



TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAGISTER  
EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

*Análisis del concepto vínculo terapéutico y su importancia en la clínica: un estudio a partir de la experiencia de psicoterapeutas de formación psicoanalítica y del psicoanálisis vincular.*

Lic. Annabel Alzugaray Tirelli

Tutoría y Dirección Académica: Prof. Alicia Muniz

Montevideo, febrero de 2016.-

A mi hijo Guillermo, por esperarme.

# Índice

**INDICE**.....

**AGRADECIMIENTOS**.....

**RESUMEN** .....

**ABSTRACT** .....

**INTRODUCCIÓN** .....

## **CAPÍTULO 1: Distintas conceptualizaciones sobre la díada terapéutica**

**Antecedentes**.....

- Antecedentes que estudian el concepto. Algunas generalidades.....
- Investigaciones más recientes que comienzan a introducir otras denominaciones.....
- Estudios que dan cuenta de la importancia del campo interpersonal dentro de la díada terapéutica.....
- Trabajos que denotan la dificultad en la conceptualización de los términos y otros hallazgos significativos.....
- Síntesis y comentarios de los antecedentes.....

## **CAPÍTULO 2: Buscando nuevas palabras/ Conceptualizaciones.**

**Marco Teórico**.....

- Transferencia. La presencia y el acto “hacer tope”.....
- Neutralidad, abstinencia o el lugar de la implicación.....
- Un lugar para lo nuevo: Interferencia y acontecimiento.....
- Gadamer y terapéutica del arte: una mirada filosófica al vínculo.....

## **CAPÍTULO 3: Aspectos Metodológicos**.....

- Problema y preguntas de Investigación.....
- Objetivos.....
- Metodología .....

- 1) Decisiones muestrales.....
- 2) Población objetivo.....
- 3) Análisis de los datos.....
- 4) Consideraciones éticas .....

**CAPÍTULO 4: Análisis de las entrevistas .....**

- Cuadros con categorías .....
- Desarrollo del análisis.....

1) Conceptualizaciones sobre la díada Terapeuta – Paciente.....

1.1 Distintas versiones de *alianza terapéutica*. .....

1.2 Conceptualizaciones sobre vínculo terapéutico  
¿Alianza, vínculo o transferencia?.....

1.3 La diferencia entre el concepto de vínculo terapéutico  
y Vínculo Terapéutico -con mayúsculas-.....

2) Aspectos del vínculo.....

2.1 Simetría –asimetría / neutralidad / abstinencia/ implicación .....

3) Más allá de la transferencia. La psicoterapia como proceso intersubjetivo .....

3.1 La repetición y lo novedoso.....

4) El terapeuta como sujeto del Vínculo.....

5) Desafíos de la Teoría de la Técnica.

Operacionalización de los conceptos.....

**CAPÍTULO 5: Discusión Final. ....**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....**

**ANEXOS.....**

## **Agradecimientos:**

Por sus valiosos aportes a: Adriana Anfusso, Patricia Bustos, Beatriz De León , Abel Fernandez, Nelson Gotlieb , Patricia Kanter, Jorge Larroca, David Maldavsky, Janine Puget, Joaquín Rodríguez Nebot, Ana Rumi.

A mi tutora Alicia Muniz, por su espada filosa y su úrsido abrazo.

Al grupo de estudiantes con quienes, durante el año 2014, recorrimos un tramo de este camino, aprendiendo y disfrutando juntos, estos son: Alejandra Cruz, Beatriz De Moraes, Elisa Basanta, Gastón Colombo, Valentina Ferrari y Valeria Fontana.

A mis amigos y a mis compañeros docentes que me ayudaron de diversas maneras, con el préstamo de palabras, de libros, y materiales varios. Que me alentaron a seguir adelante en momentos críticos, con afecto, y también algún rezongo: Silvana C .N, Deborah R, Mónica R, Margarita F, Susana Q, Rubén N, Walter M, Silvana CH, Estela C, Juan M.

A mi hermana extraplanetaria, Maia.

A mi querida colega Ma.Noel Fekete, compañerasa, de principio a fin, en este viaje de tesis.

### **Resumen:**

Se indaga sobre el concepto de vínculo terapéutico, sus características y operacionalización, en el trabajo terapéutico.

Se parte del concepto de alianza terapéutica, antecedente más próximo al de vínculo terapéutico, hallado en las investigaciones consultadas.

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo. Se lleva a cabo a través de la realización de entrevistas en profundidad a diez psicoterapeutas expertos, la mitad de ellos, con formación en Psicoanálisis de diversas líneas, la otra mitad, con formación específica en Psicoanálisis de Configuraciones Vinculares. La muestra es de carácter intencional, oportunístico no probabilístico, con terapeutas con más de veinte años de experiencia, que ejercen en las ciudades de Montevideo, Buenos Aires y Santiago de Chile.

El marco referencial es el del Psicoanálisis, tomando los conceptos fundamentales de la teoría de la técnica y específicamente los del Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares.

Para el análisis de las entrevistas se emplea el análisis de contenido.

Se reflexiona sobre la diversidad de concepciones halladas en referencia a la díada terapéutica, sus distintas denominaciones y su escasa diferenciación conceptual entre los terapeutas. Se analizan las implicancias que esto presenta en la clínica psicoanalítica. Se pretende aportar conocimientos para la teoría y para la teoría de la técnica, sobre un tema que se considera de relevancia en la eficacia de los tratamientos.

Palabras clave: alianza terapéutica, vínculo terapéutico, psicoterapia

**Abstract:**

This investigation is about the concept of therapeutic link - from now on TL- its characteristics and operationalization, in the therapeutic work.

We start from the therapeutic alliance, the closest precedent to TL, found in investigations consulted.

It is about a qualitative, descriptive study. It is carried out through the conduction of thorough interviews to ten expert psychotherapists, half of which have training in diverse approaches to Psychoanalysis, and the other half specialized in Psychoanalysis of Link Configurations, from now on -PLC-.

The sample is of an intentional nature, opportunistic not probabilistic, with therapists with over twenty years of experience, who work in the city of Montevideo, Buenos Aires and Santiago de Chile.

The frame of reference is Psychoanalysis, taking the fundamental concepts of the theory of technique and especially those of PLC.

For the analysis of the interviews we analyze the content.

We reflect on the diversity of conceptions found with reference to the therapeutic dyad, its different denominations and its scarce conceptual differentiation. The implications that this presents are analyzed at the psychoanalytic clinic. We intend to contribute to the body of theoretic knowledge and to the theory of psychoanalytic technique on a subject that is considered relevant in the efficiency of the treatments.

**Key words:** therapeutic alliance, therapeutic Link, psychotherapy



## INTRODUCCIÓN.

Resulta complejo desentrañar los elementos que intervienen en la elección de un tema de investigación. Tal vez sea porque convergen diversas motivaciones, intereses, deseos, algunos no tan conscientes, por lo tanto la implicación está allí, desde el origen mismo. Pero también influyen palabras, gestos, detalles de otras cosas, que quedan resonando- en primera instancia - sin saber por qué.

El tema del vínculo terapéutico es innegable, que provoca especial interés a los colegas psicólogos, ¡cómo no hacerlo!; sin embargo se ha comprobado que despierta muchísimo interés también, en otras personas de muy diversas disciplinas y ámbitos, académicos y no académicos. Se viene haciendo esta prueba diariamente cuando la gente pregunta sobre el tema de la tesis que se está escribiendo y resulta interesante prestar atención a las reacciones generadas ante las respuestas dadas. En todos los casos genera interés. Es que este tema convoca a ambas posibles partes de la díada terapéutica así como a las personas en general.

