que fue abusada sexualmente por su padrastro y también fue después de que el padrastro hizo todas esas cosas, ella se va a vivir con su tía y ella tiene 15 años ahorita, ahora vive con el padre pero a los 14 años vive con su tía y la pareja de su tía tenía 40 años y tuvo como un amorío con este tipo, y ella no lo llama abuso pero o sea yo tampoco logro llamarlo abuso todavía pero ella dice que no es abuso porque ella como que lo buscó, como que se sentía enamorada de este tipo pero ella en un momento sí me dijo que había como características similares entre el padrastro y este señor y como que yo escucho que ella no vea que en realidad la pareja de la tía es un coño de madre, no le dije que es un coño de madre pero sí le dije que bueno que tal vez lo que siente que es parecido es que los dos se aprovecharon de ti en momentos distintos en tu vida y por razones distintas y como que eso sí lo agarró, pero bueno es sí lo hice en parte por mi CT de la rabia de que una chama de 14 años la estén poniendo en la misma posición que con una señora de 30 y que ella no pueda ver que el tipo es un coño de madre, sí bueno me da mucha rabia pero pensé en la rabia, la sentí y lo dije de una manera que era como pertinente en la sesión pues.

EG: Cuando hablas de esto, la expresión emocional está más dirigida hacia las veces en las que hay empatía por el paciente ¿Hay lugar para la expresión emocional cuando es más quizás el fastidio o la molestia dirigida al paciente? no tanto hacia los contenidos que traen como los tratan a ellos ¿Hay espacio para eso?

P: Sí, sí hay espacio para eso pero a mí no me sale pues, pero sí, hay gente que lo hace y sobre todo con estos pacientes que no hablan mucho, hay gente que sí, que aburrido estar aquí y no hablar nada y le funciona pues, a mí no me funciona desde ese punto, pero es por como soy yo, pero sí, hay espacio para eso.

ES: Hablas de... O sea lo que vienes diciendo resaltó mucho como que respetas tus propios límites y como que parte de tu trabajo ha sido conocer qué es lo que se te hace cómodo ¿Eso lo has obtenido desde la experiencia o es algo que has hecho parte de tu formación?

P: Berro las dos cosas como que una de las cosas que me gusta de ser psicólogo es que tu vida termina siendo parte... Tú eres tu propio instrumento de trabajo y bueno cuando empecé a conocer mis propios límites, no sólo es esta visión clásica que dicen los terapeutas, bueno con este tipo de pacientes

puedo atender y con estos no porque estos me movilizan ciertas cosas, sino saber tus propios límites también es lo mismo que decía antes, saber que tú por venir de una familia donde te quisieron, de ir a análisis y tal, no estás exento de la locura, y por eso yo creo que me identifico más con Melanie Klein que con Lacan o con Freud inclusive, porque justamente este concepto de la posición esquizoparanoide y depresiva y que la gente es como un péndulo que va entre una y otra me pareció súper brillante y que se aplica, yo cuando me di cuenta de eso, estaba en cuarto año de la carrera y me secuestraron tal... Me recuerdo que después del secuestro estaba como muy mal y no sé por qué se me ocurrió como trotar en la calle de mi casa, entonces estaba con una chama -risa- una chama que le estaba cayendo y... Estaba ahí como actuando la broma que si bueno yo estoy bien, le voy a caer a esta chama y tal que no sé qué y nosotros estábamos trotando y había un tipo random ahí en la calle pues, entonces comencé a decir este tipo me está siguiendo, me está siguiendo, me está siguiendo, entonces me lo creí demasiado y después cuando llegué a mi casa como que volví otra vez a organizarme un poco y berro que loca esta broma y lo que me movilizó esto, entonces como que eso... Vuelvo a citar a Manuel de que eso, de que cuando te miras al espejo y te das cuenta que tú también estás muy loco es cuando comienzas a ser psicólogo y eso es conocer tus propios límites también, y creo que eso me ha ayudado muchísimo con mis pacientes porque yo sí he escuchado gente que está muy bien formada, profesores que cuando hablan de un paciente hablan como si fueran otra categoría aparte, yo soy el terapeuta, la mata de la salud mental y este es mi paciente que berro bueno, se mete marihuana berro, consume perico o bueno, se psicotizó sabes como menos mal eso es algo alejado de mí, y eso es algo como socialmente histórico de que la locura está muy presente pero es vivida como extraña, como que yo soy como completamente crítico a eso y siempre cuando entre más loco me reconozco yo, aunque sé que no soy psicótico ni nada, soy bastante neurótico por buena o mala suerte no sé, pero entre más reconozco mis partes más irracionales, más puedo conectar como las partes irracionales de mis pacientes y cuando lo irracional sale en la sesión eso es lo que... por eso soy de orientación psicoanalítica, eso es donde está el trabajo pues, el trabajo no está en vamos a quitar esta distorsión cognitiva y vamos a pensar racionalmente, no, vamos en un cuatro paredes, los dos estamos seguros, vas a mostrar lo más feo de ti y alguien que te pueda escuchar te lo pueda devolver de alguna manera y lo puedas incorporar a tu racionalidad de una manera más organizada, eso es el trabajo psicoterapéutico en pocas palabras y eso es como ser tu herramienta pues, reconocer que estás loco también.

EG: En las entrevistas que hemos hecho, los terapeutas que hemos entrevistado han hablado sobre que más o menos de una manera positiva el trabajar con... como trabajar desde la incomodidad, un paciente que de

repente que les genera una CT bastante grande sea positiva o negativa ¿Tú crees que está bien trabajar como desde esa incomodidad?

P: ¿Pero la incomodidad viene desde la...?

EG: O sea que ellos creen que está rozando como sus límites y que a veces les parece positivo trabajar desde ese espacio.

P: Berro... Está interesante esa pregunta, mi posición creo que sería que... Bueno creo que en este momento hay muy pocas cosas que me generan incomodidad, creo que lo que me genera incomodidad es que mi integridad física se vería amenazada por estar trabajando con alguien, por ejemplo una vez me llegó cuando estaba trabajando allá arriba me llegó un boxeador que tenía un daño orgánico gravísimo y el tipo casi que le mete un golpe en la pared, sabes ahí obviamente... Estaba incomodísimo y qué iba a intervenir porque estaba era casi que pegado en la puerta para ver en qué momento salía corriendo, en ese sentido ese grado de incomodidad ni es bueno para mí ni es bueno para el paciente y... Bueno creo que en ese caso respondería que yo pienso que no es positivo, que en verdad en ese sentido comulgo más con Rogers que los pacientes mejoran en la medida que tú los puedas aceptar incondicionalmente y la verdad era... La aceptación incondicional positiva es cuando tú no te sientes incómodo con lo que está diciendo sino lo puedes comprender aunque te diga algo muy muy feo lo puedes comprender, y creo que tal vez por eso con pacientes más psicopáticos no puedo trabajar. Ellos necesitan como no tanto una comprensión sino asumir la responsabilidad de sus actos y eso no es como a mí me gusta trabajar pues.

EG: Nos has hablado de esto en varias ocasiones pero, hago la pregunta de todas maneras ¿La CT puede ser una fuente de información que permita realizar intervenciones en el trabajo terapéutico?

P: Sí sí, lo mismo que dije antes, si las detectas y las reflexionas y las detectas como una reacción contratransferencial y no una transferencial porque si es una transferencial sería algo que tú le estás poniendo al paciente por tu historia más que algo que el paciente tiene que está generando en ti, entonces actuar desde tu transferencia del paciente eso sí puede ser iatrogénico, pero si tú la reflexionas y dices bueno, obviamente cualquier cosa que uno interprete tiene que ver con su historia porque tú dices... tienes como tu historia de manera adyacente y lo principal es la historia del que está influyendo en esto, ahí sí si lo piensas bien en un momento donde haya mucha confianza entre tú y el paciente sí lo puedes decir y es muy muy positivo.

EG: ¿Y con qué recursos? Porque al principio recuerdo que usaste como un reflejo empático de que... Yo me siento de esta manera ¿Qué otros recursos podrías usar para usar la CT como intervención en el trabajo terapéutico?

P: Bueno ponerlo como en él, sabes como ¿no te sentiste como asustado cuando estabas caminando de noche por La Vega y veías a gente metiéndose drogas? ¿No te sentiste asustado? sabes como un poco como ver el criterio de auto cuidado, ese tipo de intervenciones también.

Y bueno también hay otras cosas que a mí me gusta utilizar mucho que es más lacaniano, los lacanianos no es como la gente más kleiniana que utiliza la CT y la pone en palabras e interviene sobre la transferencia, los lacanianos es más entiendo la transferencia y la CT pero en vez de ponerla explícitamente en palabras como que la hago por debajo de la mesa, por ejemplo esta persona está como probando los límites y tú te sientes como invadido entonces tú en vez de decir siento que me estás probando los límites, un lacaniano diría bueno se terminó la sesión, eso es otra manera de intervenir desde la CT que para los lacanianos podría ser positivo pero bueno, yo no comulgo con esa visión por mis razones, pero es otra manera de intervenir que está muy bien pensada pero no es mi manera de trabajar.

EG: ¿Hay una corriente con la que te sientas más identificado? Nos habías hablado un poco de Winnicott, de Klein...

P: Bueno Judith Herman me parece increíble para trabajar con trauma, también como estas cosas más narrativas como que siento que a veces las intervenciones psicoanalíticas sirven para llevar asociación libre e ir a contenidos inconscientes muy muy profundos pero hay momentos como que tienes que darle como un giro a la cosa como verle como un giro positivo a veces, cuando las cosas están muy muy catastróficas y a veces como que hago intervenciones como narrativas de yo prestarle un lado alternativo de la historia donde las cosas no sean tan catastróficas y eso también me ha servido. Pero bueno más que todo como las personas como que siento que más me han influenciado como aparte de mis profesores de posgrado, como autores que he leído Klein, Winnicott, Kernberg y Judith Herman.

EG: ¿Hay algo que quisieras agregar? ¿Hay algo que piensas que debamos agregar a estas entrevistas, algo que quisieras que te hubiéramos preguntado?

P: Bueno un poco como a veces repitieron preguntas pero equis está bien no tengo problemas en responderlo dos veces -risa- pero es más como pensando como investigador... Y no que me hubieran preguntado creo que bueno, no sé si en las otras entrevistas han salido la vida personal de los terapeutas tan explícita como salió aquí.

EG y ES: -asienten-

P: Ah bueno ok, entonces está bien... Sí sí, entonces buenísimo, no, me gustó, siento que está bastante completa la entrevista.

EG: Bueno ok, muchas gracias por darnos el espacio.

Anna, 33 años.
09/04/2018
P: Participante **EG**: Gabriel Entrevistando **ES**: Stephanie Entrevistando

ES: ¿Qué significa la contratransferencia (CT) para usted?
P: La CT tendría que ver con todas las sensaciones que tiene el psicoterapeuta asociadas al proceso terapéutico con un paciente en específico, así de sensaciones incluiría sentimientos, emociones, creencias, que despierta el proceso terapéutico con un paciente en uno mismo... creo que eso lo definiría.
EG: ¿Considera que la CT pueda afectar su trabajo terapéutico?
P: Totalmente.
EG: ¿Cómo la afectaría?
P**:** Lo primero que tienes... es que... yo estoy desde una postura psicodinámica, entonces bueno, desde esa postura, además soy construccionista, desde esa postura entiendo que los sentimientos, las emociones, las creencias, construyen significados, es la forma cómo a ti te haga sentir un paciente, si tú no la trabajas puede afectar negativamente el proceso terapéutico, independientemente de que sea lo que te haga sentir ese proceso. Si la persona te cae muy bien, pues entonces no vas a hacer el proceso terapéutico que tienes que hacer porque ahí evidentemente se están jugando cosas personales, y si te cae muy mal, lo mismo. Entonces, en la medida que no las trabajes, porque es imposible no sentirlas, siendo que vas a tener pacientes que son personas, siempre vas a tener pacientes que te hagan sentir una cosa o la otra; en la medida en que tú no trabajes eso, pues, va a acarrear en una transferencia negativa después.
EG: ¿Y puede afectar de manera positiva?
P: (se toma unos segundos para responder) A lo mejor... a lo mejor pudiese afectar de una manera positiva pero no a propósito.
EG: ¿Cómo es eso?
P: Déjame ver si... o sea puede ser que lo contratransferencial pudiese tener alguna consecuencia positiva pero como al azar, ¿ok?, no porque te lo propongas así, porque vuelvo y repito, si no se trabaja eso, entonces ¿cómo lo utilizas para direccionarlo en la cura? entonces bueno, pudiese ser que al azar eso haya funcionado... pero no, no, porque lo trabajaste, no, porque ese era el objetivo, ¿no sé si me explico?
EG: A ver, sería bueno que nos plantearas como un ejemplo de qué podría ser al azar.
P: Déjame imaginarlo... o sea, pudiera ser, por ejemplo... no se... si tú tienes un paciente que transferencialmente te coloca en una posición de madre nutritiva, y a ti ese paciente te cae bien, y contratransferencialmente sientes eso de cuidarlo, de... si, de alguna forma te despierta ese tipo de actitud, y entonces tus interpretaciones son más suaves, tu conducta con el paciente es más de cuidarlo de... a lo mejor no le haces actos terapéuticos tan bruscos, etc.; pero no desde la consciencia, o sea, no desde el establecer que ese es el objetivo

terapéutico, sino porque te sale así inconscientemente, que sería el tema de la CT, a lo mejor ahí te funciona.

EG: ¿Ahí estaríamos hablando como de una identificación proyectiva que sale bien?

P: No es tanto una identificación proyectiva, es más que la transferencia y la CT se alinearon en lo mismo, y en ese caso funcionó, pero pudiese ser también que a ti te están intentando, desde la transferencia, colocar en una posición materna nutritiva, pero tú sabes que con ese caso no se puede y entonces, si no lo sabes, vamos a suponer que fuese un trastorno de personalidad dependiente, y te intenta poner en esa posición y tú inconscientemente, repito, que es como se juega la transferencia y la CT, tu inconscientemente respondes a eso desde la madre nutritiva, estás haciendo un daño al paciente. Por eso te digo, que pudiese ser positiva pero es al azar. En cambio, si tú lo tienes consciente porque lo trabajaste y entiendes de qué viene esto, puedes entonces decir ajá, ¿qué sirve para este paciente? ¿Sirve que me deje llevar o guiar, o que responda a esto contratransferencial pero ya como un objetivo terapéutico, o sirve que le ponga freno a eso? o sea, y entonces, ya es utilizarlo no desde la CT, o sea, no es respuesta a lo personal de uno, sino en función de lo que necesita el paciente. A eso me refiero con que, a lo mejor al azar pudiese resultar positivo pero que no, no es sano, no es sano terapéuticamente hablando.

ES: ¿Y eso se relaciona a lo que tú decías de que hay que direccionar la CT hacia la cura?

P: Claro. Porque, fíjate, cuando nosotros estamos en un tratamiento terapéutico, el psicólogo o el analista, en este caso mío psicólogo clínico, tú eres un objeto, tú no eres un sujeto, o sea, tú te colocas en ese proceso terapéutico en tanto a objeto, eres un instrumento del otro. Entonces, al ser instrumento del otro, tienes que darle prioridad evidentemente es al otro, entonces, lo contratransferencial es del sujeto psicólogo, y ahí hay una interferencia, entonces, tienes que lograr entonces trabajar eso contratransferencial para utilizarlo en tanto objeto en función de la cura del sujeto, ¿sí? es como un trabalenguas pero (risas de los tres) pero creo que sería un poco así pues.

EG: Y ahora que estamos hablando de esto, del analista, ¿qué herramientas tienes tú qué utilizas para mantener a raya quizás esa transferencia?

P: Supervisión y análisis personal, supervisión y terapia personal, esos son los dos básicos. Yo particularmente tengo siempre la creencia, y se la digo a mis alumnos acá, y se las digo a personas que conozco van a buscar psicólogo, jamás vayas con un psicólogo que no tiene su psicólogo. Eso es como ir pa' una odontólogo que jamás se ha revisado los dientes (risas de los tres) o ir pa' un médico que, no sé, no va pa'l médico nunca. Tienes que tener un psicólogo que vaya al psicólogo por eso, porque somos sujetos, primero somos personas

y vamos a tener problemas, vamos a tener puntos ciegos, vamos a tener creencias, dudas, etc.; y tenemos que resolver lo máximo posible para disminuir la cantidad de puntos ciegos que tenemos en la terapia con otro. Y entender que bueno, en la medida que tú vas con un paciente y te hace sentir, más allá de lo normal digamos porque, somos personas y todos nos van a hacer sentir, pero cuando tú sientes o mucho rechazo con ese paciente o mucha cercanía con ese paciente, o empiezas a soñar con ese paciente, tienes que llevarlo a terapia, tienes que revisar qué es lo que te está moviendo tuyo, eso es lo que hay que ver.

EG: ¿Hay algún tipo de paciente, algún tipo de trastorno, algún tipo de situación, quizás, qué despierte esos sentimientos contratransferenciales que, como usted dice, hay algo más de lo normal en específico?

P: Yo creo que eso depende de cada quien, de cada, de cada psicólogo, ¿por qué? porque va a depender de la historia de vida de cada psicólogo, o sea, por ejemplo, te puedo hablar desde lo personal, que pacientes, por ejemplo, que han tenido muje... pacientes mujeres que han tenido dificultades en temas pareja, etc., son de repente pacientes que a mí me mueven, o que están muy cercanos en edad con vivencias muy perso... muy parecidas con el mismo tema social, lo que pasa en las edades en las que uno está, que se parecen mucho a uno desde lo superficial, esos son pacientes que, que a lo mejor pueden mover. Pasa mucho, eso sí, en líneas generales, con niños maltratados, niños abusados, son pacientes que mueven muchísimo al sujeto porque, primero, nos tocan como lo más primitivo del sujeto, que es el tema niñez y cuidado en la niñez, y esta madre lo suficientemente buena, o la madre lo suficientemente mala, pecho bueno, pecho malo, dependiendo de la teoría donde nos queramos ubicar, a las mujeres además nos mueve la maternidad, cuando vemos al niño así, y en líneas generales, nos mueve la humanidad, todo, entonces son casos que, que afectan mucho, que mueven mucho la transferencia. Y bueno, yo desde mi línea de investigación, trabajo con género, sexualidad y diversidad sexual, y las investigaciones que he hecho dan cuenta de las dificultades en la CT con estos pacientes, digamos, o sea, los psicoterapeutas o analistas que conozco, que he entrevistado, que atienden a pacientes sobre todo transexuales, transgénero, son pacientes que afectan mucho contratransferencialmente, porque movilizan estos elementos también bastante primitivos en el humano, en tanto feminidad, masculinidad, qué es ser hombre, qué es ser mujer, y que bueno sabemos que son las preguntas básicas de la histeria, de la neurosis en líneas generales, entonces por supuesto, afectan mucho al terapeuta, en este caso más a los hombres que a las mujeres, serían como esos elementos.

ES: Y hablando un poco de esto, ¿ha sentido alguna vez la necesidad de referir a un caso debido a sus reacciones contratransferenciales?

EG: A las tuyas

P: Mjum, déjame recordar... (Silencio por unos segundos) He tenido casos que he pensado en hacerlo, pero después esos casos no regresan. Evidentemente

hay algo que se juega también del otro lado, ¿no? No, o sea, no he tenido, creo que nunca he referido a ninguno.

EG: ¿Nos puedes dar un ejemplo de alguno de esos casos que has querido referir?

P: Mira, las veces que me ha pasado ha sido por sujetos que me sean muy mal, que me generan un rechazo, que en la segunda, tercera sesión, y nor... normalmente es con chamos jóvenes, que no sé por qué, hay algo que me genera rechazo, incluso hubo un caso en específico que me daba miedo, era una chama de 12 años, si mal no recuerdo, y la niña me daba muchos miedo, me daba miedo quedarme sola con ella, era por supuesto una chama muy extraña en sus comportamientos, me imagino, no la vi mucho, la vi dos veces, creo, me imagino que iba por la psicosis, y bueno, me generó mucho miedo y dije, no vamos a ver cómo fluye, pero esto es un caso que pudiese referir; pero ella fue dos veces y no fue más, no fue más a la consulta.

EG; ¿Cuándo dice jóvenes, es adolescentes, adultos jóvenes?

P: Adolescentes, con adultos jóvenes, con adultos jóvenes no recuerdo que me haya pasado, si me ha pasado que de repente, me generan algo de rechazo, voy lo trabajo en mi terapia, y después no necesito referirlos y hemos seguido tratamiento sin ningún tipo de inconveniente, se trabaja en terapia, en mi terapia personal y después fluye el tratamiento sin inconvenientes.

EG: ¿Crees que estos pacientes, como decías, me caen mal y he querido referirlos pero no vienen, puede haber sido por una reacción que tuviste?

P: Claro. No sé si alguna reacción oficialmente, pero algo sintió, si pudiésemos hablar de la CT del paciente (risas de los tres) algo sintió él también que, qué bueno, no fluyó y siguió... esto por lo general pasa, por lo menos a mí me ha pasado, antes de establecer rapport, cuando está comenzando, entonces es eso, tienes una consulta, dos consultas y si no hay feeling, o sea, ya no contratransferencialmente hablando sino transferencialmente, si el paciente no siente feeling con el terapeuta se va a buscar otro. Entonces bueno, cuando la CT es negativo, por lo general la transferencia también fue, entonces, responde a ese circuito digamos, creo que es un circuito bastante cerrado, de hecho Lacan hablaba de que no es la contratransferencia sino la transferencia del analista, que no es que tú respondes a algo sino que es lo que tú sientes igual, entonces es un circuito cerrado ahí que se da en esa diada, y va, por lo general, va alineado, si una es negativa, la otra va a ser negativa también.

EG: ¿Es más probable que una transferencia negativa por parte del paciente genere CT negativa entonces?

P: No me atrevería a decir si es más probable o no. No tengo números pa' poder decir, pa' poder hablar de probabilidad... A lo mejor ubicándonos más desde la CT, si te pudiese decir que posiblemente una CT negativa va a generar una transferencia negativa, eso a lo mejor si me sentiría más segura de serlo, pero no sé si al revés, porque en la transferencia se juegan otras cosas, porque tú puedes tener una transferencia negativa, y tú como terapeuta lo manejas para que eso se convierta en positiva pero no quiere decir que tu

CT sea mala, pero cuando la contra si es mala, seguramente va a repercutir... o sea, si no lo manejas, si no lo manejas va a repercutir.

ES: ¿Y le ha pasado que ha tenido consideraciones especiales, que difieren del encuadre establecido con el paciente, por esta CT?

P: ¿Por ejemplo?

ES: Algo que usted haya hecho, que quizás después revisándolo diga uy no tuve que haber hecho eso...

EG: Quizás dando una concesión que no se le da al resto de los pacientes...

ES: O quizás hizo algo que con otros pacientes hubiese sido más laxa...

EG: O más dura...

P: A ver si, si he hecho cosas así, pero no creo que respondan a la contratransferencia, sino al caso por caso, o sea, por ejemplo, tengo pacientes suicidas que les atiendo el teléfono a la hora que sea que me llamen, entonces bueno ahí no es realmente contratransferencial. O tengo pacientes muy dependientes, que me llaman a cada rato y entonces no les contesto... pero responde al caso también.

EG; Eso podría ser una reacción contratransferencial, debido al...

P: Pudiese ser una reacción contratransferencial si me cayesen mal estos pacientes, o sea, si yo no lo hiciera propósito, o sea porque si yo digo como objetivo terapéutico no les voy a contestar el teléfono, porque no tengo por qué responder a su demanda, entonces ya no es contratransferencial.

ES: Claro, incluso es como parte del trata...

P: ¡Es parte del tratamiento! Es un acto terapéutico.

EG: Una vez que identificas que son dependientes.

P: Una vez que identifico que son dependientes.

EG: Y en este caso, si dijéramos que por el hecho de que hay como esa sensación negativa, que es lo que te permite identificar eso, ¿no sería una herramienta como que estás usando en base a esa CT?

P: Puede ser, a ver si te estoy siguiendo bien, o sea hay momentos que uno logra afinar el diagnostico por lo contratransferencial.

EG: A eso iba.

P: O sea, sí me ha pasado, por ejemplo, tengo un paciente ahorita que es obsesivo, bastante dependiente, y parte, o sea, parte del diagnóstico fue eso, o sea, a la quinta vez que me escribió un mensaje fue así como coye qué fastidio, y ya va, ajá. De hecho, lo estaba hablando, no a una sesión de supervisión normal, pero lo estaba hablando con otro colega y decía coye qué fastidio este paciente que me hace sentir así, que... y me dijo claro es que son dependientes (chasquea los dedos) epa, es verdad, o sea, me escribe normalmente para esto, ah ok, entonces bueno ya... de hecho, a él, más bien, como sabía que me generaba eso normalmente le respondía. Cuando hice como este click, en función de este comentario que me hace el colega, ya entonces comencé a contestar desde otra forma, a veces no contesto, a veces

sí, leo siempre los mensajes, por supuesto, porque además él llegó con unos temas de ideación suicida...

(Interrupción externa)

EG: Nos habías dicho lo del tema con los mensajes...

P: Exacto, ahí comencé como, porque como te digo, él llegó con un tema de ideación suicida, entonces claro, al principio siempre le respondía y siempre estaba como pendiente de esto, pero cuando hablo de esta CT, el otro colega me hace el señalamiento y caigo como en cuenta, digo ah espérate, entonces ahora los leo pero no los respondo todos, y después lo agarro en terapia. Ah mira me escribiste esto, qué pasó, qué sentías, por qué no podías esperar la sesión, que pasó con la toma de... y de hecho con este paciente en específico que estoy atendiendo ahorita, ha funcionado bien. Ha funcionado chévere porque él más bien después llega a la sesión con la situación ya resuelta, entonces ah bueno no pude hacer esto, pude hacer, ah entonces no necesitabas que yo te respondiera, tú podías resolverlo solo.

EG: Ahora hago la pregunta como para enlazarlo, ¿se puede usar la CT como herramienta en el trabajo terapéutico?

P: Claro, claro. Mientras que la vuelvas consciente, o sea, mientras que tengas la posibilidad, que eso lo logras con terapia y supervisión, de preguntarte a ti mismo por lo que tú estás sintiendo y viviendo, decir por qué este paciente me está haciendo sentir así, qué es lo que genera en mí, de dónde va a esto, ah en la medida en que yo puedo hacer esa reflexión, entonces la puedo usar como herramienta, mientras que está totalmente inconsciente, va a ser siempre obstáculo, creo yo.

ES: ¿Y alguna vez le ha pasado que haya, de alguna manera, actuado esa CT inconsciente? En alguna intervención...

P: Si, si me ha pasado (risas de los tres) la semana pasada me pasó (risas de los tres) la semana pasada me pasó y fue así como ups, cuando salía de la sesión fue como ups, bueno menos mal que tengo la semana que viene para enmendarlo. Pero si tuve una situación cuando estaba en el posgrado, estaba nueva, uno de mis primeros pacientes tenía una CT muy negativa con este paciente, de verdad me caía muy mal, me generaba mucho rechazo, y claro, después logro entender que esa es justamente la posición en la que él se pone con todo el mundo para generar ese rechazo, para digamos jugar a esa, ese goce ¿no? pero bueno, como me caía mal, yo no lo quería escuchar un día, tenía mis propios problemas ese día, estaba cansada, qué se yo, cualquier cosa, y dije bueno le voy a pasar unas evaluaciones psicológicas, que por objetivo terapéutico las tenía que hacer, pero yo decidí hacerlas ese día. Y él llegó y me decía es que yo quiero hablar contigo, y yo chévere pero después (risas de los tres) le ponía la hoja, y su tema era con la pareja, entonces es como que bueno está bien ajá, él además estudiaba psicología, entonces yo le doy la consigna y después de que le doy la consigna de la pareja, dibuja a dos personas (risas de los entrevistadores) él por supuesto se bloqueó (risas de la

participante) y empezó no pero es que yo quiero hablar contigo, pero es que yo lo que necesito es hablar hoy y yo... bueno chévere, claro ya le había dado la consigna, entonces ya más bien, lo estaba, o sea, fue totalmente inconsciente, o sea esta CT que les digo que es obstáculo para mí era... o sea vamos a tratar de convencerlo de que haga la tarea. Yo coye pero no mira vamos a hacer esto primero y tal, y él no pero yo quiero hablar, no bueno haz esto primero. Por supuesto, le costó muchísimo hacerlo y cuando la termi... cuando terminó la evaluación ya se había acabado la hora. Entonces cuando me lo entregó yo ay chévere muchas gracias nos vemos la semana que viene, chao (risas de los tres) el chamo se quedó... bueno a la sesión siguiente, la sesión siguiente me la cobró, era un chamo que además, un chamo grande, hacía karate, o sea karate, judo, una cosa así; era cuadrado y la sesión siguiente yo abro la puerta del consultorio, pase adelante y tal siéntese, y yo me siento y él se queda parado. Ay a ver cuéntame y tal, no te preocupes que esto va a ser rápido, yo ya me voy, así que... ay dios mío (risas de los tres) yo me acuerdo, estaba, tenía como dos meses en el posgrado y, bueno, el chamo comienza, yo quería venir a hablarte y tú no me escuchaste, eso totalmente incompetente de tu parte, bueno comienza como a, a insultar de alguna forma el proceso terapéutico e insultarme a mí como terapeuta y yo soy estudiante de psicología, y yo sé que lo que tú hiciste está mal, porque si, y si yo me quería suicidar, y tú no me hablaste, obviamente yo sé que no tenía ideación suicida, de eso si puedo estar segura. Pero bueno, fue muy, fue muy difícil, al final bueno lo manejé porque le pude interpretar la transferencia y entonces él lo agarró, gracias a dios, se sentó y siguió su terapia. Pero en realidad todo eso pasó por un manejo contratransferencial mío inadecuado. De ahí digamos que aprendí bastante (risas) porque me asusté bastante, yo pensé que él me iba a pegar esa sesión, de verdad, pensé que él me iba a agredir físicamente, estaba muy molesto y bueno, menos mal tuve la agilidad de agarrarlo y repararlo, porque esa es una de las grandes bondades de las psicología, ¿no?, por lo general tienes otra sesión normalmente para reparar, pero fue fuerte, y ciertamente me equivoqué, yo no lo escuché, y tenía que haberlo escuchado. Y no lo escuché porque me obstinaba el chamo. Eso es un ejemplo.

ES: Tremendo ejemplo (risas).

P: Si (risas de los tres) siempre se lo pongo a mis alumnos en clase (risas) siempre, porque en verdad fue bastante llamativo y peculiar.

EG; Parte de la formación

P: Mjum

ES: Ya que me comentas esto de que este tipo de paciente te causaba desagrado, también hemos encontrado que otros terapeutas también tienen cierto tipo de pacientes que les generan más dificultades para trabajar...

EG: A parte de los adolescentes, hay algún...

ES: Como un tipo de paciente, algunas características particulares que...

P: Adictos. No trabajo con adictos. O sea, ya, a ver, para organizar, yo trabajo con adolescentes, y trabajo chévere con adolescentes, son algunos en específico con los que me ha pasado esto, pero en realidad, en líneas generales, no tengo problemas con los adolescentes. Con los adictos si tengo problemas, bueno porque tengo mis concepciones y mis creencias básicas respecto a la adicción, por tanto no trabajo con pacientes adictos, no los acepto en terapia. Sólo me llegó una vez y fue para evaluación por parte de fiscalía, un señor alcohólico, alcohólico en recuperación, porque en realidad él ya había dejado de tomar y por eso lo atendí, y fue un tratamiento chévere porque, bueno, él vino por, para evaluación pero en el camino yo como que le mostré al señor que habían, habían algunos elementos terapéuticos a trabajar y tal, y él estuvo de acuerdo e hicimos un tratamiento terapéutico también. Y fue bien interesante porque pude aprender bastante del tema de la adicción sin estar trabajando realmente, digamos, con un adicto en plena enfermedad, ¿no? tenía ya como varios años sin tomar, por eso fue que lo pude ver. Pero que a mí me llegue en pleno proceso una persona adicta, que ese sea su, su motivo de consulta, a lo mejor no manifiesto pero latente, no lo, no lo trabajo. No lo trabajo

EG: ¿Qué características de estas personas son como… generan esa sensación?

P: No, es que no es de la persona, es que estoy clara que tengo unos estereotipos... unos prejuicios es la palabra, unos prejuicios muy marcados con la adicción entonces no estaría ayudando al paciente. No los acepto. Para mí, con todo el respeto que se merecen, no los atiendo, pero para mí el adicto es bruto (risas) entonces o sea, llegar a ese proceso me parece que es grave entonces, claro entiendo eso como personal, te puedo decir como persona que un adicto me parece un bruto por haber llegado ahí, por haberse puesto en esa posición. Como psicólogo entiendo que eso es una enfermedad, que responde a muchas otras variables que no tienen que ver evidentemente con ser bruto (risas) y que evidentemente si están ahí es porque necesitan ayuda, y necesitan alguien objetivo y que los respete y que pueda ayudarlos en el proceso terapéutico y bueno, esa no soy yo, porque tengo estas otras cosas, digamos, personalmente, que me afectarían mucho... a lo mejor no, pero creo que sí, y desde una posición ética pues prefiero no manejar ese proceso terapéutico, me parece que pudiese tener muchos puntos ciegos, muchos elementos ahí que pudiesen afectar el proceso, entonces bueno, no lo manejo.

EG: Ok, ¿Cuándo el prejuicio es quizás muy perjudicial, entonces decide que es como mejor no tratar el paciente? ¿O eso pasa nada más con la adicción?

P: En mi caso es el único, es el único que te puedo decir desde un principio que por principio pues no atiendo, no me ha tocado tampoco, o sea, no... Me han llegado personas que yo considero que pueden estar cercanos a la adicción pero que ese no es su motivo de consulta, o sea, a lo mejor es más marihuana social, etc., ese no es un problema para ellos, son funcionales,

entonces bueno digamos que de repente puedo hacer alguna señalización, por supuesto no de que son brutos pero (risas) alguna señalización del uso de la droga, etc., pero ese no es el foco de la terapia. Cuando han llegado mamas que me dicen quiero que atiendas a mi hijo porque se está drogando, les he dicho que no, los refiero a una persona que sé que los puede ayudar, pero no los atiendo yo. Ahora otro caso, hasta los momentos, no he tenido ningún, ningún otro tema así, yo he podido trabajar con maltratadores, con maltratados, de hecho me ha tocado muchísimo el tema del suicidio y del abuso sexual, si y, hasta los momentos no he tenido... diversidad sexual por supuesto, tampoco ha sido problema

EG: ¿Y algún tipo de trastorno, tampoco? Sería como algo en específico que, con el que, no sea fácil...

P: El histriónico me cuesta, pero no es algo que lo rechazo. Es algo de lo que estoy consciente, entiendo perfectamente de donde viene, hasta los momentos creo que no lo actúo, tengo pacientes, he tenido varios pacientes, tengo dos... tengo una que oficialmente tiene un trastorno histriónico de la personalidad, y tengo otra que va, tengo dos más que van pa' allá, estoy en diagnostico todavía, una es muy chama y no se puede diagnosticar todavía pero tiene los rasgos, los tiene marcadísimos, y la otra que es nueva, que creo que va por ahí, pero es eso, hay algo que de repente como que me choca y en seguida entonces (hace un ruidos) ah, tiene este tema histriónico, esto es lo que está, ok perfecto vamos a ver cómo se trabaja eso, pero no es algo que rechazo del caso así como el tema de la adicción.

EG: ¿Hay algo que tiendas a llevar más a supervisión?

P: (se toma unos segundos para responder) Coye... Algo así como el tipo de caso en específico, o sea, de diagnóstico, etc...

EG: No, en general, situación, diagnóstico...

P: Fíjate, yo más bien llevo más a supervisión, porque me preocupa más la posibilidad de actuar, cuando me caen muy bien, sobre todo personas que son de mi misma edad, o mí mismo rango etario, que me caen bien, etc., esas son personas, esos son casos que suelo llevar más a supervisión. Recuerdo una paciente que una vez que ella me estaba echando un cuento de un novio, de un tipo y yo, hubo un momento, imagínate, que en mi mente el pensamiento que me vino así en seguida fue "no vale, vamos a tomarnos unas birras y echamos el cuento" (risas de los entrevistadores) y me quedé así como wow, ya va (risas de los tres) por supuesto salí de una ahí a supervisión, fue mira, ajá, bueno ahí lo manejamos, creo que no lo actué, por supuesto no me fui a tomar las birras con la paciente, hasta el sol de hoy es mi paciente, además bueno, con ella tengo muchísimo tiempo, tengo ya casi 3 años, entonces ya hay otra, la relación va cambiando por más que siempre se mantiene el tema de la neutralidad y la abstinencia, para mi esos son elementos muy importantes, después de tres años ya hay cosas que la paciente se empieza a enterar, y entonces bueno juegan ahí diferentes cosas en la transferencia, en la propia CT que hay que tener más cuidado

ES: ¿Y con esos pacientes que te caen tan bien, cómo ha sido el proceso de identificar tus propias emociones con las de ellos, cómo ir como organizando todo eso?

P: No sé (risas de los tres) a ver, ya va... wow, hay unas que ya tengo como previamente establecidas, ¿no?, yo tengo muchos años de análisis, tengo ¿qué? 8 años de análisis lacaniano y antes de eso, tuve 5 años de terapia, entonces ya digamos que son varias las cosas que tengo vistas desde antes. Pero bueno, de repente hay cosas que me hacen como clic, y es como ajá ya va, ¿por qué me cae tan bien? o en verdad verdad, no ya va... creo que nunca me he preguntado por qué me cae tan bien, la pregunta más bien ha sido a dónde pongo el límite, siempre estoy, con estos pacientes que me caen tan bien, siempre estoy muy pendiente de no dejar la neutralidad y la abstinencia, porque creo que ese es el ancla de nosotros como, como terapeutas, o sea el poder decir hasta aquí y seguir manteniendo, por más feo que suena esto, seguir manteniéndome y entender que soy un objeto terapéutico, soy un instrumento en una terapia del otro y, y no estoy ahí en tanto sujeto, entonces en la medida en que me caen tan bien los pacientes, me enfoco más en esto, o sea, me vuelvo incluso como más, no sé si la palabra puede ser más paranoica de mis propios procesos pa' poder decir ajá hasta aquí está el límite, qué le digo o qué no le digo, de donde viene esta intervención, esta intervención viene desde la posición de amigo o desde la posición de terapeuta, entonces hago más silencios, me callo más, evalúo más pues, reflexiono más la intervención que le voy a hacer, es como más pendiente de eso

EG: Hemos visto a través de las entrevistas que para algunos terapeutas resulta positivo trabajar con pacientes que generan cierta CT muy positiva o muy negativa, que quizás llega como en esos, esos extremos que cruzan como los límites de lo que quizás es muy difícil trabajar y que alguien referiría. ¿A ti te parece que es positivo trabajar en esos límites?

P: Depende de por qué quieras trabajar en esos límites. Si quieres trabajar en esos límites desde una posición ególatra, yo sí puedo, más desde el sujeto, no me parece que esté bien. Si quieres trabajar en esos límites para ver como ayudas al paciente a que logre integrar, porque por general esas transferencias o CT se manejan en casos donde el mecanismo de defensa del paciente es la escisión, entonces si tú te atreves a manejar esos casos para ayudar a que el paciente mejore en términos de que logre integrar, de que no se coloque tal, chévere, pero si es desde el ego no me parece tan positivo.

EG: Cuando estás colocado en el bienestar del paciente, quizás no, por pensar que yo puedo hacerlo y asumir el reto, ¿Sería más o menos eso?

P: (Se toma unos segundos para responder) ¡No!, porque tú puedes pensar yo quiero asumir este reto pero en búsqueda de bienestar del paciente. Es diferente a yo quiero porque yo soy la verga de Triana y voy a demostrar que yo sí puedo.

EG: Vale.

P: Ahí es donde ya me parece que está mal, ¿ok?, incluso, cuando tú lo haces desde el es un reto pero déjame intentarlo para el bienestar del paciente, por lo general ese es un caso que va a tener mucha supervisión, que va a tener como mucho estudio, mucho control porque estás consciente de que es algo que se te dificulta, de que es un reto, pero de alguna forma tú estás ahí para ayudar al paciente y estás buscando su bienestar. Creo que sería así.

ES: Haces referencia de hacer mucho estudio, y este tema, ¿Eso son consideraciones que has tomado cuando tienes casos que se te hagan más difíciles o que requieran? Porque hemos encontrado que otros terapeutas se apoyan en cómo, mantenerse estudiando, leyendo, revisando literatura...

P: Sí, bueno, digamos que yo por el hecho de ser profesora ya eso está, ya eso está inmerso allí, además, bueno yo doy evaluación de la personalidad y doy psicopatología y clínica, entonces ya por ahí está inmerso el tema del estudio y constante actualización digamos, pero más allá de eso, como construccionista creo que, por supuesto el mantenerse actualizado es cien por ciento importante, pero como construccionista creo que es el mantener de alguna forma los, los oídos abiertos a la vivencia de ese sujeto, o sea, y poder salirse un poco de la teoría y poder ir construyendo con esta historia que te va dando el sujeto, a ver que es de verdad lo que siente porque una de las cosas que yo me he dado cuenta es que hay casos, los casos más difíciles por lo general son tan difíciles porque no cuadran en el librito y en, es muy difícil que un caso te cuadre en el librito, entonces si tú estás cien por ciento apegado al libro, en líneas generales los psicólogos que nos vamos por la corriente psicodinámica no creemos en eso, ¿no?, o sea creemos en lo dinámico del ser humano, entonces en la medida en que tú estés más apegado al libro, más se te dificulta el manejo con el paciente porque el paciente siempre te va a traer algo distinto, entonces si yo estoy en ah esto es un trastorno de personalidad histriónico, entonces se maneja así, entonces le respondo esto... a lo mejor te estás perdiendo muchas cosas ahí de lo... de lo...

EG: Único.

P: Propio que te dice el paciente, de lo único, del sustento del paciente y entonces, no terminas haciendo la mejor ayuda, ¿no?, entonces creo que el estudio tiene que estar ahí por supuesto y la actualización, pero creo que el máximo tiene que ser como la escucha constante, y a mí me sirve, particularmente me sirve mucho, hablar de los casos, entonces, yo por supuesto los hablo en supervisión, pero también los hablo en mi día a día, los hablo con colegas, los hablo con mis alumnos, me pasó esto en la sesión, me pasó esto en la terapia, el paciente, de hecho, yo llego a clase y mis alumnos ¿cómo están sus pacientes, profe, qué le dijeron hoy? (risas de los tres) ¿Qué pasó con éste? y en verdad es un intercambio bien sabroso porque incluso el alumno me muestra cosas que de repente yo no había visto, ay estaba diciendo algo, coño es verdad, ¿sabes?, desde la mirada inocente, fuera de lo teórico, te puede hacer un señalamiento que yo no tenía ni la más mínima idea,

o sea no había notado. O yo contándole a ellos, como que logro darme cuenta también de otras cosas, bueno los construccionistas le llamamos a eso la socialización del conocimiento, entonces tú comienzas a conversar con otro y en la dialéctica pues van surgiendo otras formas de ver que la teoría muchas veces nos quita porque en una forma como que nos encausa en esto es lo que le pasa a este caso, y si te sales un poquito en la teoría, logras ver unas cosas distintas... Creo que van ambas de la mano, pero ninguna puede sobrepasar a la otra

EG: ¿Hay alguna corriente con la que se identifique más cuando hablamos de lo psicodinámico?

P: La lacaniana

EG: Lacaniana

P: Sí, cuando hablamos de lo psicodinámico. Soy, soy construccionista de base y Lacan es el más construccionista de todos los, de todos los teóricos psicodinámicos, en ese sentido, me identifico más con la lacaniana, de hecho estoy en la Escuela Lacaniana, estoy estudiando psicoanálisis lacaniano, hay cosas con las que no estoy de acuerdo y hay cosas con las que sí estoy totalmente de acuerdo, y allí voy.

EG: ¿Hay algo que cree que debamos incluir en las entrevistas, algo que sienta que faltó, algo que crea que deberíamos preguntar o algo que quiera comentar?

ES: Que le parezca relevante al tema

P: Una anécdota que me pasó una vez, no sé si ustedes, claro cuando hablamos de CT, evidentemente estamos hablando de lo psicodinámico, ¿no? no sé si ustedes tienen pensado entrevistar a cognitivos conductuales

EG y ES: (Al unísono) No

P: A mí me pasó una vez haciendo una entrevista de mi tesis de posgrado, yo estaba entrevistando a un cognitivo conductual y estaba trabajando sobre el significado que los psicoterapeutas dan a la transexualidad, y estaba entrevistando un cognitivo conductual (risas) tenía como cinco minutos de entrevista y le dije, le dije coye yo entiendo que este es un concepto psicodinámico, pero ya un cognitivo conductual me había sacado el tema de la CT, y le dije entiendo que este es un concepto psicodinámico para usted y tal, como psicólogo, ¿cómo se siente, qué sentimientos ha tenido con los pacientes transexuales? un señor de mucho renombre en la terapia, y se paró y me dijo yo soy psicólogo y yo no tengo sentimientos, eso no importa, la entrevista se acabó. Y cortó la entrevista, se paró y se fue. Yo ahí me quedé en shock (risa de los entrevistadores) y dije wow casi no tiene sentimientos, no, nada que ver. Y desde ahí me quedé con el tema de que, qué duro, incluso, qué difícil y que anti ética esa postura, ojo no en tanto cognitivo conductual porque como les dije otro cognitivo conductual ya me había hablado de eso, es en tanto la negación de la propia posición de sujeto. Primero eres persona, no me puedes decir que no tienes sentimientos, eso, eso es mentira obviamente, y cuánto

daño se puede hacer en esa postura al otro, ¿no?, bueno se los dejo ahí como para que...

EG: Yo, yo voy a como anexar una pregunta más después de esa, ¿usted cree que es como positivo ver, o sea, atender al paciente y hacer todo como desde quizás un lugar más rígido y de una corriente que se lleve como más rígidamente, si es solamente freudiano o solamente lacaniano? Lo estoy preguntando porque usted dice que, de una, que hay cosas de Lacan que no le parece... ¿Crees que es positivo, crees que es más positivo como la integración?

P: Mira no, no creo que haya una postura más positiva que la otra, creo que depende de cómo la uses, o sea, porque, bueno por ejemplo, yo no comulgo con lo cognitivo conductual en tanto concepción del sujeto, pero hay técnicas cognitivo conductuales que me parecen útiles y que las he usado. O sea, si yo tengo un paciente psicótico, o como tengo ahorita, una paciente border, bueno, de repente a ella le sirven los registros, vamos hagamos un registro, con adolescentes bueno trabajo mucho con la familia, vamos a hacer un calendario de tareas aquí todo el mundo tiene que tener responsabilidades y son cosas que me han dado, que me han dado resultado, entonces no creo que tenga que ver tanto con una postura sino el caso por caso. Qué cosas si me parecen, más que si sirven o no sirven, me parecen anti éticas, integraciones que paradigmáticamente son incorrectas. Por ejemplo, siempre discuto muchísimo y se lo comento a mis alumnos, un tema de vamos a reflexionar sobre esto, en tanto cognitivo conductual y psicodinámico, ¿cuál es tu concepción del humano? si tu concepción del humano es, que no existe el inconsciente, entonces no me uses técnicas proyectivas porque si no está el inconsciente, qué vas a proyectar, ¿ok? ahora, si tu concepción del humano es que existe inconsciente, el preconsciente, todo lo que te dé la gana, Ello, Yo, Súper yo, pero te parece que la terapia en cuanto a técnica es más útil cognitivo conductual, tú perfectamente puedes agarrar y decir mira te voy a referir a este psicólogo pa' que te pase un Rorschach, porque ese es tu concepción del humano. Entonces, paradigmáticamente no es incorrecto. Usar técnicas que ya salen de lo que está permitido psicológicamente hablando, científicamente hablando, ya tampoco me parece, todo lo que tiene que ver las locuras que se hacen ahorita que si constelaciones familiares, la lectura de los astros, y las cuestiones, no o sea, o eres psicólogo o eres brujo o tarotista o que se yo, ojo hay dos ramas de la constelación familiar, hay una que está basada en los elementos científicos y que en España, por ejemplo, está, está aceptada como una herramienta de la psicología. Hay otra que está basada en los ancestros y visualizaciones, y ya eso más digamos, de la nueva era, ya eso no es científico, entonces integrar esas técnicas es la que ya no me parece, independientemente, o sea en esas técnicas ya si te digo, independientemente del caso por caso. Eso no es ciencia, eso no está avalado por la ley del ejercicio profesional del psicólogo, eso no lo puede hacer un psicólogo en terapia psicológica, y tampoco debería referir los sujetos a eso, existen otras

técnicas, la meditación está avalada, o sea son cosas que están científicamente comprobadas que funcionan, de ahí a leerte las cartas, hay un camino largo.

EG: Mientras sea paradigmáticamente compatible entonces...

P: Mientras sea paradigmáticamente compatible y sirva al caso por caso, pues, es lo que le responda al paciente, le sirva al paciente. Tengo pacientes, pacientes no, tengo conocidos que han ido a terapia y les sirve, les encanta lo rígido del psicoanálisis freudiano clásico que el terapeuta ni te ve, te abre la puerta y tú caminas, siéntate, habla y chao, o sea, y eso les va perfecto, y tengo otros que no, o sea, eso no lo toleran y necesitan cosas más cercanas, y yo lo veo en mi propia terapia, el caso por caso de mis pacientes, unos que se despiden de ti y ah bueno chao doctora y se van, y otros que se acercan, te abrazan, te dan un beso, chao, y bueno tú no le vas a quitar, no (hace un gesto con las manos, entrevistadores ríen) es una falta de respeto. Así como de repente tienes un paciente que te está llorando en frente, desconsoladamente, bueno, te puedes acercar lo abrazas si necesita, le pones la mano en el hombro, que se sienta de alguna forma contenido, creo que depende, creo que ahí más bien sería anti ético no hacerlo, o más que anti ético, contraproducente, no sé.

EG: Bueno entonces sería todo, muchas gracias.

Apolo, 35 años.

20/04/2018

P: Participante **EG**: Gabriel Entrevistando **ES**: Stephanie Entrevistando

EG: ¿Qué significa la contratransferencia (CT) para usted?

P: La CT es la misma transferencia, ¿en qué sentido? la CT es la misma transferencia si lo vemos del lado del analista o del lado del terapeuta entonces de alguna manera cuando uno habla de experiencia contratransferencial lo que está hablando es de la relación transferencial del terapeuta, eso sería a modo de definición que nos llevaría a qué es la transferencia, entonces la transferencia involucra una forma en que cada uno de los sujetos tiene para vincularse con el otro para establecer hasta ese punto una relación y esa relación está marcada por esas huellas, como decía Freud a lo largo de su enseñanza que en estas huellas mnémicas que vendrían a ser esas representaciones psíquicas de lo que puede ser ese vínculo y la huella de la pulsión. Tienes en esa experiencia tanto la representación o lo que puede ser simbólicamente representable y lo que no que es de la pulsión, estamos en el juego o en la dinámica transferencial.

EG: ¿Hay alguna diferencia entre la transferencia que es del terapeuta al paciente, y del paciente al terapeuta?

P: No, la diferencia en tal caso... La diferencia es que la posición del terapeuta o del analista implica la formación necesaria para encontrar un saber hacer con tu transferencia, por eso es que yo soy muy... Cuando doy clase sobre esto por ejemplo soy muy cuidadoso en hablar de la CT porque implica que el terapeuta no está ubicado en el lugar que le corresponde y usar esos elementos son usar elementos propios del self, de su fantasía inconsciente y ahí hay algo que afecta la relación terapéutica.

ES: ¿Y entonces cómo sería ese saber hacer?

P: ¿Cómo sería?

ES: En el trabajo terapéutico.

P: Bueno... Saber hacer parte de tres ejes, de tres puntos, tienes un punto de formación al menos desde la orientación lacaniana ¿han escuchado algo de la orientación lacaniana?

ES: Algo.

P: Bueno, Lacan, psicoanalista francés... Vuelve a las lecturas de Freud, siempre se llamó freudiano porque era estudioso del campo freudiano y le da unas vueltas desde el estructuralismo y después se va decantando en otras cosas... Pero, él plantea a partir de ahí, de elementos que toma de Freud, él habla de tres puntos de formación: el análisis personal, lo que vendría a ser la supervisión y la formación teórica, la formación propiamente vista desde el psicoanálisis entonces desde esos tres pivotes lo que busca es formar la posición analítica y yo pudiese hacer un derivado aunque no es lo mismo hacia la psicoterapia. Entonces cuando tú me preguntas de qué va el saber hacer, definitivamente pasa por que ese psicoterapeuta, ese especialista al menos alguno de estos tres ejes, sino los tres, pueda trabajarlo éticamente donde

pueda encontrar la mejor manera de decir las cosas. La ética apunta mucho a cómo responsabilizarse del saber decir las palabras, del poder decir las palabras, las palabras del sujeto, las palabras que conmueven al sujeto, las palabras que tocan esas huellas de la transferencia eso es complicado, sobre todo cuando el paciente te termina poniendo en situaciones como ¿qué significa... No qué significa... Eeeh... Bueno ahorita con las redes, te sigue por Facebook, quiere tener lugar en estos espacios que son personales y qué es lo que hace el psicoterapeuta con esa petición con esa demanda, saber hacer implica ver qué haces con eso, ver qué haces con la transferencia, porque al final lo que siempre te mueve es el fenómeno transferencial. Le pasaba a Breuer en los inicios, cuando habla de Anna O. era un pastel porque Anna O. era una mujer voraz y demandante de amor y bueno esto le causó problemas a Breuer con su pareja, con su esposa y es todo un pastel y Anna O. terminó gritándole que estaba embarazada de Breuer y Breuer se asustó y quien salió embarazada fue la mujer y Breuer agarró a la mujer y se la llevó ¡eso fue un pastel transferencial! claro eso fue la primera relación terapéutica de corte psicoanalítico registrada, en el sentido que haya esto del pastel. Freud le decía a Breuer bueno eso no tiene nada que ver contigo, eso es el problema de ella, eso fue contratransferencial.

EG: ¿Cómo afecta cada uno de esos ejes a la transferencia del terapeuta?

P: Mira afecta en tanto... Los ejes que mencioné, el análisis, la supervisión y la formación afecta porque estaría en presencia de un terapeuta que no ha lidiado con sus propios traumas, con su propia angustia, ese es realmente el saber hacer, cómo llegas tú a saber hacer con tu angustia y no actúas desde tu fantasía porque actuar desde la fantasía es lo que hace el neurótico normalmente, cada uno de los neuróticos actúa en el análisis, en terapia, en las relaciones de pareja, con los amigos, depende de la fantasía de cada quien y ahí viene el malentendido y ahí vienen las malas interpretaciones. La garantía de existir alguna, la garantía de la formación psicoterapéutica pasa porque tú pases por la experiencia, por someterte a la pregunta ¿cuál es la pregunta? la pregunta propia, la pregunta por el ser, la pregunta de quién soy, por qué estoy haciendo esto, por qué me preguntó esto. En la supervisión tú llevas esos puntos de impasse a otra persona que supone también un saber, también ahí hay algo de la transferencia para ver si encuentran una manera de destrabar el impasse entre el terapeuta y el paciente.

Yo ahorita estoy dando psicoterapia por ejemplo en la universidad y entre las previsiones en la web hay una serie española que se llama Web Therapy.

EG: ¿La que es con Lisa Kudrow?

P: Es la versión de Lisa Kudrow pero española.

EG: Ok.

P: Españoleta, entonces es mucho más divina no, entonces esta mujer es muy cómica porque está llevando las sesiones de 45 a sólo tres minutos para optimizar el tiempo y andar recortando las cosas, entonces tú ves al paciente que está hablando de otra cosa y la terapeuta vía cámara web cortando y diciendo cualquier salvajada que se le ocurre, ¿desde dónde está operando esa mujer? la pregunta que uno se hace en la terapia es desde dónde estoy operando yo con mis pacientes y la formación teórica para tener un anclaje de lo que tú estás viendo en la clínica, entonces la teoría se nutre de la clínica y la clínica se nutre de la teoría y realmente lo que ofrece son modos para que el terapeuta pueda comprender algo de eso y poder intervenir ¿en qué? bueno, en el síntoma, en lo que aqueja, en lo que padece esa persona. Entonces estás atrapado en tu síntoma cómo vas a lidiar con el síntoma de otra, por eso los ejes.

ES: ¿Y en el trabajo terapéutico ya directamente usted ha encontrado que por las reacciones contratransferenciales haya tenido que referir a un paciente?

P: No, no porque uno... Lo que ha pasado desde la orientación uno lo llama impasse, cuando tienes impasse en la dirección de la cura, y esa impasse tú lo llevas a tu análisis y lo llevas a supervisar, realmente antes de tomar la decisión de referir que sea una decisión sobre todo enmarcada en que probablemente sea el mejor camino para el paciente para desembarazarse de ese impasse, que no sea porque yo no puedo con esto y te refiero con otra persona. Sí han sido movimientos terapéuticos, recuerdo dos o tres casos donde yo tuve que decirle al paciente si usted quiere le refiero a otro terapeuta, por supuesto eso después de haber pasado por mi análisis y por la supervisión, por la revisión, y vemos que el impasse de la resistencia no se salta y eso afortunadamente destrabó.

EG: ¿El hecho de decirle para referirlo?

P: Eso tuvo efecto de interpretación por lo menos en esos dos casos puntuales, porque llevó al paciente a hablar de su problema ¿qué es lo que ocurre con la transferencia? la transferencia es muy positiva o muy negativa se monta para no hablar del conflicto, por eso aparece en el lado positivo extremo el amor, no querer hablar de las penurias de la vida porque la idea que vas a perder el amor de tu terapeuta o desde el lado negativo, es el ataque constantemente al vínculo para que no se meta más en ese punto, ahí viene lo de la posición del psicoterapeuta para saber hacer, cómo te sales tú de ese rollo transferencial para que eso se convierta en un motor y no en un obstáculo eso lo complica, Freud decía en la transferencia que a los novatos les decía ustedes se la pueden pasar la vida preguntándose cómo van a interpretar, qué es lo que van a decir, cómo saludar... Pero realmente el problema de cualquier análisis comienza cuando aparece la transferencia, amorosa o negativa ahí es donde viene el trabajo y es cuando uno tiene que ver cómo convierte eso en un motor

porque además la psicoterapia sin transferencia no funciona al menos desde la orientación dinámica, si no partes de ese mínimo, fundamentación dinámica tú crees en el inconsciente.

EG: ¿Esa transferencia de la que hablamos es la del paciente o también la del terapeuta?

P: Lo que pasa es que el terapeuta desde esta posición que yo te estoy hablando pues sería desde la orientación lacaniana uno habla más del deseo del analista o la dirección de la cura entonces el deseo analítico, el deseo del analista es un deseo sin deseo, pragmático si lo llevo a los términos, lo único que orientaría una cura con un paciente desde mi lugar como analista sería que ese sujeto asocie lo más posible sobre su inconsciente, entonces mis movimientos tendrían que apuntar a que él de las respuestas y no yo, porque la respuesta de este lugar viene desde mi fantasía de lo que funcionó para mí en algún momento, entonces esa es una forma no de lavarse las manos con el fenómeno contratransferencial eso está ahí, toca la fantasía, el analista toca los imposibles del analista y uno tiene que ver cómo resuelve desde este lado ese impasse en otro lugar no ahí con el paciente. Por ejemplo una intervención que yo no hago usted me hace sentir a mí muy molesto no, esa arrechera que yo pueda tener la tengo que llevar yo a otro lugar, ahí estaría del lado de mi fantasía, actuando desde mi fantasía, entonces siempre apostando que sea el sujeto del inconsciente el del paciente el que se manifieste no el mío, y eso no quiere decir que en algún momento calculado yo no pueda soltar algo como yo estoy muy preocupado por lo que está haciendo con su vida, es una forma de contener si el paciente está en riesgo, o sea en riesgo suicida hay que decir yo estoy preocupado por su vida y yo voy a ser así, ahí ciertas condiciones aplican.

EG: ¿Entonces la CT puede ser usada como una herramienta dentro del trabajo terapéutico?

P: Claro, siempre y cuando se ubique en el lugar que corresponde, si lo vemos así... Si la transferencia tiene tres momentos, tiene un momento muy fantasioso, tiene un momento más sólido y tiene un momento imposible, me refiero, el más fantasioso va desde voy a llamar este terapeuta porque me parece el más arrecho en la historia de todos los terapeutas, entonces ahí es mucha fantasía, si ese paciente se queda atrapado ahí y se da cuenta que el terapeuta falla en algún momento va a ser lo peor de lo peor, la responsabilidad del terapeuta es sacarlo de ahí y llevarlo a un lugar más estable donde el terapeuta pueda moverse y pueda escuchar las intervenciones, porque sino no. Y el punto imposible bueno implica que hay cosas que con el terapeuta son imposibles de resolver incluso en la terapia, más bien la orientación dinámica apunta a que el sujeto pueda vivir con eso, pero no todo en la vida lo vas a poder responder, pero no puedes seguir viviendo y ya está.

Si esa es la lógica, en la CT ocurre algo similar porque entonces en la CT tienes algo muy fantasioso que sería el terapeuta operando desde su fantasía, desde un lugar más estable, más consciente, más sólido que es donde se articulan estos tres ejes, sería un elemento contratransferencial más simbólico, más representable, esta entrevista sería un ejemplo de esto, si yo no... Y creo que por eso están buscando expertos en el área que hayan tenido la experiencia, no basta con quedarnos en leer sólo que es transferencia y CT sino qué ha hecho cada uno de los terapeutas con este concepto.

Ah, ya cubrí lo que les iba a decir...

-risas-

Ah, y el punto tres que sería lo imposible, hay un punto de imposible para el terapeuta y usted tiene que ver terapeuta qué hace con eso en su vida, ya está. No es fácil pero me he dado coñazos y uno lo lleva a análisis y le da vueltas y va a congresos y conversa con los colegas, ahorita tengo actividad en la escuela que vamos a hablar precisamente de estas cosas, porque no es lo mismo la psicoterapia en sujetos neuróticos, normal con sus fantasías a la psicoterapia en un psicótico que es todo más intenso, o sea esto de la CT con la psicosis hay que tener mucho cuidado, si lo manejas desde la fantasía eres parte del delirio del psicótico y el psicótico es muy vehemente cuando aparecen estos puntos de delirio, caes en el delirio y más nunca en relación terapéutica, es el problema de la adherencia del terapeuta. Ese terapeuta me está viendo como todos los que me ven que me persiguen en la calle, él es parte de la CIA, pa pa pa pa pa, en la transferencia... O sea es una transferencia masiva psicótica de orden, le toca al terapeuta ver cómo se las arregla para salirse de ahí.

ES: Ahora que comentas el caso de los pacientes psicóticos ¿has encontrado en tu trabajo que haya cierto tipo de pacientes con los que sea más difícil el trabajo terapéutico?

P: Mira el más complejo debe ser cuando aparece un perverso más que en la psicosis, más que en la neurosis, por ejemplo, los rasgos perversos en el consumo de sustancia, yo diría que ahí no hay mucho que hacer en términos de relación terapéutica, no hay vínculo porque al perverso per se no le interesa el vínculo neurótico, o sea de entrada cualquier intento psicoterapéutico... Y Freud era muy claro, Lacan era muy claro, los perversos no se les atiende en análisis porque usan ese conocimiento en contra del lazo social, en contra de todo el mundo, me pasó en alguna oportunidad en el hospital con algún paciente que tú ves que en ese punto no hay ningún intento de nada, de rectificación de nada, él está por encima de ti, eres una basura, yo quiero que me firmes el alta para poderme ir de aquí y entonces uno se confronta, sobre todo en ese momento que yo era muy... Estaba iniciándome, uno se confronta con lo imposible que realmente resulta este trabajo, este trabajo es un

imposible y hay que saber vivir con eso, Freud lo llamaba el *Furor Curandis*, hay que lidiar con ese furor porque esa cura pretendida no es así como se sueña, entonces cuando tú me preguntas esto de la dificultad ése sería el punto de dificultad porque los otros tienen más posibilidad de lidiar, cuando hay un vínculo con otro tú tienes las posibilidades de darle vuelta a eso. Bueno, psicóticos muy intensos, a mí me gusta el trabajo con la psicosis entonces... Neuróticos muy intensos, sobre todo histéricos, entonces tienes que lidiar con esas manifestaciones de amor desbordadas, eso es difícil pero se puede trabajar.

EG: Y no tanto un diagnóstico y más una situación ¿hay alguna situación que sea más difícil de tratar? para usted.

P: Pero es que ha habidos momentos... A ver...Porque en algún momento fue el suicidio, en algún momento cuando estaba empezando, yo tenía una paciente que me llamaba y me decía que se iba a matar, pasó dos veces y se quedaba sin señal, yo me quedaba con un -jadeo- ¡Se mató! ¡Se mató! ¡Se mató! ¿Uno qué hace con eso? lo lleva a análisis, porque después la paciente cantante de lo más tranquila, relajada, echándome el cuento de lo mal que la había pasado esa noche y yo por dentro ¿y lo mal que pasé yo esa noche? eso no se lo digo, claro porque además los pacientes ponen a prueba, también porque ese trabajo de análisis, de supervisión... No es un punto que particularmente me inquiete, en algún momento fue, cuando trabajé en oncología la muerte de los niños y bueno ahorita tengo un caso de un fallecido en oncología, eso es un tema que yo he trabajado, eso no quiere decir que más nunca me vaya a pegar, en algún momento con algo contactaré. La paternidad fue un tema en algún momento, estaba recién yo... Estaba naciendo mi hija mayor entonces uno empieza que en las sesiones todos empiezan a hablar de hijos, entonces uno se queda ¿qué es esto? no, sino que uno empieza a escuchar más ese tema, entonces qué hace uno, va y lo lleva a su sesión y vea qué es eso porque eso es suyo, uno no va por ahí... Y ahorita, ahorita comenzó, bueno no ahorita ahorita ahorita, digo este ciclo desde los últimos dos tres años que comenzó el tema migratorio, que por supuesto en esa semana si vi que pasó muchas preguntas porque se empezó a ir muchos colegas y eran las preguntas de mis pacientes ¿y tú te vas a ir? entonces era mi pregunta, en ese momento era mi pregunta si me voy o no me voy y ahora cómo decirle a los pacientes algo de eso, mira yo no me voy, hasta que empecé a responder en algunos esa fantasía general que empieza a invadir la consulta, estaba haciendo obstáculo pues, yo no me voy ahorita pero eso no garantiza que yo no me vaya a ir en algún momento, es la respuesta más honesta que puedo dar y *voila*, creo que ese es el único impasse que he tenido, de resto son impasses con casos...

EG: ¿Nos puede hablar de esos dos impasses que nos hablaba al principio como de esa vez que quiso darles la opción de irse como una solución?

P: Ahhh, una fue una paciente muy demandante, muy histérica, cuando digo histérica es que hay algo que ocurre en la histeria como tal que es poner al otro a que le responda, que le responda lo que ella desea, entonces hay una posición que ella siempre ha jugado en la transferencia es que todos los hombres con los que ella ha estado se enamoran de ella, o sea una mujer muy bonita y se arregla mucho, entonces ella en las primeras sesiones ya me confiesa en algún momento que ella estaba esperando en la sala de espera y lo que deseaba era que no le tocara un hombre, está cuadrada por cita, está la cita entonces se le asigna un analista y ella bueno nada, coincidencialmente le toca un hombre y esto fue un problema para ella desde el inicio de la sesión, nosotros duramos aquí como... Lo que pasa es que ahorita se fue del país pero tres años, tres y pico más o menos, y cada cierto tiempo cada vez que tocábamos el punto álgido del asunto aparecía que ella estaba muy enamorada de mí, que ella no sabía cómo hacer eso, con eso, que cómo es posible que algún momento... Hubo un momento donde era más intenso que otro, momentos donde se lo interpreté claramente, eso no tiene nada que ver con ella, no tiene que ver conmigo, eso no tiene que ver con lo que usted me está contando y usted sabe muy bien que eso no va a pasar entre nosotros, después ella seguía hablando de eso después de yo haber hecho esto, ella hablaba del amor y no sé qué más y yo la escuchaba y la remitía con su esposo, aja entonces estás teniendo problemas con tu esposo eso fue una sesión muy importante que ella la llevó a trabajar con eso, pero eso fue después de yo haberle dicho si esto es mucho problema para usted yo la refiero, y ella decidió continuar. Y la otra... Esta es una versión de una transferencia amorosa en una fantasía muy amorosa, y lo otro era una... Ella era una... Tenía hábitos alcohólicos acentuados y tenía, que creo que era lo que estaba detrás pero ella se fue, en una sesión ella llegó muy molesta muy molesta, porque le había tocado esperar diez minutos más de su hora y esa sesión fue acusarme insistentemente y muy violentamente que yo la trataba como un perro, ahí por supuesto yo... ¡Berro! esta es la posición donde ella se ubica como que desechada por los demás, lo está actuando completo acá, por supuesto esto te lo digo ahorita tranquilo después de aja... Pero en ese momento es un fastidio recibir todo eso... Ehh... ¿Por qué? porque Apolo persona, ya no psicoterapeuta a mí no me gusta que me hablen feo pues, a mí no me gusta que me griten y eso yo lo sé porque yo lo he trabajado en la vida porque sino me paro y la saco y entonces termino diciéndole la sesión siguiente que a mí me parecía en tal caso que si ella se sentía así que yo la podía referir con alguien que se sintiera más cómoda, no doctor, yo me quedo aquí un tiempo más, fueron dos sesiones más y después no volvió más entonces yo la llamé y más nunca me contestó y bueno... Uno se la juega a veces, ojalá haya

conseguido a alguien porque estaba muy tomada, era una depresión muy dura y tomaba en depresión alcohol, estar en esta posición de verse muy disminuida era horrible, fíjate que diez minutos fue lo peor que pudo haber pasado por cosas que a veces pasan.

ES: Ya que comentabas esto de reconocer lo que a ti te molestaba de que ella te estuviese gritando ¿Cómo es el proceso de identificar tus emociones propias frente al contenido que te trae el paciente cuando estas en la consulta?

P: No son todos, no es siempre que eso ocurre, o sea esto no es algo que el paciente te está interpretando a cada ratico, por eso uno está en análisis, yo estoy en análisis y yo tengo 17 18 años de análisis entonces hay un punto donde donde quien te interpreta es la sesión analítica, estos eventos que yo les cuento son eventos excepcionales que además se han convertido en proceso de construcción de caso de trabajo y llevar eso a la enseñanza, mostrar por ejemplo tu práctica en la escuela de psicoanálisis cuando tú tienes estos impasses hay un punto tú tienes que hablar de tu impasse, no es que vas a presentar los casos bonitos y perfectos que llegan al final. Tú te das cuenta que llega un momento que uno no lo piensa, uno no lo sabe, yo creo que hay un momento de mi práctica donde estaba muy pendiente de esas cosas y uno está mucho más pendiente de cómo me siento, cómo me arreglo, si digo o no digo. Ahora hay algo de la misma dinámica con los ejes y el mismo proceso de formación que te lleva a saber qué cosas son tuyas y qué cosas son del paciente, te lo digo fácil ahorita pero por supuesto en la dinámica uno a veces se sorprende, pero no es siempre, no es constante, esa sorpresa a uno no lo está agarrando fuera de base siempre, cuando te agarra más fuera de base yo me quedo callado, en ese momento no es un momento para intervenir hasta que algo asiente, como termina orientando eso qué tiene que ver contigo, entonces uno suelta una pruebita a ver si es mío o si es de él o cómo es eso, no sé si eso contestó un poco tu pregunta.

ES: Sí.

EG: ¿Influyen las experiencias personales en el tratamiento terapéutico?

P: Quizás, influye en tanto es parte de la vida, entonces esa pretensión de mantener separado cómo vives de cómo uno... Yo creo que hay un punto de consecuencia ética que al final tus experiencias de vida tocan y si te tocan hasta el punto tal que no puedes pasar consulta, ese día no pases consulta, creo que eso es lo más ético que puede ocurrir... Me hiciste recordar... Hay una paciente que ella consulta porque tiene unos ataques de alergia graves entonces empieza a estornudar grave y ella empieza... Yo cada vez que me tocaba consulta con ella, yo empezaba a estornudar con ella entonces yo en algún momento, oye ya va yo no estoy para estar identificándome así con el síntoma de esta mujer -risas- y le digo ¿Y de dónde vienes tú? Ay de mi casa

entonces a mí me gusta hacer jardinería y no sé qué más ¿Y tú te vienes a quejar de tu alergia después de hacer jardinería? te traes todo ese polen pa´ ca y me dejas a mí estornudando, se le quitó la vaina y a mí se me quitó la vaina entonces hay algo también del conocimiento, de la experiencia que a veces yo sé que si yo me meto un poco de flores me da alergia a mí, entonces algo estás trayendo tú porque además es la última paciente, veo varios pacientes, ay algo raro que estás trayendo tú, tu perfume no sé. Y bueno experiencias de vida... Influye en tanto tú puedas entender que son tus experiencias de vida, tus experiencias de vida no se usan en el trabajo psicoterapéutico, yo no lo uso como sugerencia por ejemplo, ay yo comencé a tomar flores de Bach... O yo comencé a ir a un retiro... No, eso es mío, me he conseguido pacientes... Voy al cine y me consigo pacientes pues, qué hago ¿no saludo? si me ve bueno cómo estás, cómo te va, ¿Ay qué le parece el cine? No, a mí me gusta mucho el cine... Eso era un punto que en algún momento a mí me angustió mucho ¿Y si me consigo un paciente y me ve tomándome una cerveza? Bueno, tampoco voy a estar haciendo espectáculos tirándome de borracho por ahí, cuando uno salía a tomarse una cerveza, Influyen en tanto tú puedas seguir viviendo, tus experiencias de vida son importantes porque te hacen mantenerte vivo, no te hacen quedarte en esta cosa de soy más papista que el Papa y no no, uno es humano también y disfruto cosas, tomo café pero eso no va a una relación terapéutica.

EG: ¿Le ha ocurrido que alguna experiencia personal es similar a lo que trae el paciente en terapia?

P: No, lo escucho mucho, lo escucho mucho en supervisión, es que eso me recuerda cuando a mi... No... A mí no, en ese sentido porque todas las experiencias van a ser similares en términos de estructura ¿Te casaste? Ay eso me recuerda a cuando yo me casé, sí pero ese es mi matrimonio, entonces ¿cualquier cosa que haga el paciente me va a recordar cualquier cosa que yo hice? y cuando eso pasa no es de la línea psicoterapéutica porque lo importante cómo el paciente significa eso en su vida, no como yo lo signifique.

ES: Pero ¿Podría haber en el proceso terapéutico un espacio de sentir empatía o comprender una experiencia de un paciente que sea similar a una personal?

P: La empatía en sí... O sea no estoy diciendo que uno no sea empático y que uno no se interese, uno se interesa por las experiencias de vida del paciente, y a uno lo conmueve, sobre todo con niños, con niños probablemente sea un punto donde yo me permito más que salga una lágrima porque además la dinámica con el niño implica otra cosa entonces el niño viene y te abraza ¿cómo no lo vas a abrazar? en ese sentido, eso es una postura mía en el trabajo con niños que es distinto a con el adulto, a un adulto le puedes decir que no, yo no doy abrazos, ay ese analista si es odioso... Y no me siento afectado en ese sentido porque la posición... Yo sé porque no le estoy dando el

abrazo a ese paciente, es algo de la transferencia también. Pero por supuesto hay empatía cuando un paciente dice... Con las vicisitudes de Caracas que pasa cualquier cosa... Había uno que me contaba que le habían robado el carro en la universidad y yo le digo ¡Qué broma fulanita! de verdad ¡Qué broma! pero así de la forma más auténtica y después vemos, después analizamos todo lo demás peor eso no quiere decir que no... En algún momento cuando estábamos haciendo unos reajustes de seguridad en el consultorio era trate de no salir muy tarde yo voy a adelantar las horas, véngase más temprano, no se quede hasta tan tarde allá abajo, eso es un punto de empatía pero hasta ahí, no me lo voy a llevar a mi casa por ejemplo.

EG: Ahora que hablamos de eso ¿Ha hecho modificaciones alguna vez en el encuadre con algún paciente...

P: Todos los días, siempre, siempre siempre lo que se pueda modificar.

EG: ¿Con base a qué?

P: Con base a la transferencia, con base a algunos... Porque la marca de la transferencia... Estamos hablando así de CT y transferencia en general, eso no es así, por ejemplo la transferencia contigo es contigo, la transferencia contigo es contigo, mi transferencia con mi analista es mi transferencia con mi analista, entonces se desdibuja un poco la figura como de... No sé en el uno a uno, uno tiene que tener la posibilidad de hacer la lectura de por dónde viene el asunto y dejar pasar algunas cosas y otras no, a veces son pruebas a veces uno lanza un dardo de prueba a ver si lo agarra el paciente y si no lo agarra tú tienes que cambiar la dinámica y una estrategia... Un manejo que uno hace de la sala de espera entonces hay veces que tienes tres pacientes esperando, escoger quién sigue tiene efectos de interpretación, uno a veces... O sea yo tengo un estilo de trabajo entonces quien llegó primero es el que pasa porque tú le das hora e igualito llegan a cualquier hora entonces... Pero a veces sé de un paciente que estamos trabajando un punto con el tiempo entonces paso otro aunque él haya llegado primero y eso es para mover algo en la sesión, eso no lo hago en el momento transferencia fantasía, entonces me va a odiar hay otros momentos en donde hacerlo, el encuadre se modifica y más en Caracas, no puedo llegar, estoy retardado, entonces uno a veces apela un poco a eso y hay pacientes que no lo toleran y entonces hay pacientes que hay que tratar de conservar esa hora fija para ese paciente, esta es la hora de este paciente entonces la pauta la marca la transferencia. Creo que ustedes están haciendo un buen trabajo por el lado de la CT porque ahí está la clave de todo este bicho, lo que uno llama psicoterapia, análisis, dinámico... -risas-

ES: ¿Alguna vez ha hecho una intervención de una manera que luego considera inapropiada?

P: Siiii claaaro.

ES: ¿Nos puede dar un ejemplo y decirnos el por qué?

P: No me acuerdo, a ver, déjame ver si... Ah, hay unas pacientes que venían siempre juntas aunque yo les daba citas separadas entonces se daban la cola y venían juntitas y se iban juntitas y venían juntitas y se iban juntitas... En la sesión una hablaba de una y otra hablaba de la otra y eso era un pastel imaginario y le digo yo a la que sabía que estaba empastelando el asunto ¡y usted viene en otro horario! ¡A tal hora! y ella ella se arrechó, ¿eso es un acto analítico verdad? ¡Eso es un acto analítico! tú me estás haciendo eso ¿por qué me estás separando? y le digo ¡sí es un acto analítico! y le cerré la puerta, cuando entré al consultorio dije ¿qué acabo de hacer? -risas- Apolo qué bolas tienes tú, supervisión, no sé qué más, Apolo había que cortar eso... Y ahí empecé a trabajar en proceso de formación con las intervenciones, y entonces la interpretación uno sólo sabe que tiene efecto... Uno sólo sabe que la interpretación llega cuando tiene... Cuando tú ves el efecto en el paciente, esa ruptura, o sea yo creía que no iba a volver, no, después regresó y se vino sola y me dijo ¡tú no sabes todo lo que hice yo para llegar a esta sesión!, ¿qué hizo?, vine en metro, ah como cualquier caraqueño y ahí corté la sesión, entonces ahí no me lo cuestione tanto, ya estaba encaminado por el lado que era, vienes en metro cuál es el rollo como cualquier caraqueño en la ciudad de Caracas, punto. Pero sí, estuve como dos días así, o una paciente que fue... No recuerdo si fue en ese tiempo porque ese fue el tiempo de estas intervenciones no tan prudentes, era un punto de interpretación que ya no es tan prudente, uno tiene que cortar esa forma de gozar, disfrutar así maliciosa el síntoma, eso es lo que hace el analista.

La paciente me contaba todos los días que se iba a matar, esta era otra, y yo terminé cortándola ¿por qué no lo has hecho? entonces me quedé callado luego de que dije eso, Apolo ¿qué hiciste? ¿Cómo le vas a soltar tú esa vaina? y empieza ella a asociar, es que no puedo hacerlo por tal y tal cosa, y empezó a hablar de otra vaina y cuando... ¡Este es el efecto! entonces ya no me angustié tanto cuando hago esas cosas, pero no pasa por ahí tanto por supuesto.

EG: ¿Qué pacientes decide supervisar? ¿Cómo elige?

P: Los pacientes que me son... Con los que toco más con ese impasse, hay un momento del análisis donde hay un obstáculo, hay un punto ciego aunque normalmente trato de supervisar todos mis casos pero uno siempre supervisa más el punto del impasse, el punto del impasse es un punto normalmente que toca contratransferencialmente desde esa posición pero que toca lo más singular de tu ser, por eso es que no logras trabajar ni moverte desde ese lugar, en la orientación lacaniana por ejemplo uno supervisa sus casos con su analista y tienes controles con otros analistas, pero muchas veces lo que uno está supervisando es ese impasse de uno de no poder sacarse del lugar imaginario donde tu viste el paciente, era algo que me pasaba con esta

muchacha del amor, si a mí no me gusta que me hablen feo, a mí me gusta que me quiera, entonces este punto... ¿Y yo cómo me salgo de aquí? yo estoy entendido, yo lo he trabajado, he lidiado, le he dado la vuelta pero siempre era la pregunta, cómo me saco de este lugar donde ella insiste que vaya. Lo primero que me aclaró la vida es que yo en esa relación no soy un hombre, coño si eso yo lo sé claro, pero terminaba actuando como si de verdad fuera un hombre, yo no soy ningún hombre yo soy un analista, puedes tener esa fantasía con los hombres, yo soy tu analista, y eso te quita un poco de ese lugar donde te pone el paciente, que te atrapa, realmente la CT atrapa, por eso es tan delicado manejarse desde allí es delicado, es delicado, terminas atrapado en un sueño, en un sueño... Estoy tratando de pensar en un ejemplo de alguna película... Ah coño, cómo es que se llama esta de Di Caprio y Nolan...

EG: ¿Inception?

P: Claro, terminas atrapado ahí que no sabes qué es tuyo y qué es del otro en... Al terminar la película tú quedas igual, tiene algo de eso.

EG: Por lo que usted está contando, no se trata quizás de un diagnóstico, no se trata quizás de características sino que hay puntos arduos en cada análisis o terapia con el paciente, son las características quizás de esa situación.

P: Correcto, porque el diagnóstico, la característica, eso va por añadidura, realmente cuando tú tienes un diagnóstico, tienes un paciente con un síntoma esa es la mejor manera que ha encontrado ese paciente de hacer con su vida aunque el síntoma le sea muy doloroso, entonces si uno empieza a ver esto de cómo intervenir en ese arreglo tan singular para ese paciente, que es lo único que lo ha mantenido cuerdo en la vida y para tú poder operar desenredando un poco eso, tienes que estar ahí pero sin estar, porque sino te vuelves parte del síntoma, allí es donde realmente se complica el asunto no en diagnosticar, diagnosticar es una panza, ¿establecer plan terapéutico? fácil, revisar la medicación, hacer chequeo de medicación, eso no quiere decir que uno no haga todo eso, por supuesto uno se vale de todo eso, porque eso mantiene clara la idea del terapeuta, pero el asunto es cómo operar en ese nudo sin morir en el intento, y morir es que te devore el nudo del paciente... Vale que bonita la metáfora, después me pasan esa... La voy a usar en clase. -risas-

EG: ¿Te devore el nudo del paciente?

P: Me devore el nudo del paciente...

ES: Hablando de que lo devore el nudo del paciente ¿Alguna vez ha sentido que ha perdido los límites del encuadre establecido con un paciente?

P: No... No. Porque… Bueno tendría que repreguntarte a ti qué significa perder los límites.

ES: Hacer cosas que quizás usted no estipuló como parte del tratamiento, o que quizás no le dio un sentido terapéutico.

EG: Que quizás violen lo que es para usted la labor terapéutica.

P: Eso es una pregunta sobre ética la que ustedes están haciendo, porque si es por el lado de los límites del encuadre siempre se rompen en el sentido de uno siempre está moviendo en ese nudo, entonces hay cosas que varían, pero ahí hay un límite, hay un punto, como decía ahorita, no me lo llevo para mi casa o sea literal y metafórico, hay un punto donde hasta ahí y eso tiene que ver mucho con la pregunta ética, eso es un ejercicio ético, la psicoterapia es un ejercicio de ética. Entender por dónde, de qué está hecha la transferencia y por dónde va la transferencia implica poner el lugar que corresponde a las responsabilidades, es decir, cuando yo te hablo de la transferencia como un fenómeno en el paciente y en la dinámica, es que cada quien se tiene que hacer cargo de su inconsciente, esa es la máxima en psicoterapia, usted se tiene que hacer cargo de su síntoma, para el paciente ¿no?, eso implica de sus fantasías sexuales, de sus fantasías suicidas, de sus fantasías... Mis fantasías tienen otro lugar, entonces al diván, o mi fantasía es consensuada con mi esposa, apropósito de todas las cosas que uno ha venido escuchando últimamente y el año pasado con algunos que han dicho que ejercen la labor psicoterapéutica, no voy a nombrar a nadie, no voy a decir que son colegas porque no lo son, hay un respeto ético con el sufrimiento del paciente y abusar de ese sufrimiento es una posición perversa del psicoterapeuta y yo no voy por ahí por eso sigo hablando de estas cosas y doy clase y todo estas cosas. Las ofertas aparecen por supuesto, de maneras como esta paciente, esta insistencia en que... Yo no sé cómo hacer para verte como mi analista si siempre te veo como un hombre ¿qué va a hacer usted con eso? Uno ha escuchado en la profesión, uno escucha en el gremio cualquier cantidad de historias del aprovecharse del sufrimiento del paciente para beneficiarse de ellos, no sólo en lo sexual, en lo económico, uno tiene una ética muy clara en ese sentido porque uno se vive preguntando por el ejercicio, por el quehacer psicoterapéutico, uno se pregunta siempre ¿Por qué yo hice esto? por qué le dije...No, aja por esto, por esto y por esto, entonces al menos uno está orientado en ese sentido.

EG: ¿Le parece que deberíamos incluir algo más en esta entrevista o que deberíamos incluir otra cosa en futuras entrevistas que no le hayamos preguntado?

ES: ¿Hay algo que a usted le parezca importante compartir con nosotros?

P: No, creo que está muy bien, creo que además manejan muy bien la forma de entrevistar, esto es una entrevista semiestructurada porque... Entonces me

parece que está bastante bien, es bastante pertinente lo que están preguntando, escuchan las respuestas y creo que eso va construyendo un poco lo que viene en el marco... Lo que tienen en su marco referencial, desde Lacan no hablamos mucho de CT pero eso no quiere decir que no la hayamos estudiado, lo que pasa es que hacemos este viraje que les estaba tratando de mostrar, tratar de ubicarlo en el lugar que corresponde. Chévere chévere, me parece que está muy bien, siempre se puede agregar más pero ahora no me ubico en algo más.

EG: Entonces, muchas gracias

Abraham, 33 años.

12/05/2018

P: Participante **EG**: Gabriel Entrevistando **ES**: Stephanie Entrevistando

EG: ¿Qué significa la contratransferencia (CT) para usted?