Se hará referencia a lo largo de este trabajo en términos de *díada terapéutica* pues demarca el tema de estudio sin que esté contaminado de otras nociones o conceptualizaciones. Las expresiones: relación, vínculo, alianza, terapéuticas, sí lo están.

Volviendo al punto de la elección del tema, desde hace mucho tiempo, se sucedían y crecían los cuestionamientos acerca de la incidencia que tendría el vínculo terapéutico en los resultados de las intervenciones de esta índole. A través de los años se ha tenido la percepción de que allí se juega algo fundamental de la labor terapéutica. Desde el rol de psicóloga clínica, se ha venido brindando especial atención a este aspecto, así como desde el rol de docente, tarea que se desempeña desde hace más de quince años en la Facultad de Psicología, y desde hace tres, en la Facultad de Medicina. En la Facultad de Psicología se ha venido trabajando con estudiantes que realizaban sus pasantías clínicas, en el último ciclo de su carrera, próximos a graduarse del plan IPUR, debiendo ellos tener sus primeros encuentros clínicos con pacientes en la Policlínica Psicológica de la Facultad de Psicología, dentro del Hospital de Clínicas, SAP. Realizando sus primeras intervenciones psicológicas en tiempos acotados. En la Facultad de Medicina se ha venido acompañando y supervisando las intervenciones clínicas de los psicólogos que realizan sus pasantías en Centros de Salud, correspondiente a la diplomatura en Psicoterapias en Servicios de Salud, FMED.

Por lo tanto ya sea en forma directa, en el trabajo con pacientes, como de manera indirecta, es decir, acompañando y supervisando el trabajo de estudiantes y diplomandos, con distintos grados de experiencia clínica, se ha despertado el interés en el tema y han surgido los cuestionamientos.

Por otra parte a esta percepción mencionada, desarrollada a través de las experiencias señaladas, se agrega el hecho de tomar contacto con resultados de investigaciones que se

vienen realizando desde hace 30 años, las que concluyen sobre el efecto importantísimo de los factores inespecíficos en el resultado de los tratamientos, sobre todo el que refiere a la relación, vínculo o alianza, terapéuticas. Denominaciones distintas que hacen referencia a lo que acontece en ese encuentro entre terapeuta y paciente. Este constructo al que se alude con diversos nombres, comienza a instalarse y a generar interrogantes.

Los cuestionamientos planteados también alcanzan y atraviesan a la actividad docente que se viene desempeñando desde hace tanto tiempo lo que involucra a toda la dimensión que implica la transmisión de conocimientos y principalmente, la formación del psicólogo clínico, particularmente del psicoterapeuta.

Si esa relación o vínculo es de tanta relevancia en nuestro trabajo clínico, no se debería conocer en mayor profundidad qué es lo que ocurre allí, cuáles son los factores que la componen, y cómo se constituye? Así como qué incidencia tiene para ambas partes de la díada terapéutica? Al comenzar a pensar en estos aspectos, el camino se vuelve resbaladizo e incierto, al intentar conocer y tal vez controlar las variables que se ponen en juego en la díada y que pueden determinar los resultados de las intervenciones psicológicas.

Paralelamente a estas interrogantes, resulta movilizadora la lectura de un artículo de la profesora Muniz (2009) en el cual se hace referencia a estos aspectos mencionados. Aún resuenan, sus provocativas palabras (Muniz 2009):

“... ¡qué pena! nos quedaba tan cómodo pensar en la asimetría del terapeuta –paciente, en la neutralidad del terapeuta, en la transferencia como repetición, nos quedaba tan cómodo pensar en que hacíamos terapia en el consultorio, donde el encuadre nos sostenía en el rol y que teníamos todo el tiempo para entender lo que no entendíamos, porque el inconsciente insiste, reitera.... Éramos asépticos, inmutables, no involucrados” (Muniz, 2009, p 17).

Otro aspecto que por cierto ha influido en la construcción del tema y su abordaje es la integración y el comienzo de la formación en el área vincular, en la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares, pocos años antes de comenzar la maestría.

Desde ahora, en este texto, se hará referencia al Psicoanálisis de las Configuraciones vinculares como PCV.

Tiempo después, cuando el tema de tesis iba tomando forma, en conversaciones mantenidas con mi padre - en esta instancia me refiero a título personal- con quien compartimos esta profesión, además de la inquietud literaria, comenzamos a asociar el concepto de vínculo terapéutico con algunos contenidos de la literatura, que nos llevaron a pensar en la significativa relación de Don Quijote y Sancho Panza, y en su posible sentido metafórico, en relación al tema de estudio. Esto también formó parte de las motivaciones sobre el tema.

## El vínculo de Don Quijote y Sancho Panza.

-Conversaciones con mi padre -

*“El encuentro entre dos personas es como el contacto entre dos sustancias químicas: si se produce una reacción, las dos se transforman” Carl.G.Jung  
1875-*

¿Qué produce la creación de lo nuevo?, ¿qué fenómenos intervienen en el creador o científico para que se produzca el hallazgo, la pregunta disparadora de lo nuevo, el acto creativo ?

Pensando en el Psicoanálisis, no cabe duda que el desarrollo del mismo ha sido y es, una gran influencia, estímulo y materia prima para importantes creadores en el ámbito de las artes, según plantea Gonzalez, N (2009), desde André Bretón, Luis Buñuel, Salvador Dalí, Alfred Hitchcock, entre otros. Así también tantos otros científicos dentro y fuera del psicoanálisis que exploraron otras áreas y generaron nuevos conocimientos. Pero pensando en el creador del Psicoanálisis; Sigmund Freud ¿qué habrá influido en él para llegar a la creación del Psicoanálisis?

Según esta autora, en las correspondencias que Freud mantenía con su novia así como con Eduard Silberstein, se podía ver el gusto que Freud tenía por la obra de Cervantes y especialmente por: Don Quijote de la Mancha.

El padre del Psicoanálisis habría aprendido la lengua castellana para poder leer Don Quijote de la Mancha, por lo que quedaría en evidencia de este modo, la magnitud de su interés por esta obra literaria. Gonzalez (2009) afirma que el personaje que más le interesaba a Freud, era Sancho Panza. La obra de Cervantes, Don Quijote, trata de un hombre que ha perdido la razón y dentro de su locura, creyendo ser caballero andante, pretende abandonar lo que fue hasta ese momento su vida e irse por ese otro mundo, impulsado por sus fantasías delirantes. Para ello busca un escudero que lo acompañe: Sancho Panza. Así es que ambos se comprometen a atravesar esa aventura, juntos. Después de encuentros y batallas Don Quijote es derrotado por el Caballero de la Blanca Luna y devuelto a su casa, donde ya en el lecho de muerte admite haber vivido loco y estar muriendo cuerdo.

Dice González, N. “Para llegar a esta última aseveración, el Quijote ha tenido que pasar por un largo proceso de comprensión del mundo real y el de la fantasía...” La autora hace un paralelismo entre el rol que cumple Sancho y el de un psicoterapeuta, ya que Don Quijote sana gracias a la travesía que realiza junto a Sancho Panza y sus conversaciones.

Desde la perspectiva del psicoanálisis vincular se podría entender que la relación entre Don Quijote y Sancho Panza va más allá de la conversación, e incluso más allá de la palabra, está atravesada también por un hacer juntos y transcurre en el espacio de la interacción mutua.