P: Bueno mira, como yo lo entiendo, la CT es una respuesta emocional inconsciente desde el rol del analista o terapeuta, voy a hablar mucho de analista, aunque aplica también para el terapeuta, en el cual se responde a una transferencia previamente colocada en él de parte del paciente. Ese vendría a ser el concepto clásico. Freud de algún modo lo consideró, hacia 1910, como un obstáculo para el proceso de terapia, de análisis, porque bueno se suponía que no debían entrar en juego las reacciones emocionales del analista, ¿no? por aquello de la neutralidad y la abstinencia, sin embargo, posteriormente, pasaron años, porque él después habló de esto pero nuevamente en 1914, casi nunca se refería a esto, si se refirió bastante a la transferencia, y pasaron después años donde el tema se tocaba muy poco, y sobre todo se tocaba muy poco porque era un tema polémico, de hecho ustedes ven y es muy poco frecuente que un analista en un trabajo clínico hable de su CT, más bien cuando lo habla wow, qué bueno que lo habla, pero generalmente es como algo que se pone poco en juego porque muestra subjetividades, muestra subjetividades del analista, entonces se muestra mucho del paciente y muy poco del analista, bueno posteriormente hacia la década de los cuarenta, dos autores muy importantes, Paula Heimann, en Londres y Henrich Racker, en Argentina, aunque Racker había tenido formación en Londres bueno comienzan a plantear la CT, ¿no?, y se empieza a hablar de CT en la técnica, y se empieza a hablar además sin tanto tabú de la CT. Se plantea en ese caso la CT no solamente como un obstáculo, sino además como una herramienta útil para el trabajo con los pacientes, ¿en qué sentido? ¿útil por qué? porque uno podía tomar en consideración la CT como una medida de aspectos inconscientes proyectados del paciente que están generando una respuesta, inconsciente en un principio en el analista, pero que al hacerla consciente y analizarlo, bueno nos pudiera dar material clínico, un material clínico adicional que no necesariamente venía con las verbalizaciones del paciente. Un sueño, por ejemplo, viene con las verbalizaciones, un lapsus viene con los actos del paciente, pero la CT venía de un registro inconsciente, fuera de toda verbalización, que sin embargo produce una respuesta en nosotros y bueno, ¿qué estaba pasando acá? vamos a pensar esto, y en ese momento se pudiera convertir en una herramienta, una herramienta de trabajo adicional, ¿ok? esta polémica teórica a lo largo de los años siguió, después con la escuela estructuralista, del cual el máximo representante es Lacan, porque, bueno, para ellos la CT no es, o sea, ellos no manejan este término, o no acuñan el término de CT, más bien acuñan una cosa llamada transferencia del analista, que sería equivalente en cierto modo a lo que Racker planteaba como CT complementaria, es decir, complementas de algún, o sea, tienes una respuesta

que viene, que viene siendo una respuesta inconsciente y responde a la totalidad del analizando, o sea, no viene siendo una respuesta, si quizás inconsciente también, pero a un elemento proyectado, entonces ya ahí si teníamos un problema técnico, porque evidentemente con este problema técnico ¿qué estaba haciendo? bueno, había un problema de simetrización, uno de los principios del trabajo en terapia psicoanalítica es la asimetría, es decir, yo soy yo, tú eres tú, trabajamos con un principio de alteridad, y con una posición analítica de escucha y de neutralidad, eso es lo de algún modo a uno le permite leer la, leer el contenido inconsciente del paciente y devolvérselo, sin caer nosotros en juego, en el medio. Cuando hay una respuesta contratransferencial del tipo complementario, ahí hay un problema, porque ahí nuestro self está respondiendo inconscientemente a un elemento que el paciente está movilizando en nosotros, y generalmente, tiene que ver con elementos no analizados de nosotros mismos, por eso es que parte de la formación o parte del trabajo, hay una cosa que se llama método Eitinton o trípode, es el análisis personal, y mientras más sea tu análisis personal, pues mucho mejor porque más vas a poder ver en el otro. Entonces, ¿qué planteaba la escuela estructuralista? Los lacanianos, bueno, o sea, no debía tomarse como una respuesta, eso no era válido, porque además estabas poniendo en juego tú, al analista como sujeto, para ellos en la sesión el analista no debe ser sujeto sino objeto, objeto de las proyecciones del paciente, pero no un sujeto, eso estaba mal, entonces lo denominaron transferencia del analista, que era como una especie de una respuesta del inconsciente total de la personalidad del analista sobre algunos elementos del paciente, es decir, me cae mal, me cae mal y punto, a ver si estoy reaccionando así, es una cosa mucho más masiva, mucho más primitiva, y bueno por supuesto, no podía ser una herramienta de trabajo, es algo que estaba mal, como es algo que estaba mal bueno había que ver qué estaba pasando allí, pero no se le llamaba CT. De mi parte, yo creo que existen las dos cosas, creo que puede haber una CT del tipo concordante, que es una respuesta inconsciente pero que de algún modo puede utilizarse antes ciertos elementos que el paciente proyecta en nosotros, o el analizando proyecta en nosotros, y creo que puede haber transferencias del analista, y las transferencias del analista del punto de vista técnico, si viene siendo un problema, pero creo que pueden ser cosas diferentes. En algún modo pudiéramos considerar más o menos equivalente la transferencia del analista a lo que es la CT complementaria.

EG: Respecto a eso último, ¿hay utilidad en estas CT que está definiendo como las que cree que existen, dentro del espacio terapéutico?

P: Bueno, si vemos la CT como una herramienta de trabajo, por supuesto tiene utilidad, sería una herramienta, si tomamos lo que venía diciendo, la CT de tipo concordante, ¿ok?, si hay una CT de tipo complementaria, eso es un problema, igual que la transferencia del analista. Es un problema desde el punto de vista

técnico, porque se está trabajando en simetría, y si trabajo en simetría, más que utilidad, allí si puede ser como una piedra en el camino del análisis, ¿ok? Es de utilidad siempre y cuando el analista pueda registrar lo que le está pasando, tomar esto en cuenta y a partir de allí, bueno pensar qué puede estar pasando con su paciente, o incluso una cosa que llamamos campo analítico, campo analítico es juego transferencia - CT, es como yo le llamo la atmósfera de la sesión, esto es un concepto de los Baranger, unos analistas del sur, tanto de Argentina como de Uruguay que hicieron este planteo del concepto del campo analítico. Pero sí, creo que puede ser muy útil, siempre y cuando el analista se sepa rescatar y la utilice de esa forma, por lo menos hablando del trabajo; porque si no entramos en un juego de identificaciones y contraidentificaciones.

EG: ¿Cómo identifica el terapeuta si es una u otro tipo de CT?

P: Mmm, porque probablemente en el momento en que tú eres capaz de hacerlo consciente, simbolizarlo, registrarlo y preguntarte por eso, creo que ya estás en una posición de mayor asimetría; si estás muy tomado por sea lo que sea qué te está pasando, puede que te des cuenta, pero te vas a dar cuenta que tus respuestas son masivas, entonces allí tienes que ver qué puede estar pasando. Y hay maneras, ¿no?, o sea, eso lo puedes llevar a tu análisis, puedes tratar por supuesto de supervisar el caso, y si es una cosa muy grave con la que no puedes, lo más ético y lo más sano es referir o derivar el caso, plantear una terminación y ver qué puede estar pasando. Esto por supuesto no es solamente teoría, para que lo vean como más claro, puede ponerse en juego cuando hay una cosa, que por ahí mucha gente le asusta, que se llama transferencias eróticas, qué pasa cuando la transferencia es erótica y de paso, no hay una transferencia típica nada más sino una CT erótica, caramba. O sea, está el analista y viene una paciente, muy linda o lo que sea, o un paciente, y hay un enamoramiento de parte del paciente hacia el analista y hay una respuesta masiva de agrado y bueno, de pérdida de rol analítico de parte de ese analista. Hay una CT erótica, no hablemos de erotizar que es más complicado, la diferencia de erotizar es cuando ya se borra el cómo sí, y es una cosa mucho más masiva, con una proyecciones mucho más fuertes que a veces hablan del núcleo psicótico del paciente, o del que responde también. Pero en este caso, por ejemplo, de la CT erótica, bueno es un problema, entonces ¿qué hay que hacer allí? bueno, no creo que de entrada haya que derivar o referir, hay que primero preguntarse ¿qué puede estar pasando?, pero entonces ¿qué puede estar pasando? y lo mismo, mucho análisis, mucha supervisión a ver cómo puede manejarse el caso y seguramente, si se está dando eso, es porque no se está trabajando lo suficiente la transferencia, entonces la transferencia hay que marcarla, hay que interpretarla, porque puedes lidiar con eso, pero lo que no pueden hacerse como de la vista gorda, o sea, aquel chiste del elefante en el cuarto, tienes un elefante rosado en el

cuarto y estás pendiente del color de los enchufes, ¡no!, tienes un problema grave ahí, no lo están viendo, y eso es parte de la intersubjetividad entre paciente y analista. La mayoría de las veces, si estas cosas no se trabajan terminan mal, hay una interrupción unilateral, muchas veces de parte del paciente, o la cosa termina mal de parte del analista y termina refiriendo al paciente antes de tiempo o te das cuenta que no pasa eso, o terminan acostándose, cosa que si el vínculo no se ha cortado, por supuesto que es un trastorno, y desde ahí hay una perversión del vínculo porque, hay normas incluso, artículo 5 del Código Ético de la IPA prohíbe cualquier tipo de comercio sexual entre analista y paciente, a menos que ya no sean analista y paciente, pero pa' que eso pase tienen que hablarlo y pa' eso tienes que primero registrar tu CT y decir bueno aquí está pasando algo, qué es muy común que suele pasar, de historias varias, incluso casados hoy en día, pero evidentemente que pasó algo en el vínculo que tuvo que haberse hablado, que si no se habla generalmente termina muy mal. Lo ideal es que la mayoría de las veces eso se pueda trabajar, se pueda interpretar, y partiendo del hecho de que la CT es una respuesta a elementos del paciente pues nada, estos nudos puedan interpretarse lo suficientemente bien, con suficiente amplitud, con suficiente profundización y bueno, esto de algún modo se vaya disolviendo poco a poco y de paso a la continuidad del trabajo analítico, eso sería el objetivo ideal.

ES: ¿Y usted en su trabajo ha logrado hacer eso, de utilizar la CT y que le permita tener un mejor trabajo, o una mejor intervención terapéutica?

P: Sí, yo creo que todos los días uno lo hace, en mayor o menor medida, uno pocas veces lo pone de manifiesto, pocas veces lo interpreta, pero generalmente siempre lo estás registrando. Vamos a poner otro ejemplo, supónganse ustedes segundo paciente de la mañana, usted durmió bien el día anterior, tomó café o mate en la mañana, sus vitaminas, tun tun tun, ¡muy bien! no tiene ningún problema que lo, que lo vaya a molestar, tiene la luz del consultorio, porque además todos esto factores influyen, ¿no?, es una mañana fresca, tiene la persiana a la mitad, está trabajando con esta luz de arriba, no tendría por qué darle sueño, y el paciente le da sueño ¡caramba! y no es una vez, pasa todos los mismos días que la persona viene, ya ahí habría que preguntarse qué está pasando, ¿por qué este paciente me está dando sueño y los demás no? porque a lo mejor, el paciente de las seis de la tarde, cuando ya está cansado de todo el día ver pacientes en el día, le da sueño. Pero el segundo de la mañana si lo cambias de hora, no importa, a las dos de la tarde igual, o peor porque después de almorzar, más riesgo de que le de sueño. Lo mueves de día, no no, es el paciente. ¡¿Por qué?! ¡¿Por qué me está dando sueño este paciente y no los demás?! Ahí hay un problema, ahí hay una cosa del aparato mental del analista está registrando algún tipo de aspecto de ese paciente, porque es ese paciente o esa paciente, que hay que trabajar. Muchas veces son aspectos muertos del paciente que son proyectados sobre el

analista, aspectos letárgicos, núcleos psicóticos, entonces es un elemento a registrar y es un buen ejemplo y sobre todo para poder abordarlo bien y trabajarlo a tiempo, porque si no se trabaja a tiempo, bueno, hay riesgos, ¿no?, como todo lo que está en una situación y se deja pasar, después hay consecuencia que, bueno, que evidentemente pueden lamentarse, el paciente se psicotiza o dice que no va más, o uno se queda casi que dormido.

EG: ¿Alguna vez ha tenido que referir algún paciente, por razones contratransferenciales?

P: No, no me ha pasado, han habido casos de transferencias eróticas detectadas a tiempo que se han trabajado, de CT eróticas también, yo no tengo ningún problema de hablar de eso, y se han supervisado, se han llevado a análisis y de algún modo se ha desanudado lo que ha habido allí. Ha pasado que por respuesta tardía, y por un interjuego del vínculo paciente-analista en lo que es el campo analítico, si han habido interrupciones unilaterales, o terminaciones supuestamente acordadas que pa' mí son terminaciones. ¿Cuál es la diferencia entre una terminación y una interrupción? Bueno, el tiempo de análisis, si es pertinente o no es pertinente, si los dos consideran que bueno que sí, que hay que ponerle fin a esto, o no. La interrupción aunque generalmente se pueda de la boca para fuera decir que bueno, que fuese conveniente, pero eso es unilateral, siempre, o porque uno de los dos se tiene que ir o porque uno de los dos se quiere ir, o simplemente el analista no puede seguir trabajando con esa persona, eso es una interrupción.

EG: ¿Hay algún caso en específico del que nos quiera hablar y cómo abordó esto, ya sea llevándolo a supervisión? ¿Qué fue lo que llevó, algún tema específico que haya sido difícil de llevar?

P: Mmm... estoy pensando, lo que pasa es que es gente del medio, vamos a ponerle dos ejemplos pero no puedo darles demasiados detalles porque es gente del medio, ¿no?, chica joven entre 20 y 35 años, dos años de tratamiento aproximadamente, bien presentada, muy bien parecida, un punto en el tratamiento en el que yo empiezo de un modo a sentir o a registrar algún tipo de interés por la paciente que me doy cuenta que no es común, en el ámbito del trabajo con los pacientes o con esta paciente, sobre todo una sensación de cuidado y sobreprotección, ¿no?, que casi que rayaba en los límite de la neutralidad. Uno se invita a cuestionarse, bueno, ¿qué está pasando, será que te gusta la paciente? no, independientemente uno puede tener su vida privada aparte satisfecha, lo que sea, a nivel sexual, de pareja, está pasando algo. Me cuestiono qué hacer, lo converso con un amigo que me dice refiérela, no des largas, yo un poco tozudo porque yo soy terco, yo decido no hacerlo, lo llevo a análisis, lo llevo a supervisión, evidentemente uno empieza a ver aspectos propios que se están moviendo allí, que evidentemente tienen que ver con una transferencia erótica, una respuesta contratransferencial no actuada de manera

erótica pero si desde el lugar del cuidado, sobreprotección, o sea ¡¿por qué?! Claro, uno comete errores técnicos ahí que no debe, ¿por qué?, bueno entre el análisis y la supervisión evidentemente hay cambios en la técnica, hasta que finalmente esto se interpreta, la paciente en algún momento lo niega, se sonroja, se pone a llorar y eso da pie a que se trabaje esa transferencia. Después de trabajar la transferencia, hay otro problema, hay varios tipos de transferencia, evidentemente ustedes saben que hay transferencia positiva y transferencia negativa, como no. La transferencia erótica puede ser una resistencia, resistencia transferencial, y aparte de eso, hay varios tipos de transferencia. Kohut, un analista de mediados del siglo pasado, hablaba de transferencias narcisisticas, entendiendo lo narcisistico como una etapa de la vida del paciente antes del Edipo, los primeros años de vida, donde bueno las identificaciones son masivas, es poca la diferenciación entre el yo y no yo, donde los mecanismos de defensa son primarios, al integración objetal es poca y la angustia generalmente en aniquilatoria, o si está un poquito más evolucionada, bueno, es una angustia de separación. ¿Qué pasó? Verga, después la paciente hizo una transferencia desde el punto de vista, si lo vemos desde la transferencia de Kohut, se puede decir idealizada, y sobre todo, dependiente. Empieza la paciente a no tolerar vacaciones, empieza la paciente a no tolerar la separación entre una sesión y otra, con el dilema, además, si aumentar o no la frecuencia, esta paciente venía una vez por semana, ¿aumentas la frecuencia o no aumentas la frecuencia?, aumentas la frecuencia pero no demasiado, a dos, el riesgo de aumentar más es que genera, además, mayor regresión y aunque se puede trabajar, esto hay que llevarlo poco a poco, y bueno, se aumenta a dos, pero con la mala suerte que viene un periodo vacacional, yo siempre tomo vacaciones en una determinada época del año en verano, y bueno esto coincide con momentos de la vida de la paciente que, cambio de pareja, final de la etapa universitaria, hay aspectos en los que no le va bien y ¡chas!, eso después da para que... ¡ah! al regreso de las vacaciones, transferencia negativa. Transferencia negativa, yo supongo, con una sensación subjetiva de abandono, se trabaja pero no hay manera y esto conlleva a una terminación, bueno una supuesta terminación que para mí siempre fue interrupción del tratamiento. Fíjense el primer ejemplo. El segundo ejemplo, también hombre joven, póngale ustedes entre 25 y 35 años, esta primera paciente estaba cara a cara, este segundo estaba en diván, dos, tres veces por semana, varió, ¿no?, obviamente empezó dos, subió a tres, después volvió a bajar, donde nos conseguimos con un problema, que también forma parte del campo analítico, o del interjuego de la transferencia - CT que se llama impasse analítico, no sé si lo han escuchado o les han hablado de esto, pero el impasse analítico es como cuando ustedes están en un barquito, en un laguito, imagínense que se van a los barquitos del laguito aquí en el círculo militar, y están en el medio y reman y reman y están en el mismo sitio, pero siguen ahí, y les da la noche y están ahí pero no se han movido. Bueno, ¿qué es lo que pasa en el análisis? pasa el tiempo, el paciente va, el analista interpreta, y esta

interpretación no puede y, resulta que, bueno, juegan como el perro que se muerde la cola, ¿no? Esto también trae como una respuesta contratransferencial en algún punto de sueño, de hastío, de cansancio, el paciente sigue viniendo, bueno nuevamente, o sea, supervisión, uno lleva al análisis cosas de su vida pero no lleva algún aspecto de su trabajo al análisis porque realmente estás como muy preocupado, para que dedique una sesión de sus análisis a hablar de un paciente, es porque estás preocupado por algo que está pasando. Bueno, ya al haber consciencia de que hay un impasse, evidentemente, hay cambios técnicos que permiten desanudar la situación, empieza a interpretarse, por supuesto desde la transferencia, con un desenlace mejor que bueno, esto permite superar el impasse y que se continúe el trabajo, y bueno, se sigue el trabajo un tiempo más, hasta que, bueno, posteriormente el paciente estaba mejor y queda entonces una vez por semana, y coincide con el periodo de las protestas del año pasado, lo que dio pie a que el paciente se perdiera y no regresara más. Pero fue por otras situaciones, yo diría más resistencial del mismo paciente, aunque estaba mucho mejor la verdad, luego de haber trabajado tanto tiempo; que necesariamente por un tema de transferencia - CT no trabajado a tiempo. O sea, el impasse se superó, y el trabajo continuó un buen tiempo más, por lo menos un año más, pero bueno, a veces hay circunstancias de la realidad externa que fomentan la resistencia también.

ES: Ok, y no llevarlo al extremo de la terminación o de tener que referir, sino quizás, ¿usted ha sido capaz de reconocer cuando ha hecho una intervención inadecuada, por producto igual de estas reacciones contratransferenciales?

P: Si.

ES: ¿Nos puede dar un ejemplo?

P: Mmm, mira la verdad es que un ejemplo tendría que ser demasiado específico, ahorita no recuerdo. Vamos a ver si logro recordar, pero, pero si, pasa todos los días, o puede pasar todos los días, porque el problema de la posición analítica es que, precisamente, al ser una posición, puede fluctuar. Tú puedes estar trabajando en asimetría, y trabajas bien en asimetría, interpretas, estás en tu lugar analítico, incluso se tocan algunas cosas, algunos aspectos que pueden hacer ruido con nuestra vida, pero los identificamos, los mantenemos separados, no pasa nada. Cuando esto pasa, y uno se da cuenta que pasa y sobretodo uno se da cuenta ya después que hizo una intervención, uno ahí lo que tiene es como que epa, tratar de rescatarse y volver a su posición de escucha y de neutralidad, volver a su posición analítica. Pero sí, puede pasar, puede pasar que uno se sienta bravo, por ejemplo, con la mamá del paciente por lo que le hizo al paciente, ¿epa, qué pasó? estás trabajando desde identificación, estás trabajando desde lo simétrico, es decir, tengo una

intervención de un Súper Yo cruel, un Súper Yo ahí que, narcisista ¿no?, desde el Ideal del Yo, y bueno, una parte tuya se identificó con esa parte del paciente y, que esa mamá es una coño e' madre, ¿por qué? bueno, porque si, porque mira lo que te hizo, o sea, haces una intervención que más bien fomenta eso en el paciente. ¿Qué pasó? Ahí hay algo tuyo que se está moviendo, claro, evidentemente si te das cuenta y te rescatas, no lo haces mal, esto generalmente no, no interfiere demasiado en el trabajo, pero, pero bueno son, son ese como las piezas del metal que no está lo suficientemente pulido, que pueden quedar como ciertas astillas, a veces puede pasarnos así. Es mentira que el analista es un ser investido de una extrema sabiduría, que no se equivoca nunca, no, uno se equivoca y muchas veces habla de más. Hay una máxima que dice que uno debería tener un oído o una oreja muy grande y una boca muy chiquita, la herramienta principal de trabajo es la escucha y uno no debe hacer preguntas curiosas, o intervenir por intervenir, sino con sentido, o sea, el acto analítico del señalamiento, de la escucha, sobre todo de la interpretación, tiene que tener un sentido porque si no, es necio. Y si es necio, a veces puede ser iatrogénico, o sea, haces daño, o simplemente no ayuda, ¿ok? Ahora que lo dices, me acordé de una situación, que claro hubo una respuesta contratransferencial, donde el paciente no se da cuenta pero es un paciente que puede estar, cuenta con aspectos muy... yo diría crudos, deficitarios, de una situación temprana en su vida, precisamente de la relación con la madre, ante la cual yo, me recuerdo, no pude evitar botar dos lágrimas, lloré. El paciente estaba en diván, ni cuenta se dio, pero hubo una parte de mí que se conmovió, esto a veces pasa sesión y es frecuente, que no todo mundo lo habla realmente, bueno, eso es cosa como de cada quién. Puede pasar también, que si es frente a frente, bueno, mira, o sea, nada, lloraste con el paciente. Es inusual, pero bueno, cabe preguntarse allí qué se movió en ti, ¿no? evidentemente, aunque te des cuenta, lo más importante es rescatarte, lo más pronto posible para poder intervenir desde el lugar, desde la posición analítica y no del lugar de identificación.

EG: ¿Algunas vez se ha sentido identificado por algo que trae el paciente?

P: Si, es como te digo, o sea, puede ser frecuente, lo importante es tratar de rescatarse de allí, por ejemplo, a veces cuando traen temas que nos tocan a todos, como el tema de política o este tema electoral, que si vota, no vota, entonces cuál es tu posición o no, bueno, a veces uno trabaja un ratico, decirles vamos a hablar 10-15 minutos de esto porque el tema que te está angustiando, y yo no tengo problema a veces de dar a entender mi posición ante la situación y eso, bueno, es parte de la sesión porque el otro necesita compartirlo contigo y a veces necesita que tú le digas también. No es una posición analítica, pero bueno, pero tiene un sentido en ese momento que es calmar la angustia, porque además el paciente sabe que la situación lo afecta a

uno, no es lo mismo que te hable de una situación general que también te afecta a ti a que te hable de su relación con su pareja, hijos, madre, abuela, o lo que sea. En este caso yo creo que ya la situación simétrica viene dada de entrada, entonces lo importante es que uno no se pierda, lo importante es que uno sepa cuáles pueden ser los aspectos desde donde es difícil salirse de una situación simétrica, que son muy pocos, y que la mayoría del trabajo transcurre en asimetría y neutralidad y abstinencia.

ES: Cuando dice rescatarse de ahí, me imagino que es cuando estás en el momento con el paciente, ¿qué haces? ¿Qué es lo que te permite ese rescatarse de ahí?

P: Justamente la concientización de que hay algo que estás pasando. La escucha analítica tiene varios niveles, como aquella película Inception, ¿no?, que es un sueño dentro de otro sueño, bueno, yo siempre digo que uno mira más allá de la persiana, que ve más allá de lo evidente, a veces el paciente está hablando una cantidad de contenido manifiesto, muchas veces intrascendente, y uno está en procesamiento paralelo preguntándose qué está queriendo decir el paciente con esa cantidad de información, a veces al parecer intrascendente. Estás tratando de pescar lo inconsciente para poder intervenir desde allí, ¿no? Esa misma doble mirada, o esa misma mirada a dos niveles de profundidad, a veces te permite darte cuenta también de tu propia reacción, y eso te permite evidentemente concientizar y en la misma sesión decir epa, o sea, espérate un momentico, rescátate de allí, e inmediatamente al rescatarte, bueno, pasó una vez pero no pasa más. Pero precisamente tiene que ver con eso, con la capacidad de hacer consciente algún tipo de respuesta o algo que uno está sintiendo o algún tipo de intervención inadecuada o exagerada, o fuera de timing, y creo que lo más importante siempre es el autocuestionamiento, cuando se va el paciente uno se pregunta ¿fue una buena sesión? ¿No fue una buena sesión?

EG: Cuando nos hablaba de este paciente con el que no pudo evitar sentirse como, quizás afectado por lo que estaba diciendo, y que suelta las dos lágrimas, ¿hay espacio para esa expresión emocional y cualquier otra expresión emocional frente al paciente?

P: Mira lo ideal es que el paciente no lo note, porque eso no es un asunto del paciente, eso es un asunto de uno, o sea, lo que pasa es que uno es un ser humano, por fortuna el paciente está en el diván y no lo nota, pero esto no es una terapia de expresión emocional conjunta donde van a llorar los dos y, bueno, eso no es psicoanálisis, eso no es psicoterapia psicoanalítica. Pueden haber corrientes que trabajen con esto, pero eso no es análisis, pero uno como ser humano tiene que tener la capacidad de reconocer bueno, que a veces pueden pasar cosas que no movilizan y que eso no nos hace manos analistas,

siempre y cuando uno sepa rescatarse de ese lugar de la identificación y poder intervenir con neutralidad.

ES: ¿Le ha pasado que tenga consideraciones especiales que difieren del encuadre o la dinámica usual que usted establece con ciertos pacientes?

P: Bueno, justamente con la primera paciente de la que te hablaba, mmm... si quieren le pueden poner algo así como Annie (risas de los entrevistadores) si, digamos que sí, sobre todo con ella pasaba en un principio como una cosa de, bueno, de sesiones extra a veces fuera de lugar, del encuadre establecido... el principio de abstinencia te habla de no brindar satisfacciones sustitutivas, pero sí de algún modo tú estás respondiendo a una CT complementaria, si estás en riesgo pues de tu propia transferencia, estás en riesgo de evidentemente, bueno, de irte más allá de los límites de la naturalidad de la abstinencia, y entonces eso es un problema porque entonces estás en acting, y hay una diferencia entre el acting y el pasaje al acto. El pasaje al acto es consciente, tú sabes por qué lo estás haciendo, bueno voy a ir a ver esta paciente un sábado porque si, o mira no hay luz pero está grave, bueno no importa, hacemos la sesión en otro lado, no importa, caminando ahí en Los Próceres, hable no importa yo la escucho (risas de los entrevistadores) eso se vale, eso se llama variaciones forzosas del encuadre, tú escuchaste, tú respondiste, fue caminando en un parque, no importa, pero tú sabes por qué lo estás haciendo y sabes con qué tipo de pacientes lo estás haciendo. Ahora, si esto es inconsciente y dices que si porque si, y porque hay cosas en ti que se están movilizando que está haciendo que complazcas a X o Y persona, o X o Y paciente, y ahí tenemos un problema técnico importante.

EG: ¿Alguna vez ha sentido que ha perdido los límites con algún paciente?

P: No... Mmm... ¿A qué te referirías tú con perder los límites?

EG: Ir más allá de lo que es el encuadre común, que eso ya lo habíamos hablado quizás con esta persona, con Annie, pero que sea algo como que, como explícito, que viole la naturaleza quizás del trabajo de un terapeuta

ES: Exacto, que se salga del campo del deber ser usual de trabajo terapéutico

P: No, no, porque yo soy muy cuidadoso con mi trabajo, tanto de análisis como de supervisión, aunque el trabajo de supervisión permite algunas laxitudes del vínculo, ¿no?, un trabajo mucho más cercano, amistoso, donde no tienen que haber necesariamente tantos límites, pero no, o sea, tanto como una transgresión yo creo que eso ya es un tema de tipo grave que no debe pasar, o sea, si tú quieres ser amigo, novio o novia, o acostarte o se agarran o lo que

sea, ok, pero fuera, en otro contexto, o sea, pero eso no es, eso no puede pasar dentro del trabajo de terapia, porque si está pasando en ese contexto, bueno ahí hay un tema ético grave, un tema ético con los límites y se pervierte el trabajo analítico, porque de algún modo se saltan la castración, y si es consciente y es premeditado, bueno, mucho más grave, porque es una reacción perversa de parte del terapeuta, de parte del analista.

ES: Y en esto incluiría, porque lo traemos porque hemos visto que algunos psicoterapeutas quizás hacen intervenciones...

EG: Que interfieren como...

ES: Pero que responden desde una identificación quizás con un rol de cuidador, entonces hacen algo que va más allá, por ejemplo, le hacen un favor... o sea, algo que no está como desde lo perverso pero que rompe con lo que usualmente se espera son los límites teóricos del trabajo psicoterapéutico

P: Mjum... Bueno, mira, hay varios tipos de actos del analista. Está el acto analítico, que es el acto clásico de la escucha y de la interpretación, o del señalamiento, póngale usted todos los términos técnicos que le quiera poner, título de Etchegoyen largo pa' leer eso, y de Sandler, Grimson, hay muchos de técnicas, de cuáles son las intervenciones que uno utiliza, la que más utiliza uno suelen ser pregunta, la síntesis, clarificación, señalamiento e interpretación, más que todo pregunta, señalamiento e interpretación, con eso puedes hacer muchas sesiones. Fuera de eso, tienes a veces el acto pedagógico, un ejemplo de acto pedagógico, un paciente angustiadísimo porque su mamá viene, viene de detectarle un cáncer y está angustiado, tú sabes que la angustia se calma con información, tú le explicas un poco, sobre todo si sabes del tema, yo por ejemplo que trabajé en oncología varios años, bueno mira o sea, aparentemente por lo que te están diciendo esto tiene un buen pronóstico, porque fíjate tal tal tal tal, le explicas, eso viene siendo un acto pedagógico. O explicas un poco un ataque de pánico, le dices no mira pero tranquilo usted no se va a morir, eso es parte de lo que, de la angustia que usted está sintiendo, el pánico como la expresión máxima de la angustia, o explicas algo al paciente de un sueño, no que lo estás interpretando, estás explicando algo. Ok, eso es un acto pedagógico, no está mal, siempre y cuando tú sepas qué es lo que estás haciendo o por qué lo estás haciendo. Vamos ahora con el otro tema, el tema del acto ortopédico. El acto ortopédico es un acto donde como forma de muleta, alguna acción del analista termina sirviendo de una ayuda adicional fuera de lugar analítico a ese paciente o ese analizando. Es una acción mucho más activa y mucho más directiva. Allí a veces pudiéramos incluir estas variaciones forzosas de encuadre, recuerdo por ejemplo una vez una paciente que llegó muy angustiada, porque además ella cargaba con una cosa así como 54000 Bs. en efectivo, cuando eso era

muchísima plata, creo que el dólar ni siquiera llegaba a 54, es decir tendría más de mil dólares en efectivo, y estaba muy asustada porque venía en transporte público y temía que la fueran a robar, no no no, deje ese dinero aquí, mire aquí está la llave, ¡chas!, cerramos con llave, mañana lo viene a buscar con fulano de tal, y así se va pa' su casa tranquila. Eso es un acto ortopédico, o el paciente sabe que está armado y anda con ideas suicidas, no no, me deja esa pistola aquí en la gaveta, si quiere se lleva la llave, pero deje el arma aquí, ¿ok? claro, ahí estás cuidando, estás protegiendo al paciente, pero lo estás haciendo consciente de lo que estás haciendo. Hay otro tipo de acto, cuarto acto o cuarto y quinto acto que es el acto arbitrario, que interrumpes una sesión de por medio, decides que no vas a verlo más, te sales de la habitación, ¡porque no te escucha! entonces como no te escucha, tú te paras y te sales, ¿doctor, qué pasó? que no me estás escuchando nada de lo que le digo, todo lo que le digo usted me lo rebota. El paciente no entiende, bueno, ahí entendió, entendió por la vía del acto porque no entendía por la vía de la palabra. Eso tiene un sentido, que es descolocar, es muy inusual, pero también es válido. Entonces, esto de la ayuda, de los favores, o que desde un rol de cuidador, se pueda ir más allá de los límites de la neutralidad y abstinencia, se ve con alguna frecuencia pero lo importante es saber por qué se está haciendo, en ese momento, bueno, estás trabajando en menor asimetría, estás trabajando desde un lugar más directivo, y estás haciéndolo por un determinado motivo, por una determinada causa, ahí es diferente.

EG: ¿Ahí usted siente que se están perdiendo los límites? En esas situaciones.

P: No necesariamente, porque en ese caso lo estás haciendo con un sentido, el problema es cuando lo haces sin sentido, o cuando lo haces sin pensarlo, o sea, no es un pasaje al acto, es un acting out. Entonces, ahí si es un problema, porque, o sea, están ocurriendo cosas que en teoría no deberían ocurrir.

EG: Ok, ¿Hay un tipo de paciente que sea más difícil que tratar que otro?

P: Mmm... Mira, ningún paciente es fácil, cada paciente es una cajita de Pandora, evidentemente el que está en esto, se ha metido en un camino complicado, un camino que puede ser muy bien pagado en una economía normal, pero complicado, complicado porque trabaja con el sufrimiento del otro, ¿no? él es receptáculo de la proyección, a veces masiva, elementos muy destructivos, uno lidia a veces con transferencias eróticas o transferencias erotizadas, pero también hay transferencias negativas, a veces muy destructivas. Pienso que, generalmente, si lo vemos del punto de vista estructural, a veces pacientes con fijaciones más narcicísticas, entendiéndose de nuevo el narcicismo como una etapa temprana de la vida, puede a veces resultar un poco más complicado del tipo de identificaciones que hace, desde el tipo de transferencia que hace, desde la demanda que le colocan a uno, y

evidentemente eso implica que todo el tiempo esté caminando sobre la cuerda floja, ¿no? tienes que medir muy bien tus palabras, tienes que ser muy cuidadoso con ese paciente, tienes que intervenir a veces con una precisión casi que un Tomahawk, ¿sabes? a veces no tienes ese cuidado quirúrgico con todo, pero sabes que ahí hay algo entredicho en la relación, y tiene que ver muchas veces con aspectos del paciente que hacen que tu trabajes o que ese, si ese trabajo analítico vaya por la cuerda floja, con el cuchillo entre los dientes, y sea más complicado.

EG: Ahora que está diciendo eso del cuchillo entre los dientes, ¿cuáles son como esas respuestas contratransferenciales emocionales que generalmente se tienen con esos pacientes narcisistas?

P: Ok, mira, mmm... puedes llegar a sentir a veces rabia, te puedes llegar a sentir sobre demandado, sobre exigido, puedes llegar a sentir cansancio o hastío también, con el paciente, a veces puedes ligar que el paciente no venga más, qué paciente tan complicado ¿no?, que se vaya; sin embargo, tú sigues trabajando porque eso no es motivo para salir de nadie, ¿no? motivo para salir de un paciente, que no cumpla con el encuadre, él se va ver, como digo yo, un paciente impresentable que no pague, no cumpla con las horas, mire no pero esto es como... además, yo tengo lista de espera, yo soy una persona muy ocupada, vamos a darle este turno a otro, claro, esto no lo haces al principio, pero eso lo haces ya después de cierto tiempo bueno llega un momento en el que, uno no está obligado a trabajar con alguien que no quiere trabajar. Ahora, si el paciente quiere trabajar pero es un tipo de paciente difícil, pues si, a veces puede sentir rabia, puede sentir cansancio, puede sentir hastío, puede sentir incluso pérdida de la energía, cansancio, hasta dolor de cabeza; pero precisamente ahí es donde hay que trabajar, justamente, esos son aspectos contratransferenciales que si los identificamos, pueden ser muy útiles para trabajar ese tipo de transferencia, pero bien decía Kohl, son transferencias que a veces son, bueno, generales, especulares o idealizadas; entonces... dependiendo de dónde se coloque el paciente o cuál sea esa, sí, ese tipo de transferencia que el paciente establece pues lo más importante es registrarla y uno saber con qué tipo de paciente uno está trabajando, si es un paciente en déficit que en verdad uno sabe que va a hacer ese tipo de transferencias, pues uno tiene que estar preparado para trabajar con ese paciente o con esos pacientes, pues porque pueden ser varios o en simultaneo, e intervenir desde otro lugar que no es el lugar clásico, ¿no? tú no puedes intervenir con un paciente deficitario, con un paciente con un trastorno narcisista o el narcicismo maligno, paciente grave pues, narcisista grave desde el mismo lugar que intervienes desde un neurótico obsesivo o de una neurosis histérica, edípica me refiero, no narcisista, entonces creo que, bueno, el registrar eso y el poder tenerlo consciente y tenerlo presente sirve para intervenir desde un lugar más adecuado y hacer un mejor trabajo

EG: ¿Y si no hablamos de estructura sino más bien de situaciones, hay situaciones específicas por las que atraviesa un paciente que sean más difíciles de llevar?

P: Mmm... lo que pasa es que siempre hay que, o sea, la estructura es imposible no tenerla en cuenta, lo que a veces puede haber es un nivel de funcionamiento dentro de una determinada estructura, el más perfecto de los obsesivos puede psicotizarse o puede pasar por un episodio, eso no quiere decir que sea una estructura psicótica, pero puede tener, o sea, puede ponerse tan regresivo ante determinada situación que puede hacer un quiebre en su nivel de funcionamiento normal, y claro, evidentemente, eso te lleva a trabajar en una situación más demandante, en ese caso, la respuesta contratransferencial usual suele ser, sí, a veces la necesidad de ayuda y sobre todo el hecho de, bueno, estar ante una situación más complicada que demanda más de nosotros y a veces la respuesta usual suele ser bueno un mayor nivel de compromiso en el trabajo con ese paciente, pero no estamos hablando de algo a nivel estructural, sino bueno, una situación puntual que a veces remite muy rápido. A veces pueden variar dentro del mismo día, o a los tres días ya volvió a su nivel de funcionamiento normal. Por ejemplo un paciente me hizo un ataque de pánico una vez, aquí, en este diván. Era, por fortuna, el último paciente de la mañana pero hubo que prolongar la sesión aproximadamente unos 20 minutos más, hasta que el paciente estuviera más tranquilo y poder cortar la sesión. Hoy en día sigue siendo mi paciente, de eso hace más de año y medio. Pero son a veces variaciones o modificaciones en la técnica que tú haces desde un rol analítico, o en este caso más ortopédico, pero con un sentido y, bueno, haciéndolo de esa manera no hay mayor problema, además, fue una vez, eso no tiene por qué ser problemático

EG: Eso sería todo por parte de nosotros, ¿hay algo qué...?

ES: Antes de pasar a esa pregunta, acabo de acordarme, a parte de la supervisión y del análisis personal, ¿hay alguna otra técnica o recurso que a usted le sirve para poder rescatarse o llevar las reacciones contratransferenciales o el peso en general del trabajo terapéutico?

P: Bueno es que, lo que pasa es que cuando tú hablas de análisis o hablas de supervisión, ahí estás hablando quizás de alguna situación que se escapan al trabajo cotidiano, si si, yo creo que un poco más complicado, situaciones de mayor peso, y bueno, en esos casos, hay como una mayor demanda hacia nosotros de la misma situación, pero antes de pasar por allí, siempre hay un autocuestionamiento constante de nosotros hacia el trabajo que estamos haciendo procurando hacer el trabajo más limpio y más éticamente correcto, y además, más adecuado sobre todo para poder ayudarnos con este paciente, entonces, hay una propia mirada autocrítica antes de incluso cualquier otro tipo de, de herramienta adicional que involucre un tercero, porque la supervisión y

el análisis involucran un tercero. Pero, Gabriel que me preguntabas si algo más que quería decir, creo que es importantísimo, yo siempre he sostenido por ejemplo, no se debería recibir, no se debería graduar nadie sin, por lo menos en psicología, sin mínimo dos años de proceso terapéutico encima, mínimo. Deberían ya, antes de entrar a cuarto, tener una constancia de estar en terapia, y que eso cada seis meses se haga un contacto y se certifique, ¿no?, porque es fundamental, porque si vas a trabajar con la mente de otra persona, tú tienes que en tu propio proceso haber empezado a ver cosas de ti, porque podemos llegar en el trabajo con otro hasta donde somos capaces de ver en nosotros mismos, y mientras más analizado estemos, más vamos a ser capaces de trabajar desde la asimetría, desde la neutralidad, la abstinencia, y cuando tengamos, a veces, reacciones contratransferenciales que involucren, bueno, aspectos de nosotros mismos, o sea, que caigamos en una CT complementaria, pues yo creo que en ese caso, la posibilidad de rescatarnos siempre va a ser mayor mientras más analizados estemos y mientras más veamos de nosotros mismos, más vamos a ser capaces de poder ver en nuestros pacientes o en nuestros analizados

EG: Ok, eso sería todo. Muchas gracias

ES: Muchas gracias

ANEXO D

TEMAS Y CATEGORÍAS

0.0. Contratransferencia

1.0. Orígenes

- 1.1. Sentimientos del terapeuta hacia el paciente
  - 1.1.1. Egodistónicos
  - 1.1.2. Egosintónicos
- 1.2. Contexto
- 1.3. Características del paciente
  - 1.3.1. Etarias
  - 1.3.2. Trastornos mentales
  - 1.3.3. Personalidad
  - 1.3.4. Trauma
  - 1.3.5. Apariencia física
- 1.4. Identificación
  - 1.4.1. Atribuida a roles de género
  - 1.4.2. Atribuida a experiencias o temáticas personales

2.0. Desencadenantes

- 2.1. Percepción de la situación del paciente
- 2.2. Comprensión de la unicidad del caso
- 2.3. Transferencia del paciente

3.0. Respuestas Contratransferenciales

- 3.1. Modificación del encuadre para disminuir sensaciones egodistónicas
- 3.2. Intervenciones inadecuadas
- 3.3. Experiencia emocional inadecuada
- 3.4. Permitirse atribuciones fuera del encuadre
- 3.5. Preocupación excesiva
- 3.6. Tomar riesgos en el proceso terapéutico

4.0. Herramienta dentro de la terapia

- 4.1. Diagnóstico
- 4.2. Modificación del encuadre a beneficio del proceso terapéutico
- 4.3. Intervención
- 4.4. Detección del impasse

5.0. Regulación

- 5.1. Regulación con ayuda de factores externos
  - 5.1.1. Supervisión
  - 5.1.2. Psicoterapia/Análisis
  - 5.1.3. Revisión teórica
  - 5.1.4. Decisión de referir
  - 5.1.5. Ética
  - 5.1.6. Acudir a otros profesionales
  - 5.1.7. Discusión de casos en contexto académico
  - 5.1.8. Experiencia profesional en el trabajo terapéutico
- 5.2. Autorregulación
  - 5.2.1. Reconocer límites propios
  - 5.2.2. Cuestionar el manejo del caso
  - 5.2.3. Reconocer emociones propias
  - 5.2.4. Autorreflexión
  - 5.2.5. Empatía
  - 5.2.6. Preservación de espacios personales

ANEXO E

TABLAS DE CODIFICACIÓN

0.0. Contratransferencia

Anastasia

"(…) digamos que el término que se ve también en el trabajo que es la... los pensamientos, los sentimientos que los terapeutas tenemos frente al paciente bien sea por lo que nos ha transferido o bien por nuestras propias concepciones personales, por nuestra experiencia de vida." (10)

Atenea

"Bueno, para mi hay dos maneras de verlo... ¿no? Por eso... por mi formación, que para mí fundamentalmente está el tema de Jung y de Moreno, por el tema de la psicología analítica y el psicodrama, y básicamente, yo lo definiría como las cosas que me van pasando a mí a partir del encuentro con el paciente, lo que me va pasando a mi como terapeuta a partir del encuentro con el paciente... Quizás con menos carga de angustia (risas) porque desde mi formación, eso es lo que se espera. Es decir, para Moreno, el ser humano es relacional en principio, de tal manera que no existe un rol sin que exista el contrarol, así que existe mi rol de terapeuta siempre que exista el rol de la persona que va a venir a terapia, y... Jung decía que el encuentro con otra persona era como un, como una... fórmula química, si no salían transformados los dos, no estaba pasando nada. Entonces, bueno, desde mi formación, es importante que pase pues."(750)

"Sí es una fuente de información, es una herramienta de trabajo pero también es una forma de vincularse y en ese sentido, también hay que trabajar para hacer el mayor esfuerzo para poder..."(1316)

Anakin

"Bueno para mí no, sería como lo que han pensado los psicoanalistas. Bueno, no sé si esto va a terminar siendo una clase pero voy a decir lo que ha dicho la gente y lo que pienso yo interno que han dicho los demás. Freud inicialmente, cuando hablaba de CT habló de esos elementos de nosotros mismos que están en el paciente que nosotros no podemos ver, después eso... Winnicott habló más de qué es lo que te genera el paciente y Etchegoyen como que lo precisó más y justamente no es lo que un paciente genera porque eso es la transferencia, la CT es distinto, es qué elementos del paciente pone en ti y generan ciertas reacciones, como estas ideas de identificación proyectiva pero un poco más amplia."(1333)

Anna

"La CT tendría que ver con todas las sensaciones que tiene el psicoterapeuta asociadas al proceso terapéutico con un paciente en específico, así de sensaciones incluiría sentimientos, emociones, creencias, que despierta el proceso terapéutico con un paciente en uno mismo... creo que eso lo definiría."(1872)

"(…) pero no desde la consciencia, o sea, no desde el establecer que ese es el objetivo terapéutico, sino porque te sale así inconscientemente, que sería el tema de la CT, a lo mejor ahí te funciona."(1909)

Apolo

"La CT es la misma transferencia, ¿en qué sentido? la CT es la misma transferencia

si lo vemos del lado del analista o del lado del terapeuta entonces de alguna manera cuando uno habla de experiencia contratransferencial lo que está hablando es de la relación transferencial del terapeuta, eso sería a modo de definición que nos llevaría a qué es la transferencia, entonces la transferencia involucra una forma en que cada uno de los sujetos tiene para vincularse con el otro para establecer hasta ese punto una relación y esa relación está marcada por esas huellas, como decía Freud a lo largo de su enseñanza que en estas huellas mnémicas que vendrían a ser esas representaciones psíquicas de lo que puede ser ese vínculo y la huella de la pulsión. Tienes en esa experiencia tanto la representación o lo que puede ser simbólicamente representable y lo que no que es de la pulsión, estamos en el juego o en la dinámica transferencial."(2476)

Abraham

"Bueno mira, como yo lo entiendo, la CT es una respuesta emocional inconsciente desde el rol del analista o terapeuta, voy a hablar mucho de analista, aunque aplica también para el terapeuta, en el cual se responde a una transferencia previamente colocada en él de parte del paciente."(3042)

"De mi parte, yo creo que existen las dos cosas, creo que puede haber una CT del tipo concordante, que es una respuesta inconsciente pero que de algún modo puede utilizarse antes ciertos elementos que el paciente proyecta en nosotros, o el analizando proyecta en nosotros, y creo que puede haber transferencias del analista, y las transferencias del analista del punto de vista técnico, si viene siendo un problema, pero creo que pueden ser cosas diferentes. En algún modo pudiéramos considerar más o menos equivalente la transferencia del analista a lo que es la CT complementaria."(3108)

1.0. Orígenes

1.1. Sentimientos del terapeuta hacia el paciente

Anastasia

"entiendo la CT desde obviamente un lugar como teórico que es como así de fácil, digamos que el término que se ve también en el trabajo que es la... los pensamientos, los sentimientos que los terapeutas tenemos frente al paciente bien sea por lo que nos ha transferido o bien por nuestras propias concepciones personales, por nuestra experiencia de vida."(9)

Anna

"Si la persona te cae muy bien, pues entonces no vas a hacer el proceso terapéutico que tienes que hacer porque ahí evidentemente se están jugando cosas personales, y si te cae muy mal, lo mismo."(1884)

1.1.1. Egodistónicos

Anastasia

"(…)cada caso particular tiene como una CT particular entonces tendría que plantearme como cuál sería la noción que pueda generalizar más, creo que hay dos, quizás la invasión, o sea no es un sentimiento pero bueno, o sea quizás lo transformo en molestia pues, o sea, porque me siento a veces invadida, sería como desde el lado negativo, y quizás la preocupación, la otra es como quedarme pendiente de algún paciente porque parece que está como en una situación más delicada, entonces es esa preocupación que no se acaba cuando se acabó"(20)

"La negativa digamos el enojo, creo que es más por esa sensación de invasión y se me quita al ratito pues pero..."(43)

"yo bajo en cholas y le bajo a abrir la puerta del edificio en cholas entonces no puedo porque el tipo ya está ahí, esas son cosas que me generan molestia."(101)

"(…) básicamente superviso los casos de trastornos de personalidad, sobre todo cuando están en riesgo suicida porque ahí entro como en el tema de estoy como disponible todo el tiempo, estoy cansada, saturada, entonces en esos casos recurro a supervisión." (230)

"(…)pero por ejemplo cuando en la sesión yo me siento descalificada, devaluada... me provoca mandarlo al carrizo la persona, o sea cuando yo me siento como eso, que están como poniéndome en tela de juicio profesionalmente o..."(359)

Atenea

"Yo creo que estaba asustada, yo o sea, creo que encontrarme con esta cosa tan florida me, entré en pánico y lo primero de lo que uno se agarra es a la estructura pues, o a lo que yo me agarro es a la estructura, o me agarraba (risa de todos) y creo que por ahí vino, ¿no? como yo estaría profundamente asustada, como no tenía claro qué iba a hacer, qué iba a decir, Dios mío esta mujer es como, ¿qué es esto?"(1032)

"(…) y los trastornos de personalidad dependientes me desesperan, ¿no? creo que me angustio un poco también, siento que la posibilidad mía de acompañarlos en el proceso es difícil, entonces suelo como también apoyarme como para ver, porque puedo entrar como en unas defensas como muy intelectualizadoras"(1243)

"(...) lo están empujando a uno para que uno responda como sus cuidadores primarios, que fueron los que traicionaron como estos vínculos, entonces es como todo el tiempo la necesidad de... porque claro me da rabia, no vas a venir, no viniste, no no sé qué, ¿sí? la CT también surge"(1294)

Anakin

"CT es por ejemplo cuando viene una paciente y me cuenta sobre el abuso sexual y a mí me genera suponte... Estoy dando un ejemplo, me genera ese asco, claro que tiene parte de mí pero también justamente es lo generado por el relato que ella me está contando, entonces bueno esa es mi posición con respecto a qué es la CT."(1345)

"O sea como que lo escuchaba y de repente se ponía muy explícito con el porque de los asesinatos y eso, y yo lo único que pensaba en mi cabeza no era escucharlo sino era ¡berro! aquí en esta institución no hay detector de metales cuando entras y el vigilante es un gordo que no tiene pinta que va a hacer nada, este tipo puede estar armado aquí y... Aquí quedé yo."(1372)

"Un error humano es el extremo... Bueno también no tan extremo sino algo que puede pasar en la cotidianidad, un paciente que te genere reacciones negativas, una CT negativa entonces tú le haces esperar 15 minutos afuera, o le cambias de sesión a última hora"(1606)

Anna

"Mira, las veces que me ha pasado ha sido por sujetos que me sean muy mal, que me generan un rechazo, que en la segunda, tercera sesión, y nor... normalmente es con chamos jóvenes, que no sé por qué, hay algo que me genera rechazo, incluso hubo un caso en específico que me daba miedo"(2002)

"Adolescentes, con adultos jóvenes, con adultos jóvenes no recuerdo que me haya pasado, si me ha pasado que de repente, me generan algo de rechazo"(2013)

"Pudiese ser una reacción contratransferencial si me cayesen mal estos pacientes, o sea, si yo no lo hiciera propósito, o sea porque si yo digo como objetivo terapéutico no les voy a contestar el teléfono, porque no tengo por qué responder a su demanda, entonces ya no es contratransferencial."(2060)

"(…) uno de mis primeros pacientes tenía una CT muy negativa con este paciente, de verdad me caía muy mal, me generaba mucho rechazo, y claro, después logro entender que esa es justamente la posición en la que él se pone con todo el mundo para generar ese rechazo, para digamos jugar a esa, ese goce ¿no? pero bueno, como me caía mal, yo no lo quería escuchar un día, tenía mis propios problemas ese día, estaba cansada, qué se yo, cualquier cosa, y dije bueno le voy a pasar unas evaluaciones psicológicas"(2115)

"De ahí digamos que aprendí bastante (risas) porque me asusté bastante, yo pensé que él me iba a pegar esa sesión, de verdad, pensé que él me iba a agredir físicamente, estaba muy molesto y bueno, menos mal tuve la agilidad de agarrarlo y repararlo"(2152)

"No los acepto. Para mí, con todo el respeto que se merecen, no los atiendo, pero para mí el adicto es bruto (risas) entonces o sea, llegar a ese proceso me parece que es grave entonces, claro entiendo eso como personal, te puedo decir como persona que un adicto me parece un bruto por haber llegado ahí, por haberse puesto en esa posición."(2194)

"(…) hay algo que de repente como que me choca y en seguida entonces (hace un ruidos) ah, tiene este tema histriónico, esto es lo que está"(2235)

Apolo

"(…) era algo que me pasaba con esta muchacha del amor, si a mí no me gusta que me hablen feo, a mí me gusta que me quiera, entonces este punto..."(2927)

Abraham

"Lo mueves de día, no no, es el paciente. ¡¿Por qué?! ¡¿Por qué me está dando sueño este paciente y no los demás?! Ahí hay un problema, ahí hay una cosa del aparato mental del analista está registrando algún tipo de aspecto de ese paciente, porque es ese paciente o esa paciente, que hay que trabajar."(3201)

"Esto también trae como una respuesta contratransferencial en algún punto de sueño, de hastío, de cansancio, el paciente sigue viniendo, bueno nuevamente, o sea, supervisión, uno lleva al análisis cosas de su vida pero no lleva algún aspecto de su trabajo al análisis porque realmente estás como muy preocupado, para que dedique una sesión de sus análisis a hablar de un paciente, es porque estás preocupado por algo que está pasando.(3293)

"Ok, mira, mmm... puedes llegar a sentir a veces rabia, te puedes llegar a sentir sobre demandado, sobre exigido, puedes llegar a sentir cansancio o hastío también, con el paciente, a veces puedes ligar que el paciente no venga más, qué paciente tan complicado ¿no?"(3547)

"(…) ya después de cierto tiempo bueno llega un momento en el que, uno no está obligado a trabajar con alguien que no quiere trabajar. Ahora, si el paciente quiere trabajar pero es un tipo de paciente difícil, pues si, a veces puede sentir rabia, puede sentir cansancio, puede sentir hastío, puede sentir incluso pérdida de la energía, cansancio, hasta dolor de cabeza; pero precisamente ahí es donde hay que trabajar"(3556)

1.1.2. Egosintónicos

Anastasia

"(…) con los niños la CT quizás es mucho más como desde el lugar de... cariñoso puede ser, o sea si bien están los límites dentro del consultorio y todo hay un acercamiento afectivo que es distinto que con los adultos, digamos hay un... más abrazos, más caricias iba a decir pero o sea... como más acercamiento físico que con los adultos"(136)

Anakin

"Ah, sí sí, tenía un paciente que lo disfruté bastante, era un niñito y el problema era que le pegaba a las chamitas en el colegio y se robaba cosas a veces, y justamente lo que ocurría es que venía de una familia evangélica y justamente la agresión no estaba siendo como simbolizada y muchas veces el juego era como simbolizar la agresión y una vez estábamos jugando con plastilina y en ese momento yo estaba como algo pasado de peso y mi muñeco de plastilina el chamo me dice "berro pero te voy a matar porque estás demasiado gordo" y me cuajé de la risa y el chamo también y justamente eso"(1683)

Anna

"Déjame imaginarlo... o sea, pudiera ser, por ejemplo... no se... si tú tienes un paciente que transferencialmente te coloca en una posición de madre nutritiva, y a ti ese paciente te cae bien, y contratransferencialmente sientes eso de cuidarlo, de..."(1904)

"Fíjate, yo más bien llevo más a supervisión, porque me preocupa más la posibilidad de actuar, cuando me caen muy bien, sobre todo personas que son de mi misma edad, o mí mismo rango etario, que me caen bien, etc., esas son personas, esos son casos que suelo llevar más a supervisión."(2243)

"(…) entonces en la medida en que me caen tan bien los pacientes, me enfoco más en esto, o sea, me vuelvo incluso como más, no sé si la palabra puede ser más paranoica de mis propios procesos pa' poder decir ajá hasta aquí está el límite, qué le digo o qué no le digo, de donde viene esta intervención, esta intervención viene desde la posición de amigo o desde la posición de terapeuta"(2275)

Abraham

"(…) en el ámbito del trabajo con los pacientes o con esta paciente, sobre todo una sensación de cuidado y sobreprotección, ¿no?, que casi que rayaba en los límite de la neutralidad. Uno se invita a cuestionarse, bueno, ¿qué está pasando, será que te

gusta la paciente? no, independientemente uno puede tener su vida privada aparte satisfecha, lo que sea, a nivel sexual, de pareja, está pasando algo."(3237)

1.2. Contexto

Anastasia

"Bueno, me ha dado últimamente otra CT negativa pero creo que lo puedo entender desde un fenómeno particular de Venezuela ahorita que es con el tema de los honorarios, o sea cuando la gente te empieza o a regatear o a menospreciar un poco el trabajo, es decir "yo no voy a pagarte esto" o sea ahí entro como en un momento de ira, no expresada obviamente pero bueno..."(45)

"Recuerdo dos casos en los que me pasó, uno y creo que era porque yo efectivamente no estaba como en la mejor condición, este... uno fue cuando tuve una pérdida de mi embarazo"(156)

"habíamos ido todos los psicólogos del Parque al entierro de una estudiante del posgrado que habían matado de una manera dramática, la habían perseguido, la mataron en la autopista, un tema horrible y fuimos al entierro o al velorio y al regresar me tocó hacer un triaje y..."(169)

"yo estoy buscando confirmar una cosa que públicamente ya está o realmente esto está en las pruebas en... y hay otro especialista que lo pueda ver."(272)

"Lo que les iba a contar de nuevo como las situaciones personales están como presentes y uno debería decidir o no. Mi padre fallece y a mí... tengo una paciente nueva, me tomé qué sé yo, dos semanas, yo me entero de mi papá está... o sea que se acaba de morir fue con un paciente, entonces ahí ya se complicó un poco porque entonces ya a la semana siguiente, o sea los demás no se enteran, suspendí, no sabían que se murió pero entonces a la semana siguiente "¿cómo estás?""(626)

Atenea

"Sí, claro. Por ejemplo, en la consulta privada, en teoría es más sencillo mantener un encuadre, pero por ejemplo, en esta situación país, mantener el encuadre tradicional rígidamente en muy difícil."(819)

"porque además había mucha frustración porque era como reiterativo, así como no podíamos tener clases nunca (risas de todos) su sesión era los días que siempre había marcha, pues, entonces tenía muchas semanas que no venía."(870)

"(…) vivía en El Junquito, por allá arriba, se le dificultaba mucho, y como por un tema muy práctico de la frecuencia que necesitaba para verse, para poder dilucidar algunas cosas, también hablamos como de que podía venir mejor estar en otro espacio que lo abordara más desde un lugar distinto"(991)

"(…) en estos días se me acercó alguien que trabaja conmigo en Parque y me dijo ¿cómo estás haciendo? porque los casos son duros, porque el proceso está muy difícil, incluso en la privada está llegando gente muy desorganizada, no hay medicación, pero además el contexto nos tiene desprotegidos, o sea, hay un montón de cosas muy difíciles"(1113)

Anakin

"Bueno, este paciente que era asesino sicario, después de la primera sesión hablé

con la encargada de la institución para referirlo y no me dejó, asumo que porque había pocos hombres en la institución y ella pensaba que un hombre era el que tenía que atenderlo"(1475)

"Ah lo de supervisión, justamente sí, fui a supervisión porque estas barreras de diferentes clases... Inclusive mi terapeuta no tenía mucha experiencia... mi supervisor no tenía mucha experiencia en contextos populares, como que la CT que nos estaba generando a los dos era una cosa que estaba dentro de los estereotipos típicos de la clase media, media alta que tiene sobre la pobreza y yo como que fui más allá de eso por lo que me generaba más allá de la supervisión y funcionó pues. Sí la supervisión es útil pero uno también tiene que confiar en lo que está viviendo en el momento con el paciente."(1527)

Apolo

"Y ahorita, ahorita comenzó, bueno no ahorita ahorita ahorita, digo este ciclo desde los últimos dos tres años que comenzó el tema migratorio, que por supuesto en esa semana si vi que pasó muchas preguntas porque se empezó a ir muchos colegas y eran las preguntas de mis pacientes ¿y tú te vas a ir? entonces era mi pregunta, en ese momento era mi pregunta si me voy o no me voy y ahora cómo decirle a los pacientes algo de eso, mira yo no me voy, hasta que empecé a responder en algunos esa fantasía general que empieza a invadir la consulta, estaba haciendo obstáculo pues, yo no me voy ahorita pero eso no garantiza que yo no me vaya a ir en algún momento, es la respuesta más honesta que puedo dar y voila, creo que ese es el único impasse que he tenido, de resto son impasses con casos..."(2708)

Abraham

"queda entonces una vez por semana, y coincide con el periodo de las protestas del año pasado, lo que dio pie a que el paciente se perdiera y no regresara más. Pero fue por otras situaciones, yo diría más resistencial del mismo paciente, aunque estaba mucho mejor la verdad, luego de haber trabajado tanto tiempo; que necesariamente por un tema de transferencia - CT no trabajado a tiempo. O sea, el impasse se superó, y el trabajo continuó un buen tiempo más, por lo menos un año más, pero bueno, a veces hay circunstancias de la realidad externa que fomentan la resistencia también."(3304)

"Si, es como te digo, o sea, puede ser frecuente, lo importante es tratar de rescatarse de allí, por ejemplo, a veces cuando traen temas que nos tocan a todos, como el tema de política o este tema electoral, que si vota, no vota, entonces cuál es tu posición o no, bueno, a veces uno trabaja un ratico, decirles vamos a hablar 10-15 minutos de esto porque el tema que te está angustiando, y yo no tengo problema a veces de dar a entender mi posición ante la situación y eso, bueno, es parte de la sesión porque el otro necesita compartirlo contigo y a veces necesita que tú le digas también."(3365)

1.3. Características del paciente

Anna

"Yo creo que eso depende de cada quien, de cada, de cada psicólogo, ¿por qué? porque va a depender de la historia de vida de cada psicólogo, o sea, por ejemplo, te puedo hablar desde lo personal, que pacientes, por ejemplo, que han tenido muje... pacientes mujeres que han tenido dificultades en temas pareja, etc., son de repente pacientes que a mí me mueven, o que están muy cercanos en edad con vivencias muy perso... muy parecidas con el mismo tema social"(1966)

“Y bueno, yo desde mi línea de investigación, trabajo con género, sexualidad y diversidad sexual, y las investigaciones que he hecho dan cuenta de las dificultades en la CT con estos pacientes, digamos, o sea, los psicoterapeutas o analistas que conozco, que he entrevistado, que atienden a pacientes sobre todo transexuales, transgénero, son pacientes que afectan mucho contratransferencialmente, porque movilizan estos elementos también bastante primitivos en el humano, en tanto feminidad, masculinidad, qué es ser hombre, qué es ser mujer, y que bueno sabemos que son las preguntas básicas de la histeria, de la neurosis en líneas generales, entonces por supuesto, afectan mucho al terapeuta, en este caso más a los hombres que a las mujeres, serían como esos elementos.”(1982)

Abraham

“me acordé de una situación, que claro hubo una respuesta contratransferencial, donde el paciente no se da cuenta pero es un paciente que puede estar, cuenta con aspectos muy... yo diría crudos, deficitarios, de una situación temprana en su vida, precisamente de la relación con la madre, ante la cual yo, me recuerdo, no pude evitar botar dos lágrimas, lloré. El paciente estaba en diván, ni cuenta se dio, pero hubo una parte de mí que se conmovió, esto a veces pasa sesión y es frecuente, que no todo mundo lo habla realmente, bueno, eso es cosa como de cada quién.”(3350)

1.3.1. Etarias

Anastasia

“No hay un tema de dificultad sino es como bueno la elección que puedo hacer desde el lugar profesional, que no me gusta trabajar con esta gente o no me gusta trabajar con esta gente con ese período de edad.”(70)

“Les voy a poner un ejemplo del trabajo también como quizás en la CT con niños y con los adultos, porque yo hago el trabajo con esos dos grupos etarios, y con los niños la CT quizás es mucho más como desde el lugar de... cariñoso puede ser, o sea si bien están los límites dentro del consultorio y todo hay un acercamiento afectivo que es distinto que con los adultos”(134)

Atenea

“Entonces estábamos hablando de otras posibilidades, entonces, menor de edad, necesita un permiso para poder trabajar y su mamá tenía que firmarle un permiso, por ejemplo, y su mamá no iba a venir a firmarle el permiso, que si no tenía plata para pagar el pasaje, porque claro, todo esto dependía como del padrastro.”(843)

Anakin

“Por ejemplo, una vez yo tenía un paciente adolescente que bueno, era como que su manera de lidiar con las cosas era como lo que Winnicott llamaba un falso self, había como que aislado sus emociones porque su mamá nunca lo había cuidado”(1358)

“y también con adolescentes que no hablan me aburre muchísimo, y siento que cuando yo hago un buen trabajo es porque me conecto con cosas del paciente. Si me aburre lo reconozco, si me aburre el paciente eso también es usar la CT en modo positivo, conocer tus propios límites, vas y lo refieres a otra persona que sí está más interesada.”(1465)

"No bueno, me ha llegado un adolescente que no habla nunca y -risa- yo soy como atorado a veces y me desespero, entonces me gustan más los pacientes Borderline porque dicen todo de una y uno disfruta más pero los que son como de tener paciencia y tal sí me..."(1484)

Anna

"(…)son de repente pacientes que a mí me mueven, o que están muy cercanos en edad con vivencias muy perso... muy parecidas con el mismo tema social, lo que pasa en las edades en las que uno está, que se parecen mucho a uno desde lo superficial, esos son pacientes que, que a lo mejor pueden mover."(1970)

"Pasa mucho, eso sí, en líneas generales, con niños maltratados, niños abusados, son pacientes que mueven muchísimo al sujeto porque, primero, nos tocan como lo más primitivo del sujeto, que es el tema niñez y cuidado en la niñez"(1974)

"(…) normalmente es con chamos jóvenes, que no sé por qué, hay algo que me genera rechazo, incluso hubo un caso en específico que me daba miedo, era una chama de 12 años, si mal no recuerdo, y la niña me daba muchos miedo, me daba miedo quedarme sola con ella, era por supuesto una chama muy extraña en sus comportamientos"(2004)

"Adolescentes, con adultos jóvenes, con adultos jóvenes no recuerdo que me haya pasado, si me ha pasado que de repente, me generan algo de rechazo, voy lo trabajo en mi terapia, y después no necesito referirlos y hemos seguido tratamiento sin ningún tipo de inconveniente, se trabaja en terapia, en mi terapia personal y después fluye el tratamiento sin inconvenientes."(2013)

"Fíjate, yo más bien llevo más a supervisión, porque me preocupa más la posibilidad de actuar, cuando me caen muy bien, sobre todo personas que son de mi misma edad, o mí mismo rango etario, que me caen bien, etc., esas son personas, esos son casos que suelo llevar más a supervisión."(2243)

Apolo

"La empatía en sí... O sea no estoy diciendo que uno no sea empático y que uno no se interese, uno se interesa por las experiencias de vida del paciente, y a uno lo conmueve, sobre todo con niños, con niños probablemente sea un punto donde yo me permito más que salga una lágrima porque además la dinámica con el niño implica otra cosa entonces el niño viene y te abraza ¿cómo no lo vas a abrazar? en ese sentido, eso es una postura mía en el trabajo con niños que es distinto a con el adulto, a un adulto le puedes decir que no, yo no doy abrazos, ay ese analista si es odioso..."(2837)

Abraham

"(…) chica joven entre 20 y 35 años, dos años de tratamiento aproximadamente, bien presentada, muy bien parecida, un punto en el tratamiento en el que yo empiezo de un modo a sentir o a registrar algún tipo de interés por la paciente que me doy cuenta que no es común, en el ámbito del trabajo con los pacientes o con esta paciente, sobre todo una sensación de cuidado y sobreprotección, ¿no?, que casi que rayaba en los límite de la neutralidad. Uno se invita a cuestionarse, bueno, ¿qué está pasando, será que te gusta la paciente? no, independientemente uno puede tener su vida privada aparte satisfecha, lo que sea, a nivel sexual, de pareja,

está pasando algo."(3234)

1.3.2. Trastornos mentales

Anastasia

"(…) que te sientas más invadido, por los trastornos de personalidad, por ahí, pero digamos no es difícil, es inclusive un tema de diagnóstico, si yo me estoy sintiendo así y este paciente me genera como esta molestia y quiero que no venga o bueno... ya sé que parte como del diagnóstico, ¿si me explico?"(73)

"(…) básicamente superviso los casos de trastornos de personalidad, sobre todo cuando están en riesgo suicida porque ahí entro como en el tema de estoy como disponible todo el tiempo, estoy cansada, saturada, entonces en esos casos recurro a supervisión."(230)

"Sí, básicamente trastornos en personalidad, bueno vamos, trastornos de personalidad, cuando hay temas legales que busco ahí y bueno cuando hay riesgo suicida pero más asociado a trastornos de personalidad pero cuando hay riesgo suicida en una depresión quizás no."(278)

"Yo creo que más el trastorno Border."(284)

"¿eso lo hacen los trastornos de personalidad? sí, pero es como... en un momento, entonces no sé si puedo decir bueno yo quisiera mandar a la porra a todos los trastornos de personalidad Border porque ellos hacen estos temas de idealización y devaluación, como mecanismo..."(361)

Atenea

"Mmm... A ver, los pacientes con trastornos de personalidad suelen mover cosas como importantes, que pueden requerir procesos de supervisión. Para mí, depende mucho, precisamente de esa CT, un poco de lo que a mí me vaya pasando, o de sentir que el proceso"(805)

"(…)esta persona tenía un tema como con el deseo sexual, que estaba como completamente anulado, pero que además había perdido el placer en todo en la vida, en comer, en un montón de cosas, y bueno, había un tema muy pragmático como esta persona necesitaba venir muchas veces a la semana"(987)

"(…)bueno que yo creo con un trastorno de personalidad, era impresionante, ella llegó la primera sesión y venía total y absolutamente deprimida, o sea, sin bañarse, sin maquillarse, cojeaba porque le molestaba muchísimo una pierna, toda la sesión fue una sesión como muy cargada de elementos depresivos, muy en conexión con una historia terrible de su familia que venían de Serbia"(1007)

"Y una vez salió bien, pero creo que pudo haber salido muy mal, estaba trabajando con una paciente que estaba trabajando unos temas de sobrepeso importantes, bulímica, con obesidad mórbida, y ya la vi, como la vengo escuchando lo que ella me viene contando, y yo vengo pensando que es importante para ella como reconocer que es posible atravesar estas cosas y avanzar"(1039)

"Hay un riesgo muy grande, o sea yo sí creo que los diagnósticos ayudan, te ayudan a encaminar como vas a trabajar con esta persona, pero corres el riesgo de etiquetar y patologizar a un punto donde la persona no tiene posibilidades, ¿sí?, ninguna. Desde por ejemplo, tengo un trastorno de personalidad limítrofe sentado

frente a mí, tengo a un border frente a mí, entonces bueno, listo, todo responde a los actings del border, entonces no hay chance para... y por ejemplo, yo tengo una paciente, tiene este típico cuestionamiento acerca de su sexualidad, acerca de un montón de cosas, entonces bueno, no mejor, no la empujo a que tenga ninguna experiencia porque como es border se va a desbordar, bueno, no necesariamente, depende de la persona. Entonces, sí, por un lado es, yo despatologizar mi propias percepciones acerca de, está deprimido, bueno listo mándalo a medicar y chao"(1169)

"Bueno, el tema de los border es un tema complicado porque son como invasivos, como voraces, y yo soy muy maternal, entonces para mi es fácil como engancharme ahí en la cosa de responder como a las demandas, ¿no?"(1235)

"(…) pero ya realmente, o sea, no estamos hablando de alguien con unos rasgos histéricos por ahí, no, ya más como desde realmente un trastorno de personalidad, ¿no?, y los trastornos de personalidad dependientes me desesperan, ¿no? creo que me angustio un poco también, siento que la posibilidad mía de acompañarlos en el proceso es difícil, entonces suelo como también apoyarme como para ver, porque puedo entrar como en unas defensas como muy intelectualizadoras, entonces empiezo yo a intelectualizar, a que el otro empiece a intelectualizar también, entonces los trastornos de personalidad dependientes también son un tema difícil para mí, yo creo que esos, el border y el dependiente, que voy reconociendo"(1241)

Anakin

"Porque mucho de este tratamiento con pacientes psicopáticos viene como de esta idea lacaniana como de la ley del padre, de que tiene que haber un terapeuta que ponga normas y que lo contenga, como que eso no va conmigo muy bien"(1462)

"Sí los tenía que referir, una vez me vino una chama con mutismo selectivo que me miraba horrible además toda la sesión y yo intentaba hacer todo, sabes, cosas que yo no hago usualmente que si colores"(1487)

"(...) un boxeador que tenía un daño orgánico gravísimo y el tipo casi que le mete un golpe en la pared, sabes ahí obviamente... Estaba incomodísimo y qué iba a intervenir porque estaba era casi que pegado en la puerta para ver en qué momento salía corriendo"(1796)

"(…) y creo que tal vez por eso con pacientes más psicopáticos no puedo trabajar. Ellos necesitan como no tanto una comprensión sino asumir la responsabilidad de sus actos y eso no es como a mí me gusta trabajar pues."(1806)

Anna

"(...) vamos a suponer que fuese un trastorno de personalidad dependiente, y te intenta poner en esa posición y tú inconscientemente, repito, que es como se juega la transferencia y la CT, tu inconscientemente respondes a eso desde la madre nutritiva, estás haciendo un daño al paciente."(1919)

"(…) incluso hubo un caso en específico que me daba miedo, era una chama de 12 años, si mal no recuerdo, y la niña me daba muchos miedo, me daba miedo quedarme sola con ella, era por supuesto una chama muy extraña en sus comportamientos, me imagino, no la vi mucho, la vi dos veces, creo, me imagino que iba por la psicosis, y bueno, me generó mucho miedo y dije, no vamos a ver cómo fluye, pero esto es un caso que pudiese referir; pero ella fue dos veces y no

fue más, no fue más a la consulta."(2005)

"Exacto, ahí comencé como, porque como te digo, él llegó con un tema de ideación suicida, entonces claro, al principio siempre le respondía y siempre estaba como pendiente de esto"(2089)

"Adictos. No trabajo con adictos. O sea, ya, a ver, para organizar, yo trabajo con adolescentes, y trabajo chévere con adolescentes, son algunos en específico con los que me ha pasado esto, pero en realidad, en líneas generales, no tengo problemas con los adolescentes. Con los adictos si tengo problemas, bueno porque tengo mis concepciones y mis creencias básicas respecto a la adicción, por tanto no trabajo con pacientes adictos, no los acepto en terapia."(2172)

"Como psicólogo entiendo que eso es una enfermedad, que responde a muchas otras variables que no tienen que ver evidentemente con ser bruto (risas) y que evidentemente si están ahí es porque necesitan ayuda"(2199)

"El histriónico me cuesta, pero no es algo que lo rechazo. Es algo de lo que estoy consciente, entiendo perfectamente de donde viene, hasta los momentos creo que no lo actúo, tengo pacientes, he tenido varios pacientes, tengo dos... tengo una que oficialmente tiene un trastorno histriónico de la personalidad, y tengo otra que va, tengo dos más que van pa' allá, estoy en diagnostico todavía, una es muy chama y no se puede diagnosticar todavía pero tiene los rasgos, los tiene marcadísimos, y la otra que es nueva, que creo que va por ahí, pero es eso, hay algo que de repente como que me choca y en seguida entonces"(2228)

Apolo

"Mira el más complejo debe ser cuando aparece un perverso más que en la psicosis, más que en la neurosis, por ejemplo, los rasgos perversos en el consumo de sustancia, yo diría que ahí no hay mucho que hacer en términos de relación terapéutica, no hay vínculo porque al perverso per se no le interesa el vínculo neurótico, o sea de entrada cualquier intento psicoterapéutico... Y Freud era muy claro, Lacan era muy claro, los perversos no se les atiende en análisis porque usan ese conocimiento en contra del lazo social, en contra de todo el mundo, me pasó en alguna oportunidad en el hospital con algún paciente que tú ves que en ese punto no hay ningún intento de nada, de rectificación de nada, él está por encima de ti, eres una basura, yo quiero que me firmes el alta para poderme ir de aquí y entonces uno se confronta"(2667)

"Pero es que ha habidos momentos... A ver...Porque en algún momento fue el suicidio, en algún momento cuando estaba empezando, yo tenía una paciente que me llamaba y me decía que se iba a matar, pasó dos veces y se quedaba sin señal, yo me quedaba con un -jadeo- ¡Se mató! ¡Se mató! ¡Se mató! ¿Uno qué hace con eso? lo lleva a análisis"(2691)

"Mmm... lo que pasa es que siempre hay que, o sea, la estructura es imposible no tenerla en cuenta, lo que a veces puede haber es un nivel de funcionamiento dentro de una determinada estructura, el más perfecto de los obsesivos puede psicotizarse o puede pasar por un episodio, eso no quiere decir que sea una estructura psicótica, pero puede tener, o sea, puede ponerse tan regresivo ante determinada situación que puede hacer un quiebre en su nivel de funcionamiento normal, y claro, evidentemente, eso te lleva a trabajar en una situación más demandante, en ese caso, la respuesta contratransferencial usual suele ser, sí, a veces la necesidad de ayuda y sobre todo el hecho de, bueno, estar ante una situación más complicada

que demanda más de nosotros y a veces la respuesta usual suele ser bueno un mayor nivel de compromiso en el trabajo con ese paciente, pero no estamos hablando de algo a nivel estructural, sino bueno, una situación puntual que a veces remite muy rápido."(3581)

1.3.3. Personalidad

Anastasia

"(...)no me toca antes la puerta, el otro señor, el otro paciente pues por ahí bueno... no sé tiene unos rasgos particulares, llega antes, creo que sí hay una manera de controlar el ambiente para él, este... de acercarse un poco más, me quiere abrir la puerta sabes, si tengo el carro, si llegué, si no llegué, etc."(111)

Atenea

"(…) bueno ya le dije que estos temas más histéricos a mí me movilizan algunas cosas, entonces entro ahí como en unos procesos de alerta importantes"(1238)

Anakin

"Bueno está con la de este chamo... También sobre todo con pacientes que tienen una estructura más limítrofe, que bueno un profesor mío del posgrado que lo admiro mucho, decía que los pacientes Borderline es como una fábrica con muchos departamentos que no se comunican, entonces una de las cosas típicas en la clínica de los Borderline es que tú escuchas y pasan tantas cosas en tan poco tiempo que tú no puedes como hacer un hilo narrativo de lo que están contando"(1409)

"(…) entonces me gustan más los pacientes Borderline porque dicen todo de una y uno disfruta más pero los que son como de tener paciencia y tal sí me..."(1485)

"Sí sí -risa- uno de mis primeros pacientes de asesoramiento era un chamo con una estructura psicótica y tal y yo comencé... En vez de atenderlo 45 minutos lo atendía 60 minutos completos, después él también se veía en psiquiatría aquí, entonces yo, estilo su papá iba a la cita psiquiátrica con la abuela y él y escuchaba lo que decía la psiquiatra."(1537)

Anna

"O tengo pacientes muy dependientes, que me llaman a cada rato y entonces no les contesto... pero responde al caso también."(2056)

"O sea, sí me ha pasado, por ejemplo, tengo un paciente ahorita que es obsesivo, bastante dependiente, y parte, o sea, parte del diagnóstico fue eso, o sea, a la quinta vez que me escribió un mensaje fue así como coye qué fastidio, y ya va, ajá."(2074)

Apolo

"Neuróticos muy intensos, sobre todo histéricos, entonces tienes que lidiar con esas manifestaciones de amor desbordadas, eso es difícil pero se puede trabajar."(2686)

"Ahhh, una fue una paciente muy demandante, muy histérica, cuando digo histérica es que hay algo que ocurre en la histeria como tal que es poner al otro a que le responda, que le responda lo que ella desea, entonces hay una posición que ella siempre ha jugado en la transferencia es que todos los hombres con los que ella ha

estado se enamoran de ella, o sea una mujer muy bonita y se arregla mucho, entonces ella en las primeras sesiones ya me confiesa en algún momento que ella estaba esperando en la sala de espera y lo que deseaba era que no le tocara un hombre, está cuadrada por cita, está la cita entonces se le asigna un analista y ella bueno nada, coincidencialmente le toca un hombre y esto fue un problema para ella desde el inicio de la sesión, nosotros duramos aquí como..."(2723)

Abraham

"Hay una CT erótica, no hablemos de erotizar que es más complicado, la diferencia de erotizar es cuando ya se borra el cómo sí, y es una cosa mucho más masiva, con una proyecciones mucho más fuertes que a veces hablan del núcleo psicótico del paciente, o del que responde también."(3152)

"Muchas veces son aspectos muertos del paciente que son proyectados sobre el analista, aspectos letárgicos, núcleos psicóticos, entonces es un elemento a registrar y es un buen ejemplo y sobre todo para poder abordarlo bien y trabajarlo a tiempo, porque si no se trabaja a tiempo, bueno, hay riesgos, ¿no?, como todo lo que está en una situación y se deja pasar, después hay consecuencia que, bueno, que evidentemente pueden lamentarse, el paciente se psicotiza o dice que no va más, o uno se queda casi que dormido."(3205)

"Pienso que, generalmente, si lo vemos del punto de vista estructural, a veces pacientes con fijaciones más narcicísticas, entendiéndose de nuevo el narcicismo como una etapa temprana de la vida, puede a veces resultar un poco más complicado del tipo de identificaciones que hace, desde el tipo de transferencia que hace, desde la demanda que le colocan a uno, y evidentemente eso implica que todo el tiempo esté caminando sobre la cuerda floja, ¿no? tienes que medir muy bien tus palabras"(3531)

"(…)eso no quiere decir que sea una estructura psicótica, pero puede tener, o sea, puede ponerse tan regresivo ante determinada situación que puede hacer un quiebre en su nivel de funcionamiento normal, y claro, evidentemente, eso te lleva a trabajar en una situación más demandante, en ese caso, la respuesta contratransferencial usual suele ser, sí, a veces la necesidad de ayuda y sobre todo el hecho de, bueno, estar ante una situación más complicada que demanda más de nosotros y a veces la respuesta usual suele ser bueno un mayor nivel de compromiso en el trabajo con ese paciente, pero no estamos hablando de algo a nivel estructural, sino bueno, una situación puntual que a veces remite muy rápido"(3584)

1.3.4. Trauma

Anastasia

"Con los pacientes abusados también, como la parte de estás provocando que uno te abandone porque hiciste tal cosa, me estás agrediendo, entonces lo que provoca es decirte no vengas mañana y estás buscando justamente eso, la sensación de recibir daño del otro, entonces lo uso..."(510)

Atenea

""Por ejemplo, tengo un caso en Parque Social de una muchacha víctima de abuso, de todas las formas de violencia que existen, de todas, violencia intrafamiliar, violencia de género, violencia sexual, violencia institucional, o sea, todas. Y recuerdo, puedo hablar desde una sesión muy en particular en la que estábamos

trabajando violencia patrimonial, el padrastro, su padrastro, quien era el que sostenía la casa, pues amenazaba a la mamá con que iba a quitar como el dinero, era el único dinero que ella además recibía, y era víctima de abuso por parte de su padrastro (…)Y bueno, y lo primero que a mí me pasó es que, bueno, caminé con ella, o sea fui, fui con ella hasta la oficina de la LOPNA que tenemos ahí para preguntar cuáles eran los procesos, entonces bajamos para Clínica Jurídica para ver si había una manera, pero o sea iba yo con ella como si fuera más bien como hija mía (…) bueno, era como hacer una especie de rol de la madre buena para esta muchacha, pues" (835)

Anakin

"CT es por ejemplo cuando viene una paciente y me cuenta sobre el abuso sexual y a mí me genera suponte... Estoy dando un ejemplo, me genera ese asco, claro que tiene parte de mí pero también justamente es lo generado por el relato que ella me está contando, entonces bueno esa es mi posición con respecto a qué es la CT."(1345)

"Vivía en un contexto popular y tenía como varias muertes y me estaba contando muchas cosas dolorosas, que había perdido amigos y del maltrato físico de su padre y bueno una de las intervenciones que yo hice es que bueno, tú me estás contando todas eso y lo que me genera mucha tristeza y justamente ahí estaba usando la CT para el beneficio del paciente pero bueno, les voy a dar otro ejemplo donde sí fue un pelón mío por novato..."(1362)

"Bueno sí se me ocurre, yo al principio cuando tenía pacientes con experiencia de abuso sexual era como muy... No sé si esta es la palabra pero es la que se me ocurre pero era como muy caballeroso entre comillas de que no quería como ahondar mucho porque no quería ser invasivo y tal, no quería como revivir la experiencia de abuso yo como indagando y justamente eso, sabes como que mis primeras sesiones con pacientes que habían sido abusados sexualmente eran como muy ingenuas, se decía mucho pero en verdad no había nada significativo en la sesión sino que terminaba siendo muy superficial."(1660)

Anna

"Pasa mucho, eso sí, en líneas generales, con niños maltratados, niños abusados, son pacientes que mueven muchísimo al sujeto porque, primero, nos tocan como lo más primitivo del sujeto, que es el tema niñez y cuidado en la niñez, y esta madre lo suficientemente buena, o la madre lo suficientemente mala, pecho bueno, pecho malo, dependiendo de la teoría donde nos queramos ubicar, a las mujeres además nos mueve la maternidad, cuando vemos al niño así, y en líneas generales, nos mueve la humanidad, todo, entonces son casos que, que afectan mucho, que mueven mucho la transferencia."(1974)

1.3.5. Apariencia física

Anakin

"(…) una vez me llegó cuando estaba trabajando allá arriba me llegó un boxeador que tenía un daño orgánico gravísimo y el tipo casi que le mete un golpe en la pared, sabes ahí obviamente..."(1795)

Anna

"(…) la sesión siguiente me la cobró, era un chamo que además, un chamo grande,

hacía karate, o sea karate, judo, una cosa así; era cuadrado y la sesión siguiente yo abro la puerta del consultorio, pase adelante y tal siéntese, y yo me siento y él se queda parado."(2137)

Apolo

"(…) ella siempre ha jugado en la transferencia es que todos los hombres con los que ella ha estado se enamoran de ella, o sea una mujer muy bonita y se arregla mucho, entonces ella en las primeras sesiones ya me confiesa en algún momento que ella estaba esperando en la sala de espera y lo que deseaba era que no le tocara un hombre"(2726)

Abraham

"O sea, está el analista y viene una paciente, muy linda o lo que sea, o un paciente, y hay un enamoramiento de parte del paciente hacia el analista y hay una respuesta masiva de agrado y bueno, de pérdida de rol analítico de parte de ese analista."(3148)

"(…) chica joven entre 20 y 35 años, dos años de tratamiento aproximadamente, bien presentada, muy bien parecida, un punto en el tratamiento en el que yo empiezo de un modo a sentir o a registrar algún tipo de interés por la paciente que me doy cuenta que no es común"(3234)

1.4. Identificación

1.4.1. Atribuida a roles de género

Anastasia

"Yo pienso que es como que me paro desde el lugar de la madre, entonces creo que contratransferencialmente busco eso con ellos, y con los adultos no me paro desde ese lugar a depender..."(147)

"Entonces creo que ahí se mezclaron muchas cosas pero efectivamente el tema de proteger a los chamos está, es como el rol materno en el que siempre me monto digamos, está presente y me lo tengo que controlar ¿no? o sea tengo que estar consciente de eso para no sobre involucrarme con los niñitos y competir con las mamás y todo este cuento."(199)

Atenea

"Y bueno, y lo primero que a mí me pasó es que, bueno, caminé con ella, o sea fui, fui con ella hasta la oficina de la LOPNA que tenemos ahí para preguntar cuáles eran los procesos, entonces bajamos para Clínica Jurídica para ver si había una manera, pero o sea iba yo con ella como si fuera más bien como hija mía."(847)

"(…) yo fui, averigüé si habían becas, o sea, hice un montón de trabajo que no son estrictamente del campo de lo psicológico, en un sentido más tradicional de lo que implica la intervención... entonces, bueno, era como hacer una especie de rol de la madre buena para esta muchacha, pues. Y creo que sí, que abiertamente se fue."(857)

"Ahorita, por ejemplo, yo desde que soy mamá no trabajo con niños chiquiticos, me cuesta mucho... se me dificulta mucho como separar el rol en el consultorio como de ver las cosas que pasan, ¿no?, pero me es muy fácil identificarme con las mamás, entender las angustias, darme cuenta lo que hacen, en pequeños instantes pensar

como uy, yo hago eso, si entiendo muy bien cómo se siente (risas) de hecho, me refieren, no ahora, pero ahora más que nunca, me refieren mucho padres, no adultos, padres, o sea, es como para que trabaje con padre, con madres o con padres."(907)

"Bueno, el tema de los border es un tema complicado porque son como invasivos, como voraces, y yo soy muy maternal, entonces para mi es fácil como engancharme ahí en la cosa de responder como a las demandas"(1235)

Anakin

"(…) asumo que porque había pocos hombres en la institución y ella pensaba que un hombre era el que tenía que atenderlo, que también entran como los temas de género pues, me vi un poco entre comillas obligado a atenderlo aunque no quería pero sí, si tiendo a referirlo por lo que me generaba."(1477)

"En vez de atenderlo 45 minutos lo atendía 60 minutos completos, después él también se veía en psiquiatría aquí, entonces yo, estilo su papá iba a la cita psiquiátrica con la abuela y él y escuchaba lo que decía la psiquiatra."(1538)

"No sé si esta es la palabra pero es la que se me ocurre pero era como muy caballeroso entre comillas de que no quería como ahondar mucho porque no quería ser invasivo y tal, no quería como revivir la experiencia de abuso yo como indagando y justamente eso"(1663)

"(…) después entendí que uno es un terapeuta y uno tiene que escuchar cosas también fuertes y que la sexualidad femenina también existe, eso lo sabía, lo sabía pero no lo entendía experiencialmente y ahorita uno de mis pacientes con los que más me gusta trabajar es con mujeres que han sido abusadas sexualmente y eso, al principio mi CT de hay que respetar a las mujeres sobre todas las cosas, terminaba siendo unas sesiones como muy estériles, eso no sirve pues."(1669)

Anna

"(…) y esta madre lo suficientemente buena, o la madre lo suficientemente mala, pecho bueno, pecho malo, dependiendo de la teoría donde nos queramos ubicar, a las mujeres además nos mueve la maternidad, cuando vemos al niño así, y en líneas generales, nos mueve la humanidad, todo, entonces son casos que, que afectan mucho, que mueven mucho la transferencia."(1977)

Apolo

"La paternidad fue un tema en algún momento, estaba recién yo... Estaba naciendo mi hija mayor entonces uno empieza que en las sesiones todos empiezan a hablar de hijos, entonces uno se queda ¿qué es esto? no, sino que uno empieza a escuchar más ese tema, entonces qué hace uno, va y lo lleva a su sesión y vea qué es eso porque eso es suyo, uno no va por ahí..."