Pensando en la diáda Don Quijote y Sancho Panza, Salvador de Madariaga, conocido intérprete de la obra de Don Quijote, citado por Dotras (2008) señaló los cambios que a lo largo

de la obra van sufriendo Don Quijote y Sancho Panza. En el sentido de que gradualmente durante sus aventuras, Don Quijote va recuperando su sentido de la realidad y Sancho Panza comienza a dejar de lado su permanente recurrir al sentido común y comienza a liberar su fantasía y a adquirir un pensamiento creativo, original. Fenómeno que este autor denomina como un proceso de sanchificación de Don Quijote y de quijotización de Sancho. Resulta interesante pensar cómo, desde la literatura, la diada formada por estos dos personajes se embarca en un proceso que los modifica a ambos y esto ocurre a través de la relación e interacción entre ellos, mientras van haciendo, un camino juntos.

Esta diada literaria bien podría ser una interesante representación en el año 1605 de lo que muy posteriormente será una pareja terapéutica, donde como dice Isidoro Berestein (2008), se produce un injerto que cambia sustancialmente el fruto. Donde ambas subjetividades se impactan mutuamente a pesar de que uno de ellos, Sancho Panza, tiene un rol aparentemente secundario al de Don Quijote y que consiste en acompañar al segundo en su aventura- locura.

Con respecto a la conexión entre ambas disciplinas; la literaria y la psicoanalítica, Labraga (1995) plantea que “Discurso literario y discurso psicoanalítico desarrollan un campo de posibilidades de juego y movimiento representacional; dos espacios de ilusión diferentes y homólogos, ya que ambos, como intensas prácticas simbólicas, interrogan, construyen, y cuestionan simultáneamente al sujeto y al mundo”.( p.11)

Esta autora también hace referencia a la gran incidencia que han tenido en Freud los escritores y artistas, los que habrían sido, para Labraga (1995), sus “verdaderos maestros” (11) ya que el material literario sería una vía de excelencia de acceso al inconsciente.

Dice Labraga:

Por otra parte, podemos hablar de la literaridad de las teorizaciones psicoanalíticas, en tanto parten de una naturaleza metafórica. Este problema de la inextricable relación entre lo conceptual y lo metafórico es planteado con rigor desde la filosofía: “pero ¿qué sería el pensamiento si no hubiera la permanente dialogía entre metáforas y conceptos, si las metáforas no fueran a veces el punteado de conceptos faltantes y los conceptos, momentos del pensar dotados de inclusiones cognitivas que solo inician su desbloqueo en el elemento de la metáfora ( Labraga, 1995, p 11).

### La consolidación del trabajo investigativo

En la etapa de elaboración del proyecto de esta tesis, en noviembre de 2012, momento de pensar sobre cómo realizar esta investigación, se tuvo oportunidad de conversar y recibir orientación del Profesor Dr. David Maldavsky. El mismo visitaba Montevideo invitado por la Facultad de Psicología para dar la conferencia: “Investigación del discurso en la clínica Psicoanalítica”. Luego de exponerle los objetivos e interés del trabajo , al transmitirle la idea de que se pensaba realizar entrevistas con terapeutas para indagar los aspectos desplegados en esta tesis sobre el

vínculo terapeuta- paciente, el profesor Maldavsky advirtió que podrían generarse respuestas desde “el deber ser” del terapeuta , manteniendo en reserva mucha información de lo que ocurre en la díada. Por tal motivo sugirió plantear preguntas disparadoras abiertas, que invitaran al relato, incluyendo anécdotas y recuerdos, además de la exploración conceptual, ya que de esta manera se tendrían diversos accesos a los temas que se pretendían estudiar, generando mayor disposición y apertura. Los aportes del profesor Maldavsky fueron bienvenidos y tenidos en cuenta, además de haberlos recordado muchas veces, durante la realización de las entrevistas y el desarrollo del análisis.

Posteriormente a que el proyecto de tesis fuera aprobado, se planteó una propuesta académica para los estudiantes de grado, que fue desarrollada durante el año 2014. La misma fue llevada a cabo, por quien escribe, con un grupo de seis estudiantes de quinto ciclo. La propuesta abarcó el estudio y profundización de los distintos aspectos del proyecto de investigación y la participación directa, en el trabajo de campo. Esto implicó que los estudiantes intervinieran en la elaboración del guion de entrevista así como también acompañaran y participaran en la realización de las diez entrevistas a psicoterapeutas expertos, con extensa formación psicoanalítica en distintas líneas dentro del Psicoanálisis, así como Psicoterapeutas con formación específica en Psicoanálisis Vincular. Todos ellos con varias décadas de experiencia clínica, lo cual fue una experiencia muy rica, en múltiples sentidos, una instancia de aprendizaje de primera clase en el ámbito de la clínica, que trascendió absolutamente las expectativas iniciales. Se espera que los estudiantes que participaron en la experiencia, sean capaces de recordar y resignificarla a lo largo del tiempo.

En este eje de coordenadas nació el interés por el tema y creció cada vez, con mayor fuerza a medida que se produjo la inmersión en el mismo, cristalizándose en la concreción del proyecto y posterior tesis.

### Estructura del trabajo

La escritura del trabajo se inicia con el capítulo que despliega el relevamiento de los antecedentes sobre el tema de esta tesis. En estos aparecen diversas formas de nominar este fenómeno: Relación terapéutica, alianza terapéutica, vínculo terapéutico, interrelación terapeuta paciente, transferencia-contratransferencia, regulación mutua.

Se observa la evolución que ha tenido la forma de comprensión de estos conceptos.

En el capítulo dos, se desarrolla el marco teórico.

El marco conceptual que sostiene la presentación y análisis de esta tesis es el Psicoanálisis y fundamentalmente el Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. En este capítulo, se plantean los principales conceptos psicoanalíticos, que atraviesan el tema de este estudio. También se incluye desde la concepción filosófica de George Gadamer y la hermenéutica, el aporte de algunos conceptos. La idea de fusión de horizontes, que implica la concepción de que en el espacio terapéutico existe una transformación en ambas perspectivas de la díada, así como también la noción de que la labor terapéutica implica una tarea de construcción o creación ligada al arte. Estos, entre otros aspectos, se articulan con la perspectiva del Psicoanálisis vincular que desde otra disciplina, otras denominaciones y otra época, se encuentran y confluyen.

En el capítulo tres se detalla la metodología utilizada y se describe el trabajo de campo realizado. Se señalan aquí, las consideraciones teórico -metodológicas que atraviesan la investigación, articulando el método empleado con el marco conceptual.

En este capítulo también se hace referencia a las consideraciones éticas de esta investigación.

El capítulo cuatro, aborda el análisis de los relatos y a continuación en el capítulo cinco se arriba a la discusión final de esta tesis.

Para terminar es importante subrayar, la idea de que este estudio se centra en la perspectiva de los expertos acerca del concepto estudiado, a partir de la amplia y profunda formación de los psicoterapeutas entrevistados y sobretodo de su extensa experiencia clínica.

Se espera poder expresar parte de todo lo generado a partir de estos valiosos encuentros, invitándolos ahora, a recorrer estas páginas.

## Capítulo 1: Distintas conceptualizaciones sobre la díada terapéutica.

### Antecedentes.

#### Antecedentes que estudian el concepto. Algunas generalidades.

En los documentos de investigaciones que se encontraron en la búsqueda de antecedentes, en general se observa que hacen referencia a la alianza terapéutica y pocos a vínculo terapéutico, sin embargo, al leer los resúmenes de los trabajos puede notarse que la expresión *vínculo terapéutico* y *alianza terapéutica* son utilizados indistintamente, para referirse a lo mismo, es decir, como sinónimos o conceptos similares.

A través del portal Conycit surgen otras denominaciones para referirse al mismo fenómeno, sin embargo siempre predomina el de alianza terapéutica. Aparecen títulos que utilizan las expresiones, “interrelación terapéutica”, “regulación mutua”, “acciones comunicacionales”, entre otras.

La búsqueda llevó a contactarse con el equipo de investigación del Dr. Roussos, de la Universidad de Belgrano, Argentina, quien a su vez realizó la conexión con quien dentro de su equipo se ha venido dedicando los últimos años a investigar sobre la alianza terapéutica: la Dra Waizmann. Esta investigadora facilitó material muy interesante, entre los cuales se encuentran algunas investigaciones propias, entre otras, sobre el tema, realizadas en los últimos años. Se transcribe a continuación las más significativas de ellas, que fueron consultadas para este trabajo: Santibáñez, P. (2003), *La Alianza Terapéutica en psicoterapia: el “Inventario de Alianza de trabajo”*;

Waizmann, V. (2011). *Alianza Terapéutica e Intervenciones Psicoterapéuticas en Tratamientos Cognitivos y Psicoanalíticos*; Waizmann, V. Espíndola, I. y Roussos, A. J. (2009) *Acerca de las Rupturas de Alianza Terapéutica*;

Waizmann, V., Etchebarne, I. y Roussos, A. (2004). *La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias*;

Waizmann, V. y Roussos, A. J. (en prensa). *Acerca de la dificultad en la conceptualización de la Alianza Terapéutica*.

Más allá de las diferencias entre los autores, en todos los estudios indagados se encontró que las variables inespecíficas, es decir las que no dependen del marco teórico- técnico del terapeuta, son las que tienen mayor incidencia en el resultado de las intervenciones psicológicas. Dentro de las variables inespecíficas se encuentra que la “alianza terapéutica” es la más importante, siendo el factor de mayor implicancia en el resultado final del tratamiento, independientemente, como ya se expresó, de la orientación teórica- técnica del psicoterapeuta. Esto se puede observar

haciendo un recorrido desde investigaciones más lejanas en el tiempo como la de Arredondo (2005) quien a su vez cita investigaciones tales como: Luborsk & Crits-Cristoph, Alexander, Morgolis & Cohen, 1983; Gelso & Carter, 1985 así como en la década de los noventa: Safran & Wallner, 1991; Horvath & Symonds, 1991; Luborsky, 1994 ; y en la siguiente década: Barber, Connolly, Crits-Cristoph, Gladis & Siqueland, 2000; Weerasekera, 2001; Corbella & Botella, 2003, entre otros .(p.9- 10)

### Investigaciones más recientes que comienzan a introducir otras denominaciones.

La investigadora García R. indica: “Es entonces apropiado comenzar a introducir la temática de este trabajo resaltando que la alianza terapéutica es el factor común más reconocido en la psicoterapia (.....) y como tal, gran cantidad de autores estudiaron, y estudian en la actualidad, este concepto” (García R, 2008, p.6). Asimismo existen otras investigaciones más actuales, como la de Santibañez , Roman , Lucero , Espinoza , Iribarren , Muller (2009) donde se plantea que: “De hecho, la relación terapéutica es uno de los factores que explican un mayor porcentaje de cambio en los consultantes” (p.89). Adviértase que en esta investigación, a diferencia de las citadas anteriormente, se hace referencia a la *relación terapéutica* y ya no a la *alianza*, remarcándose así la importancia de la interacción entre terapeuta- paciente. En este estudio se señala que, tanto las variables del consultante, como las del paciente, no pueden ser comprendidas en forma independiente de la relación entre los mismos.

Otro aspecto relevante del estudio referido es que pone en evidencia la importancia que tienen en la construcción de la relación terapéutica, “las percepciones del paciente sobre la relación terapéutica, lo que influiría en gran medida en la terapia en curso y deberían tenerse en cuenta e incorporarse en cualquier proceso terapéutico” (Santibañez et al. 2009 p. 90).

Juan, S (2001) hace referencia a que el encuentro entre paciente-psicoterapeuta parte de la base de que ambos -desde diferentes posiciones - abren la posibilidad de establecer un vínculo que, a medida que se desarrolla el mismo, el paciente puede iniciar un proceso de cambios. Estos se desarrollan a partir del marco teórico adoptado por cada terapeuta, más los aportes de su propia experiencia personal, la respuesta del paciente y de las señales, conscientes o no, que emite y que son recogidas, valoradas e interpretadas por el terapeuta a lo largo de las entrevistas. El psicoterapeuta se maneja a través de la orientación teórica en que se ha formado, la que lo habilita en la praxis para llevar a cabo un marco de acciones, técnicas e intervenciones aplicables y apropiadas en cada caso en particular. No son dejadas de lado las formulaciones teóricas de orden general, en las cuales cada caso particular queda incluido.

Estos planteos teóricos más abarcativos, están relacionados con el marco cultural en que se desarrolla la acción, los basamentos de la psicopatología general, sus esquemas clasificatorios y asimismo la noción de salud- enfermedad que cada posición teórica proponga, y que el marco



cultural acepte como válidas. Leibovich de Duarte, Duhalde, Huerín, Roussos, Rubio, Rutzatein, y Torricelli , citados por Juan (2001) sostienen, que no se puede dejar de lado el campo de las teorías implícitas, bagaje de la vida social cotidiana del terapeuta, que incluso pueden operar desde el inconsciente del terapeuta. Estas teorías implícitas, tienen que ver desde la forma de llevar a cabo un tratamiento y hasta pueden ir más allá, del marco teórico formal en que el psicoterapeuta está afiliado en la praxis clínica. Esto último lleva a preguntarse sobre los aspectos azarosos que también forman parte del vínculo terapéutico y que se incluyen en una dimensión de elementos inaugurales, que no estaban inscriptos antes en la realidad psíquica del sujeto.

Con respecto a los fenómenos que ocurren en un proceso terapéutico Fossa (2012) señala que en un proceso terapéutico no todo es transferencia. Asimismo plantea que la transferencia debe ser comparada con el vínculo terapéutico para ser comprendida.

Al decir que no todo es transferencial en el contenido de un proceso psicoterapéutico es Sterba , citado por Echegoyen (1997) quien especifica que al lado de la transferencia siempre existe algo que no es transferencia y para este autor , eso que está al lado pero por fuera de la transferencia sería la alianza terapéutica.

Amplía Etchegoyen (1985) en referencia a que siempre hay algo más que la transferencia dice: “ No es que falte la transferencia, la transferencia está en todo , pero no todo lo que está es transferencia y a este algo, lo vamos a llamar provisionalmente, alianza terapéutica, provisionalmente porque es más complejo de lo que parece” ( p. 208)

De esta forma el autor entiende que la alianza terapéutica se construye en función de una experiencia previa en la que el sujeto pudo establecer una relación, un intercambio, con otro así como hace el bebé con el pecho de su madre. Para este autor este fenómeno no es transferencia, y lo diferencia de lo que sería una reedición infantil pues lo cataloga como una experiencia del pasado que es útil para desenvolverse en el presente pero no una repetición del pasado que perturba en el presente. Etchegoyen (1997)

## Estudios que dan cuenta de la importancia del campo interpersonal dentro de la díada terapéutica.

Carlos Martínez Guzmán (2010) en su tesis doctoral titulada: "Análisis dialógico de la regulación mutua en psicoterapia" También realiza un recorrido de las investigaciones existentes en torno a este fenómeno que acontece en la díada terapeuta- paciente, destacando la incidencia que este aspecto tiene, según los resultados de las mismas, en el desarrollo de la psicoterapia y su eficacia.