Abraham

"Lo primero que me aclaró la vida es que yo en esa relación no soy un hombre, coño si eso yo lo sé claro, pero terminaba actuando como si de verdad fuera un hombre, yo no soy ningún hombre yo soy un analista, puedes tener esa fantasía con los hombres, yo soy tu analista, y eso te quita un poco de ese lugar donde te pone el paciente, que te atrapa, realmente la CT atrapa, por eso es tan delicado manejarse

desde allí es delicado, es delicado, terminas atrapado en un sueño, en un sueño”(2931)

1.4.2. Atribuida a experiencias o temáticas personales

Anastasia

“(…) yo le dije que ya no tenía el bebé entonces tuvimos que hacer unos dibujos, o sea hicimos como la técnica del garabato con ella y terminamos dibujando mi barriga con el bebé muerto no sé qué, y yo... o sea fue una sesión para mí muy dura y recuerdo que ahí dije, bueno estoy trabajando mi propia pérdida y esto no tiene nada que ver con la niñita pero por ahí salió ¿no?”(163)

“es como un híbrido porque por ahí hablamos del paciente peor mucho hablamos de como yo me relaciono con el paciente, entonces ahí entiendo por qué hice esta pregunta o por qué hice esta intervención que a lo mejor no venía al caso sino porque era una necesidad mía”(249)

“Pero dos semanas después me llega una paciente referida por otro paciente y venía por la misma... o sea, era que el papá tenía el mismo cáncer que tenía mi papá, lo veía el mismo doctor que veía a mi papá, estaba en el grado en el que estaba, y por ejemplo yo en ese momento dije, yo estoy capaz... digamos ¿con la capacidad psicológica para aceptar esta paciente?”(638)

“Si bien siempre hay cosas personales que a uno le pasan, hay como momentos de la vida de uno, o sea, les dije dos, la pérdida de mi hijo, o sea de un embarazo digamos que fue una cosa muy personal y obvio la de mi papá, entonces hay un tema donde la CT está como más de lo de uno hacia el otro que lo que el paciente te puso, que quizás son las que más recuerdo, fíjense que les he contado más mías en función de lo que yo puedo ponerle al paciente y no tanto de la transferencia que el paciente... de mi CT porque el paciente me puso a hacer tal cosa, por eso creo que no es tanto por identificación proyectiva, es más que todo en este caso por proyección -risas- no sé si está mejor o peor decir eso pero creo que...”(664)

Atenea

“se me dificulta mucho como separar el rol en el consultorio como de ver las cosas que pasan, ¿no?, pero me es muy fácil identificarme con las mamás, entender las angustias, darme cuenta lo que hacen, en pequeños instantes pensar como uy, yo hago eso, si entiendo muy bien cómo se siente”(908)

“(…) yo entiendo mis preferencias pero yo pasé por un proceso de decir coño será que a mí me gustan las niñas, porque yo no soy una niña tradicional, yo no soy una mujer tradicional, déjame ver, a ver si es que es esto. Entonces, cuando alguien viene a decirme mira yo no estoy seguro de cuáles son mis preferencias, yo muy fácilmente, en un lado muy narcisista como bueno, yo los pasé y no estoy tan...”(1150)

Anakin

“Bueno, para mí es justamente eso último, porque hay que diferenciar entre transferencia y CT, yo puedo ver un paciente que por ejemplo me recuerda mis hermanos, me recuerda no sé, a mi mamá y eso es transferencia”(1343)

“Una vez me llegó en el posgrado un paciente que era sicario y tenía varios asesinatos encima y bueno a mí me dio mucho miedo porque yo tuve una

experiencia hace unos años estuve secuestrado y tal, entonces como que el tema ese con la delincuencia me cuesta un poco y él me contaba..."(1369)

"(…) otra vez con la CT pero era un bebé en ese momento me generaba mucha angustia y me daba mucha rabia que mi mamá no estuviera ahí para mí y me sentía súper abandonado y era una de las cosas que recuerdo como muy vívido, me angustiaba demasiado cuando mi mamá se iba porque sentía que yo tenía que ser como el depositario de las angustias de mi abuela por todas las cosas que estaba pasando entonces creo que me conecté desde ahí con él pues, desde esa sensación de abandono que la mía obviamente fue nada en comparación con la de él pero igual yo lo veía como muy intenso porque estaba muy chiquito pues, entonces bueno nada, me conecté con eso y se me fueron los límites, no sabía mucho de psicoterapia en ese momento pues."(1584)

"(…) si las detectas y las reflexionas y las detectas como una reacción contratransferencial y no una transferencial porque si es una transferencial sería algo que tú le estás poniendo al paciente por tu historia más que algo que el paciente tiene que está generando en ti, entonces actuar desde tu transferencia del paciente eso sí puede ser iatrogénico"(1813)

Anna

"Yo creo que eso depende de cada quien, de cada, de cada psicólogo, ¿por qué? porque va a depender de la historia de vida de cada psicólogo, o sea, por ejemplo, te puedo hablar desde lo personal, que pacientes, por ejemplo, que han tenido muje... pacientes mujeres que han tenido dificultades en temas pareja, etc., son de repente pacientes que a mí me mueven, o que están muy cercanos en edad con vivencias muy perso... muy parecidas con el mismo tema social, lo que pasa en las edades en las que uno está, que se parecen mucho a uno desde lo superficial, esos son pacientes que, que a lo mejor pueden mover."(1966)

Apolo

"No es un punto que particularmente me inquiete, en algún momento fue, cuando trabajé en oncología la muerte de los niños y bueno ahorita tengo un caso de un fallecido en oncología, eso es un tema que yo he trabajado, eso no quiere decir que más nunca me vaya a pegar, en algún momento con algo contactaré."(2699)

"No, lo escucho mucho, lo escucho mucho en supervisión, es que eso me recuerda cuando a mi... No... A mí no, en ese sentido porque todas las experiencias van a ser similares en términos de estructura ¿Te casaste? Ay eso me recuerda a cuando yo me casé, sí pero ese es mi matrimonio, entonces ¿cualquier cosa que haga el paciente me va a recordar cualquier cosa que yo hice? y cuando eso pasa no es de la línea psicoterapéutica porque lo importante cómo el paciente significa eso en su vida, no como yo lo signifique."(3827)

Abraham

"Puede pasar también, que si es frente a frente, bueno, mira, o sea, nada, lloraste con el paciente. Es inusual, pero bueno, cabe preguntarse allí qué se movió en ti, ¿no? evidentemente, aunque te des cuenta, lo más importante es rescatarte, lo más pronto posible para poder intervenir desde el lugar, desde la posición analítica y no del lugar de identificación."(3357)

2.0. Desencadenantes

2.1. Percepción de la situación del paciente
Anastasia "(…) Porque los veo que en el momento están como más vulnerables entonces siento que, valga la redundancia, me necesitan más, entonces me quedo un poco pegada" (41) "O sea si a mí un paciente digamos estamos haciendo un buen trabajo, yo me siento cómoda, el paciente está mejorando" (129) "Y recuerdo un tercero... este... que era de un paciente mío que tenía todos los síntomas de abuso y del padrastro y el padrastro lo atendía una compañera de Parque y yo le dije evalúalo para ver si tiene como elementos y en la sesión de devolución mi colega tenía como de dudas si el señor era abusador o no, yo le di las pruebas y le dije no tengo dudas que no y en la sesión estuvimos los cuatro, la mamá, el papá, el padrastro" (187) "Descubrí por ejemplo que una de las cosas que no me gusta es la sensación de que no voy a poder ayudar del todo, es decir como que no hay posibilidad de cura" (376) **Atenea** "Bueno, es una persona que además estaba fomentado claramente su peor temor, porque es una persona que estaba teniendo crisis de ansiedad aguda, tenía ataques de pánico, y estos ataques de pánico, como se expresaban, obviamente respondían a otras cosas, era con el temor a que no podía llegar a recibir asistencia y efectivamente, no estaba pudiendo llegar a recibir asistencia, ni médica ni psicológica" (875) "Con una paciente que estaba trabajando unos temas de sobrepeso importantes, bulímica, con obesidad mórbida, y ya la vi, como la vengo escuchando lo que ella me viene contando, y yo vengo pensando que es importante para ella como reconocer que es posible atravesar estas cosas" (1040) "Entonces, sí, por un lado es, yo despatologizar mi propias percepciones acerca de, está deprimido, bueno listo mándalo a medicar y chao, bueno, no" (1179) **Apolo** "Y eso no quiere decir que en algún momento calculado yo no pueda soltar algo como yo estoy muy preocupado por lo que está haciendo con su vida, es una forma de contener si el paciente está en riesgo, o sea en riesgo suicida hay que decir yo estoy preocupado por su vida y yo voy a ser así, ahí ciertas condiciones aplican" (2618) "Pero es que ha habidos momentos... A ver...Porque en algún momento fue el suicidio, en algún momento cuando estaba empezando, yo tenía una paciente que me llamaba y me decía que se iba a matar, pasó dos veces y se quedaba sin señal, yo me quedaba con un -jadeo- ¡Se mató! ¡Se mató! ¡Se mató!" (2691)
2.2. Comprensión de la unicidad del caso
Anastasia "Ay yo no sé, a ver, es como lo que les dije al principio, es tan particular, puedo como agarrar cada historia y tratar de... o sea contratransferencialmente la entrevista me está llevando a decir un cuadro diagnóstico o una cosa así, no lo hay ¡no existe! -risas- no hay como reglas, de nuevo es una situación muy particular, el vínculo es muy particular, yo no puedo decir es que yo me relaciono con los pacientes deprimidos de tal manera o la CT que yo... digamos, no hay una manera, no lo tengo sistematizado en mi cabeza, por ahí a lo mejor sí tengo que hacer el esfuerzo de buscar no sé qué y ciertos aspectos generales... generalizables pero... O sea les conté como las cosas más relevante" (406) "Bueno porque me siento muy seducida, siento que mi estilo que ya es así, el otro está reaccionando frente a ese estilo y ya no me gusta, me siento como si de alguna manera mi estilo provocara al otro entonces no me gusta pero bueno es mi estilo, a ver ¿por qué me doy cuenta? porque eso no le provoca a todos los pacientes" (438)

“Tiene que ver con él, tiene que ver con la relación, tiene que ver con las tres variables, es como que vamos a tener un poco de paciencia y lo tratamos de manejar, o bueno lo trato de manejar, es como la dinámica” (594)

Anakin

“Bueno, este chamo adolescente que les conté sí lo supervisé muchísimo porque él vivía en la parte alta de una zona popular, y bueno su manera... bueno aquí otra vez el tema de la CT, él era muy aislado afectivamente y él cuando llega la primera sesión viene con un suéter, una capucha, unos lentes y tal... Y hablaba como "bueno yo soy tranquilo y aplomado y tal" y decía cosas así, y bueno esto como los temas que a mí me interesan de psicoterapia porque mezcla como lo social y lo individual, lo llevé a supervisión y el supervisor me dice "berro, yo creo que este chamo es malandro, está metido en drogas y tal " por la manera como él se mostraba, yo menos mal no le hice mucho caso y confié más en lo que a mí me generaba el paciente, porque él me dice en la primera sesión que su juguete favorito es un Iron Man, que se lo da su hermanito y tal y una de las intervenciones primeras que hice bueno que sentía que él era un poco como el Iron Man pues, que se venía con lentes, gorra y no quiere demostrar nada, no quiere sentir nada, y poco a poco el chamo fue quitándose... Fue sin gorra, sin lentes y tal y mejoró muchísimo y el chamo hasta después... Él no se bañaba casi al principio porque estaba muy deprimido, se comenzó a bañar, a arreglar, se puso brackets, y justamente eso sabes, como que no sé porque...” (1508)

“Pero si tú la reflexionas y dices bueno, obviamente cualquier cosa que uno interprete tiene que ver con su historia porque tú dices... tienes como tu historia de manera adyacente y lo principal es la historia del que está influyendo en esto, ahí sí si lo piensas bien en un momento donde haya mucha confianza entre tú y el paciente sí lo puedes decir y es muy muy positivo” (1817)

Apolo

“Con base a la transferencia, con base a algunos... Porque la marca de la transferencia... Estamos hablando así de CT y transferencia en general, eso no es así, por ejemplo la transferencia contigo es contigo, la transferencia contigo es contigo, mi transferencia con mi analista es mi transferencia con mi analista, entonces se desdibuja un poco la figura como de... No sé en el uno a uno, uno tiene que tener la posibilidad de hacer la lectura de por dónde viene el asunto y dejar pasar algunas cosas y otras no, a veces son pruebas a veces uno lanza un dardo de prueba a ver si lo agarra el paciente y si no lo agarra tú tienes que cambiar la dinámica y una estrategia...” (2860)

“Correcto, porque el diagnóstico, la característica, eso va por añadidura, realmente cuando tú tienes un diagnóstico, tienes un paciente con un síntoma esa es la mejor manera que ha encontrado ese paciente de hacer con su vida aunque el síntoma le sea muy doloroso, entonces si uno empieza a ver esto de cómo intervenir en ese arreglo tan singular para ese paciente, que es lo único que lo ha mantenido cuerdo en la vida y para tú poder operar desenredando un poco eso, tienes que estar ahí pero sin estar, porque si no te vuelves parte del síntoma, allí es donde realmente se complica el asunto no en diagnosticar, diagnosticar es una panza, ¿establecer plan terapéutico? fácil, revisar la medicación, hacer chequeo de medicación, eso no quiere decir que uno no haga todo eso, por supuesto uno se vale de todo eso, porque eso mantiene clara la idea del terapeuta, pero el asunto es cómo operar en ese nudo sin morir en el intento, y morir es que te devore el nudo del paciente... Vale que bonita la metáfora, después me pasan esa... La voy a usar en clase. -risas- “ (2984)

Abraham

“Yo siempre tomo vacaciones en una determinada época del año en verano, y bueno esto coincide con momentos de la vida de la paciente que, cambio de pareja, final de la etapa universitaria, hay aspectos en los que no le va bien y ¡chas!, eso después da para que... ¡ah! al regreso de las vacaciones, transferencia negativa.

Transferencia negativa, yo supongo, con una sensación subjetiva de abandono, se trabaja pero no hay manera y esto conlleva a una terminación, bueno una supuesta terminación que para mí siempre fue interrupción del tratamiento" (3273)
"Mmm... Mira, ningún paciente es fácil, cada paciente es una cajita de Pandora, evidentemente el que está en esto, se ha metido en un camino complicado, un camino que puede ser muy bien pagado en una economía normal, pero complicado, complicado porque trabaja con el sufrimiento del otro, ¿no? él es receptáculo de la proyección, a veces masiva, elementos muy destructivos, uno lidia a veces con transferencias eróticas o transferencias erotizadas, pero también hay transferencias negativas, a veces muy destructivas" (3524)
"Ahí estás hablando quizás de alguna situación que se escapan al trabajo cotidiano, si si, yo creo que un poco más complicado, situaciones de mayor peso, y bueno, en esos casos, hay como una mayor demanda hacia nosotros de la misma situación, pero antes de pasar por allí, siempre hay un autocuestionamiento constante de nosotros hacia el trabajo que estamos haciendo procurando hacer el trabajo más limpio y más éticamente correcto, y además, más adecuado sobre todo para poder ayudarnos con este paciente, entonces, hay una propia mirada autocrítica antes de incluso cualquier otro tipo de, de herramienta adicional que involucre un tercero, porque la supervisión y el análisis involucran un tercero" (3610)

2.3. Transferencia del paciente

Atenea
"Normalmente lo trae el paciente de una vez, o sea, cuando unas cosas pasan, estos temas que si transferencia erótica y estas cosas, normalmente el paciente lo trae, la persona lo trae, con mucha angustia, pero lo trae" (921)
"El asunto es, número uno, que uno tenga claro que eso tiene que ver con lo que está pasando en el proceso terapéutico, y con las transferencias puestas sobre uno, obviamente que uno no actúa esa transferencia, o sea, que eso no tiene como cuestionamiento" (952)
Anna
"Déjame imaginarlo... o sea, pudiera ser, por ejemplo... no se... si tú tienes un paciente que transferencialmente te coloca en una posición de madre nutritiva, y a ti ese paciente te cae bien, y contratransferencialmente sientes eso de cuidarlo" (1904)
"Pero pudiese ser también que a ti te están intentando, desde la transferencia, colocar en una posición materna nutritiva, pero tú sabes que con ese caso no se puede" (1916)
"A lo mejor ubicándonos más desde la CT, si te pudiese decir que posiblemente una CT negativa va a generar una transferencia negativa, eso a lo mejor si me sentiría más segura de serlo, pero no sé si al revés, porque en la transferencia se juegan otras cosas, porque tú puedes tener una transferencia negativa, y tú como terapeuta lo manejas para que eso se convierta en positiva pero no quiere decir que tu CT sea mala, pero cuando la contra si es mala, seguramente va a repercutir... o sea, si no lo manejas, si no lo manejas va a repercutir" (2036)
"Comienza como a, a insultar de alguna forma el proceso terapéutico e insultarme a mí como terapeuta y yo soy estudiante de psicología, y yo sé que lo que tú hiciste está mal, porque si, y si yo me quería suicidar, y tú no me hablaste (…) Pero bueno, fue muy, fue muy difícil, al final bueno lo manejé porque le pude interpretar la transferencia y entonces él lo agarró, gracias a dios, se sentó y siguió su terapia" (2145)
Apolo
"Bueno ahorita con las redes, te sigue por Facebook, quiere tener lugar en estos espacios que son personales y qué es lo que hace el psicoterapeuta con esa petición con esa demanda, saber hacer implica ver qué haces con eso, ver qué haces con la transferencia, porque al final lo que siempre te mueve es el fenómeno transferencial" (2521)

"La transferencia es muy positiva o muy negativa se monta para no hablar del conflicto, por eso aparece en el lado positivo extremo el amor, no querer hablar de las penurias de la vida porque la idea que vas a perder el amor de tu terapeuta o desde el lado negativo, es el ataque constantemente al vínculo para que no se meta más en ese punto, ahí viene lo de la posición del psicoterapeuta para saber hacer, cómo te sales tú de ese rollo transferencial para que eso se convierta en un motor y no en un obstáculo eso lo complica, Freud decía en la transferencia que a los novatos les decía ustedes se la pueden pasar la vida preguntándose cómo van a interpretar, qué es lo que van a decir, cómo saludar... Pero realmente el problema de cualquier análisis comienza cuando aparece la transferencia, amorosa o negativa ahí es donde viene el trabajo y es cuando uno tiene que ver cómo convierte eso en un motor porque además la psicoterapia sin transferencia no funciona al menos desde la orientación dinámica, si no partes de ese mínimo, fundamentación dinámica tú crees en el inconsciente" (2586)

"¿Uno qué hace con eso? lo lleva a análisis, porque después la paciente cantante de lo más tranquila, relajada, echándome el cuento de lo mal que la había pasado esa noche y yo por dentro ¿y lo mal que pasé yo esa noche? eso no se lo digo, claro porque además los pacientes ponen a prueba, también porque ese trabajo de análisis, de supervisión..." (2695)

"Ahhh, una fue una paciente muy demandante, muy histérica, cuando digo histérica es que hay algo que ocurre en la histeria como tal que es poner al otro a que le responda, que le responda lo que ella desea, entonces hay una posición que ella siempre ha jugado en la transferencia es que todos los hombres con los que ella ha estado se enamoran de ella, o sea una mujer muy bonita y se arregla mucho, entonces ella en las primeras sesiones ya me confiesa en algún momento que ella estaba esperando en la sala de espera y lo que deseaba era que no le tocara un hombre, está cuadrada por cita, está la cita entonces se le asigna un analista y ella bueno nada, coincidencialmente le toca un hombre y esto fue un problema para ella desde el inicio de la sesión, nosotros duramos aquí como..." (2723)

"Ella era una... Tenía hábitos alcohólicos acentuados y tenía, que creo que era lo que estaba detrás pero ella se fue, en una sesión ella llegó muy molesta muy molesta, porque le había tocado esperar diez minutos más de su hora y esa sesión fue acusarme insistentemente y muy violentamente que yo la trataba como un perro, ahí por supuesto yo... ¡Berro! esta es la posición donde ella se ubica como que desechada por los demás, lo está actuando completo acá, por supuesto esto te lo digo ahorita tranquilo después de aja... Pero en ese momento es un fastidio recibir todo eso... Ehh... ¿Por qué? porque Apolo persona, ya no psicoterapeuta a mí no me gusta que me hablen feo pues, a mí no me gusta que me griten y eso yo lo sé porque yo lo he trabajado en la vida porque si no me paro y la saco" (2747)

"Yo no sé cómo hacer para verte como mi analista si siempre te veo como un hombre ¿qué va a hacer usted con eso?" (2993)

Abraham

"Esto por supuesto no es solamente teoría, para que lo vean como más claro, puede ponerse en juego cuando hay una cosa, que por ahí mucha gente le asusta, que se llama transferencias eróticas, qué pasa cuando la transferencia es erótica y de paso, no hay una transferencia típica nada más sino una CT erótica, caramba. O sea, está el analista y viene una paciente, muy linda o lo que sea, o un paciente, y hay un enamoramiento de parte del paciente hacia el analista y hay una respuesta masiva de agrado y bueno, de pérdida de rol analítico de parte de ese analista" (3144)

"No, no me ha pasado, han habido casos de transferencias eróticas detectadas a tiempo que se han trabajado, de CT eróticas también, yo no tengo ningún problema de hablar de eso, y se han supervisado, se han llevado a análisis y de algún modo se ha desanudado lo que ha habido allí. Ha pasado que por respuesta tardía, y por un interjuego del vínculo paciente-analista en lo que es el campo analítico, si han habido interrupciones unilaterales, o terminaciones supuestamente acordadas que

pa' mí son terminaciones” (3215)
“Yo siempre tomo vacaciones en una determinada época del año en verano, y bueno esto coincide con momentos de la vida de la paciente que, cambio de pareja, final de la etapa universitaria, hay aspectos en los que no le va bien y ¡chas!, eso después da para que... ¡ah! al regreso de las vacaciones, transferencia negativa. Transferencia negativa, yo supongo, con una sensación subjetiva de abandono, se trabaja pero no hay manera y esto conlleva a una terminación, bueno una supuesta terminación que para mí siempre fue interrupción del tratamiento” (3273)
“Mmm... Mira, ningún paciente es fácil, cada paciente es una cajita de Pandora, evidentemente el que está en esto, se ha metido en un camino complicado, un camino que puede ser muy bien pagado en una economía normal, pero complicado, complicado porque trabaja con el sufrimiento del otro, ¿no? él es receptáculo de la proyección, a veces masiva, elementos muy destructivos, uno lidia a veces con transferencias eróticas o transferencias erotizadas, pero también hay transferencias negativas, a veces muy destructivas” (3524)
“Pienso que, generalmente, si lo vemos del punto de vista estructural, a veces pacientes con fijaciones más narcicisticas, entendiéndose de nuevo el narcicismo como una etapa temprana de la vida, puede a veces resultar un poco más complicado del tipo de identificaciones que hace, desde el tipo de transferencia que hace, desde la demanda que le colocan a uno, y evidentemente eso implica que todo el tiempo esté caminando sobre la cuerda floja” (3531)

3.0. Respuestas Contratransferenciales

3.1. Modificación del encuadre para disminuir sensaciones egodistónicas

Anastasia

“(…) entonces siento como invasión en ese sentido, a qué hora voy a llegar porque por más que adelante el reloj y llego antes de la sesión, el tipo está parado en la puerta, entonces como que siento que esa -sonido de frustración- y he pensado "voy a llegar más temprano" para evitar encontrármelo, para que no me abra la puerta porque siento ¿saben? que yo tengo que ya bajarme que si con los tacones puestos”(96)

“Ahí sí pudiera estar él como ¿violando el encuadre? sí, entonces me pongo quizás un poco más rígida, entonces lo dejo esperando hasta que sea la hora exacta aunque no tenga nada, sí me pongo quizás más estricta en el encuadre porque con él si no siento que hay un tema, digamos como de... Sí, tomar algunas atribuciones que no están dentro de su rol de paciente, entonces sí podría ser como una violación del encuadre.”(115)

“(…) entonces a veces he tenido una oportunidad, o algunas oportunidades de... viene este paciente me voy a poner un pantalón porque me he sentido que quizás mi estilo de vestimenta termina provocando unas reacciones en el paciente que yo para que no salgan ¿sabes qué? me pongo un pantalón. Y he pensado eso, pienso que... no es que hago un proceso de hoy tengo tal paciente, me voy a poner tal camisa, no este es parte de tu estilo, tú abres mi clóset y todo es blanco, negro, gris, no hay colores llamativos, tal y qué sé yo, pero he visto ahora que estaba pensando, con un par de pacientes donde digo, ay no viene este paciente vamos a ponerme tal cosa, entonces eso es una invasión de nuevo...”(422)

“(…) yo me visto así y no todos los pacientes están seduciendo, pero llega un momento o me ha pasado con un par de pacientes donde ya me siento incómoda en alguna medida y tengo que cambiar levente mi estilo.”(442)

“(…) hay un paciente que me mandó un mensaje después de la sesión "Anastasia,

estabas bellísima hoy" y yo como what, o sea ¿de verdad? entonces, con ese paciente empecé lo de los pantalones y es al revés, o sea cuando yo me pongo pantalones no es usual, el tipo me manda mensajes, viene este paciente y me voy a poner una falda porque qué fastidio, porque no quiero recibir el mensaje."(448)

"Sí, cuando les estoy diciendo que estoy cambiándome los pantalones por falda y falda por pantalones, bueno sí, estoy haciendo una modificación..."(469)

"(…) ¿qué me provoca por ejemplo este paciente? cambiarle la hora, o sea que no sea la primera hora en la mañana."(479)

"(…) si el paciente a mí me quiere pedir un cambio con todo el gusto del mundo se lo voy a dar, pero yo sé que esa es la hora que... en la que él pueda asistir entonces si yo por eliminar esa molestia inicial del trabajo, antes de trabajar porque en lo que entra al consultorio listo, se sentó y todo fluye. Pero si yo se lo propongo a él es más mía, estoy haciendo yo una modificación del encuadre ¿por una necesidad mía? eso no debe pasar."(533)

"(…) ¿le contesto los mensajes que me manda? no, no se lo contesto a ninguno, o sea no le contesto a uno o al otro, o sea los mensajes que no son de cancelar ya citas o sea, personales digamos, no se los contesto ni al que me cae bien ni al que me cae mal. Las horas se respetan igualito, las sesiones se acaban, no es que... inician y se acaban entonces no es que te voy a dar un ratico más sea positiva o negativa, a los 45 minutos se acabó. El tema de los honorarios igual, si se negocia desde el principio yo no ando cambiando porque la persona... porque tengo una CT positiva entonces no me vas a pagar, no."(571)

Atenea

"(…) me quedé dos horas hablando, esto no, o sea, no es la manera como de llevarlo, pues, ¿no? como bueno, luego reencausar eso, ah bueno esto lo hablaremos la próxima vez que podamos vernos, o ¿es que quieres tener una sesión?, también como a mí en medio de la angustia del contexto en el que nos estamos moviendo también se me fue como, bueno, como esta cosa de empezar casi que a compartir experiencias..."(864)

Anakin

"Sí los tenía que referir, una vez me vino una chama con mutismo selectivo que me miraba horrible además toda la sesión y yo intentaba hacer todo, sabes, cosas que yo no hago usualmente que si colores, cosas así, nada nada nada y la referí, pero no vino más, ni siquiera con la otra terapeuta, pero eso son como los dos casos que recuerdo ahorita."(1487)

"Bueno también no tan extremo sino algo que puede pasar en la cotidianidad, un paciente que te genere reacciones negativas, una CT negativa entonces tú le haces esperar 15 minutos afuera, o le cambias de sesión a última hora porque tienes un compromiso más importante y tal."(1606)

Anna

"(…) lo estaba hablando con otro colega y decía coye qué fastidio este paciente que me hace sentir así, que... y me dijo claro es que son dependientes (chasquea los dedos) epa, es verdad, o sea, me escribe normalmente para esto, ah ok, entonces bueno ya... de hecho, a él, más bien, como sabía que me generaba eso

normalmente le respondía."(2078)

Apolo

"En la sesión una hablaba de una y otra hablaba de la otra y eso era un pastel imaginario y le digo yo a la que sabía que estaba empastelando el asunto ¡y usted viene en otro horario! ¡A tal hora! y ella ella se arrechó, ¿eso es un acto analítico verdad? ¡Eso es un acto analítico! tú me estás haciendo eso ¿por qué me estás separando? y le digo ¡sí es un acto analítico! y le cerré la puerta, cuando entré al consultorio dije ¿qué acabo de hacer? -risas- Apolo qué bolas tienes tú, supervisión, no sé qué más, Apolo había que cortar eso... Y ahí empecé a trabajar en proceso de formación con las intervenciones, y entonces la interpretación uno sólo sabe que tiene efecto..."(2889)

"(…) porque si es por el lado de los límites del encuadre siempre se rompen en el sentido de uno siempre está moviendo en ese nudo, entonces hay cosas que varían, pero ahí hay un límite, hay un punto, como decía ahorita, no me lo llevo para mi casa o sea literal y metafórico"(2972)

Abraham

"Empieza la paciente a no tolerar vacaciones, empieza la paciente a no tolerar la separación entre una sesión y otra, con el dilema, además, si aumentar o no la frecuencia, esta paciente venía una vez por semana, ¿aumentas la frecuencia o no aumentas la frecuencia?, aumentas la frecuencia pero no demasiado, a dos, el riesgo de aumentar más es que genera, además, mayor regresión y aunque se puede trabajar, esto hay que llevarlo poco a poco, y bueno, se aumenta a dos, pero con la mala suerte que viene un periodo vacacional"(3266)

"(…) a veces cuando traen temas que nos tocan a todos, como el tema de política o este tema electoral, que si vota, no vota, entonces cuál es tu posición o no, bueno, a veces uno trabaja un ratico, decirles vamos a hablar 10-15 minutos de esto porque el tema que te está angustiando, y yo no tengo problema a veces de dar a entender mi posición ante la situación y eso, bueno, es parte de la sesión porque el otro necesita compartirlo contigo y a veces necesita que tú le digas también."(3366)

"(…) que interrumpes una sesión de por medio, decides que no vas a verlo más, te sales de la habitación, ¡porque no te escucha! entonces como no te escucha, tú te paras y te sales, ¿doctor, qué pasó? que no me estás escuchando nada de lo que le digo, todo lo que le digo usted me lo rebota. El paciente no entiende, bueno, ahí entendió, entendió por la vía del acto porque no entendía por la vía de la palabra."(3504)

3.2. Intervenciones inadecuadas

Anastasia

"(…)la tera... evaluadora y yo, y yo estuve muy muy muy... yo quería que él me diera la respuesta que yo sabía y me puse muy policial o sea me sentí como una... quizás haciendo preguntas que no eran mi estilo, muy inquisidora, no era mi estilo, pero porque yo necesitaba la respuesta y efectivamente en lo que me lo dijo o sea, ya me cal... o sea cuando a mí me confesó sí es que yo le he hecho esto, esto y esto, yo bajé la guardia, me volteé y le dije a la terapeuta como que de alguna manera, ves que tengo razón."(192)

Atenea

"Dios mío esta mujer es como, ¿qué es esto?, no es lo que yo estaba esperando y cuando ella me dijo eso, yo me encontré sin saber qué decir y dije una cosa que salió más como súper ruda, creo, en ese momento."(1036)

"Afortunadamente lo pudimos trabajar, porque bueno también hay que trabajar las transferencias negativas que son durísimas, yo pienso que fue un tema de timing, o sea creo que no era el momento ¿no?, que ella requería otras cosas antes de poder recibir esto."(1051)

"(…) creo que me angustio un poco también, siento que la posibilidad mía de acompañarlos en el proceso es difícil, entonces suelo como también apoyarme como para ver, porque puedo entrar como en unas defensas como muy intelectualizadoras, entonces empiezo yo a intelectualizar, a que el otro empiece a intelectualizar también, entonces los trastornos de personalidad dependientes también son un tema difícil para mí, yo creo que esos, el border y el dependiente, que voy reconociendo"(1244)

"Bueno como les digo, como este momento en que le dije a la muchacha ¿es importante para ti que yo te diga algo?, eso es un acting que responde a eso."(1254)

Anakin

"Eso puede ser muy beneficioso y eso es positivo, la CT en momentos donde un terapeuta por más buenas intenciones que tenga lo sobrelleva, puede ser iatrogénico, y si es un terapeuta con malas intenciones que los hay también, se puede aprovechar de eso también entonces tiene su parte positiva y negativa depende de cómo lo uses."(1399)

"(…) y a veces se me salen intervenciones como fuera de timing, como que esta cosa contratransferencial se me ha salido fuera de timing por angustiarme, pero eso sí lo he podido trabajar mejor por la experiencia."(1559)

"(…) la sexualidad femenina también existe, eso lo sabía, lo sabía pero no lo entendía experiencialmente y ahorita uno de mis pacientes con los que más me gusta trabajar es con mujeres que han sido abusadas sexualmente y eso, al principio mi CT de hay que respetar a las mujeres sobre todas las cosas, terminaba siendo unas sesiones como muy estériles, eso no sirve pues."(1670)

Anna

"desde la transferencia, colocar en una posición materna nutritiva, pero tú sabes que con ese caso no se puede y entonces, si no lo sabes, vamos a suponer que fuese un trastorno de personalidad dependiente, y te intenta poner en esa posición y tú inconscientemente, repito, que es como se juega la transferencia y la CT, tu inconscientemente respondes a eso desde la madre nutritiva, estás haciendo un daño al paciente."(1917)

Apolo

"Le pasaba a Breuer en los inicios, cuando habla de Anna O. era un pastel porque Anna O. era una mujer voraz y demandante de amor y bueno esto le causó problemas a Breuer con su pareja, con su esposa y es todo un pastel y Anna O. terminó gritándole que estaba embarazada de Breuer y Breuer se asustó y quien salió embarazada fue la mujer y Breuer agarró a la mujer y se la llevó ¡eso fue un

pastel transferencial! claro eso fue la primera relación terapéutica de corte psicoanalítico registrada, en el sentido que haya esto del pastel. Freud le decía a Breuer bueno eso no tiene nada que ver contigo, eso es el problema de ella, eso fue contratransferencial."(2525)

"La paciente me contaba todos los días que se iba a matar, esta era otra, y yo terminé cortándola ¿por qué no lo has hecho? entonces me quedé callado luego de que dije eso, Apolo ¿qué hiciste? ¿Cómo le vas a soltar tú esa vaina? y empieza ella a asociar, es que no puedo hacerlo por tal y tal cosa, y empezó a hablar de otra vaina y cuando... ¡Este es el efecto! entonces ya no me angustié tanto cuando hago esas cosas, pero no pasa por ahí tanto por supuesto."(2910)

"(…) si, digamos que sí, sobre todo con ella pasaba en un principio como una cosa de, bueno, de sesiones extra a veces fuera de lugar, del encuadre establecido... el principio de abstinencia te habla de no brindar satisfacciones sustitutivas, pero sí de algún modo tú estás respondiendo a una CT complementaria, si estás en riesgo pues de tu propia transferencia, estás en riesgo de evidentemente, bueno, de irte más allá de los límites de la naturalidad de la abstinencia, y entonces eso es un problema porque entonces estás en acting"(3420)

3.3. Experiencia emocional inadecuada

Anastasia

"(…) le había dicho a su hijo que Dios necesitaba al mejor mototaxista entonces por eso lo había como seleccionado a él y yo me puse a llorar... A llorar a moco tendido no, pero o sea se me salieron las lágrimas -risa- nunca en mi vida me había pasado y ahí la pérdida de distancia fue totalmente absoluta y creo que porque efectivamente yo no me había percatado de lo afectada que estaba"(175)

Anakin

"(…) porque te puedes pelar ponerte en una posición donde tú te estás poniendo a ti mismo en un estado emocional o una opinión entre comillas y si no es congruente con lo que está haciendo en el paciente, él te puede poner en un lugar donde no quieres que te pongan pues, porque se pierde un poco la neutralidad en el momento en que lo dices."(1423)

Anna

"Recuerdo una paciente que una vez que ella me estaba echando un cuento de un novio, de un tipo y yo, hubo un momento, imagínate, que en mi mente el pensamiento que me vino así en seguida fue "no vale, vamos a tomarnos unas birras y echamos el cuento" (risas de los entrevistadores) y me quedé así como wow, ya va"(2246)

Apolo

"Ella era una... Tenía hábitos alcohólicos acentuados y tenía, que creo que era lo que estaba detrás pero ella se fue, en una sesión ella llegó muy molesta muy molesta, porque le había tocado esperar diez minutos más de su hora y esa sesión fue acusarme insistentemente y muy violentamente que yo la trataba como un perro, ahí por supuesto yo... ¡Berro! esta es la posición donde ella se ubica como que desechada por los demás, lo está actuando completo acá, por supuesto esto te lo digo ahorita tranquilo después de aja... Pero en ese momento es un fastidio recibir todo eso... Ehh... ¿Por qué? porque Apolo persona, ya no psicoterapeuta a mí no

me gusta que me hablen feo pues, a mí no me gusta que me griten y eso yo lo sé porque yo lo he trabajado en la vida porque si no me paro y la saco y entonces termino diciéndole la sesión siguiente que a mí me parecía en tal caso que si ella se sentía así que yo la podía referir con alguien que se sintiera más cómoda"(2747)

Abraham

"Esto por supuesto no es solamente teoría, para que lo vean como más claro, puede ponerse en juego cuando hay una cosa, que por ahí mucha gente le asusta, que se llama transferencias eróticas, qué pasa cuando la transferencia es erótica y de paso, no hay una transferencia típica nada más sino una CT erótica, caramba. O sea, está el analista y viene una paciente, muy linda o lo que sea, o un paciente, y hay un enamoramiento de parte del paciente hacia el analista y hay una respuesta masiva de agrado y bueno, de pérdida de rol analítico de parte de ese analista."(3144)

"Puede pasar también, que si es frente a frente, bueno, mira, o sea, nada, lloraste con el paciente. Es inusual, pero bueno, cabe preguntarse allí qué se movió en ti, ¿no? evidentemente, aunque te des cuenta, lo más importante es rescatarte, lo más pronto posible para poder intervenir desde el lugar, desde la posición analítica y no del lugar de identificación."(3357)

"Mira lo ideal es que el paciente no lo note, porque eso no es un asunto del paciente, eso es un asunto de uno, o sea, lo que pasa es que uno es un ser humano, por fortuna el paciente está en el diván y no lo nota, pero esto no es una terapia de expresión emocional conjunta donde van a llorar los dos y, bueno, eso no es psicoanálisis, eso no es psicoterapia psicoanalítica. Pueden haber corrientes que trabajen con esto, pero eso no es análisis, pero uno como ser humano tiene que tener la capacidad de reconocer bueno, que a veces pueden pasar cosas que no movilizan y que eso no nos hace manos analistas, siempre y cuando uno sepa rescatarse de ese lugar de la identificación y poder intervenir con neutralidad."(3407)

3.4. Permitirse atribuciones fuera del encuadre

Anastasia

"(…) o sea si bien están los límites dentro del consultorio y todo hay un acercamiento afectivo que es distinto que con los adultos, digamos hay un... más abrazos, más caricias iba a decir pero o sea... como más acercamiento físico que con los adultos y eso es una diferencia quizás desde mi estilo también, no sólo dependerá de la CT lo que la población infantil a mí me genera como tal sino quizás también ese acercamiento con los niños más mío, o quizás no depende sólo de ellos, creo que eso es una variable... o sea, una diferencia importante que acabo de darme cuenta."(137)

"(…) pero por ejemplo me pasaban cosas que se le iba la enfermera y a mí me provocaba darle el número de la enfermera de mi padre... y entonces yo sabes, esa no es mi labor, o sea mi labor no es ayudarla desde... mira a mí me sobraron unos pañales, será que te los doy, o sea tenía la tentación y bueno entonces claro el tener supervisión, tener fresco eso, saber que efectivamente si yo no hago una distancia de esto se iba a enredar la relación, ahí es donde yo no..."(652)

"(…) dije esto tiene que servir para algo, claro pero con una tutela porque era muy fácil perder la distancia, fácil, involucrarme, eso o sea, le puedo buscar a la enfermera, que yo tengo a la enfermera que ya no la estamos usando cosas así o te voy a dar el contacto de ella."(659)

Atenea

“Y bueno, y lo primero que a mí me pasó es que, bueno, caminé con ella, o sea fui, fui con ella hasta la oficina de la LOPNA que tenemos ahí para preguntar cuáles eran los procesos, entonces bajamos para Clínica Jurídica para ver si había una manera, pero o sea iba yo con ella como si fuera más bien como hija mía.”(847)