Sin embargo plantea que los mecanismos de construcción de la relación terapéutica aún no son claros. Advierte que en las últimas dos décadas de manera paralela a los hallazgos obtenidos en las investigaciones mencionadas, en las que se destaca la importancia de la relación terapéutica en referencia a los tratamientos psicológicos, paralelamente, repito, afirma que se ha producido un cambio al interior del Psicoanálisis surgiendo un paradigma de pensamiento en el que se incluye el campo interpersonal como factor importante en la construcción de la subjetividad. Este fenómeno denominado "intersubjetividad" es desarrollado desde distintas posturas, sin embargo, dice Martínez Guzmán que estas confluyen en la idea de pensar a la psicoterapia como un interjuego entre subjetividades separadas y distintas que se influyen mutuamente y que van construyendo, un campo compartido. El autor entiende que teniendo en cuenta lo expresado, toda investigación sobre el proceso terapéutico desde esta perspectiva debería considerar, como objeto de estudio, la interacción entre paciente y terapeuta.

(Martínez Guzmán 2010). Sin embargo, la línea de análisis que toma y desarrolla en mayor profundidad Martínez Guzmán para comprender este fenómeno es otra, el autor hace su análisis a través de los aportes y hallazgos teóricos en el campo de la relación temprana, madre-bebé y sobre la teoría de la relación de apego y su incidencia en el desarrollo de la regulación afectiva del individuo.

Fossa, P. (2012) hace una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones; menciona gran parte de las investigaciones de las que se hace referencia en el presente informe.

El artículo analiza en profundidad la evolución que ha tenido el concepto de *alianza terapéutica*, desde sus inicios.

En esta se menciona a Sterba como el primero en proponer el término alianza terapéutica en 1934, a Zetzel en 1956 quien habría sugerido que la alianza era la parte no neurótica de la relación terapeuta - paciente. Luego habría planteado junto a Meissner en 1974, que la alianza terapéutica y la transferencia son fenómenos que se entrelazan en el proceso terapéutico quedando así sus diferencias, más difusas. Y reconoce a Bordin que en 1979 contribuyó a crear un concepto de alianza generalizable, independiente de los modelos teóricos.

Esta nueva conceptualización expresa que la alianza sería una relación consciente en el aquí y el ahora, sin descartar la influencia que en fases tempranas del proceso podrían tener las relaciones pasadas y vínculos no resueltos del paciente (Bordin, 1979). Esta apreciación de Bordin cuestiona implícitamente el concepto de transferencia. Sin embargo continuaron existiendo distintos matices y diferencias desde cada perspectiva teórica.

Al igual que otros autores, Bordín (1976) también entiende el vínculo terapéutico como el principal agente de eficacia en la psicoterapia. De todas formas se remarca la discusión que se ha venido produciendo desde hace décadas y que se continúa en la actualidad, haciendo hincapié en las diferencias conceptuales, las semejanzas y también las superposiciones con el concepto de *transferencia*.

Esta revisión de Fossa, P. (2012) incluye muy superficialmente la perspectiva desarrollada por Isidoro Berenstein, fundador del Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Asimismo hace mención a las que han sido desplegadas, con fundamento en la teoría del apego.

### Trabajos que denotan la dificultad en la conceptualización de los términos y otros hallazgos significativos.

En la investigación llevada a cabo por Waizmann y Roussos, (2010) queda en evidencia lo complejo que resulta la conceptualización del término “alianza terapéutica”. Estos encuentran que los autores indagados así como las distintas líneas terapéuticas halladas, poseen diversos conceptos de la misma y también sobre sus características, resultando opuestas en algunos casos y otras en cambio complementarias. Estos investigadores finalmente sugieren continuar pensando si es válido seguir hoy, con la denominación *Alianza Terapéutica*. Se preguntan si sería importante estudiar los componentes de la misma o si sería necesario volver a teorizar sobre ella, llegando en lo posible, a un acuerdo con respecto a este constructo, lo que resultaría un gran avance con respecto al tema de la validez de la psicoterapia ( Waizmann, Roussos 2010).

Etchegoyen (1985) plantea: “La idea de alianza terapéutica es fácil de entender intuitivamente, pero cuesta ponerla en conceptos “(p. 228).

Más adelante Etchegoyen se expresa con ironía acerca de quienes solo ven la transferencia y que desestiman la realidad, en el contexto psicoterapéutico y precisa: “simplemente estos analistas están equivocados, cuando no psicóticos ya que es el psicótico el que no ve la realidad” (p. 229).

Inmediatamente agrega que ni Melanie Klein ni sus discípulos, exceptuando tal vez a Meltzer, tuvieron en cuenta el concepto de alianza de trabajo, dándolo sí por obvio, pero en ningún momento este concepto fue integrado a su teoría. El autor se refiere a que a pesar de esta falta teórica, los analistas Kleinianos sin excepción, analizan rigurosamente las fantasías del paciente en la sesión analítica. ( Etchegoyen 1985, 229).

Helmut Thoma y Horst Kachele (1989), investigadores en psicoterapia psicoanalítica, hacen hincapié, en el rol del analista en la creación y en el desarrollo del proceso analítico. Para estos autores el analista no cumple una función especular sino que se ofrece a sí mismo como pareja de interacción, con roles que van cambiando en esa relación, a lo largo del proceso. Asimismo

plantean que la influencia del terapeuta como persona real, además de estar él, constituido por su bagaje teórico y su modelo de proceso, también lo está por su manera de configurar el encuadre, su imagen latente del ser humano, todos ellos serían factores que inciden de manera decisiva sobre las transferencias y resistencias que el paciente despliega en el proceso analítico. Los autores insisten sobre esta forma de conceptualizar el rol del psicoterapeuta y su identidad como tal. Esta concepción interpela a las posturas que agotan la comprensión del fenómeno únicamente en lo transferencial y contratransferencial - preponderante en el psicoanalista latinoamericano - Estos autores no reniegan de la transferencia como instrumento de trabajo pero subrayan que el rol del analista va más allá, que no es meramente un objeto de transferencia sino que es sujeto en la interacción diádica actual que construye, también, la relación. (v)

Para el presente trabajo de investigación, se tomarán como punto de partida algunos conceptos vertidos en las investigaciones y revisiones precedentes, principalmente en las últimas, recién mencionadas, que tratan sobre la dificultad en precisar el concepto de alianza terapéutica - o relación terapéutica - y la necesidad de volver a teorizar sobre ella. Tomando como aportes sustantivos a las investigaciones de Helmut Thoma y Horst Kachele.

### Síntesis y comentarios de los antecedentes

El objetivo de este estudio que se produce en el curso de esta maestría entonces, es buscar acercarse a la comprensión de lo que ocurre entre el terapeuta y paciente, abordando este fenómeno con apoyo de la bibliografía y antecedentes encontrados y con el aporte de la concepción teórica específica del PCV, que introduce nuevos elementos para su comprensión, intentando encontrar respuesta a interrogantes que hasta ahora no se han despejado satisfactoriamente sobre la díada paciente - terapeuta. Lo que llevará a problematizar y contrastar, nuevamente, los puntos de aproximación y distanciamiento entre los diversos conceptos fundamentalmente los de: *alianza terapéutica, vínculo terapéutico y transferencia*.

## Capítulo 2: Marco Teórico. Buscando nuevas palabras/ Conceptualizaciones

*“Mi autoanálisis sigue interrumpido. He echado de ver por qué. Solo puedo analizarme a mí mismo con los conocimientos adquiridos objetivamente (como a un extraño), un autoanálisis genuino es imposible, de lo contrario no habría enfermedad. Como todavía tengo algunos enigmas en mis casos, esto no puede menos que estorbar en el autoanálisis”.*  
carta 146 de Freud a Fliess (1987)

En las últimas décadas han aparecido aspectos nuevos que apenas se han comenzado a estudiar en los cuales se plantea que la relación paciente-terapeuta trascienden los fenómenos transferenciales, introduciéndose el concepto de intersubjetividad. El psicoanalista de esta manera es pensado como sujeto, como otro, además de ser objeto de la transferencia, depositario de las investiduras del paciente. La teoría vincular de esta forma, amplía la comprensión de lo que ocurre entre terapeuta –paciente y que entonces promueve nuevas teorías sobre la explicación de la cura. (Diazgranados, 2008).