“Ella, por ejemplo, contrario a todas las probabilidades es súper buena estudiante, quería estudiar en la universidad, entonces bueno, yo fui, averigüé si habían becas, o sea, hice un montón de trabajo que no son estrictamente del campo de lo psicológico, en un sentido más tradicional de lo que implica la intervención...”(855)

Anakin

“Sí sí -risa- uno de mis primeros pacientes de asesoramiento era un chamo con una estructura psicótica y tal y yo comencé... En vez de atenderlo 45 minutos lo atendía 60 minutos completos, después él también se veía en psiquiatría aquí, entonces yo, estilo su papá iba a la cita psiquiátrica con la abuela y él y escuchaba lo que decía la psiquiatra.”(1537)

“Después mi tesis de pregrado fue sobre acoso escolar e hice mi tesis en el colegio donde él estudia entonces no sólo lo veía en la sesión una vez por semana sino también cuando iba a recoger los datos para mi tesis y no sólo eso sino que después lo dejé de ver, o sea me gradué de psicólogo y lo siguió viendo alguien más y él se graduó de tercer año de bachillerato y yo fui a la graduación con la abuela, otra persona que trabaja aquí que también tenía una relación cercana con el chamo y yo fui a la graduación también -risas- entonces sí yo creo que ese ha sido... Lo más característico que he perdido los límites.”(1541)

Apolo

“La empatía en sí... O sea no estoy diciendo que uno no sea empático y que uno no se interese, uno se interesa por las experiencias de vida del paciente, y a uno lo conmueve, sobre todo con niños, con niños probablemente sea un punto donde yo me permito más que salga una lágrima porque además la dinámica con el niño implica otra cosa entonces el niño viene y te abraza ¿cómo no lo vas a abrazar? en ese sentido, eso es una postura mía en el trabajo con niños que es distinto a con el adulto, a un adulto le puedes decir que no, yo no doy abrazos, ay ese analista si es odioso...”(2837)

Abraham

“Esto por supuesto no es solamente teoría, para que lo vean como más claro, puede ponerse en juego cuando hay una cosa, que por ahí mucha gente le asusta, que se llama transferencias eróticas, qué pasa cuando la transferencia es erótica y de paso, no hay una transferencia típica nada más sino una CT erótica, caramba. O sea, está el analista y viene una paciente, muy linda o lo que sea, o un paciente, y hay un enamoramiento de parte del paciente hacia el analista y hay una respuesta masiva de agrado y bueno, de pérdida de rol analítico de parte de ese analista.”(3144)

“Si, es como te digo, o sea, puede ser frecuente, lo importante es tratar de rescatarse de allí, por ejemplo, a veces cuando traen temas que nos tocan a todos, como el tema de política o este tema electoral, que si vota, no vota, entonces cuál es tu posición o no, bueno, a veces uno trabaja un ratico, decirles vamos a hablar 10-15 minutos de esto porque el tema que te está angustiando, y yo no tengo

problema a veces de dar a entender mi posición ante la situación y eso, bueno, es parte de la sesión porque el otro necesita compartirlo contigo y a veces necesita que tú le digas también. No es una posición analítica, pero bueno, pero tiene un sentido en ese momento que es calmar la angustia, porque además el paciente sabe que la situación lo afecta a uno, no es lo mismo que te hable de una situación general que también te afecta a ti"(3365)

"(…) sí, digamos que sí, sobre todo con ella pasaba en un principio como una cosa de, bueno, de sesiones extra a veces fuera de lugar, del encuadre establecido... el principio de abstinencia te habla de no brindar satisfacciones sustitutivas, pero sí de algún modo tú estás respondiendo a una CT complementaria, si estás en riesgo pues de tu propia transferencia, estás en riesgo de evidentemente, bueno, de irte más allá de los límites de la naturalidad de la abstinencia, y entonces eso es un problema porque entonces estás en acting"(3420)

"El pasaje al acto es consciente, tú sabes por qué lo estás haciendo, bueno voy a ir a ver esta paciente un sábado porque si, o mira no hay luz pero está grave, bueno no importa, hacemos la sesión en otro lado, no importa, caminando ahí en Los Próceres, hable no importa yo la escucho (risas de los entrevistadores) eso se vale, eso se llama variaciones forzosas del encuadre"(3428)

"El acto ortopédico es un acto donde como forma de muleta, alguna acción del analista termina sirviendo de una ayuda adicional fuera de lugar analítico a ese paciente o ese analizando. Es una acción mucho más activa y mucho más directiva. Allí a veces pudiéramos incluir estas variaciones forzosas de encuadre, recuerdo por ejemplo una vez una paciente que llegó muy angustiada, porque además ella cargaba con una cosa así como 54000 Bs. en efectivo, cuando eso era muchísima plata, creo que el dólar ni siquiera llegaba a 54, es decir tendría más de mil dólares en efectivo, y estaba muy asustada porque venía en transporte público y temía que la fueran a robar, no no no, deje ese dinero aquí, mire aquí está la llave, ¡chas!, cerramos con llave, mañana lo viene a buscar con fulano de tal, y así se va pa' su casa tranquila. Eso es un acto ortopédico, o el paciente sabe que está armado y anda con ideas suicidas, no no, me deja esa pistola aquí en la gaveta, si quiere se lleva la llave, pero deje el arma aquí, ¿ok? claro, ahí estás cuidando, estás protegiendo al paciente, pero lo estás haciendo consciente de lo que estás haciendo."(3488)

"Entonces, esto de la ayuda, de los favores, o que desde un rol de cuidador, se pueda ir más allá de los límites de la neutralidad y abstinencia, se ve con alguna frecuencia pero lo importante es saber por qué se está haciendo, en ese momento, bueno, estás trabajando en menor asimetría, estás trabajando desde un lugar más directivo, y estás haciéndolo por un determinado motivo, por una determinada causa, ahí es diferente."(3511)

3.5. Preocupación excesiva

Anastasia

"Creo que la preocupación, o sea cuando te digo el cansancio es también como... el no estar, o sea el no poderme desconectar de lo que pasa, que yo llego a la casa por ejemplo y me quedo pendiente del paciente, y quizás no lo verbalizo pero estoy... y entonces veo mucho el celular a ver si me escribió, eso eso me... o sea cuando me siento agotada, cuando digo berro no me puedo desconectar, como decía la sesión se acabó y todavía me quedo como pendiente, o sea la palabra es pendiente, eso me agota y cuando yo ya me siento agotada digo no, algo estoy dando de más quizás."(289)

Anakin

“Bueno a veces uno se echa pelones interviniendo aquí y como que se preocupa más por los pacientes y debemos confiar en que ellos tienen sus propios recursos y a veces se me salen intervenciones como fuera de timing, como que esta cosa contratransferencial se me ha salido fuera de timing por angustiarme, pero eso sí lo he podido trabajar mejor por la experiencia.”(1557)

Apolo

“A ver...Porque en algún momento fue el suicidio, en algún momento cuando estaba empezando, yo tenía una paciente que me llamaba y me decía que se iba a matar, pasó dos veces y se quedaba sin señal, yo me quedaba con un -jadeo- ¡Se mató! ¡Se mató! ¡Se mató! ¿Uno qué hace con eso? lo lleva a análisis, porque después la paciente cantante de lo más tranquila, relajada, echándome el cuento de lo mal que la había pasado esa noche y yo por dentro ¿y lo mal que pasé yo esa noche? eso no se lo digo, claro porque además los pacientes ponen a prueba, también porque ese trabajo de análisis, de supervisión...”(2691)

Abraham

“(…) chica joven entre 20 y 35 años, dos años de tratamiento aproximadamente, bien presentada, muy bien parecida, un punto en el tratamiento en el que yo empiezo de un modo a sentir o a registrar algún tipo de interés por la paciente que me doy cuenta que no es común, en el ámbito del trabajo con los pacientes o con esta paciente, sobre todo una sensación de cuidado y sobreprotección, ¿no?, que casi que rayaba en los límite de la neutralidad. Uno se invita a cuestionarse, bueno, ¿qué está pasando, será que te gusta la paciente? no, independientemente uno puede tener su vida privada aparte satisfecha, lo que sea, a nivel sexual, de pareja, está pasando algo.”(3234)

“Me cuestiono qué hacer, lo converso con un amigo que me dice refiérela, no des largas, yo un poco tozudo porque yo soy terco, yo decido no hacerlo, lo llevo a análisis, lo llevo a supervisión, evidentemente uno empieza a ver aspectos propios que se están moviendo allí, que evidentemente tienen que ver con una transferencia erótica, una respuesta contratransferencial no actuada de manera erótica pero si desde el lugar del cuidado, sobreprotección”(3242)

“Esto también trae como una respuesta contratransferencial en algún punto de sueño, de hastío, de cansancio, el paciente sigue viniendo, bueno nuevamente, o sea, supervisión, uno lleva al análisis cosas de su vida pero no lleva algún aspecto de su trabajo al análisis porque realmente estás como muy preocupado, para que dedique una sesión de sus análisis a hablar de un paciente, es porque estás preocupado por algo que está pasando.”(3293)

3.6. Tomar riesgos en el proceso terapéutico

Anastasia

“(…) cuando me he sentido que hay... que tengo ganas de referir al paciente han sido casos que he llevado a supervisión, yo a ver conscientemente no recuerdo ningún caso donde yo diga... más que todo lo contrario, si me parece que de esto... cuando la CT y la transferencia está es rico de trabajar, o sea es parte de lo que yo hago y lo hablo luego, entonces que inconscientemente ha provocado que alguno -risas- se haya ido, ¡sí! que lo haya botado inconscientemente.”(344)

“Cuando llega un paciente que sé que no se va a beneficiar mucho, no lo quiero ayudar. Pero me da al revés, tú dices ah no, ¿tú dices que no vas a mejorar? no, tú vas a venir pa´ ca dos veces por semana y le amarro... -risas- Algo te vas a llevar hoy.”(391)

“Era un paciente para el que uno dice por CT sácalo, o sea no lo aceptes, todo lo contrario, dije esto tiene que servir para algo, claro pero con una tutela porque era muy fácil perder la distancia, fácil, involucrarme, eso o sea, le puedo buscar a la enfermera, que yo tengo a la enfermera que ya no la estamos usando cosas así o te voy a dar el contacto de ella.”(658)

Atenea

“Mi primer impulso, de verdad, fue, bueno, ¿sabes qué? vamos a buscar como la emancipación, vamos a como a firmar... ese fue mi primer impulso, afortunadamente no se lo dije, pero lo pensé y lo sentí, y para mí ya hice, ya se fue pues. No lo actué pero estaba allí. Y con ella esas cosas empezaron como a suceder.”(851)

“(…) y yo vengo pensando que es importante para ella como reconocer que es posible atravesar estas cosas y avanzar, y decido contarle que, bueno, que no he tenido nunca problemas de bulimia pero había tenido unos temas importantes con el peso y tal por unos problemas de insulina, y que bueno, con mucha paciencia y tal, como lo había conseguido pero eso había significado un cambio importante en mi modo de vida, y en un montón de cosas.”(1042)

Abraham

“El pasaje al acto es consciente, tú sabes por qué lo estás haciendo, bueno voy a ir a ver esta paciente un sábado porque si, o mira no hay luz pero está grave, bueno no importa, hacemos la sesión en otro lado, no importa, caminando ahí en Los Próceres, hable no importa yo la escucho (risas de los entrevistadores) eso se vale, eso se llama variaciones forzosas del encuadre, tú escuchaste, tú respondiste, fue caminando en un parque, no importa, pero tú sabes por qué lo estás haciendo y sabes con qué tipo de pacientes lo estás haciendo.”(3428)

4.0. Herramienta dentro de la terapia

4.1. Diagnóstico

Anastasia

“Como es parte de la relación, además de que está estudiado entonces tú dices bueno, esto confirma un poco el diagnóstico que tú tienes o de la persona o por ahí como lo que viene como trabajando entonces no...” (79)

Atenea

“Si, si, pensaba que incluso para diagnóstico. Por ejemplo, ya hay una cosa que yo empiezo a sentir que digo esta persona tiene unos rasgos histriónicos importantísimos porque si no, yo no me sentiría así. En estos días una colega se sienta, que estaba dando clases y dice, no sé qué cosa, no, que estamos repartiendo unos grupos y dice, bueno ¿y fulanito? ¡Ah!, ese tiene unos rasgos psicopáticos importantes, y dice, no me lo pongan a mi porque me enamoro (risas de todos) entonces sí, incluso para diagnostico hay unas cosas que yo, por ejemplo, los paranoides me dan mucho miedo, entonces yo puedo reconocer como algunos rasgos, o sea los paranoides esquizofrénicos, pues, no gente que tenga rasgos, ahorita somos todos medio paranoides con el tema de la inseguridad, pero hay algunas cosas que incluso para hacer diagnostico me ayudan” (1208)

“(…) o sea, por ejemplo, las personas con historia de trauma complejo yo me voy

dando cuenta que son un desastre para asistir a sesión, ¿no?, entonces van, van dos veces, se van, claro, porque no logran sostener relaciones de cuidado, es inconcebible, no sienten que las merezcan, sienten que la van a dañar, lo están empujando a uno para que uno responda como sus cuidadores primarios, que fueron los que traicionaron como estos vínculos" (1290)

Anna

"Puede ser, a ver si te estoy siguiendo bien, o sea hay momentos que uno logra afinar el diagnostico por lo contratransferencial" (2071)

"O sea, sí me ha pasado, por ejemplo, tengo un paciente ahorita que es obsesivo, bastante dependiente, y parte, o sea, parte del diagnóstico fue eso, o sea, a la quinta vez que me escribió un mensaje fue así como coye qué fastidio, y ya va, ajá. De hecho, lo estaba hablando, no a una sesión de supervisión normal, pero lo estaba hablando con otro colega y decía coye qué fastidio este paciente que me hace sentir así, que... y me dijo claro es que son dependientes (chasquea los dedos) epa, es verdad" (2074)

"Hay algo que de repente como que me choca y en seguida entonces (hace un ruidos) ah, tiene este tema histriónico, esto es lo que está" (2235)

Abraham

"Esos son aspectos contratransferenciales que si los identificamos, pueden ser muy útiles para trabajar ese tipo de transferencia, pero bien decía Kohl, son transferencias que a veces son, bueno, generales, especulares o idealizadas; entonces... dependiendo de dónde se coloque el paciente o cuál sea esa, sí, ese tipo de transferencia que el paciente establece pues lo más importante es registrarla y uno saber con qué tipo de paciente uno está trabajando, si es un paciente en déficit que en verdad uno sabe que va a hacer ese tipo de transferencias, pues uno tiene que estar preparado para trabajar con ese paciente o con esos pacientes, pues porque pueden ser varios o en simultaneo, e intervenir desde otro lugar que no es el lugar clásico, ¿no? tú no puedes intervenir con un paciente deficitario, con un paciente con un trastorno narcisista o el narcicismo maligno, paciente grave pues, narcisista grave desde el mismo lugar que intervienes desde un neurótico obsesivo o de una neurosis histérica, edípica me refiero, no narcisista, entonces creo que, bueno, el registrar eso y el poder tenerlo consciente y tenerlo presente sirve para intervenir desde un lugar más adecuado y hacer un mejor trabajo" (3561)

4.2. Modificación del encuadre a beneficio del proceso terapéutico

Atenea

"Sí, claro. Por ejemplo, en la consulta privada, en teoría es más sencillo mantener un encuadre, pero por ejemplo, en esta situación país, mantener el encuadre tradicional rígidamente en muy difícil. O sea, partimos por ejemplo del asunto que hemos podido estar aquí en sesión y, habían, no se disturbios, marchas, protestas, bombas lacrimógenas, y ¿qué voy a hacer yo al paciente?, ¿bueno está bien, chao, hasta luego y le cierro la puerta y que se vaya? a lo mejor si vino sin carro, por ejemplo, le doy la cola, en Parque Social es mucho más fácil que se rompa el encuadre tradicional por la naturaleza de los casos que se ven allí. Yo creo que lo importante, más que mantener rígidamente el encuadre es siempre preguntarse por qué y para qué, por qué se rompió el encuadre y para qué se rompió el encuadre. Esas cosas también son importantes llevarlas a supervisión, ¿no?, ¿bueno esto que significa, por qué está pasando esto, por qué me cuesta mantener el encuadre, por ejemplo, o por qué con esta persona en particular me ha costado tanto?" (819)

Anakin

"Una vez me vino una chama con mutismo selectivo que me miraba horrible además toda la sesión y yo intentaba hacer todo, sabes, cosas que yo no hago usualmente que si colores, cosas así, nada nada nada y la referí, pero no vino más, ni siquiera con la otra terapeuta, pero eso son como los dos casos que recuerdo ahorita" (1487)

Anna

"Cuando hice como este click, en función de este comentario que me hace el

colega, ya entonces comencé a contestar desde otra forma, a veces no contesto, a veces sí, leo siempre los mensajes, por supuesto, porque además él llegó con unos temas de ideación suicida...” (2082)
“Pero cuando hablo de esta CT, el otro colega me hace el señalamiento y caigo como en cuenta, digo ah espérate, entonces ahora los leo pero no los respondo todos, y después lo agarro en terapia” (2091)
Apolo
“En algún momento cuando estábamos haciendo unos reajustes de seguridad en el consultorio era trate de no salir muy tarde yo voy a adelantar las horas, véngase más temprano, no se quede hasta tan tarde allá abajo, eso es un punto de empatía pero hasta ahí, no me lo voy a llevar a mi casa por ejemplo” (2851)
“Eso no lo hago en el momento transferencia fantasía, entonces me va a odiar hay otros momentos en donde hacerlo, el encuadre se modifica y más en Caracas, no puedo llegar, estoy retardado, entonces uno a veces apela un poco a eso y hay pacientes que no lo toleran y entonces hay pacientes que hay que tratar de conservar esa hora fija para ese paciente, esta es la hora de este paciente entonces la pauta la marca la transferencia. Creo que ustedes están haciendo un buen trabajo por el lado de la CT porque ahí está la clave de todo este bicho, lo que uno llama psicoterapia, análisis, dinámico... -risas-“ (2874)
Abraham
“Tienes que medir muy bien tus palabras, tienes que ser muy cuidadoso con ese paciente, tienes que intervenir a veces con una precisión casi que un Tomahawk, ¿sabes? a veces no tienes ese cuidado quirúrgico con todo, pero sabes que ahí hay algo entredicho en la relación, y tiene que ver muchas veces con aspectos del paciente que hacen que tu trabajes o que ese, si ese trabajo analítico vaya por la cuerda floja, con el cuchillo entre los dientes, y sea más complicado” (3537)
“Era, por fortuna, el último paciente de la mañana pero hubo que prolongar la sesión aproximadamente unos 20 minutos más, hasta que el paciente estuviera más tranquilo y poder cortar la sesión. Hoy en día sigue siendo mi paciente, de eso hace más de año y medio. Pero son a veces variaciones o modificaciones en la técnica que tú haces desde un rol analítico, o en este caso más ortopédico, pero con un sentido y, bueno, haciéndolo de esa manera no hay mayor problema, además, fue una vez, eso no tiene por qué ser problemático” (3596)

4.3. Intervención

Anastasia
“Lo que sí hecho es decirle que por supuesto a este paciente que les digo que se queja que su relación de pareja que la esposa le dice que es muy controlador, le digo efectivamente lo eres fíjate como llegas aquí temprano, me dice "yo soy puntual" bueno a veces la puntualidad... por ahí o sea lo meto en el trabajo, más bien lo uso cuando tengo que hacer ese tipo de cosas lo uso como forma de trabajo. Yo sí uso bastante la CT” (486)
“Total y absolutamente, yo uso muchísimo la CT, y sobre todo en estos casos que o sea, cuando me siento invadida o cuando tengo rabia, más inclusive la uso cuando tengo CT negativas que cuando tengo CT positivas, me estoy dando cuenta, uso más como que bueno es que me provoca, tú provocas en el otro que te manden a la porra, estás buscando que yo te bote, así lo haces conmigo o sea de hecho, en términos personales, yo siento que tú... yo siento la misma rabia que puede sentir tu esposa cuando lo está llamando y no ha pasado ni un minuto, la tipa está terminando de maquillarse, lo mismo que haces acá entonces sí la uso bastante.
“Más esa que la positiva, es que la positiva no... No es que ay me caes bien, me encantas tú” (495)
“Como la parte de estás provocando que uno te abandone porque hiciste tal cosa, me estás agrediendo, entonces lo que provoca es decirte no vengas mañana y estás buscando justamente eso, la sensación de recibir daño del otro, entonces lo uso... Quizás ahí es como el tema de la confianza, con los pacientes abusados.

Hablo mucho del abuso porque veo muchos casos de abuso, entonces eso también es un caso útil de usar la CT" (510)

Atenea

"Entonces tiene que ver con cómo a veces cuando me identifico puedo crecer y puede crecer el otro" (904)

"Y luego, muchas veces, esta cosa como de reflejar sentimientos, que son técnicas como establecidas, ¿de dónde vienen? muchos vienen de la CT. A veces yo le digo al paciente, es que tú me lo estás contando, yo no soy tú y me da una rabia, entonces es como que el paciente, ¡claro! porque no sé qué, no sé qué (risas de todos) y es verdad, es una cosa que yo voy sintiendo como, a veces les digo, tú me lo cuentas y lo que me provoca es como, me da la sensación de que necesitas protección, es porque a mí me provoca protegerlos, entonces chequeo, ¿cómo te sientes tú? esto tiene que ver, incluso chequeando, como si esto tiene que ver con la persona, o es solamente una cosa mía, ¿no?" (1221)

Anakin

"Entonces muchas veces lo que hago, en ocasiones con este tipo de pacientes es decirles: bueno lo que estás contando es como muy confuso porque me cuentas esto y esto y no sé dónde termina una cosa y termina la otra, y eso sirve como efectivo porque justamente permite como ellos darse cuenta de cómo hay veces que una cosa lleva a la otra y no hay mucha reflexión de por medio" (1415)

"No le dije que es un coño de madre pero sí le dije que bueno que tal vez lo que siente que es parecido es que los dos se aprovecharon de ti en momentos distintos en tu vida y por razones distintas y como que eso sí lo agarró, pero bueno es sí lo hice en parte por mi CT de la rabia de que una chama de 14 años la estén poniendo en la misma posición que con una señora de 30 y que ella no pueda ver que el tipo es un coño de madre, sí bueno me da mucha rabia pero pensé en la rabia, la sentí y lo dije de una manera que era como pertinente en la sesión pues" (1718)

"Sí, sí hay espacio para eso pero a mí no me sale pues, pero sí, hay gente que lo hace y sobre todo con estos pacientes que no hablan mucho, hay gente que sí, que aburrido estar aquí y no hablar nada y le funciona pues, a mí no me funciona desde ese punto, pero es por como soy yo, pero sí, hay espacio para eso" (1732)

"Bueno ponerlo como en él, sabes como ¿no te sentiste como asustado cuando estabas caminando de noche por La Vega y veías a gente metiéndose drogas? ¿No te sentiste asustado? sabes cómo un poco como ver el criterio de auto cuidado, ese tipo de intervenciones también" (1827)

"Por ejemplo esta persona está como probando los límites y tú te sientes como invadido entonces tú en vez de decir siento que me estás probando los límites, un lacaniano diría bueno se terminó la sesión, eso es otra manera de intervenir desde la CT que para los lacanianos podría ser positivo pero bueno, yo no comulgo con esa visión por mis razones, pero es otra manera de intervenir que está muy bien pensada pero no es mi manera de trabajar" (1835)

Anna

"O sea, y entonces, ya es utilizarlo no desde la CT, o sea, no es respuesta a lo personal de uno, sino en función de lo que necesita el paciente. A eso me refiero con que, a lo mejor al azar pudiese resultar positivo pero que no, no es sano, no es sano terapéuticamente hablando" (1927)

"Pero cuando hablo de esta CT, el otro colega me hace el señalamiento y caigo como en cuenta, digo ah espérate, entonces ahora los leo pero no los respondo todos, y después lo agarro en terapia. Ah mira me escribiste esto, qué pasó, qué sentías, por qué no podías esperar la sesión, que pasó con la toma de... y de hecho con este paciente en específico que estoy atendiendo ahorita, ha funcionado bien. Ha funcionado chévere porque él más bien después llega a la sesión con la situación ya resuelta, entonces ah bueno no pude hacer esto, pude hacer, ah entonces no necesitabas que yo te respondiera, tú podías resolverlo solo" (2091)

"Pero bueno, fue muy, fue muy difícil, al final bueno lo manejé porque le pude

interpretar la transferencia y entonces él lo agarró, gracias a dios, se sentó y siguió su terapia" (2149)
"Esta intervención viene desde la posición de amigo o desde la posición de terapeuta, entonces hago más silencios, me callo más, evalúo más pues, reflexiono más la intervención que le voy a hacer, es como más pendiente de eso" (2279)
Apolo
"Siempre apostando que sea el sujeto del inconsciente el del paciente el que se manifieste no el mío, y eso no quiere decir que en algún momento calculado yo no pueda soltar algo como yo estoy muy preocupado por lo que está haciendo con su vida, es una forma de contener si el paciente está en riesgo, o sea en riesgo suicida hay que decir yo estoy preocupado por su vida y yo voy a ser así, ahí ciertas condiciones aplican" (2617)
"Un manejo que uno hace de la sala de espera entonces hay veces que tienes tres pacientes esperando, escoger quién sigue tiene efectos de interpretación, uno a veces... O sea yo tengo un estilo de trabajo entonces quien llegó primero es el que pasa porque tú le das hora e igualito llegan a cualquier hora entonces... Pero a veces sé de un paciente que estamos trabajando un punto con el tiempo entonces paso otro aunque él haya llegado primero y eso es para mover algo en la sesión" (2868)
"Y se vino sola y me dijo ¡tú no sabes todo lo que hice yo para llegar a esta sesión!, ¿qué hizo?, vine en metro, ah como cualquier caraqueño y ahí corté la sesión, entonces ahí no me lo cuestione tanto, ya estaba encaminado por el lado que era, vienes en metro cuál es el rollo como cualquier caraqueño en la ciudad de Caracas, punto" (2900)
"Correcto, porque el diagnóstico, la característica, eso va por añadidura, realmente cuando tú tienes un diagnóstico, tienes un paciente con un síntoma esa es la mejor manera que ha encontrado ese paciente de hacer con su vida aunque el síntoma le sea muy doloroso, entonces si uno empieza a ver esto de cómo intervenir en ese arreglo tan singular para ese paciente, que es lo único que lo ha mantenido cuerdo en la vida y para tú poder operar desenredando un poco eso, tienes que estar ahí pero sin estar, porque sino te vuelves parte del síntoma, allí es donde realmente se complica el asunto no en diagnosticar, diagnosticar es una panza, ¿establecer plan terapéutico? fácil, revisar la medicación, hacer chequeo de medicación, eso no quiere decir que uno no haga todo eso, por supuesto uno se vale de todo eso, porque eso mantiene clara la idea del terapeuta, pero el asunto es cómo operar en ese nudo sin morir en el intento, y morir es que te devore el nudo del paciente... Vale que bonita la metáfora, después me pasan esa... La voy a usar en clase. -risas-
" (2948)
Abraham
"Pero en este caso, por ejemplo, de la CT erótica, bueno es un problema, entonces ¿qué hay que hacer allí? bueno, no creo que de entrada haya que derivar o referir, hay que primero preguntarse ¿qué puede estar pasando?, pero entonces ¿qué puede estar pasando? y lo mismo, mucho análisis, mucha supervisión a ver cómo puede manejarse el caso y seguramente, si se está dando eso, es porque no se está trabajando lo suficiente la transferencia, entonces la transferencia hay que marcarla, hay que interpretarla, porque puedes lidiar con eso, pero lo que no pueden hacerse como de la vista gorda, o sea, aquel chiste del elefante en el cuarto, tienes un elefante rosado en el cuarto y estás pendiente del color de los enchufes, ¡no!, tienes un problema grave ahí, no lo están viendo, y eso es parte de la intersubjetividad entre paciente y analista" (3156)
"¿Por qué?, bueno entre el análisis y la supervisión evidentemente hay cambios en la técnica, hasta que finalmente esto se interpreta, la paciente en algún momento lo niega, se sonroja, se pone a llorar y eso da pie a que se trabaje esa transferencia. Después de trabajar la transferencia, hay otro problema, hay varios tipos de transferencia, evidentemente ustedes saben que hay transferencia positiva y

transferencia negativa, como no. La transferencia erótica puede ser una resistencia, resistencia transferencial, y aparte de eso, hay varios tipos de transferencia" (3249)
"Bueno, ya al haber consciencia de que hay un impasse, evidentemente, hay cambios técnicos que permiten desanudar la situación, empieza a interpretarse, por supuesto desde la transferencia, con un desenlace mejor que bueno, esto permite superar el impasse y que se continúe el trabajo, y bueno, se sigue el trabajo un tiempo más, hasta que, bueno, posteriormente el paciente estaba mejor y queda entonces una vez por semana" 3299)
"Tienes que medir muy bien tus palabras, tienes que ser muy cuidadoso con ese paciente, tienes que intervenir a veces con una precisión casi que un Tomahawk, ¿sabes? a veces no tienes ese cuidado quirúrgico con todo, pero sabes que ahí hay algo entredicho en la relación, y tiene que ver muchas veces con aspectos del paciente que hacen que tu trabajes o que ese, si ese trabajo analítico vaya por la cuerda floja, con el cuchillo entre los dientes, y sea más complicado" (3537)

4.4. Detección del impasse

Apolo
"Hubo un momento donde era más intenso que otro, momentos donde se lo interpreté claramente, eso no tiene nada que ver con ella, no tiene que ver conmigo, eso no tiene que ver con lo que usted me está contando y usted sabe muy bien que eso no va a pasar entre nosotros, después ella seguía hablando de eso después de yo haber hecho esto, ella hablaba del amor y no sé qué más y yo la escuchaba y la remitía con su esposo" (2737)
"Los pacientes que me son... Con los que toco más con ese impasse, hay un momento del análisis donde hay un obstáculo, hay un punto ciego aunque normalmente trato de supervisar todos mis casos pero uno siempre supervisa más el punto del impasse, el punto del impasse es un punto normalmente que toca contratransferencialmente desde esa posición pero que toca lo más singular de tu ser, por eso es que no logras trabajar ni moverte desde ese lugar, en la orientación lacaniana por ejemplo uno supervisa sus casos con su analista y tienes controles con otros analistas, pero muchas veces lo que uno está supervisando es ese impasse de uno de no poder sacarse del lugar imaginario donde tu viste el paciente" (2918)
"Era algo que me pasaba con esta muchacha del amor, si a mí no me gusta que me hablen feo, a mí me gusta que me quiera, entonces este punto... ¿Y yo cómo me salgo de aquí? yo estoy entendido, yo lo he trabajado, he lidiado, le he dado la vuelta pero siempre era la pregunta, cómo me saco de este lugar donde ella insiste que vaya" (2927)
"Correcto, porque el diagnóstico, la característica, eso va por añadidura, realmente cuando tú tienes un diagnóstico, tienes un paciente con un síntoma esa es la mejor manera que ha encontrado ese paciente de hacer con su vida aunque el síntoma le sea muy doloroso, entonces si uno empieza a ver esto de cómo intervenir en ese arreglo tan singular para ese paciente, que es lo único que lo ha mantenido cuerdo en la vida y para tú poder operar desenredando un poco eso, tienes que estar ahí pero sin estar, porque si no te vuelves parte del síntoma, allí es donde realmente se complica el asunto no en diagnosticar, diagnosticar es una panza, ¿establecer plan terapéutico? fácil, revisar la medicación, hacer chequeo de medicación, eso no quiere decir que uno no haga todo eso, por supuesto uno se vale de todo eso, porque eso mantiene clara la idea del terapeuta, pero el asunto es cómo operar en ese nudo sin morir en el intento, y morir es que te devore el nudo del paciente... Vale que bonita la metáfora, después me pasan esa... La voy a usar en clase. -risas-" (2948)
Abraham
"Bueno, ya al haber consciencia de que hay un impasse, evidentemente, hay cambios técnicos que permiten desanudar la situación, empieza a interpretarse, por

supuesto desde la transferencia, con un desenlace mejor que bueno, esto permite superar el impasse y que se continúe el trabajo, y bueno, se sigue el trabajo un tiempo más, hasta que, bueno, posteriormente el paciente estaba mejor y queda entonces una vez por semana" (3299)

5.0. Regulación

5.1. Regulación con ayuda de factores externos

5.1.1. Supervisión

Anastasia

"Al principio cuando me gradué iba semanalmente a supervisión, luego ya voy a supervisar los casos donde me siento que no estoy manejando las cosas bien o estoy, o sea a ver... básicamente superviso los casos de trastornos de personalidad, sobre todo cuando están en riesgo suicida porque ahí entro como en el tema de estoy como disponible todo el tiempo, estoy cansada, saturada, entonces en esos casos recurro a supervisión. Ya a esta altura mi supervisor ahorita no está, se fue del país, igual cuando me ha pasado que ya es que se fue, pues le comento por otras vías, o por Whatsapp o hacemos una conversación vía Skype."(228)

"¿Qué les estaba diciendo? se me fue... ¡Ah! tengo comunicación con él vía Skype o lo que sea de casos puntuales así, también he tenido supervisiones grupales, que es el mismo supervisor con el que me quedé con él en la individual, quizás lo que me ha terminado de pasar también es que... son muchos años también, entonces ya es como un amigo, era amigo antes también pero bueno yo lo elegí como supervisor porque en el posgrado yo tuve la oportunidad de pasar por muchos supervisores y luego tu terminas haciendo como afinidad con alguno y lo eliges para que luego en tu trabajo te supervise, quizás también la experiencia es súper rica porque ahí yo por ejemplo yo descubrí esas cosas de ha podido ser una mejor intervención pero lo que hiciste no está mal"(238)

"Ay ya va, otro de los que suelo buscar supervisión es cuando hay temas legales, el último que busqué supervisión que era sí... cuando tengo dudas de las pruebas que tienen un aspecto legal, dudas en el sentido que no hay... bueno como no hay cien por ciento de esto y esto van a traer como consecuencias a un tercero, entonces fue uno de los casos de abuso del Friedman entonces frente a... estaba además inclusive como en un tema muy público entonces bueno... me busqué un supervisor que viera las pruebas conmigo"(264)

"(…)que tengo ganas de referir al paciente han sido casos que he llevado a supervisión" (345)

"Sí bueno, exacto yo creo que terapia, supervisión, bueno y... no sé revisión, o sea creo que obviamente yo no superviso todos los casos que atiendo, ya a esta altura de mi vida... es más creo que nunca lo pude hacer -risas- porque uno no tiene el doble de horas en la vida, si tienes 20 pacientes tampoco puedes supervisar los 20 pacientes, no te dan las horas. Creo que es pensar sobre el trabajo que uno hace."(601)

"(…) o sea todo ese cuento ahí, déjame hablar con mi supervisor a ver si yo puedo estar. Acepté a la paciente y mi supervisor me dijo lo que me tenía que decir y al final la acepté la paciente"(649)

Atenea

"Sí, obviamente a medida que han pasado los años de experiencia, no tiene la

misma regularidad, la misma frecuencia. Ni superviso todos los casos. Al principio si, o sea, yo tenía supervisión tal cual como tenía análisis, una vez... bueno, tenía análisis dos veces (risas) iba a supervisión una vez a la semana, y supervisaba todos los pacientes"(791)

"entonces un supervisor es una buena fuente como... bueno, como de chequeo, ¿no?"(800)

"(…)cuando el paciente empieza como a traer cosas particulares, pues yo lo llevo a supervisión"(812)

"Esas cosas también son importantes llevarlas a supervisión"(829)

"(…)sí me ha pasado, en supervisión muchas veces"(892)

"(…)bueno, ese fue un caso que llevé a supervisión"(933)

"(…)que entonces necesito llevar a supervisión pero un poco como mira me pasa esto, déjame ver aquí como lo..."(1240)

Anakin

"(…)si uno mismo va a análisis y se supervisa"(1355)

"Lo segundo es supervisarte, y ahí es supervisión es más aprender la teoría de la técnica"(1438)

"Sí claro, o sea yo cuando estaba en el posgrado tenía al principio, al principio del posgrado yo trabajaba también en un centro de salud en una zona popular, y berro ahí vi muchísimos pacientes y también vi a los pacientes del posgrado y los supervisaba por parte de la formación con supervisores de posgrado, yo tenía mi supervisión aparte para mis pacientes de mi trabajo y fue cuando comencé consulta privada seguí con la misma supervisora y sí, o sea como que todas las semanas lo que hacía es que llevaba como una sesión transcrita y yo elegía el paciente, podía ser el mismo o cambiarlo, sí, las supervisiones siempre me parecieron algo fundamental sobre todo cuando te estás formando."(1496)

"Ah lo de supervisión, justamente sí, fui a supervisión porque estas barreras de diferentes clases... Inclusive mi terapeuta no tenía mucha experiencia... mi supervisor no tenía mucha experiencia en contextos populares, como que la CT que nos estaba generando a los dos era una cosa que estaba dentro de los estereotipos típicos de la clase media, media alta que tiene sobre la pobreza y yo como que fui más allá de eso por lo que me generaba más allá de la supervisión y funcionó pues. Sí la supervisión es útil pero uno también tiene que confiar en lo que está viviendo en el momento con el paciente."(1527)

""(…)bueno yo lo llevé a supervisión y me regañaron y justamente fue eso, fuera de timing por yo estudiante de posgrado de que no, yo entiendo el inconsciente y tal fue más desde mi narcisismo que desde en verdad como no ser atorado y de calmarme e intervenir al momento que era."(1652)

"Yendo a análisis entendiendo eso, mi problema con las mujeres no tiene por qué meterse en la sesión y después entendí que uno es un terapeuta y uno tiene que escuchar cosas también fuertes"(1668)

Anna

“Supervisión y análisis personal, supervisión y terapia personal, esos son los dos básicos. Yo particularmente tengo siempre la creencia, y se la digo a mis alumnos acá, y se las digo a personas que conozco van a buscar psicólogo, jamás vayas con un psicólogo que no tiene su psicólogo. Eso es como ir pa' una odontólogo que jamás se ha revisado los dientes (risas de los tres) o ir pa' un médico que, no sé, no va pa'l médico nunca. Tienes que tener un psicólogo que vaya al psicólogo por eso, porque somos sujetos, primero somos personas y vamos a tener problemas, vamos a tener puntos ciegos, vamos a tener creencias, dudas, etc.; y tenemos que resolver lo máximo posible para disminuir la cantidad de puntos ciegos que tenemos en la terapia con otro. Y entender que bueno, en la medida que tú vas con un paciente y te hace sentir, más allá de lo normal digamos porque, somos personas y todos nos van a hacer sentir, pero cuando tú sientes o mucho rechazo con ese paciente o mucha cercanía con ese paciente, o empiezas a soñar con ese paciente, tienes que llevarlo a terapia, tienes que revisar qué es lo que te está moviendo tuyo, eso es lo que hay que ver.”(1947)

“Claro, claro. Mientras que la vuelvas consciente, o sea, mientras que tengas la posibilidad, que eso lo logras con terapia y supervisión, de preguntarte a ti mismo por lo que tú estás sintiendo y viviendo”(2102)

“Fíjate, yo más bien llevo más a supervisión, porque me preocupa más la posibilidad de actuar, cuando me caen muy bien, sobre todo personas que son de mi misma edad, o mí mismo rango etario, que me caen bien, etc., esas son personas, esos son casos que suelo llevar más a supervisión.”(2243)

“(…)por supuesto salí de una ahí a supervisión, fue mira, ajá, bueno ahí lo manejamos, creo que no lo actué, por supuesto no me fui a tomar las birras con la paciente”(2251)

“(…) incluso, cuando tú lo haces desde el es un reto pero déjame intentarlo para el bienestar del paciente, por lo general ese es un caso que va a tener mucha supervisión, que va a tener como mucho estudio, mucho control porque estás consciente de que es algo que se te dificulta, de que es un reto, pero de alguna forma tú estás ahí para ayudar al paciente y estás buscando su bienestar. Creo que sería así.”(2303)

“(…)y a mí me sirve, particularmente me sirve mucho, hablar de los casos, entonces, yo por supuesto los hablo en supervisión, pero también los hablo en mi día a día, los hablo con colegas, los hablo con mis alumnos”(2337)

Apolo

“(…)el análisis personal, lo que vendría a ser la supervisión y la formación teórica, la formación propiamente vista desde el psicoanálisis entonces desde esos tres pivotes lo que busca es formar la posición analítica”(2509)

“En la supervisión tú llevas esos puntos de impasse a otra persona que supone también un saber, también ahí hay algo de la transferencia para ver si encuentran una manera de destrabar el impasse entre el terapeuta y el paciente.”(2547)

“No, no porque uno... Lo que ha pasado desde la orientación uno lo llama impasse, cuando tienes impasse en la dirección de la cura, y esa impasse tú lo llevas a tu análisis y lo llevas a supervisar, realmente antes de tomar la decisión de referir que

sea una decisión sobre todo enmarcada en que probablemente sea el mejor camino para el paciente para desembarazarse de ese impasse”(2572)

“En la sesión una hablaba de una y otra hablaba de la otra y eso era un pastel imaginario y le digo yo a la que sabía que estaba empastelando el asunto ¡y usted viene en otro horario! ¡A tal hora! y ella ella se arrechó, ¿eso es un acto analítico verdad? ¡Eso es un acto analítico! tú me estás haciendo eso ¿por qué me estás separando? y le digo ¡sí es un acto analítico! y le cerré la puerta, cuando entré al consultorio dije ¿qué acabo de hacer? -risas- Apolo qué bolas tienes tú, supervisión, no sé qué más, Apolo había que cortar eso... Y ahí empecé a trabajar en proceso de formación con las intervenciones, y entonces la interpretación uno sólo sabe que tiene efecto…”(2889)

“Los pacientes que me son... Con los que toco más con ese impasse, hay un momento del análisis donde hay un obstáculo, hay un punto ciego aunque normalmente trato de supervisar todos mis casos pero uno siempre supervisa más el punto del impasse, el punto del impasse es un punto normalmente que toca contratransferencialmente desde esa posición pero que toca lo más singular de tu ser, por eso es que no logras trabajar ni moverte desde ese lugar, en la orientación lacaniana por ejemplo uno supervisa sus casos con su analista y tienes controles con otros analistas, pero muchas veces lo que uno está supervisando es ese impasse de uno de no poder sacarse del lugar imaginario donde tu viste el paciente”(2918)

Abraham

“Y hay maneras, ¿no?, o sea, eso lo puedes llevar a tu análisis, puedes tratar por supuesto de supervisar el caso, y si es una cosa muy grave con la que no puedes, lo más ético y lo más sano es referir o derivar el caso, plantear una terminación y ver qué puede estar pasando. Esto por supuesto no es solamente teoría, para que lo vean como más claro”(3141)

“Pero en este caso, por ejemplo, de la CT erótica, bueno es un problema, entonces ¿qué hay que hacer allí? bueno, no creo que de entrada haya que derivar o referir, hay que primero preguntarse ¿qué puede estar pasando?, pero entonces ¿qué puede estar pasando? y lo mismo, mucho análisis, mucha supervisión a ver cómo puede manejarse el caso y seguramente, si se está dando eso, es porque no se está trabajando lo suficiente la transferencia, entonces la transferencia hay que marcarla, hay que interpretarla, porque puedes lidiar con eso, pero lo que no pueden hacerse como de la vista gorda, o sea, aquel chiste del elefante en el cuarto, tienes un elefante rosado en el cuarto y estás pendiente del color de los enchufes, ¡no!, tienes un problema grave ahí, no lo están viendo, y eso es parte de la intersubjetividad entre paciente y analista.”(3156)

“Me cuestiono qué hacer, lo converso con un amigo que me dice refiérela, no des largas, yo un poco tozudo porque yo soy terco, yo decido no hacerlo, lo llevo a análisis, lo llevo a supervisión, evidentemente uno empieza a ver aspectos propios que se están moviendo allí, que evidentemente tienen que ver con una transferencia erótica, una respuesta contratransferencial no actuada de manera erótica pero si desde el lugar del cuidado, sobreprotección”(3242)