Esta teoría vincular ha sido planteada y desarrollada por psicoanalistas argentinos, principalmente Isidoro Berenstein y Janine Puget inaugurando el Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares.

Dicha conceptualización introduce variados conceptos que ponen en cuestionamiento las concepciones clásicas del psicoanálisis. Con un recorrido histórico que se opone al estructuralismo clásico de Wundt, pasando por los aportes de la Gestalt y sus configuraciones dinámicas de figura-fondo, se llega a pensar en la configuración vincular como la capacidad de captar de forma inmediata, en experiencia directa, los contenidos insertos en el discurso transferencial y es en este punto en donde se introduce la gran diferencia (Butelman, 1998).

De aquí que la configuración vincular sería la forma dinámica, cambiante de la unión que sucede en el encadenamiento de los significados inscriptos en el discurso porque sólo a través de su transcurrir producimos la presencia, la completud imposible, o al menos, como personas la proponemos al otro y es esta propuesta discursiva la que establece los contenidos del concepto de configuración vincular (Butelman, 1998, p74).

Es en base a lo explicitado que la noción de vínculo incluirá nuevas acepciones a tener en cuenta.

Vínculo es un término que sigue siendo poco específico, dice Berenstein (2008) cuando se lo pensó en torno a la relación analítica individual que consistía en transferir a la figura del analista sus contenidos inconscientes revividos en el aquí y ahora del encuentro terapéutico.

Para Berenstein esta concepción comienza a cambiar cuando se ponen en juego los dispositivos de tratamiento psicoanalítico de parejas, familias y grupos, ahí el término vínculo se utiliza para definir aquello que ligaba a varias personas fuera del precepto de parentesco.

La palabra Vínculo “viene del latín vinculum de vincire: atar”, y es un término que más tarde se utilizó “dándole un sentido de unión de una persona o cosa con otra” (Berenstein, 2008 p.107). Estas ataduras se suponen duraderas y es noción básica para la construcción de la subjetividad. Construcción que se produce simultáneamente en tres espacios psíquicos, que son independientes entre sí pero que se entrecruzan generando subjetividad:

El espacio intrasubjetivo; el espacio intersubjetivo y el transubjetivo. Cada uno de ellos con sus propias inscripciones.

El primero se refiere a los contenidos del mundo interno que surgen de las relaciones de objeto. El segundo, el intersubjetivo, pone énfasis en el vínculo entre dos o más personas, como una ligadura con características de estabilidad. El tercer espacio hace referencia a las representaciones socioculturales.

El vínculo desde esta perspectiva implica entonces una ligadura estable entre yo y otros, con características de extraterritorialidad, justamente por no pertenecer a ninguno de los sujetos del vínculo y se diferencia de la relación de objeto, que es intrasubjetiva. Berenstein (2008) expresa: “Se concibe al vínculo como una relación de dos entidades que desde su origen individual ingresan en la relación, la cual se despliega en un tiempo posterior respecto del desarrollo individual” (p.107). Más adelante el autor plantea que esto implica pasar a otra concepción, en donde el proceso de subjetivación es el punto de partida entre lo pasado que tiene que ver con la memoria es decir, los procesos intrasubjetivos y los sucesos que son aquellos hechos actuales que se colocan por fuera del sujeto.

Entendiendo Berenstein a este concepto en términos de doble inclusión, ambos: “pasado y presente, adentro y afuera” se contienen mutuamente.

El vínculo es entonces una zona de encuentro donde la presencia de un otro se opone a la ausencia y a la representación ya que el otro se presenta como sujeto con todo su cuerpo y psiquismo. En este contexto de descubrimiento, ambos se construyen generándose modificaciones psíquicas en ambos puesto que el encuentro con el otro es recíproco (Berenstein, 2008).

## Transferencia. La presencia y el acto de “hacer tope”

Freud define a la transferencia como:

Reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como singularidad característica de su especie la sustitución de una persona anterior por la persona del médico (Freud, 1905, p.563)

Para el Psicoanálisis Vincular desde otra perspectiva, no es posible un vínculo sin una relación de presencia, condición mediante la cual se pone tope a la fantasía inconsciente del otro cuando hay un analista presente que la frena. Si bien la presencia y la representación tienen en común el remitirse a otro, en ambas palabras se esconden significaciones distintas.

Dice Matus y Rojas (2003) El analista “viene a la presencia” estableciéndose no como una pantalla en blanco plausible de reproducir las proyecciones del mundo interno del paciente, sus fantasías y personajes de su infancia. Solo estando presente es que se da la posibilidad de que la representación se haga efectiva y en ese acto todo psicoanálisis se vuelve vincular.

A diferencia de esta concepción desde un enfoque más clásico, el analista no puede ser sino objeto de proyección, la relación establecida entre paciente y analista no es una relación de dos, sino que es vivida en transferencia y contratransferencia.

El fenómeno de la transferencia desde el psicoanálisis se utiliza para designar:

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. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad (Laplanche, J ;Pontalis, 2004 ,p.439)

La contratransferencia siguiendo esta formulación teórica, se concibe como el “Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste” (Laplanche, Jean ;Pontalis, Jean-Bertrand, 2004)

Desde el psicoanálisis de las configuraciones vinculares, Berenstein (2004) aporta justamente un enfoque radicalmente distinto a éste, “la transferencia constituye un vínculo...dos sujetos de deseo -paciente y analista- con una fuerte marca de ajenidad”.

Es a razón de lo ajeno en presencia del otro que la transferencia y contratransferencia se dan de diferente forma o como mencionan los autores no son los únicos fenómenos que acontecen entre paciente y terapeuta (Mendilaharzu, Baremboim, Bucker, Erbin, Guralnik, Lifac, Onofrio, Pachuk, Rojas y Sedler (2004).

A pesar de la identificación algo del otro no se puede incorporar y aún en lo semejante y lo diferente no se puede homologar: es lo “ajeno” inherente a la presencia del otro. El sujeto y el otro no son parte de una supuesta unidad ni tampoco constituyen una sumatoria, sino que componen una situación de dos, a ser pensada desde dos y han de requerir operaciones distintas, una de las cuales es la imposición. (Berenstein, 2004, p. 35)

Sobre esta marca de ajenidad, a la que se ven enfrentados tanto el analista como el paciente, deviene dos tareas muy importantes y simultáneas, por un lado el despliegue de las fantasías inconscientes e infantiles en el analista y por otro un espacio ajeno en ambos que no puede remitirse a ninguna otra experiencia previa. Marca de ajenidad que se hace posible en presencia de otro y solo en ella.

Frente a la ajenidad del otro cuando se inscribe en una relación significativa, se tiende a intentar inscribir aquello que nos es ajeno como algo propio y cuesta mucho comprender e integrar que dicha tarea es del todo imposible. Lo paradójico de esta ajenidad es que la misma se vuelve bilateral, para ambos opera la misma.

Para resolver dicha conflictiva pueden abrirse dos grandes caminos: la imposibilidad de comprensión de lo ajeno que genera inhibición y rechazo y por otro lado, puede aceptarse lo ajeno e incluir lo novedoso. Sobre este último se entrama el concepto de imposición.

Imposición es el nombre de la acción de otro sobre el yo, o de éste sobre el otro, que establece una marca independiente del deseo de quien la recibe dice Berenstein (2004, p39) Es una acción que hace lugar a algo que no estaba previamente a ese vínculo diferenciándose del mecanismo de proyección e introyección que es el mecanismo constitutivo en la relación de objeto.

Es en base a la identificación que se genera un sujeto escindido, pero en base al mecanismo de imposición, se produce el sujeto múltiple. El dispositivo "cara a cara" en oposición al dispositivo clásico del psicoanálisis, en donde el analista está "ausente", no deja lugar a cosa que no sea la presencia y por lo tanto al acto mismo del vínculo.

### Neutralidad, abstinencia o el lugar de la implicación

Como bien se mencionó el vínculo establecido entre el terapeuta y el paciente, tiene desde la concepción de las configuraciones vinculares, nuevos vértices como el de la presencia y lo ajeno. A su vez esta forma de concebir el trabajo analítico conlleva el replanteo de otros fenómenos que hicieron luz para la elaboración de la teoría psicoanalítica más clásica. Conceptos como el de neutralidad y abstinencia se hacen obligatorios a la revisión desde las nuevas dimensiones. Desde la concepción psicoanalítica la neutralidad es:

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 (Laplanche ;Pontalis, 2004,p 256).



De la misma forma el concepto de abstinencia remite al principio por el cual el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas y por lo tanto el analista no debe satisfacerlas. Algunas concepciones psicoanalíticas más recientes, ponen el acento no en la neutralidad sino en la abstinencia como concepto que abarca la “contención” de la actuación del deseo del analista pero tampoco dejando de lado el deseo que es necesario para el análisis (Schkolnik, Fanny, 1999)

Dese este lugar el analista es pensado como un sujeto “continentado”. Sin embargo sin concebimos al analista como sujeto en presencia con su ajenidad que se impone al paciente, estamos frente a un analista como sujeto de deseo.

Dice Bernardo Katz (2011):

El que el analista tenga sus propios deseos y que a veces interfieran en su escucha, el que esta escucha, en definitiva, siempre tenga puntos ciegos que hacen que el analista no escuche todo ni ocupe todos los lugares sino que cristalice en uno, mal que le pese, ese lugar no hay que tomarlo como obstáculo de la cura, aunque lo sea, sino como elemento constituyente, en sí mismo, de la realidad de la operatoria analítica. O, en todo caso, pensarlo como un obstáculo fecundo (p. 59)

¿Qué pasa entonces con el analista y su intervención?

La noción de implicación en una primera referencia puede utilizarse en el sentido que lo toma Lourau (1991), como condiciones que afectan por igual a analista y paciente, o como una cuestión referida al grado de involucramiento que puede alcanzar el analista en el vínculo terapéutico como efecto de su presencia y que lo compromete en su intervención.

Matus, S. y Rojas, M. C. (2003) toman parte de estas ideas y establecen otros tipos de relaciones entre las mismas, donde concibiendo al analista en vínculo con el paciente considerarán que las significaciones dadas como novedosas entre ellos a partir de ese vínculo posibilitan la resignificación, el develamiento y la posibilidad de co-construir significaciones inéditas, que solo se establecen cuando se concibe al analista como sujeto complejo en la escena con el paciente ya no sólo como objeto de proyecciones.

### Un lugar para lo nuevo: Interferencia y acontecimiento.

Berenstein (2004) introduce el concepto de interferencia como forma de continuar pensando sobre los fenómenos que ocurren entre el analista y el paciente, en una relación de Vínculo. Si bien durante muchos años el concepto de interferencia pudo tener una concepción negativa en el

sentido de pensarla como algo que estorbaba, actualmente la misma refiere a los fenómenos que ocurren “entre dos, en tanto sujetos singulares que, con deseos propios, maneras de pensar, valores, pasan a ser por acción del vínculo, sujetos otros” (p. 201). De esta forma quedaría en evidencia el efecto de cambio que produciría la pertenencia al vínculo.

Es allí en donde ambos sujetos en relación de presencia deben manejarse frente a la no concordancia de lo ajeno del otro, incluyendo por lo tanto la posibilidad de lo novedoso.

El acto de lo nuevo implica la apertura de un acontecimiento que emerge en tanto no inscripción previa y para el cual no hay posibilidad de aprehenderlo hasta después de acontecido. Esta potencialidad de lo nuevo implica en los sujetos del vínculo no solo la inscripción de algo nuevo e inexistente sino que también la modificación de la estructura precedente que debe hacer lugar a lo nuevo.

El encuentro significativo con el otro presente, ofrece la posibilidad de que acontezca algo que excede a una mera representación, hay algo que debe agregarse y formar parte de cada sujeto.

La situación psicoanalítica genera una nueva situación que instituye marcas (...) éstas las exceden e imponen un nuevo orden en el cual no habrá lugar para la pura repetición. Lo radicalmente nuevo es posible con el otro, no solo desde el otro y desde lo ajeno del otro sino desde la relación-vínculo con ese otro. Y un lugar privilegiado donde abrir esta dimensión para la cura es la relación psicoanalítica. (Berenstein, 1999, p.24)

#### En resumen, desde el PCV, el Vínculo:

- se da en un campo intersubjetivo, es decir entre dos personas, dos subjetividades en interrelación.
- requiere de la presencia de otro, que existe en forma externa al sujeto, de lo contrario sería una relación de objeto, la cual habita en el interior del sujeto.
- implica que el otro está tan investido como el primero, pero sin embargo es diferente, una diferencia irreductible que Berenstein (2008) prefiere llamarle ajenidad.
- pone en juego la ajenidad del otro. Que es, lo no modificable, es esa marca del otro que no cede a mis intentos de que piense y actúe como yo
- se despliega en una zona de encuentro- desencuentro, que no le pertenece a ninguno en forma individual, se desarrolla en el “entre” ambos sujetos.
- genera nuevas marcas en los sujetos del vínculo, que produce subjetividad en ambos.

Se propone para este estudio indagar si los terapeutas acuerdan o no adjudicar estas características propias del vínculo, para el PCV, también al encuentro terapeuta- paciente.

Al encontrar en la concepción filosófica de George Gadamer y la hermenéutica, conceptos que se articulan y complementan con la perspectiva del Psicoanálisis Vincular incluimos en este marco teórico algunos aportes de este filósofo que desde otra disciplina, con otras denominaciones y otra época, se encuentran y confluyen a la mencionada en primer término.

La idea de fusión de horizontes, que implica la noción de que en el espacio terapéutico existe una transformación en ambas perspectivas de la díada, así como también la noción de que la labor terapéutica es una tarea de construcción o creación ligada al arte. Estos, entre otros aspectos, se amplía a continuación, en este marco teórico.

### Gadamer y la terapéutica del arte: una mirada filosófica al vínculo

Hans-Georg Gadamer fue un filósofo alemán que tuvo la particularidad de vivir 102 años y ser bisagra de tres siglos, ya que al nacer en el año 1900, recibe prácticamente de manera próxima toda la herencia científica, del quehacer médico y el pensamiento filosófico del siglo XIX. Vive los grandes cambios en todo sentido y las paradojas del pensamiento contemporáneo del siglo XX en el que le tocó vivir, enseñar y escribir; y en pleno siglo XXI su repercusión en la filosofía actual como representante de la hermenéutica y como un hombre preocupado por recuperar lo humano en esta era de la ciencia y la tecnología. Su incursión en la hermenéutica también deja sus huellas. Se refiere a la misma como el arte del acercamiento al otro, cuando una persona es capaz de situarse de manera tal que puede comprender a su interlocutor.