“Esto también trae como una respuesta contratransferencial en algún punto de sueño, de hastío, de cansancio, el paciente sigue viniendo, bueno nuevamente, o sea, supervisión, uno lleva al análisis cosas de su vida pero no lleva algún aspecto de su trabajo al análisis porque realmente estás como muy preocupado, para que

dedique una sesión de sus análisis a hablar de un paciente, es porque estás preocupado por algo que está pasando."(3293)

"No, no, porque yo soy muy cuidadoso con mi trabajo, tanto de análisis como de supervisión, aunque el trabajo de supervisión permite algunas laxitudes del vínculo, ¿no?, un trabajo mucho más cercano, amistoso, donde no tienen que haber necesariamente tantos límites"(3448)

5.1.2. Psicoterapia/Análisis

Anastasia

"Entre otras, qué he hecho, en el pasado la propia psicoterapia, digo qué he hecho, qué vine haciendo y qué seguiré haciendo, que es como el estar en constante revisión, más allá de consultarlo con la almohada es estar en terapia, porque hay cosas que bueno a uno le pasan y creo que eso es lo que he hecho para no actuarla, es como con mi terapeuta plantear las cosas, a lo mejor yo llego medio molesta por este paciente y terminamos como hablando de mis cosas en relación a eso que el paciente, que a ver es también una manera de supervisar, bueno sí, mi terapeuta de alguna manera me supervisa también pero se mete más como desde el lado mío que el supervisor pero no es que qué hago ahorita sino qué he hecho toda mi vida que he estado en terapia."(553)

Atenea

"Ahora voy a supervisión siempre que, bueno, quizás en ese mismo proceso de transformación hay unas cosas que llevo en mi proceso personal, pero luego hay unas que llevo a supervisión, me está pasando algo con esta persona, en esto de chequear al CT, a veces un indicador de cosas de otro, pero para no caer en la trampa de que siempre es el otro y nunca soy yo"(795)

"(…)por supuesto, lo trabajé en análisis, y eso fue una cosa de sentarnos a hablar"(934)

Anakin

"(…)si uno mismo va a análisis y se supervisa"(1355)

"Bueno, ir a análisis, eso es fundamental para cualquier terapeuta y un terapeuta que no vaya a psicoterapia personal no es un terapeuta porque creo que la primera condición para ser terapeuta es ser lo suficientemente humilde para saber que uno también está loco pues…"(1430)

"(…)de ir a análisis y tal, no estás exento de la locura"(1747)

Anna

"Supervisión y análisis personal, supervisión y terapia personal, esos son los dos básicos. Yo particularmente tengo siempre la creencia, y se la digo a mis alumnos acá, y se las digo a personas que conozco van a buscar psicólogo, jamás vayas con un psicólogo que no tiene su psicólogo. Eso es como ir pa' una odontólogo que jamás se ha revisado los dientes (risas de los tres) o ir pa' un médico que, no sé, no va pa'l médico nunca. Tienes que tener un psicólogo que vaya al psicólogo por eso, porque somos sujetos, primero somos personas y vamos a tener problemas, vamos a tener puntos ciegos, vamos a tener creencias, dudas, etc.; y tenemos que resolver lo máximo posible para disminuir la cantidad de puntos ciegos que tenemos en la

terapia con otro. Y entender que bueno, en la medida que tú vas con un paciente y te hace sentir, más allá de lo normal digamos porque, somos personas y todos nos van a hacer sentir, pero cuando tú sientes o mucho rechazo con ese paciente o mucha cercanía con ese paciente, o empiezas a soñar con ese paciente, tienes que llevarlo a terapia, tienes que revisar qué es lo que te está moviendo tuyo, eso es lo que hay que ver."(1947)

"(…)voy lo trabajo en mi terapia, y después no necesito referirlos y hemos seguido tratamiento sin ningún tipo de inconveniente, se trabaja en terapia, en mi terapia personal y después fluye el tratamiento sin inconvenientes."(2015)

"Claro, claro. Mientras que la vuelvas consciente, o sea, mientras que tengas la posibilidad, que eso lo logras con terapia y supervisión, de preguntarte a ti mismo por lo que tú estás sintiendo y viviendo"(2102)

"(…)yo tengo muchos años de análisis, tengo ¿qué? 8 años de análisis lacaniano y antes de eso, tuve 5 años de terapia, entonces ya digamos que son varias las cosas que tengo vistas desde antes."(2264)

Apolo

"(…)el análisis personal, lo que vendría a ser la supervisión y la formación teórica, la formación propiamente vista desde el psicoanálisis entonces desde esos tres pivotes lo que busca es formar la posición analítica"(2509)

"Los ejes que mencioné, el análisis, la supervisión y la formación afecta porque estaría en presencia de un terapeuta que no ha lidiado con sus propios traumas, con su propia angustia, ese es realmente el saber hacer, cómo llegas tú a saber hacer con tu angustia y no actúas desde tu fantasía"(2536)

"No, no porque uno... Lo que ha pasado desde la orientación uno lo llama impasse, cuando tienes impasse en la dirección de la cura, y esa impasse tú lo llevas a tu análisis y lo llevas a supervisar, realmente antes de tomar la decisión de referir que sea una decisión sobre todo enmarcada en que probablemente sea el mejor camino para el paciente para desembarazarse de ese impasse"(2572)

"(…)toca la fantasía, el analista toca los imposibles del analista y uno tiene que ver cómo resuelve desde este lado ese impasse en otro lugar no ahí con el paciente."(2612)

"Ah, y el punto tres que sería lo imposible, hay un punto de imposible para el terapeuta y usted tiene que ver terapeuta qué hace con eso en su vida, ya está. No es fácil pero me he dado coñazos y uno lo lleva a análisis y le da vueltas y va a congresos y conversa con los colegas"(2649)

"¿Uno qué hace con eso? lo lleva a análisis, porque después la paciente cantante de lo más tranquila, relajada, echándome el cuento de lo mal que la había pasado esa noche y yo por dentro ¿y lo mal que pasé yo esa noche? eso no se lo digo, claro porque además los pacientes ponen a prueba, también porque ese trabajo de análisis, de supervisión..."(2695)

"La paternidad fue un tema en algún momento, estaba recién yo... Estaba naciendo mi hija mayor entonces uno empieza que en las sesiones todos empiezan a hablar de hijos, entonces uno se queda ¿qué es esto? no, sino que uno empieza a escuchar más ese tema, entonces qué hace uno, va y lo lleva a su sesión y vea qué

es eso porque eso es suyo, uno no va por ahí..."(2703)

"Mis fantasías tienen otro lugar, entonces al diván, o mi fantasía es consensuada con mi esposa , apropósito de todas las cosas que uno ha venido escuchando últimamente y el año pasado con algunos que han dicho que ejercen la labor psicoterapéutica"(2984)

Abraham

"Y hay maneras, ¿no?, o sea, eso lo puedes llevar a tu análisis, puedes tratar por supuesto de supervisar el caso, y si es una cosa muy grave con la que no puedes, lo más ético y lo más sano es referir o derivar el caso, plantear una terminación y ver qué puede estar pasando. Esto por supuesto no es solamente teoría, para que lo vean como más claro"(3141)

"Pero en este caso, por ejemplo, de la CT erótica, bueno es un problema, entonces ¿qué hay que hacer allí? bueno, no creo que de entrada haya que derivar o referir, hay que primero preguntarse ¿qué puede estar pasando?, pero entonces ¿qué puede estar pasando? y lo mismo, mucho análisis, mucha supervisión a ver cómo puede manejarse el caso y seguramente, si se está dando eso, es porque no se está trabajando lo suficiente la transferencia, entonces la transferencia hay que marcarla, hay que interpretarla, porque puedes lidiar con eso, pero lo que no pueden hacerse como de la vista gorda, o sea, aquel chiste del elefante en el cuarto, tienes un elefante rosado en el cuarto y estás pendiente del color de los enchufes, ¡no!, tienes un problema grave ahí, no lo están viendo, y eso es parte de la intersubjetividad entre paciente y analista."(3156)

"No, no me ha pasado, han habido casos de transferencias eróticas detectadas a tiempo que se han trabajado, de CT eróticas también, yo no tengo ningún problema de hablar de eso, y se han supervisado, se han llevado a análisis y de algún modo se ha desanudado lo que ha habido allí. Ha pasado que por respuesta tardía, y por un interjuego del vínculo paciente-analista en lo que es el campo analítico, si han habido interrupciones unilaterales, o terminaciones supuestamente acordadas que pa' mí son terminaciones."(3215)

"Me cuestiono qué hacer, lo converso con un amigo que me dice refiérela, no des largas, yo un poco tozudo porque yo soy terco, yo decido no hacerlo, lo llevo a análisis, lo llevo a supervisión, evidentemente uno empieza a ver aspectos propios que se están moviendo allí, que evidentemente tienen que ver con una transferencia erótica, una respuesta contratransferencial no actuada de manera erótica pero si desde el lugar del cuidado, sobreprotección"(3242)

"Esto también trae como una respuesta contratransferencial en algún punto de sueño, de hastío, de cansancio, el paciente sigue viniendo, bueno nuevamente, o sea, supervisión, uno lleva al análisis cosas de su vida pero no lleva algún aspecto de su trabajo al análisis porque realmente estás como muy preocupado, para que dedique una sesión de sus análisis a hablar de un paciente, es porque estás preocupado por algo que está pasando."(3293)

"No, no, porque yo soy muy cuidadoso con mi trabajo, tanto de análisis como de supervisión, aunque el trabajo de supervisión permite algunas laxitudes del vínculo, ¿no?, un trabajo mucho más cercano, amistoso, donde no tienen que haber necesariamente tantos límites"(3448)

"Pero, Gabriel que me preguntabas si algo más que quería decir, creo que es

importantísimo, yo siempre he sostenido por ejemplo, no se debería recibir, no se debería graduar nadie sin, por lo menos en psicología, sin mínimo dos años de proceso terapéutico encima, mínimo. Deberían ya, antes de entrar a cuarto, tener una constancia de estar en terapia, y que eso cada seis meses se haga un contacto y se certifique, ¿no?, porque es fundamental, porque si vas a trabajar con la mente de otra persona, tú tienes que en tu propio proceso haber empezado a ver cosas de ti, porque podemos llegar en el trabajo con otro hasta donde somos capaces de ver en nosotros mismos, y mientras más analizado estemos, más vamos a ser capaces de trabajar desde la asimetría, desde la neutralidad, la abstinencia, y cuando tengamos, a veces, reacciones contratransferenciales que involucren, bueno, aspectos de nosotros mismos, o sea, que caigamos en una CT complementaria, pues yo creo que en ese caso, la posibilidad de rescatarnos siempre va a ser mayor mientras más analizados estemos y mientras más veamos de nosotros mismos, más vamos a ser capaces de poder ver en nuestros pacientes o en nuestros analizados."(3619)

5.1.3. Revisión teórica

Anastasia

"(…)y la psicopatía es algo que bueno... tuve que estudiar un poco para tener otra mirada, de sentir... de hecho leer otros autores en cuanto a la psicopatía, entenderlo como una búsqueda de... a Winnicott lo leí en esa época para entender un poco desde otro lugar y no tanto desde la manipulación y quizás verlas como víctimas un poco"(380)

"(…)no sino lo que está teóricamente sustentado que pasa con estas relaciones con pacientes determinados, leer mucho, yo leo mucho sobre los casos, sobre casos, de lo que hacen los terapeutas, entonces es como eso, mantenerse estudiando"(609)

Atenea

"Bueno, para mí en esta formación que he tenido, significa, bueno, por un lado que nadie que llega a mi consulta, llega por casualidad (risas) ni para la persona, ni para mí... me permite aprender, me permite crecer, y que el encuentro entre los dos, es decir, el encuentro entre esta persona que viene y yo, primero, eso tiene mucho que ver con el posgrado, yo no estoy en un lugar del saber, ¿sí? quiero decir, obviamente yo tengo una formación técnica importante, y tengo una formación, sobre todo creo yo, teórica importantísima, que me ayuda a mirar las cosas desde un lugar. Eso no significa que yo sepa lo que es mejor en todos los casos, y siempre para la persona, sino que yo voy a acompañar a esta persona en el proceso de descubrimiento, de sí mismo, de sus potencialidades, de bueno, de lo que lo ha afectado en su vida, etc."(764)

"Sí, siempre. Es decir, desde las perspectivas teóricas con las que yo me muevo, eso no es una cosa especialmente angustiante, de hecho es natural que suceda así. O sea, decíamos que al final todos curamos por la herida, somos curadores heridos pues, es uno de los arquetipos que mueve al psicoterapeuta"(888)

"Por ejemplo, a ver, los jungnianos siempre dicen que eso no es negativo, al revés, eso se espera que suceda, porque no hablamos de lo erótico como la expresión sólo de la sexualidad, sino como la posibilidad de vinculación"(935)

"(…)entonces bueno estas perspectivas a uno le bajan como la angustia, ¿no? y una cosa que se dice es que tú, o sea, desde esta perspectiva, porque teóricamente tiene un fundamento, ¿no?, no puedes rechazar a alguien que viene a entregarte la posibilidad de vincularse contigo"(948)

"(…)mi formación habla de relaciones simétricas, pero bueno yo tengo un rol, y eso implica que esta conversación tiene unos objetivos"(982)

"(…)porque además es cierto que yo tengo estas formaciones, y para mí de alguna forma, se complementan mucho con todo este tema que habla de la terapia centrada en la transferencia y la CT, o sea, como para mí, porque además soy psicodramatista y no puede ser de otra manera, lo que pasa en el consultorio es lo que pasa en la vida, o sea, lo que a mí me pasa y lo que yo siento con esa persona, con una alta probabilidad es lo que sienten las personas de su entorno, entonces para mí es muy importante están siempre alerta de eso"(1263)

"Bueno, quizás estoy que voy a decir suena... puede sonar raro, pero a ver, Moreno decía en general, que la transferencia y la CT es patológica, porque él decía que es llevar un vínculo distinto a un nuevo vinculo, y como para él lo fundamental era la espontaneidad, eso es lo que uno debería promover."(1281)

Anakin

"Si no se visibiliza sí, o sea porque justamente la terapia psicoanalítica lo que no se habla también ocurre"(1352)

"Yo soy un poco como de la posición de Winnicott que la CT se tiene que usar en un momento muy específico de las sesiones, no empezando sino más bien cuando tú puedes visibilizar qué cosas son tuyas y qué cosas son del paciente y puedes intervenir en favor de eso."(1390)

"Un poco Bion tienen un concepto que se llama función Reverie, que creo que la CT y ese concepto se conectan bastante y sobre todo también cuando trabajo con niños porque los niños no pueden poner en palabras lo que están haciendo en un juego y justamente tú sientes lo que ellos están sintiendo a través del juego y se lo pones en palabras, eso es básicamente la psicoterapia con niños."(1394)

"Una de las cosas que decía Manuel Llorens era que uno se convierte en psicólogo cuando se mira en el espejo y se da cuenta de lo loco que está, justamente eso, o sea si uno no reconoce que uno tiene cosas que revisarse"(1433)

"(…)también tienes que leer bastante y no meterte mucho..."(1440)

"No, es parte... Nada se puede aislar... O sea todo el tiempo hay transferencia y CT, no es que eso aparece en un momento y desaparece, tú te das cuenta o no te das cuenta nunca, entonces sí, todo lo que pasa en psicoterapia y es como muy kleiniano pero bueno yo comulgo con ese modo de pensar, todo lo que ocurre en el tratamiento tiene que ver con la transferencia y la CT."(1623)

"(…)me cuenta algo y me he indignado también de lo que le han hecho y creo que... Una de las cosas que dice Judith Herman es que bueno, tú aunque la persona no lo llame abuso sexual, tienes que empezarlo a llamar abuso sexual para que esté en una dimensión política lo que estás haciendo con el paciente, y sí, indignarse es parte de esa dimensión política"(1704)

"(…)y por eso yo creo que me identifico más con Melanie Klein que con Lacan o con Freud inclusive, porque justamente este concepto de la posición esquizoparanoide y depresiva y que la gente es como un péndulo que va entre una y otra me pareció súper brillante y que se aplica"(1748)

“Pero bueno más que todo como las personas como que siento que más me han influenciado como aparte de mis profesores de posgrado, como autores que he leído Klein, Winnicott, Kernberg y Judith Herman.”(1852)

Anna

“Lo primero que tienes... es que... yo estoy desde una postura psicodinámica, entonces bueno, desde esa postura, además soy construccionista, desde esa postura entiendo que los sentimientos, las emociones, las creencias, construyen significados, es la forma cómo a ti te haga sentir un paciente, si tú no la trabajas puede afectar negativamente el proceso terapéutico, independientemente de que sea lo que te haga sentir ese proceso.”(1879)

“Claro. Porque, fíjate, cuando nosotros estamos en un tratamiento terapéutico, el psicólogo o el analista, en este caso mío psicólogo clínico, tú eres un objeto, tú no eres un sujeto, o sea, tú te colocas en ese proceso terapéutico en tanto a objeto, eres un instrumento del otro. Entonces, al ser instrumento del otro, tienes que darle prioridad evidentemente es al otro, entonces, lo contratransferencial es del sujeto psicólogo, y ahí hay una interferencia, entonces, tienes que lograr entonces trabajar eso contratransferencial para utilizarlo en tanto objeto en función de la cura del sujeto, ¿sí? es como un trabalenguas pero (risas de los tres) pero creo que sería un poco así pues.”(1934)

“(…)de hecho Lacan hablaba de que no es la contratransferencia sino la transferencia del analista, que no es que tú respondes a algo sino que es lo que tú sientes igual, entonces es un circuito cerrado ahí que se da en esa diada, y va, por lo general, va alineado, si una es negativa, la otra va a ser negativa también.”(2028)

“(…)incluso, cuando tú lo haces desde el es un reto pero déjame intentarlo para el bienestar del paciente, por lo general ese es un caso que va a tener mucha supervisión, que va a tener como mucho estudio, mucho control porque estás consciente de que es algo que se te dificulta, de que es un reto, pero de alguna forma tú estás ahí para ayudar al paciente y estás buscando su bienestar. Creo que sería así.”(2303)

“Sí, bueno, digamos que yo por el hecho de ser profesora ya eso está, ya eso está inmerso allí, además, bueno yo doy evaluación de la personalidad y doy psicopatología y clínica, entonces ya por ahí está inmerso el tema del estudio y constante actualización digamos”(2314)

“pero más allá de eso, como construccionista creo que, por supuesto el mantenerse actualizado es cien por ciento importante, pero como construccionista creo que es el mantener de alguna forma los, los oídos abiertos a la vivencia de ese sujeto, o sea, y poder salirse un poco de la teoría y poder ir construyendo con esta historia que te va dando el sujeto, a ver que es de verdad lo que siente porque una de las cosas que yo me he dado cuenta es que hay casos, los casos más difíciles por lo general son tan difíciles porque no cuadran en el librito y en, es muy difícil que un caso te cuadre en el librito, entonces si tú estás cien por ciento apegado al libro, en líneas generales los psicólogos que nos vamos por la corriente psicodinámica no creemos en eso, ¿no?, o sea creemos en lo dinámico del ser humano, entonces en la medida en que tú estés más apegado al libro, más se te dificulta el manejo con el paciente porque el paciente siempre te va a traer algo distinto, entonces si yo estoy en ah esto es un trastorno de personalidad histriónico, entonces se maneja así, entonces le respondo esto... a lo mejor te estás perdiendo muchas cosas ahí de lo... de

lo...”(2317)

“Propio que te dice el paciente, de lo único, del sustento del paciente y entonces, no terminas haciendo la mejor ayuda, ¿no?, entonces creo que el estudio tiene que estar ahí por supuesto y la actualización, pero creo que el máximo tiene que ser como la escucha constante”(2334)

Apolo

“La diferencia es que la posición del terapeuta o del analista implica la formación necesaria para encontrar un saber hacer con tu transferencia, por eso es que yo soy muy... Cuando doy clase sobre esto por ejemplo soy muy cuidadoso en hablar de la CT porque implica que el terapeuta no está ubicado en el lugar que le corresponde y usar esos elementos son usar elementos propios del self, de su fantasía inconsciente y ahí hay algo que afecta la relación terapéutica.”(2491)

“Bueno... Saber hacer parte de tres ejes, de tres puntos, tienes un punto de formación al menos desde la orientación lacaniana ¿han escuchado algo de la orientación lacaniana?”(2501)

“(…)entonces la teoría se nutre de la clínica y la clínica se nutre de la teoría y realmente lo que ofrece son modos para que el terapeuta pueda comprender algo de eso y poder intervenir”(2563)

“Lo que pasa es que el terapeuta desde esta posición que yo te estoy hablando pues sería desde la orientación lacaniana uno habla más del deseo del analista o la dirección de la cura entonces el deseo analítico, el deseo del analista es un deseo sin deseo, pragmático si lo llevo a los términos, lo único que orientaría una cura con un paciente desde mi lugar como analista sería que ese sujeto asocie lo más posible sobre su inconsciente”(2603)

“En la sesión una hablaba de una y otra hablaba de la otra y eso era un pastel imaginario y le digo yo a la que sabía que estaba empastelando el asunto ¡y usted viene en otro horario! ¡A tal hora! y ella ella se arrechó, ¿eso es un acto analítico verdad? ¡Eso es un acto analítico! tú me estás haciendo eso ¿por qué me estás separando? y le digo ¡sí es un acto analítico! y le cerré la puerta, cuando entré al consultorio dije ¿qué acabo de hacer? -risas- Apolo qué bolas tienes tú, supervisión, no sé qué más, Apolo había que cortar eso... Y ahí empecé a trabajar en proceso de formación con las intervenciones, y entonces la interpretación uno sólo sabe que tiene efecto…”(2889)

Abraham

“¿Qué pasó? Verga, después la paciente hizo una transferencia desde el punto de vista, si lo vemos desde la transferencia de Kohut, se puede decir idealizada, y sobre todo, dependiente. Empieza la paciente a no tolerar vacaciones, empieza la paciente a no tolerar la separación entre una sesión y otra, con el dilema, además, si aumentar o no la frecuencia, esta paciente venía una vez por semana, ¿aumentas la frecuencia o no aumentas la frecuencia?, aumentas la frecuencia pero no demasiado, a dos, el riesgo de aumentar más es que genera, además, mayor regresión y aunque se puede trabajar, esto hay que llevarlo poco a poco, y bueno, se aumenta a dos, pero con la mala suerte que viene un periodo vacacional”(3263)

“(…)porque el problema de la posición analítica es que, precisamente, al ser una posición, puede fluctuar. Tú puedes estar trabajando en asimetría, y trabajas bien en

asimetría, interpretas, estás en tu lugar analítico, incluso se tocan algunas cosas, algunos aspectos que pueden hacer ruido con nuestra vida, pero los identificamos, los mantenemos separados, no pasa nada."(3321)

"Está el acto analítico, que es el acto clásico de la escucha y de la interpretación, o del señalamiento, póngale usted todos los términos técnicos que le quiera poner, título de Etchegoyen largo pa' leer eso, y de Sandler, Grimson, hay muchos de técnicas, de cuáles son las intervenciones que uno utiliza, la que más utiliza uno suelen ser pregunta, la síntesis, clarificación, señalamiento e interpretación, más que todo pregunta, señalamiento e interpretación, con eso puedes hacer muchas sesiones."(3468)

"(…)esos son aspectos contratransferenciales que si los identificamos, pueden ser muy útiles para trabajar ese tipo de transferencia, pero bien decía Kohl, son transferencias que a veces son, bueno, generales, especulares o idealizadas; entonces... dependiendo de dónde se coloque el paciente o cuál sea esa, sí, ese tipo de transferencia que el paciente establece pues lo más importante es registrarla y uno saber con qué tipo de paciente uno está trabajando, si es un paciente en déficit que en verdad uno sabe que va a hacer ese tipo de transferencias, pues uno tiene que estar preparado para trabajar con ese paciente o con esos pacientes, pues porque pueden ser varios o en simultaneo, e intervenir desde otro lugar que no es el lugar clásico, ¿no? tú no puedes intervenir con un paciente deficitario, con un paciente con un trastorno narcisista o el narcicismo maligno, paciente grave pues, narcisista grave desde el mismo lugar que intervienes desde un neurótico obsesivo o de una neurosis histérica, edípica me refiero, no narcisista, entonces creo que, bueno, el registrar eso y el poder tenerlo consciente y tenerlo presente sirve para intervenir desde un lugar más adecuado y hacer un mejor trabajo."(3561)

5.1.4. Decisión de referir

Anastasia

"No, nunca me ha pasado, nunca eh... me ha pasado que diga nooo, a este lo quiero tanto o este me genera tanta molestia que no lo voy a... cuando me he sentido que hay... que tengo ganas de referir al paciente han sido casos que he llevado a supervisión"(343)

Atenea

"Sí... en acuerdo con el paciente, o sea, una cosa, no como que llegué un día y le dije, mira me están pasando como unas cosas y creo que para ti lo mejor sería derivarte; sino como llevar al proceso terapéutico mira me estoy sintiendo así, quisiera hablar contigo"(918)

"(…)pero que decirle a esa persona como bueno mira si esto está así, yo te tengo que referir y chao, es como precisamente negarle la posibilidad de entregarte el afecto, que además es lo que en la vida cotidiana nos pasa con muchísima frecuencia. Entonces es como no hagamos eso, hablemos de eso, vamos a hablar de esto, vamos a hablar de lo que significa, vamos a dejar que también pase, que veamos si efectivamente esto se puede, si no se puede, si cómo te sientes tú, cómo me siento yo, y en función de eso, también, o sea, por ejemplo a esta persona la referí igual a una psicoterapeuta, mujer, joven, no sé qué, o sea tampoco es que lo mando con un hombre pa' que no tenga chance, o a lo mejor también, pero se supone que bajan las probabilidades en ese caso particular (risa de todos) o sea, como con mucha responsabilidad"(955)

Anakin

"(…)vas y lo refieres a otra persona que sí está más interesada."(1469)

"Ehhh sí, sí sí aquí en el posgrado si he referido pacientes porque siento que no van conmigo."(1474)

"Sí los tenía que referir, una vez me vino una chama con mutismo selectivo que me miraba horrible además toda la sesión y yo intentaba hacer todo"(1487)

Apolo

"Sí han sido movimientos terapéuticos, recuerdo dos o tres casos donde yo tuve que decirle al paciente si usted quiere le refiero a otro terapeuta, por supuesto eso después de haber pasado por mi análisis y por la supervisión, por la revisión, y vemos que el impasse de la resistencia no se salta y eso afortunadamente destrabó"(2578)

"(…)entonces estás teniendo problemas con tu esposo eso fue una sesión muy importante que ella la llevó a trabajar con eso, pero eso fue después de yo haberle dicho si esto es mucho problema para usted yo la refiero, y ella decidió continuar."(2743)

"(…)entonces termino diciéndole la sesión siguiente que a mí me parecía en tal caso que si ella se sentía así que yo la podía referir con alguien que se sintiera más cómoda, no doctor, yo me quedo aquí un tiempo más, fueron dos sesiones más y después no volvió más entonces yo la llamé y más nunca me contestó y bueno... Uno se la juega a veces, ojalá haya conseguido a alguien porque estaba muy tomada, era una depresión muy dura y tomaba en depresión alcohol, estar en esta posición de verse muy disminuida era horrible, fíjate que diez minutos fue lo peor que pudo haber pasado por cosas que a veces pasan."(2758)

Abraham

"Y hay maneras, ¿no?, o sea, eso lo puedes llevar a tu análisis, puedes tratar por supuesto de supervisar el caso, y si es una cosa muy grave con la que no puedes, lo más ético y lo más sano es referir o derivar el caso, plantear una terminación y ver qué puede estar pasando. Esto por supuesto no es solamente teoría, para que lo vean como más claro"(3141)

"La mayoría de las veces, si estas cosas no se trabajan terminan mal, hay una interrupción unilateral, muchas veces de parte del paciente, o la cosa termina mal de parte del analista y termina refiriendo al paciente antes de tiempo o te das cuenta que no pasa eso, o terminan acostándose, cosa que si el vínculo no se ha cortado, por supuesto que es un trastorno, y desde ahí hay una perversión del vínculo porque, hay normas incluso, artículo 5 del Código Ético de la IPA prohíbe cualquier tipo de comercio sexual entre analista y paciente, a menos que ya no sean analista y paciente, pero pa' que eso pase tienen que hablarlo y pa' eso tienes que primero registrar tu CT y decir bueno aquí está pasando algo, qué es muy común que suele pasar, de historias varias, incluso casados hoy en día, pero evidentemente que pasó algo en el vínculo que tuvo que haberse hablado, que si no se habla generalmente termina muy mal."(3167)

"Me cuestiono qué hacer, lo converso con un amigo que me dice refiérela, no des largas, yo un poco tozudo porque yo soy terco, yo decido no hacerlo, lo llevo a

análisis, lo llevo a supervisión, evidentemente uno empieza a ver aspectos propios que se están moviendo allí, que evidentemente tienen que ver con una transferencia erótica, una respuesta contratransferencial no actuada de manera erótica pero si desde el lugar del cuidado, sobreprotección"(3242)

5.1.5. Ética

Atenea

"Sí, es una parte esencial para mí y para el otro, y que implica la continua revisión de uno mismo como instrumento. Como yo me voy transformando a medida que van pasando cosas, implica que necesito ir revisando cosas también porque yo soy mi propio instrumento de trabajo. Entonces, para mí, es éticamente importante que yo también tenga espacios de revisión de mi misma pues."(783)

Anna

"(…)y necesitan alguien objetivo y que los respete y que pueda ayudarlos en el proceso terapéutico y bueno, esa no soy yo, porque tengo estas otras cosas, digamos, personalmente, que me afectarían mucho... a lo mejor no, pero creo que sí, y desde una posición ética pues prefiero no manejar ese proceso terapéutico, me parece que pudiese tener muchos puntos ciegos, muchos elementos ahí que pudiesen afectar el proceso, entonces bueno, no lo manejo."(2201)

"Yo ahí me quedé en shock (risa de los entrevistadores) y dije wow casi no tiene sentimientos, no, nada que ver. Y desde ahí me quedé con el tema de que, qué duro, incluso, qué difícil y que anti ética esa postura, ojo no en tanto cognitivo conductual porque como les dije otro cognitivo conductual ya me había hablado de eso, es en tanto la negación de la propia posición de sujeto. Primero eres persona, no me puedes decir que no tienes sentimientos, eso, eso es mentira obviamente, y cuánto daño se puede hacer en esa postura al otro, ¿no?, bueno se los dejo ahí como para que..."(2383)

Apolo

"Yo creo que hay un punto de consecuencia ética que al final tus experiencias de vida tocan y si te tocan hasta el punto tal que no puedes pasar consulta, ese día no pases consulta, creo que eso es lo más ético que puede ocurrir..."(2795)

"Eso es una pregunta sobre ética la que ustedes están haciendo, porque si es por el lado de los límites del encuadre siempre se rompen en el sentido de uno siempre está moviendo en ese nudo, entonces hay cosas que varían, pero ahí hay un límite, hay un punto, como decía ahorita, no me lo llevo para mi casa o sea literal y metafórico , hay un punto donde hasta ahí y eso tiene que ver mucho con la pregunta ética, eso es un ejercicio ético, la psicoterapia es un ejercicio de ética. Entender por dónde, de qué está hecha la transferencia y por dónde va la transferencia implica poner el lugar que corresponde a las responsabilidades, es decir, cuando yo te hablo de la transferencia como un fenómeno en el paciente y en la dinámica, es que cada quien se tiene que hacer cargo de su inconsciente, esa es la máxima en psicoterapia, usted se tiene que hacer cargo de su síntoma, para el paciente ¿no?, eso implica de sus fantasías sexuales, de sus fantasías suicidas, de sus fantasías... Mis fantasías tienen otro lugar, entonces al diván, o mi fantasía es consensuada con mi esposa"(2972)

Abraham

"(…)hay normas incluso, artículo 5 del Código Ético de la IPA prohíbe cualquier tipo de comercio sexual entre analista y paciente, a menos que ya no sean analista y paciente, pero pa' que eso pase tienen que hablarlo y pa' eso tienes que primero registrar tu CT y decir bueno aquí está pasando algo, qué es muy común que suele pasar, de historias varias, incluso casados hoy en día, pero evidentemente que pasó algo en el vínculo que tuvo que haberse hablado, que si no se habla generalmente termina muy mal"(3172)

"(…)quieres ser amigo, novio o novia, o acostarte o se agarran o lo que sea, ok, pero fuera, en otro contexto, o sea, pero eso no es, eso no puede pasar dentro del trabajo de terapia, porque si está pasando en ese contexto, bueno ahí hay un tema ético grave, un tema ético con los límites y se pervierte el trabajo analítico, porque de algún modo se saltan la castración, y si es consciente y es premeditado, bueno, mucho más grave, porque es una reacción perversa de parte del terapeuta, de parte del analista."(3453)

5.1.6. Acudir a otros profesionales

Atenea

"(…)un grupo de colegas pero con los que puedas hablar del quehacer terapéutico, o sea un grupo de gente con el que tú te preguntes ¿cómo estás haciendo tú tal cosa? que no es lo mismo que una supervisión, sino un grupo de amigos con los que hablas de qué implica este oficio, de cómo te sientes haciendo el oficio, de qué hay que preguntar, o sea, por ejemplo ahorita con el tema país ¿cómo estás haciendo pa' cobrar? ¿Cómo estableces los honorarios? ¿Cómo haces con no sé qué? ¿cómo hablas con los pacientes todos los meses de los honorarios todos horribles?"(1100)

Anna

"De hecho, lo estaba hablando, no a una sesión de supervisión normal, pero lo estaba hablando con otro colega y decía coye qué fastidio este paciente que me hace sentir así, que... y me dijo claro es que son dependientes (chasquea los dedos) epa, es verdad"(2077)

"(…)y a mí me sirve, particularmente me sirve mucho, hablar de los casos, entonces, yo por supuesto los hablo en supervisión, pero también los hablo en mi día a día, los hablo con colegas, los hablo con mis alumnos"(2337)

Apolo

"Los pacientes que me son... Con los que toco más con ese impasse, hay un momento del análisis donde hay un obstáculo, hay un punto ciego aunque normalmente trato de supervisar todos mis casos pero uno siempre supervisa más el punto del impasse, el punto del impasse es un punto normalmente que toca contratransferencialmente desde esa posición pero que toca lo más singular de tu ser, por eso es que no logras trabajar ni moverte desde ese lugar, en la orientación lacaniana por ejemplo uno supervisa sus casos con su analista y tienes controles con otros analistas, pero muchas veces lo que uno está supervisando es ese impasse de uno de no poder sacarse del lugar imaginario donde tu viste el paciente"(2918)

5.1.7. Discusión de casos en contexto académico

Anastasia

“Creo que... ah bueno quizás el otro aspecto de la CT como qué hacer para... creo que yo uso mucho no sé si es... si debería ser así o no... Es contar las cosas de los pacientes a los estudiantes, entonces es como una forma de trabajar un poco ¿de lo que uno siente contratransferencialmente? creo que sí, y digo los estudiantes por qué en lo particular, porque tienen una escucha distinta a los colegas o al supervisor. Yo me expongo mucho, traigo mis casos, cuento las cosas y es como esa apertura de oírlo, de decir obviamente y a mostrar seductoramente lo que uno hace, pero también como de recibir ciertas cosas, entonces creo que esa es una forma, si yo tuviera que jerarquizar, ahora, ¿el hablar con los estudiantes de mi casos me ayuda a analizar? obviamente no es el recurso, por eso decía, no sé si lo hago... si está bien o no pero creo que está, creo que el hablar del paciente con alguien que no tiene una contaminación, pudiera a veces... porque lo hacen desde un lugar muy ingenuo, te hacen unas preguntas que uno luego dice berro, esta pregunta tan genuina, tan ingenua me hizo pensar tal y cual cosa, o cuando yo estoy hablando del caso digo unas cosas que no había concientizado, entonces mostrar digamos lo que hace el paciente ¿también es una forma de manejar la CT? yo creo que sí”(686)

Anna

“Sí, bueno, digamos que yo por el hecho de ser profesora ya eso está, ya eso está inmerso allí, además, bueno yo doy evaluación de la personalidad y doy psicopatología y clínica, entonces ya por ahí está inmerso el tema del estudio y constante actualización digamos”(2314)

“(…)y a mí me sirve, particularmente me sirve mucho, hablar de los casos, entonces, yo por supuesto los hablo en supervisión, pero también los hablo en mi día a día, los hablo con colegas, los hablo con mis alumnos, me pasó esto en la sesión, me pasó esto en la terapia, el paciente, de hecho, yo llego a clase y mis alumnos ¿cómo están sus pacientes, profe, qué le dijeron hoy? (risas de los tres) ¿Qué pasó con éste? y en verdad es un intercambio bien sabroso porque incluso el alumno me muestra cosas que de repente yo no había visto, ay estaba diciendo algo, coño es verdad, ¿sabes?, desde la mirada inocente, fuera de lo teórico, te puede hacer un señalamiento que yo no tenía ni la más mínima idea, o sea no había notado. O yo contándole a ellos, como que logro darme cuenta también de otras cosas, bueno los construccionistas le llamamos a eso la socialización del conocimiento, entonces tú comienzas a conversar con otro y en la dialéctica pues van surgiendo otras formas de ver que la teoría muchas veces nos quita porque en una forma como que nos encausa en esto es lo que le pasa a este caso, y si te sales un poquito en la teoría, logras ver unas cosas distintas... Creo que van ambas de la mano, pero ninguna puede sobrepasar a la otra.”(2337)

Apolo

“Ah, y el punto tres que sería lo imposible, hay un punto de imposible para el terapeuta y usted tiene que ver terapeuta qué hace con eso en su vida, ya está. No es fácil pero me he dado coñazos y uno lo lleva a análisis y le da vueltas y va a congresos y conversa con los colegas”(2649)

“(…) abusar de ese sufrimiento es una posición perversa del psicoterapeuta y yo no voy por ahí por eso sigo hablando de estas cosas y doy clase y todo estas cosas.”(2989)

5.1.8. Experiencia profesional en el trabajo terapéutico

Atenea

“Mjum... Sí, eso pasa muchas veces, sobre todo cuando uno empieza, no que es imposible cuando uno tiene más tiempo, pero cuando uno tiene más tiempo tiene más paciencia también”(1002)

“Además, claro, una cosa que va pasando es que sí, uno va desarrollando paciencia, pero también vas desarrollando la capacidad de oler ciertas cosas que no son evidentemente claras. Por ejemplo, recientemente tuve una paciente”(1058)

“(…)ya hay cosas que para uno se van haciendo como esto debe responder como por acá”(1074)

Anakin

“Bueno, siento que todavía soy un novato pues pero eso es otro tema.”(1368)

“(…)y a veces se me salen intervenciones como fuera de timing, como que esta cosa contratransferencial se me ha salido fuera de timing por angustiarme, pero eso sí lo he podido trabajar mejor por la experiencia.”(1559)

“(…)bueno yo lo llevé a supervisión y me regañaron y justamente fue eso, fuera de timing por yo estudiante de posgrado de que no, yo entiendo el inconsciente y tal fue más desde mi narcisismo que desde en verdad como no ser atorado y de calmarme e intervenir al momento que era.”(1652)

Apolo

“Y creo que por eso están buscando expertos en el área que hayan tenido la experiencia, no basta con quedarnos en leer sólo que es transferencia y CT sino qué ha hecho cada uno de los terapeutas con este concepto.”(2643)

“(…)sobre todo en ese momento que yo era muy... Estaba iniciándome, uno se confronta con lo imposible que realmente resulta este trabajo, este trabajo es un imposible y hay que saber vivir con eso, Freud lo llamaba el *Furor Curandis*, hay que lidiar con ese furor porque esa cura pretendida no es así como se sueña, entonces cuando tú me preguntas esto de la dificultad ése sería el punto de dificultad porque los otros tienen más posibilidad de lidiar, cuando hay un vínculo con otro tú tienes las posibilidades de darle vuelta a eso”(2677)

“Pero es que ha habidos momentos... A ver...Porque en algún momento fue el suicidio, en algún momento cuando estaba empezando, yo tenía una paciente que me llamaba y me decía que se iba a matar, pasó dos veces y se quedaba sin señal, yo me quedaba con un -jadeo- ¡Se mató! ¡Se mató! ¡Se mató!”(2691)

“Influye en tanto tú puedas entender que son tus experiencias de vida, tus experiencias de vida no se usan en el trabajo psicoterapéutico, yo no lo uso como sugerencia por ejemplo, ay yo comencé a tomar flores de Bach... O yo comencé a ir a un retiro... No, eso es mío, me he conseguido pacientes... Voy al cine y me consigo pacientes pues, qué hago ¿no saludo? si me ve bueno cómo estás, cómo te va, ¿Ay qué le parece el cine? No, a mí me gusta mucho el cine... Eso era un punto que en algún momento a mí me angustió mucho ¿Y si me consigo un paciente y me ve tomándome una cerveza? Bueno, tampoco voy a estar haciendo espectáculos tirándome de borracho por ahí, cuando uno salía a tomarse una cerveza, Influyen en tanto tú puedas seguir viviendo, tus experiencias de vida son importantes porque te

hacen mantenerte vivo, no te hacen quedarte en esta cosa de soy más papista que el Papa y no no, uno es humano también y disfruto cosas, tomo café pero eso no va a una relación terapéutica."(2811)

"No recuerdo si fue en ese tiempo porque ese fue el tiempo de estas intervenciones no tan prudentes, era un punto de interpretación que ya no es tan prudente, uno tiene que cortar esa forma de gozar, disfrutar así maliciosa el síntoma, eso es lo que hace el analista."(2906)

"La paciente me contaba todos los días que se iba a matar, esta era otra, y yo terminé cortándola ¿por qué no lo has hecho? entonces me quedé callado luego de que dije eso, Apolo ¿qué hiciste? ¿Cómo le vas a soltar tú esa vaina? y empieza ella a asociar, es que no puedo hacerlo por tal y tal cosa, y empezó a hablar de otra vaina y cuando... ¡Este es el efecto! entonces ya no me angustié tanto cuando hago esas cosas, pero no pasa por ahí tanto por supuesto."(2910)

5.2. Autorregulación

5.2.1. Reconocer límites propios

Anastasia

"(…)efectivamente yo no me había percatado de lo afectada que estaba, yo no sabía qué me iba a tocar, era un paciente por primera vez, si a lo mejor hubiese sabido que era un paciente que venía con esa temática por ahí no... no le hago la entrevista"(179)

"No creo, o sea -risa- creo que hay una demanda que sin duda está y que uno... yo siento una responsabilidad mayor en ese momento... entonces por eso trato que para cuidarme profesionalmente eso, recurrir a la supervisión para no perder esa distancia y que la preocupación se quede digamos como en una preocupación ajustada a la situación y el rol que debemos tener" (298)

"A ver, poner un poco de la terapeuta, no, el terapeuta está en la relación, entonces para mí es imposible asumir el que uno como terapeuta no tiene una... un impacto, una interferencia, o sea es parte del trabajo"(324)

"O sea yo reconozco la CT, reconozco que estoy ya en el carro y si yo veo que voy a llegar tarde y ya es la hora y me manda un mensajito "en camino" me desespero, y me es incómodo y a mí me provocaría cambiársela pero eso es una incomodidad con la que yo tengo que lidiar, yo tengo que lidiar con que para mí es posible llegar tarde y no pasa nada."(538)

"Mi actitud frente al trabajo creo que tampoco cambia, yo suelo hablar poco de mí tenga una CT positiva o negativa, no tengo digamos el saludo, las cosas no verbales son iguales, me río, o sea un paciente puede... puedo tener por momentos una CT negativa... porque además creo que en cualquier proceso pasamos por las dos ¿no?"(579)

"Yo creo que si yo estuviese con un paciente donde todo el tratamiento es una CT negativa y yo me siento incómoda, violentada, ¡berro! yo no podría trabajar"(590)

"(…)yo en ese momento dije, yo estoy capaz... digamos ¿con la capacidad psicológica para aceptar esta paciente? ¿O la voy a usar? entre comillas para hacer mi propio duelo, eso antes de aceptar el paciente hablé con mi supervisor porque yo en el momento dije, obvio esto me lo mandó Freud."(641)

"Obvio que la tengo que aceptar, ni siquiera en el momento lo cuestioné, no no no ya va, déjame cuestionar porque el tema de las casualidades... por algo me llegó esta paciente en este momento en particular, sincronía jungiana"(647)

Atenea

"O yo me doy cuenta en esta CT también que logra como romper ciertas cosas es como ok, no (risas) necesito llevar esto a supervisión"(815)

"Yo estaba atravesando un proceso de divorcio, por ejemplo, y me pasó que llegué a supervisión, no a análisis, y me senté y le dije a mi supervisor, por primera vez en todos mis años de experiencia siento que no voy a poder trabajar... entonces mi supervisor me preguntó qué pasó, entonces, bueno, yo le conté bueno mira me pasó esto, está pasando esto, no sé qué, le comento un poco como la situación, por supuesto bañada en llanto, muy angustiada, y entonces recuerdo que él me dijo no te preocupes que si vas a poder trabajar, este oficio tiene muchas desventajas (risas) pero entre las ventajas que tiene es que uno puede trabajar porque se puede centrar en el otro, lo que te va a pasar es que hay personas con las que no vas a poder trabajar, y personas con las que sí."(894)

"(…)y en otras ocasiones me puedo identificar y puede ser, puede entorpecer"(906)

"(…)yo desde que soy mamá no trabajo con niños chiquiticos, me cuesta mucho... se me dificulta mucho como separar el rol en el consultorio como de ver las cosas que pasan"(907)

"(…)una parte puede ser reconocer que yo no soy la mejor persona por muchas razones para trabajar conmigo, y en acuerdo haber dicho, no es lo que más me pasa, pero si me ha pasado dos veces"(926)

"(…)eso fue como para mi durísimo, como mi primer gran encuentro con que además a mí se me da muy mal seguir como demasiado recta y rígidamente estas"(1023)

"(…)porque si tienes un paciente haciendo síntomas psicóticos, tiene que tomarse el antipsicótico, o sea no lo vamos a curar a punta de hablar solamente, tienen que quitar los síntomas psicóticos y si alguien deprimido viene tres veces a la semana y lo que hace es llorar todos los días, tampoco lo vamos a dejar en sufrimiento, pero si poder, bueno al menos para mí, implica siempre enfocarse en las posibilidades, en las posibilidades finalmente."(1198)

Anakin

"(…)entonces si uno no es lo suficientemente humilde como para saber que uno también es vulnerable a sentir cosas aquí..."(1353)

"Bueno, me he dado cuenta que con pacientes como psicopáticos me cuesta trabajar porque yo soy como una persona muy tranquila y muy abierta, entonces como que esta parte como de poner límites no va conmigo. Porque mucho de este tratamiento con pacientes psicopáticos viene como de esta idea lacaniana como de la ley del padre, de que tiene que haber un terapeuta que ponga normas y que lo contenga, como que eso no va conmigo muy bien y también con adolescentes que no hablan me aburre muchísimo, y siento que cuando yo hago un buen trabajo es porque me conecto con cosas del paciente. Si me aburre lo reconozco, si me aburre el paciente eso también es usar la CT en modo positivo, conocer tus propios límites,

vas y lo refieres a otra persona que sí está más interesada.”(1460)

“O sea por lo menos una paciente que yo vi por bastante tiempo me agregó en Facebook antes de irme del país y se ofendió un poco porque no la acepté pero eso justamente era como parte del tratamiento poner esos límites pues, a eso es lo que me refiero con errores humanos.”(1617)

“Tú eres tu propio instrumento de trabajo y bueno cuando empecé a conocer mis propios límites, no sólo es esta visión clásica que dicen los terapeutas, bueno con este tipo de pacientes puedo atender y con estos no porque estos me movilizan ciertas cosas, sino saber tus propios límites también es lo mismo que decía antes”(1742)

“Estaba incomodísimo y qué iba a intervenir porque estaba era casi que pegado en la puerta para ver en qué momento salía corriendo, en ese sentido ese grado de incomodidad ni es bueno para mí ni es bueno para el paciente y…”(1798)

Anna

“(…)y necesitan alguien objetivo y que los respete y que pueda ayudarlos en el proceso terapéutico y bueno, esa no soy yo, porque tengo estas otras cosas, digamos, personalmente, que me afectarían mucho... a lo mejor no, pero creo que sí, y desde una posición ética pues prefiero no manejar ese proceso terapéutico, me parece que pudiese tener muchos puntos ciegos, muchos elementos ahí que pudiesen afectar el proceso, entonces bueno, no lo manejo”(2201)

“Cuando han llegado mamas que me dicen quiero que atiendas a mi hijo porque se está drogando, les he dicho que no, los refiero a una persona que sé que los puede ayudar, pero no los atiendo yo.”(2218)

“(…)creo que nunca me he preguntado por qué me cae tan bien, la pregunta más bien ha sido a dónde pongo el límite, siempre estoy, con estos pacientes que me caen tan bien”(2268)

Apolo

“Ah, y el punto tres que sería lo imposible, hay un punto de imposible para el terapeuta y usted tiene que ver terapeuta qué hace con eso en su vida, ya está. No es fácil pero me he dado coñazos y uno lo lleva a análisis y le da vueltas y va a congresos y conversa con los colegas”(2649)

“(…)sobre todo en ese momento que yo era muy... Estaba iniciándome, uno se confronta con lo imposible que realmente resulta este trabajo, este trabajo es un imposible y hay que saber vivir con eso, Freud lo llamaba el *Furor Curandis*, hay que lidiar con ese furor porque esa cura pretendida no es así como se sueña, entonces cuando tú me preguntas esto de la dificultad ése sería el punto de dificultad porque los otros tienen más posibilidad de lidiar, cuando hay un vínculo con otro tú tienes las posibilidades de darle vuelta a eso”(2677)

“No, lo escucho mucho, lo escucho mucho en supervisión, es que eso me recuerda cuando a mi... No... A mí no, en ese sentido porque todas las experiencias van a ser similares en términos de estructura ¿Te casaste? Ay eso me recuerda a cuando yo me casé, sí pero ese es mi matrimonio, entonces ¿cualquier cosa que haga el paciente me va a recordar cualquier cosa que yo hice? y cuando eso pasa no es de la línea psicoterapéutica porque lo importante cómo el paciente significa eso en su

vida, no como yo lo signifique."(2827)

Abraham

"Es mentira que el analista es un ser investido de una extrema sabiduría, que no se equivoca nunca, no, uno se equivoca y muchas veces habla de más."(3341)

"En este caso yo creo que ya la situación simétrica viene dada de entrada, entonces lo importante es que uno no se pierda, lo importante es que uno sepa cuáles pueden ser los aspectos desde donde es difícil salirse de una situación simétrica, que son muy pocos, y que la mayoría del trabajo transcurre en asimetría y neutralidad y abstinencia."(3377)

5.2.2. Cuestionar el manejo del caso

Anastasia

"(…)o sea tengo que estar consciente de eso para no sobre involucrarme con los niñitos y competir con las mamás y todo este cuento."(201)

"Bueno, pues supongo que debe haber muchas, este... a ver trato de recordar alguna que yo sienta que dije esto no lo he debido hacer... o sea no sé si encuentro alguna así ejemplo porque a veces lo que yo he tratado de hacer con mi trabajo es que si bien uno hace o no una intervención uno puede cuestionarse por eso, porque siempre habrá otra forma quizás de haberlo hecho mejor, no significa que lo que hice estuvo mal ¿si me explico? o sea yo puedo cuestionar, oye quizás esto no lo he debido hacer no sé qué, peor en el fondo termino diciendo si lo hice es porque alguna razón hay, entonces trato de descubrir cuáles serían las razones por las cuales yo luego puedo cuestionar una intervención pero que haya dañado una relación o que haya dicho bestia esto fue iatrogénico para el paciente, o sea no recuerdo, pero bueno tampoco quiero ponerme tan omnipotente así como nunca he metido la pata, imagino que sí pero como les digo es un tema de... bueno luego, por qué ocurrió y puedo cuestionar la intervención y digo, bueno ¿he podido hacer una cosa distinta? sí, pero ¿lo que hice estuvo mal? bueno no, no sé si me explico."(208)

"Hay un tema que quizás en mí, que puede ir por el lado de la CT como ahí a veces un poco presente que me haya llevado también como a supervisión que es el tema de... como del vínculo seductor ehh... que ha sido un poco difícil porque efectivamente yo soy una persona también muy seductora y es una característica a ver, no sé mi personalidad, entonces a veces me cuestiono un poco si el paciente está respondiendo así si es porque yo de alguna manera lo estoy provocando, por la forma de vestir qué sé yo…"(416)

Atenea

"Cuando no tengo claro a lo mejor, el modo de funcionamiento, por ejemplo, que me tiene ahí como confundida."(813)

"(…)y ya llegó un momento que era como mira ya tú vienes para acá como si, o sea, esto y una sesión igual que estar tomándonos un café en más abajo, que se yo, que si en Franca, no tiene mucha diferencia, y ese no es el sentido de la psicoterapia. O sea, si ya se hace una cosa, y eso que mi formación habla de relaciones simétricas, pero bueno yo tengo un rol, y eso implica que esta conversación tiene unos objetivos, y ya aquí están como diluidos"(979)

"(…)porque aparentemente había un tema por ahí biológico que estaba como

interfiriendo, bueno tenía sentido que lo trabajara alguien como de una tendencia distinta."(995)

"(…)pero bueno a veces (risas) hay que aguantar algunas cosas pues, no salió mal para nada, pero igual es de esas cosas que salen y después como... pude haber aguantado un poquito más"(1075)

Anakin

"Bueno ahí sí puede afectar el trabajo y de manera muy peligrosa, pero si uno mismo va a análisis y se supervisa, esa CT más bien puede ser usada como un elemento terapéutico."(1354)

"(…)y justamente en ese tipo de pacientes lo que hay que poner es límites y yo por mi miedo, por mi experiencia que tuve más lo que me generaban los relatos tan explícitos..."(1379)

"Hice un diplomado en la Sociedad Psicoanalítica de psicoterapia psicoanalítica y llevé ese caso y me destruyeron pues, o sea eso no es psicoterapia, estás cuidándolo y ya, igual él... Sabes me comporté humanamente pues, una cosa es hacer un error técnico que lo puede cometer todo el mundo y otra cosa es cometer un error humano, y los errores humanos sí no se perdonan en este trabajo pues... Técnicos los cometemos todo el tiempo pero los humanos no y este fue un error técnico, no un error humano."(1550)

"(…)no quería como revivir la experiencia de abuso yo como indagando y justamente eso, sabes como que mis primeras sesiones con pacientes que habían sido abusados sexualmente eran como muy ingenuas, se decía mucho pero en verdad no había nada significativo en la sesión sino que terminaba siendo muy superficial."(1663)

Anna

"Entonces, en la medida que no las trabajes, porque es imposible no sentirlas, siendo que vas a tener pacientes que son personas, siempre vas a tener pacientes que te hagan sentir una cosa o la otra; en la medida en que tú no trabajes eso, pues, va a acarrear en una transferencia negativa después."(1887)

"(…)o sea porque si yo digo como objetivo terapéutico no les voy a contestar el teléfono, porque no tengo por qué responder a su demanda, entonces ya no es contratransferencial."(2061)

"Pero en realidad todo eso pasó por un manejo contratransferencial mío inadecuado. De ahí digamos que aprendí bastante"(2151)

"No, es que no es de la persona, es que estoy clara que tengo unos estereotipos... unos prejuicios es la palabra, unos prejuicios muy marcados con la adicción entonces no estaría ayudando al paciente."(2192)

"(…)entonces en la medida en que me caen tan bien los pacientes, me enfoco más en esto, o sea, me vuelvo incluso como más, no sé si la palabra puede ser más paranoica de mis propios procesos pa' poder decir ajá hasta aquí está el límite, qué le digo o qué no le digo, de donde viene esta intervención, esta intervención viene desde la posición de amigo o desde la posición de terapeuta"(2275)

"¡No!, porque tú puedes pensar yo quiero asumir este reto pero en búsqueda de bienestar del paciente. Es diferente a yo quiero porque yo soy la verga de Triana y voy a demostrar que yo sí puedo."(2298)

Apolo

"Entonces cuando tú me preguntas de qué va el saber hacer, definitivamente pasa por que ese psicoterapeuta, ese especialista al menos alguno de estos tres ejes, sino los tres, pueda trabajarlo éticamente donde pueda encontrar la mejor manera de decir las cosas."(2513)

"¿desde dónde está operando esa mujer? la pregunta que uno se hace en la terapia es desde dónde estoy operando yo con mis pacientes y la formación teórica para tener un anclaje de lo que tú estás viendo en la clínica"(2560)

"(…)si lo manejas desde la fantasía eres parte del delirio del psicótico y el psicótico es muy vehemente cuando aparecen estos puntos de delirio, caes en el delirio y más nunca en relación terapéutica, es el problema de la adherencia del terapeuta."(2656)

"(…)te lo digo fácil ahorita pero por supuesto en la dinámica uno a veces se sorprende, pero no es siempre, no es constante, esa sorpresa a uno no lo está agarrando fuera de base siempre, cuando te agarra más fuera de base yo me quedo callado, en ese momento no es un momento para intervenir hasta que algo asiente, como termina orientando eso qué tiene que ver contigo, entonces uno suelta una pruebita a ver si es mío o si es de él o cómo es eso, no sé si eso contestó un poco tu pregunta."(2785)

"En la sesión una hablaba de una y otra hablaba de la otra y eso era un pastel imaginario y le digo yo a la que sabía que estaba empastelando el asunto ¡y usted viene en otro horario! ¡A tal hora! y ella ella se arrechó, ¿eso es un acto analítico verdad? ¡Eso es un acto analítico! tú me estás haciendo eso ¿por qué me estás separando? y le digo ¡sí es un acto analítico! y le cerré la puerta, cuando entré al consultorio dije ¿qué acabo de hacer? -risas- Apolo qué bolas tienes tú, supervisión, no sé qué más, Apolo había que cortar eso... Y ahí empecé a trabajar en proceso de formación con las intervenciones, y entonces la interpretación uno sólo sabe que tiene efecto…"(2889)

"No recuerdo si fue en ese tiempo porque ese fue el tiempo de estas intervenciones no tan prudentes, era un punto de interpretación que ya no es tan prudente, uno tiene que cortar esa forma de gozar, disfrutar así maliciosa el síntoma, eso es lo que hace el analista."(2906)

"La paciente me contaba todos los días que se iba a matar, esta era otra, y yo terminé cortándola ¿por qué no lo has hecho? entonces me quedé callado luego de que dije eso, Apolo ¿qué hiciste? ¿Cómo le vas a soltar tú esa vaina? y empieza ella a asociar, es que no puedo hacerlo por tal y tal cosa, y empezó a hablar de otra vaina y cuando... ¡Este es el efecto! entonces ya no me angustié tanto cuando hago esas cosas, pero no pasa por ahí tanto por supuesto."(2910)

"Correcto, porque el diagnóstico, la característica, eso va por añadidura, realmente cuando tú tienes un diagnóstico, tienes un paciente con un síntoma esa es la mejor manera que ha encontrado ese paciente de hacer con su vida aunque el síntoma le sea muy doloroso, entonces si uno empieza a ver esto de cómo intervenir en ese arreglo tan singular para ese paciente, que es lo único que lo ha mantenido cuerdo

en la vida y para tú poder operar desenredando un poco eso, tienes que estar ahí pero sin estar, porque sino te vuelves parte del síntoma, allí es donde realmente se complica el asunto no en diagnosticar, diagnosticar es una panza, ¿establecer plan terapéutico? fácil, revisar la medicación, hacer chequeo de medicación, eso no quiere decir que uno no haga todo eso, por supuesto uno se vale de todo eso, porque eso mantiene clara la idea del terapeuta, pero el asunto es cómo operar en ese nudo sin morir en el intento, y morir es que te devore el nudo del paciente... Vale que bonita la metáfora, después me pasan esa... La voy a usar en clase. -risas-"(2948)

Abraham

"Muchas veces son aspectos muertos del paciente que son proyectados sobre el analista, aspectos letárgicos, núcleos psicóticos, entonces es un elemento a registrar y es un buen ejemplo y sobre todo para poder abordarlo bien y trabajarlo a tiempo, porque si no se trabaja a tiempo, bueno, hay riesgos, ¿no?, como todo lo que está en una situación y se deja pasar, después hay consecuencia que, bueno, que evidentemente pueden lamentarse, el paciente se psicotiza o dice que no va más, o uno se queda casi que dormido."(3205)

"(…)chica joven entre 20 y 35 años, dos años de tratamiento aproximadamente, bien presentada, muy bien parecida, un punto en el tratamiento en el que yo empiezo de un modo a sentir o a registrar algún tipo de interés por la paciente que me doy cuenta que no es común, en el ámbito del trabajo con los pacientes o con esta paciente, sobre todo una sensación de cuidado y sobreprotección, ¿no?, que casi que rayaba en los límite de la neutralidad. Uno se invita a cuestionarse, bueno, ¿qué está pasando, será que te gusta la paciente? no, independientemente uno puede tener su vida privada aparte satisfecha, lo que sea, a nivel sexual, de pareja, está pasando algo."(3234)

"Cuando esto pasa, y uno se da cuenta que pasa y sobretodo uno se da cuenta ya después que hizo una intervención, uno ahí lo que tiene es como que epa, tratar de rescatarse y volver a su posición de escucha y de neutralidad, volver a su posición analítica."(3326)

"Esa misma doble mirada, o esa misma mirada a dos niveles de profundidad, a veces te permite darte cuenta también de tu propia reacción, y eso te permite evidentemente concientizar y en la misma sesión decir epa, o sea, espérate un momentico, rescátate de allí, e inmediatamente al rescatarte, bueno, pasó una vez pero no pasa más. Pero precisamente tiene que ver con eso, con la capacidad de hacer consciente algún tipo de respuesta o algo que uno está sintiendo o algún tipo de intervención inadecuada o exagerada, o fuera de timing, y creo que lo más importante siempre es el autocuestionamiento, cuando se va el paciente uno se pregunta ¿fue una buena sesión? ¿No fue una buena sesión?"(3393)

"No necesariamente, porque en ese caso lo estás haciendo con un sentido, el problema es cuando lo haces sin sentido, o cuando lo haces sin pensarlo, o sea, no es un pasaje al acto, es un acting out. Entonces, ahí si es un problema, porque, o sea, están ocurriendo cosas que en teoría no deberían ocurrir."(3519)

"(…)ahí estás hablando quizás de alguna situación que se escapan al trabajo cotidiano, si si, yo creo que un poco más complicado, situaciones de mayor peso, y bueno, en esos casos, hay como una mayor demanda hacia nosotros de la misma situación, pero antes de pasar por allí, siempre hay un autocuestionamiento constante de nosotros hacia el trabajo que estamos haciendo procurando hacer el

trabajo más limpio y más éticamente correcto, y además, más adecuado sobre todo para poder ayudarnos con este paciente, entonces, hay una propia mirada autocrítica antes de incluso cualquier otro tipo de, de herramienta adicional que involucre un tercero, porque la supervisión y el análisis involucran un tercero."(3610)

5.2.3. Reconocer emociones propias

Anastasia

"No es que la preocupación ya me lleva a cuestionar si hay una relación contratransferencial negativa o que está entorpeciendo mi trabajo, la verdad es que siempre yo me relaciono con el otro desde una cercanía, desde una preocupación por lo que le está pasando, o sea más allá de la empatía que está digamos, pero sí hay una preocupación"(304)

"O devaluada"(401)

"De nuevo, o sea el tema de la invasión, cuando siento que ya me están como invadiendo, sí inmediatamente me pongo a pensar en esas cosas que uno no piensa, que trabaja con eso."(433)

"No, siempre me ha provocado cuando he sentido eso pero no lo hago porque sé que es una respuesta con la que yo tengo que trabajar y si eso me molesta"(484)

"Sí, a ver es que no se la cambio porque es una sensación mía y yo tengo que aprender a manejarla"(532)

Atenea

"Y yo me angustié (risas de todos) Yo me angustié con su angustia."(882)

"(…)sino como llevar al proceso terapéutico mira me estoy sintiendo así, quisiera hablar contigo"(920)

"Una fue precisamente un tema de transferencia erótica, el problema no era que él lo tuviera, el problema era como yo me sentía (risas) tenía obviamente que ver con él, con esta persona en particular"(931)

"Por eso creo que el trabajo personal también es tan importante, es reconocer que ese miedo, puede tener que ver con el paciente pero también es mío pues."(1219)

"(…)porque también este paciente me genera cosas a mí por algo, ¿no?, entonces también yo poder ir limpiándolo para poder quedarnos con el vínculo que necesitamos"(1302)

Anakin

"(…)porque te puedes pelar ponerte en una posición donde tú te estás poniendo a ti mismo en un estado emocional o una opinión entre comillas y si no es congruente con lo que está haciendo en el paciente, él te puede poner en un lugar donde no quieres que te pongan pues, porque se pierde un poco la neutralidad en el momento en que lo dices."(1423)

"Ahí como que las emociones... Eso como más espontáneo y quedó bien pero a veces uno si tiene que expresar sus emociones pero tienen que ser desde lo reflexionado, no impulsivamente."(1699)

"(…)no le dije que es un coño de madre pero sí le dije que bueno que tal vez lo que siente que es parecido es que los dos se aprovecharon de ti en momentos distintos en tu vida y por razones distintas y como que eso sí lo agarró, pero bueno es sí lo hice en parte por mi CT de la rabia de que una chama de 14 años la estén poniendo en la misma posición que con una señora de 30 y que ella no pueda ver que el tipo es un coño de madre, sí bueno me da mucha rabia pero pensé en la rabia, la sentí y lo dije de una manera que era como pertinente en la sesión pues."(1718)

5.2.4. Autorreflexión

Anastasia

"Yo no creo que yo me pueda o que yo me pueda evaluar como una profesional exitosa desde casi que un hermetismo absoluto, yo no lo veo así. De hecho eso fue un cuestionamiento que yo me hice cuando a mí me formaron en la academia"(309)

"No interpreto en la relación, pero ahí está la invasión, en mi estilo pero a veces ¿ese es mi estilo? obviamente es él, porque no todos los pacientes me mandan mensajes, pero bueno me cuestiono si yo por mi estilo, como estoy en la relación qué cosas puedo neutralizar un poco más que no le hagan tanto ruido al paciente porque me termina incomodando a mí, o sea el paciente está feliz de su vida buceándome qué se yo. Entonces está ese tema, quizás ciertas miradas en la sesión este…"(453)

"No significa ni que soy mala terapeuta, entonces voy como... yo con el tema de la hora soy, ya saben, el paciente que me tocaba tun tun la puerta y esto como decir no estoy llegando a la hora, el paciente ya va a estar ahí no sé qué, siempre yo como que es su hora, es su tiempo, pero no lo cambio, yo suelo actuar poco la CT del encuadre digamos, relacionada con el encuadre, más bien me la calo, la trato de entender, más que ¿sabes qué? voy a cambiar esto."(543)

"Yo te tendría que decir que teóricamente sí, es decir eso es lo que yo creo pero yo creo que yo no lo hago, creo que soy bastante consecuente con la normas básicas del encuadre, entonces no ando haciendo muchas concesiones ni con los pacientes con los que tengo una CT positiva ni con los que tengo una CT negativa, a ver cuando yo digo las cosas básicas del encuadre son las horas, el rol adentro, yo no voy a poner al que tenga CT más positiva"(565)

"(…)o sea por eso creo que no es que boto a la gente porque no me he sentido nunca en una constante de CT negativa entonces para que lo voy a botar si siento que esto es momentáneo, tiene que ver conmigo"(592)

"Sí, desde a ver, auto revisión y estudiar, por eso digo pensar, o sea porque no sólo digamos desde lo que yo siento"(608)

"(…)en revisión, tanto desde el punto de vista de una auto comprensión que viene de años y que seguirá siempre, yo no puedo decirte, ¡no! ya yo tengo todo mi comprensión de cómo soy entonces para qué voy a seguir en esto si... no. De nuevo hay una dinámica que se mete."(612)

Atenea

"Y eso, necesariamente atraviesa un proceso en el que yo también tengo que reconocer mis cosas pues, ¿no? para poder entender que es del otro y que es mío, que compartimos en común... y siempre me hace cuestionarme cosas, siempre.

Cada persona que llega nueva, me hace preguntarme cosas, cuestionarme cosas, es un proceso nuevo, es un proceso diferente, y único."(774)

"Sí, es una parte esencial para mí y para el otro, y que implica la continua revisión de uno mismo como instrumento. Como yo me voy transformando a medida que van pasando cosas, implica que necesito ir revisando cosas también porque yo soy mi propio instrumento de trabajo. Entonces, para mí, es éticamente importante que yo también tenga espacios de revisión de mi misma pues."(783)

"Yo creo que lo importante, más que mantener rígidamente el encuadre es siempre preguntarse por qué y para qué, por qué se rompió el encuadre y para qué se rompió el encuadre."(827)

"¿bueno esto que significa, por qué está pasando esto, por qué me cuesta mantener el encuadre, por ejemplo, o por qué con esta persona en particular me ha costado tanto? "(830)

"(…)la pregunta es ¿cómo te sientes tú con esta persona?, ¿qué te pasa a ti con esta persona?, ¿te identificas mucho?"(892)

"(…)es la cosa de esto, de vivir, de cuestionarse, de equivocarse, o sea, lo que siempre nos va a pasar es que nos vamos a equivocar, siempre, es tener consciencia de eso, es no querer evitar cualquiera de estas cosas, es más bien tener espacios donde yo los pueda revisar, donde yo los pueda reflexionar, donde yo pueda aprender y avanzar pues."(1139)

"Quizás una cosa que pasa es que siempre estoy muy alerta de lo que me va pasando a mí, o sea yo llegué un momento en que mis anotaciones sobre las sesiones con los pacientes estaban muy centradas en la CT, qué es lo que me pasa a mí, qué es lo que me moviliza, qué es lo que me está pasando con esta persona"(1258)

"(…)¿no?, porque para mí lo vincular es fundamental, entonces siempre voy a estar como muy... eso me ayuda a disminuir los acting, porque bueno, estoy siempre... y más bien, procuro como llevarlo luego a sentarme a decir, bueno, qué me pasa, por qué me estoy sintiendo así, esto puede tener que ver con la persona, esto puede tener que ver también conmigo, y estar siempre como muy alerta de eso, porque sí, yo sí creo, lo que pasa en el consultorio es lo que pasa en la vida, o sea, ahí está la psique de la persona puesta, en la vinculación y en lo que pasa ahí, entonces siempre estoy ahí como... como muy pendiente de eso."(1270)

Anakin

"Bueno, ir a análisis, eso es fundamental para cualquier terapeuta y un terapeuta que no vaya a psicoterapia personal no es un terapeuta porque creo que la primera condición para ser terapeuta es ser lo suficientemente humilde para saber que uno también está loco pues…"(1430)

"Sabes, como para qué vas a escuchar a otro en su momento más vulnerable si tú no reconoces tu momento más vulnerable."(1437)

"Vuelvo a citar a Manuel de que eso, de que cuando te miras al espejo y te das cuenta que tú también estás muy loco es cuando comienzas a ser psicólogo y eso es conocer tus propios límites también, y creo que eso me ha ayudado muchísimo con mis pacientes porque yo sí he escuchado gente que está muy bien formada,

profesores que cuando hablan de un paciente hablan como si fueran otra categoría aparte, yo soy el terapeuta, la mata de la salud mental y este es mi paciente que berro bueno, se mete marihuana berro, consume perico o bueno, se psicotizó sabes como menos mal eso es algo alejado de mí, y eso es algo como socialmente histórico de que la locura está muy presente pero es vivida como extraña, como que yo soy como completamente crítico a eso y siempre cuando entre más loco me reconozco yo"(1761)

Anna

"En cambio, si tú lo tienes consciente porque lo trabajaste y entiendes de qué viene esto, puedes entonces decir ajá, ¿qué sirve para este paciente? ¿Sirve que me deje llevar o guiar, o que responda a esto contratransferencial pero ya como un objetivo terapéutico, o sirve que le ponga freno a eso?"(1924)

"(…)de preguntarte a ti mismo por lo que tú estás sintiendo y viviendo , decir por qué este paciente me está haciendo sentir así, qué es lo que genera en mí, de dónde va a esto, ah en la medida en que yo puedo hacer esa reflexión, entonces la puedo usar como herramienta, mientras que está totalmente inconsciente, va a ser siempre obstáculo, creo yo."(2103)

"(…)menos mal tuve la agilidad de agarrarlo y repararlo, porque esa es una de las grandes bondades de las psicología, ¿no?, por lo general tienes otra sesión normalmente para reparar, pero fue fuerte, y ciertamente me equivoqué, yo no lo escuché, y tenía que haberlo escuchado. Y no lo escuché porque me obstinaba el chamo. Eso es un ejemplo."(2155)

"Pero bueno, de repente hay cosas que me hacen como clic, y es como ajá ya va, ¿por qué me cae tan bien? o en verdad verdad, no ya va... creo que nunca me he preguntado por qué me cae tan bien, la pregunta más bien ha sido a dónde pongo el límite, siempre estoy, con estos pacientes que me caen tan bien, siempre estoy muy pendiente de no dejar la neutralidad y la abstinencia, porque creo que ese es el ancla de nosotros como, como terapeutas, o sea el poder decir hasta aquí y seguir manteniendo, por más feo que suena esto, seguir manteniéndome y entender que soy un objeto terapéutico, soy un instrumento en una terapia del otro y, y no estoy ahí en tanto sujeto"(2267)

"(…)incluso, cuando tú lo haces desde el es un reto pero déjame intentarlo para el bienestar del paciente, por lo general ese es un caso que va a tener mucha supervisión, que va a tener como mucho estudio, mucho control porque estás consciente de que es algo que se te dificulta, de que es un reto, pero de alguna forma tú estás ahí para ayudar al paciente y estás buscando su bienestar. Creo que sería así."(2303)

Apolo

"La garantía de existir alguna, la garantía de la formación psicoterapéutica pasa porque tú pases por la experiencia, por someterte a la pregunta ¿cuál es la pregunta? la pregunta propia, la pregunta por el ser, la pregunta de quién soy, por qué estoy haciendo esto, por qué me preguntó esto."(2543)

"Me hiciste recordar... Hay una paciente que ella consulta porque tiene unos ataques de alergia graves entonces empieza a estornudar grave y ella empieza... Yo cada vez que me tocaba consulta con ella, yo empezaba a estornudar con ella entonces yo en algún momento, oye ya va yo no estoy para estar identificándome

así con el síntoma de esta mujer -risas- y le digo ¿Y de dónde vienes tú? Ay de mi casa entonces a mí me gusta hacer jardinería y no sé qué más ¿Y tú te vienes a quejar de tu alergia después de hacer jardinería? te traes todo ese polen pa´ ca y me dejas a mí estornudando, se le quitó la vaina y a mí se me quitó la vaina entonces hay algo también del conocimiento, de la experiencia que a veces yo sé que si yo me meto un poco de flores me da alergia a mí, entonces algo estás trayendo tú porque además es la última paciente, veo varios pacientes, ay algo raro que estás trayendo tú, tu perfume no sé. Y bueno experiencias de vida…"(2798)

"Uno sólo sabe que la interpretación llega cuando tiene... Cuando tú ves el efecto en el paciente, esa ruptura, o sea yo creía que no iba a volver, no, después regresó"(2898)

"(…)uno tiene que cortar esa forma de gozar, disfrutar así maliciosa el síntoma, eso es lo que hace el analista."(2908)

"Lo primero que me aclaró la vida es que yo en esa relación no soy un hombre, coño si eso yo lo sé claro, pero terminaba actuando como si de verdad fuera un hombre, yo no soy ningún hombre yo soy un analista, puedes tener esa fantasía con los hombres, yo soy tu analista, y eso te quita un poco de ese lugar donde te pone el paciente, que te atrapa, realmente la CT atrapa, por eso es tan delicado manejarse desde allí es delicado, es delicado, terminas atrapado en un sueño, en un sueño... Estoy tratando de pensar en un ejemplo de alguna película... Ah coño, cómo es que se llama esta de Di Caprio y Nolan…"(2931)

"Entender por dónde, de qué está hecha la transferencia y por dónde va la transferencia implica poner el lugar que corresponde a las responsabilidades, es decir, cuando yo te hablo de la transferencia como un fenómeno en el paciente y en la dinámica, es que cada quien se tiene que hacer cargo de su inconsciente, esa es la máxima en psicoterapia, usted se tiene que hacer cargo de su síntoma, para el paciente ¿no?, eso implica de sus fantasías sexuales, de sus fantasías suicidas, de sus fantasías…"(2978)

"(…)porque uno se vive preguntando por el ejercicio, por el quehacer psicoterapéutico, uno se pregunta siempre ¿Por qué yo hice esto? por qué le dije...No, aja por esto, por esto y por esto, entonces al menos uno está orientado en ese sentido."(2998)

Abraham

"Es de utilidad siempre y cuando el analista pueda registrar lo que le está pasando, tomar esto en cuenta y a partir de allí, bueno pensar qué puede estar pasando con su paciente, o incluso una cosa que llamamos campo analítico"(3125)

"Mmm, porque probablemente en el momento en que tú eres capaz de hacerlo consciente, simbolizarlo, registrarlo y preguntarte por eso, creo que ya estás en una posición de mayor asimetría; si estás muy tomado por sea lo que sea qué te está pasando, puede que te des cuenta, pero te vas a dar cuenta que tus respuestas son masivas, entonces allí tienes que ver qué puede estar pasando."(3136)

"La mayoría de las veces, si estas cosas no se trabajan terminan mal, hay una interrupción unilateral, muchas veces de parte del paciente, o la cosa termina mal de parte del analista y termina refiriendo al paciente antes de tiempo o te das cuenta que no pasa eso, o terminan acostándose, cosa que si el vínculo no se ha cortado, por supuesto que es un trastorno, y desde ahí hay una perversión del vínculo

porque, hay normas incluso, artículo 5 del Código Ético de la IPA prohíbe cualquier tipo de comercio sexual entre analista y paciente, a menos que ya no sean analista y paciente, pero pa' que eso pase tienen que hablarlo y pa' eso tienes que primero registrar tu CT y decir bueno aquí está pasando algo, qué es muy común que suele pasar, de historias varias, incluso casados hoy en día, pero evidentemente que pasó algo en el vínculo que tuvo que haberse hablado, que si no se habla generalmente termina muy mal."(3167)

"Esa misma doble mirada, o esa misma mirada a dos niveles de profundidad, a veces te permite darte cuenta también de tu propia reacción, y eso te permite evidentemente concientizar y en la misma sesión decir epa, o sea, espérate un momentico, rescátate de allí, e inmediatamente al rescatarte, bueno, pasó una vez pero no pasa más. Pero precisamente tiene que ver con eso, con la capacidad de hacer consciente algún tipo de respuesta o algo que uno está sintiendo o algún tipo de intervención inadecuada o exagerada, o fuera de timing, y creo que lo más importante siempre es el autocuestionamiento, cuando se va el paciente uno se pregunta ¿fue una buena sesión? ¿No fue una buena sesión?"(3393)

5.2.5. Empatía

Anastasia

"Creo que sí, pudiera como... a ver hay unas cosas como del encuadre que no se modifican y están ahí pero yo sí creo que yo suelo hacer bastantes modificaciones y acercamientos a veces más emotivos en función de la CT sin duda, o sea yo no puedo decirte que soy una tipa rígida en el encuadre, no no no, o sea si a mí un paciente digamos estamos haciendo un buen trabajo, yo me siento cómoda, el paciente está mejorando , yo soy bastante más flexible que con otros pacientes que me generan quizás como esa invasión, ahí sí soy como más rígida."(125)

"Ahorita me puedo morir de la risa con un paciente por una anécdota y me siento mucho más tranquila, antes estaba muy perseguida y creo que eso no ayudaba en la relación -risa- quizás por la inexperiencia, quizás por la formación y por identificarme con ese modo de verlo como más rígido, o sea no, no, me vínculo con el otro desde el lugar humano."(316)

"(…)para poder trabajar con ellos porque sino no trabajaba con ellos pero luego entendí en todo ese proceso de la tesis que lo que a mí me enojaba de esos pacientes con los que yo no quería trabajar era eso, que no sentía que los podía ayudar, sentía como que bueno aja no va a ser un matón pero va a ser un delincuente de cuello blanco, eso para mí era suficiente, y decía ¡no! yo quiero que no haga ningún acto delictivo, entonces creo que va por ese lado de querer realmente contribuir a"(385)

Atenea

"Yo creo que sí, es fundamental, es fundamental, es muy difícil conectarte, o sea no voy a ir a inyectarme heroína porque estoy trabajando con un paciente, o sea no, pero entender lo que significa sentir por ejemplo, que si algo no pasa no puedes vivir, sentir lo difícil que es reconocerte de una manera, yo sé cómo se siente eso, no porque me haya pinchado, sino por otras cosas en mi vida, pero yo puedo conectar con él desde y además le puedo quitar la patologización a un montón de cosas."(1143)

"(…)nunca me han internado, pero también, digamos, con mucha facilidad me puedo conectar, con cómo se siente decir bueno ¿será que si yo no encajo en este

lugar, voy por este lado?”(1156)

Anakin

“Una de las cosas que a mí me gusta más de este trabajo es los momentos donde yo me siento más vulnerable y la cago más horrible, me recuerdo a mis pacientes que también la cagan horrible y me siento acompañado.”(1448)

“(…)aunque sé que no soy psicótico ni nada, soy bastante neurótico por buena o mala suerte no sé, pero entre más reconozco mis partes más irracionales, más puedo conectar como las partes irracionales de mis pacientes y cuando lo irracional sale en la sesión eso es lo que…”(1772)

“Bueno creo que en ese caso respondería que yo pienso que no es positivo, que en verdad en ese sentido comulgo más con Rogers que los pacientes mejoran en la medida que tú los puedas aceptar incondicionalmente y la verdad era... La aceptación incondicional positiva es cuando tú no te sientes incómodo con lo que está diciendo sino lo puedes comprender aunque te diga algo muy muy feo lo puedes comprender”(1801)

Anna

“el caso por caso de mis pacientes, unos que se despiden de ti y ah bueno chao doctora y se van, y otros que se acercan, te abrazan, te dan un beso, chao, y bueno tú no le vas a quitar, no (hace un gesto con las manos, entrevistadores ríen) es una falta de respeto. Así como de repente tienes un paciente que te está llorando en frente, desconsoladamente, bueno, te puedes acercar lo abrazas si necesita, le pones la mano en el hombro, que se sienta de alguna forma contenido, creo que depende, creo que ahí más bien sería anti ético no hacerlo, o más que anti ético, contraproducente, no sé.”(2444)

Apolo

“La empatía en sí... O sea no estoy diciendo que uno no sea empático y que uno no se interese, uno se interesa por las experiencias de vida del paciente, y a uno lo conmueve, sobre todo con niños, con niños probablemente sea un punto donde yo me permito más que salga una lágrima porque además la dinámica con el niño implica otra cosa entonces el niño viene y te abraza ¿cómo no lo vas a abrazar? en ese sentido, eso es una postura mía en el trabajo con niños que es distinto a con el adulto, a un adulto le puedes decir que no, yo no doy abrazos, ay ese analista si es odioso…”(2837)

“Pero por supuesto hay empatía cuando un paciente dice... Con las vicisitudes de Caracas que pasa cualquier cosa... Había uno que me contaba que le habían robado el carro en la universidad y yo le digo ¡Qué broma fulanita! de verdad ¡Qué broma! pero así de la forma más auténtica y después vemos, después analizamos todo lo demás peor eso no quiere decir que no... En algún momento cuando estábamos haciendo unos reajustes de seguridad en el consultorio era trate de no salir muy tarde yo voy a adelantar las horas, véngase más temprano, no se quede hasta tan tarde allá abajo, eso es un punto de empatía pero hasta ahí, no me lo voy a llevar a mi casa por ejemplo.”(2846)

Abraham

“(…)me acordé de una situación, que claro hubo una respuesta contratransferencial,

donde el paciente no se da cuenta pero es un paciente que puede estar, cuenta con aspectos muy... yo diría crudos, deficitarios, de una situación temprana en su vida, precisamente de la relación con la madre, ante la cual yo, me recuerdo, no pude evitar botar dos lágrimas, lloré. El paciente estaba en diván, ni cuenta se dio, pero hubo una parte de mí que se conmovió, esto a veces pasa sesión y es frecuente, que no todo mundo lo habla realmente, bueno, eso es cosa como de cada quién."(3350)

5.2.6. Preservación de espacios personales

Atenea

"(…)él habla como de la situación de pareja, como tener una pareja o una familia que te permita tener un espacio de resguardo y de conexión lo más sano y nutritivo para uno; un hobby, un espacio de expresión distinto al espacio y a los roles que solemos ocupar los terapeutas, pero un hobby en serio, que no sea un trabajo"(1095)

"(…)ay no, no soy yo solo, eso es como importante; y él dice un grupo de amigos de esos con los que tú arreglas el mundo, pues, un grupo de esos amigos puede que sean colegas o no, pero no con los que te vas a sentar a hablar del quehacer, sino con los que te puedes sentar a hablar de mil cosas, de recordarte los cuentos de antes, de oír música, de cantar, de no sé, echarte palos, lo que sea. Yo creo que eso ayuda y ayuda mucho, y en contextos como el actual nuestro"(1107)

"(…)yo procuro salir de Caracas pues, porque para mí es sano, entonces me voy con mis afectos cercanos y queridos, me salgo cada cierto tiempo de la ciudad, como una forma de desconectarme, para manejar todo eso que a mí se me mueve con los pacientes"(1118)

"(…)y decía, hay que tener una condición de vida, tienes que haber vivido, tienes que haber atravesado cosas, en esto de los hobbies, siempre me ha encantado la danza, el teatro, pues el flamenco ha sido como una cosa fundamental, y mi maestra de flamenco decía que hay unos ritmos que uno puede bailar hasta que por lo menos no se ha divorciado dos veces (risas) nadie puede bailar Soleá por bulerías si no se ha divorciado por lo menos dos veces, un poco así es el proceso terapéutico"(1131)

Anakin

"Aislarte en este trabajo, creo que hacer otras cosas también ayuda bastante para uno... Sabes, porque si uno no vive la vida no vas a ser buen terapeuta tampoco, entonces eso."(1440)

"Yo por ejemplo no sólo me dedico a la psicoterapia sino también a la investigación pero eso no es lo que me refiero a vivir, eso es más como poder comer, pero me refiero a... Berro sí, tener relaciones significativas en tu vida, experimentar cosas en tu vida también. Yo estoy así joven y no tengo como tanta experiencia de vida entonces probar cosas nuevas y eso…"(1444)

Apolo

"Quizás, influye en tanto es parte de la vida, entonces esa pretensión de mantener separado cómo vives de cómo uno... Yo creo que hay un punto de consecuencia ética que al final tus experiencias de vida tocan y si te tocan hasta el punto tal que no puedes pasar consulta, ese día no pases consulta, creo que eso es lo más ético que puede ocurrir..."(2794)

“Influye en tanto tú puedas entender que son tus experiencias de vida, tus experiencias de vida no se usan en el trabajo psicoterapéutico, yo no lo uso como sugerencia por ejemplo, ay yo comencé a tomar flores de Bach... O yo comencé a ir a un retiro... No, eso es mío, me he conseguido pacientes... Voy al cine y me consigo pacientes pues, qué hago ¿no saludo? si me ve bueno cómo estás, cómo te va, ¿Ay qué le parece el cine? No, a mí me gusta mucho el cine... Eso era un punto que en algún momento a mí me angustió mucho ¿Y si me consigo un paciente y me ve tomándome una cerveza? Bueno, tampoco voy a estar haciendo espectáculos tirándome de borracho por ahí, cuando uno salía a tomarse una cerveza, Influyen en tanto tú puedas seguir viviendo, tus experiencias de vida son importantes porque te hacen mantenerte vivo, no te hacen quedarte en esta cosa de soy más papista que el Papa y no no, uno es humano también y disfruto cosas, tomo café pero eso no va a una relación terapéutica.”(2811)

“Mis fantasías tienen otro lugar, entonces al diván, o mi fantasía es consensuada con mi esposa , apropósito de todas las cosas que uno ha venido escuchando últimamente y el año pasado con algunos que han dicho que ejercen la labor psicoterapéutica”(2984)