El autor señala que centrarse en el problema de la objetividad es lo que impide tener una concepción adecuada de la naturaleza de la comprensión.

La tarea de la comprensión de un texto o fenómeno entonces, se resuelve considerando el horizonte histórico, sin que eso signifique que el intérprete concuerde con el horizonte del autor. Esta comprensión se produce en ese verdadero encuentro de horizontes, en el cual el del intérprete se amplía incorporando al del otro y formando uno nuevo, lo que implicaría una constante "destrucción" y "reconstrucción" en el acto de comprender. "Cuando se comprende se comprende de un modo diferente". (1960, p.367) No es posible para él suprimir los juicios previos o prejuicios (como los llama) con los cuales los seres humanos comprendemos la realidad.

Concepción de la medicina, entre la ciencia y el arte.

Gadamer se pregunta si la medicina es una ciencia al modo de las ciencias fácticas o experimentales, es una técnica o un arte?

El arte tiene que ver con construir los puentes entre lo teórico, las generalidades y lo práctico que debe ajustarse a la situación siempre única de la persona que consulta, que no es un solo un "caso" donde aplicar la ley.

Este aspecto va madurando con lentitud y solo puede adquirirse a través de la propia experiencia.

Entonces Gadamer va a concluir que la medicina no es solo una ciencia y una técnica sino también un arte. El arte médico es distinto del arte del artista. Entonces es un arte que no produce “obras de arte”, sin embargo en este saber hacer sin obra, radica el inmenso valor humanístico propio del quehacer médico.

Las terapias psicoanalíticas se desarrollan en encuentros que transcurren como una conversación, por eso la lectura realizada de Gadamer conduce una y otra vez de la relación texto-intérprete, médico-paciente a la relación terapeuta-paciente.

Con algunos pacientes, la posibilidad de establecer una cierta relación de intimidad, una alianza terapéutica sólida, de llegar a ser una figura confiable para el paciente, es lo que prepara el camino y hace posible luego poder plantear la interpretación útil y transformadora que se constituye en el principio activo fundamental de la psicoterapia. Con otros, lo realmente esencial es la posibilidad de que el paciente viva un encuentro íntimo y seguramente inédito hasta ese momento en su vida, con esa figura confiable con la que se descubre un nuevo “modo de estar con”, un nuevo tipo de relación que es en sí lo terapéutico.

El papel del terapeuta para el autor consiste en abrir un espacio para la conversación desde la curiosidad y el genuino interés por la realidad y la narrativa del paciente. Terapeuta y paciente se esfuerzan juntos por explorar, comprender y comunicarse, de tal forma que se produzca lo que Gadamer llama la fusión de horizontes, saliendo de la posición propia para alcanzar la del otro, generándose un cambio, una transformación en ambas perspectivas, fundiéndolas.

Paradójicamente la perspectiva o el ángulo singular desde donde el intérprete decodifica un texto parcializa la misma, pero a su vez es lo que permite su comprensión. Comprensión e interpretación por lo tanto, irían de la mano.

Una conciencia formada hermenéuticamente tiene que mostrarse receptiva desde el principio para la alteridad del texto. Pero esta receptividad no presupone ni “neutralidad” frente a las cosas ni tampoco “autocancelación” sino que incluye una matizada incorporación de las propias opiniones previas y prejuicios” (Gadamer, 2005, p. 335).

## **CAPITULO 3: Aspectos metodológicos**

### Problema y preguntas de investigación

Es extensa la lista de investigaciones donde se evidencia la importancia que tiene el factor de la alianza terapeuta- paciente en referencia a la cura. Luego de tres décadas de investigación sobre el tema continúa siendo poco claro dicho constructo, invitando a la reflexión. Los términos alianza, relación y vínculo son utilizados indistintamente, fenómeno éste pues, en el que no hay un consenso conceptual pero que será a la vez condición necesaria, aunque no suficiente, para la eficacia de los tratamientos- en la clínica en general y en lo psicológico en particular-. Se genera entonces un vacío conceptual dado la ausencia de respuestas, a lo que ocurre en la díada paciente-terapeuta y que a su vez resulta de relevancia en la eficacia de los tratamientos.

A través de la revisión bibliográfica y estudios que anteceden, surgen preguntas orientadoras que nos conducen a elaborar el presente proyecto:

- 1) ¿Qué piensan los terapeutas en relación al encuentro con ese otro, llamado paciente?
- 2) ¿Cómo denominan y caracterizan lo que ocurre dentro de la díada?
- 3) Puede denominarse Vínculo, tal como es concebido por el PCV, al encuentro Terapeuta-paciente?
- 4) ¿En el encuentro terapéutico pueden identificarse otros fenómenos que van más allá de los fenómenos transferenciales? ¿es toda repetición u ocurre en el proceso terapéutico algo nuevo como el llamado acontecimiento?
- 5) ¿El terapeuta también es afectado o cambia, a través del trabajo terapéutico con el paciente?

## Objetivos

Objetivo general:

Conocer la concepción sobre vínculo terapéutico a través de los discursos de terapeutas expertos del campo del Psicoanálisis y del PCV, y su operacionalización en el trabajo terapéutico.

Objetivos específicos:

1- identificar a través del discurso de los expertos entrevistados la concepción y relevancia del fenómeno investigado.

2-Identificar las coincidencias y diferencias entre concepto alianza y VT a partir del discurso de los entrevistados.

3- Describir la operatividad del concepto VT en la práctica, a través del relato experiencial de los terapeutas entrevistados.

## Metodología

En este caso la elección metodológica apuntó a la utilización de una estrategia cualitativa dentro de una investigación clínica. Rodríguez Gómez, D; Valldeoriola Roquet, J.( 2007): “Las metodologías cualitativas se orientan a la comprensión de las situaciones únicas y particulares, se centran en la búsqueda de significados y sentido de sus propios agentes...” (p.45). Los propósitos son descriptivos en referencia a los objetivos planteados para la investigación. Con esto se plantea dentro del ámbito clínico una Investigación cualitativa aplicada, con la finalidad de la comprensión de la situación más que la generalización.

Se utilizó la técnica de entrevista en profundidad con expertos como técnica cualitativa, la que se considera flexible, diligente y económica. (Vallés, M, 1999 p. 169-196).

Las entrevistas a expertos buscaron recoger sus opiniones para luego considerar la operacionalización de los conceptos técnicos indagados.

Se partió de una entrevista basada en un guion (clasificación de Patton, 1990) pero se conservó la libertad de reordenar las preguntas dentro de la situación de entrevista a medida de que esta se fue desarrollando, dando lugar a que pudieran surgir nuevas preguntas. (Valles, M. 1999 p.170).

Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas textualmente.

La planificación requirió de la elaboración de un guion de entrevista con los tópicos a indagar que representaron los objetivos de la investigación. Se destaca la implementación de un diseño

metodológico flexible que fue considerando las posibles situaciones nuevas o aspectos impredecibles a priori. El guion por lo tanto no implicó una formulación textual de preguntas predeterminadas con opciones de respuestas. Se trató de indagar sobre el tema de interés a través de preguntas disparadoras que contemplaran diversas dimensiones. Fueron formuladas de manera tal, que invitaran a la expresión espontánea, siguiendo las sugerencias del profesor D.Maldavsky, quien fue consultado en el momento de elaborar el proyecto de tesis, citado antes. Las dimensiones que se analizaron se construyeron en base a la información recabada de las investigaciones que fueron fuente de los antecedentes y de los conceptos operacionalizados del marco teórico que sustenta este proyecto.

Algunas de las temáticas indagadas a través de las entrevistas a expertos se transformaron en las siguientes categorías a efectos de la sistematización del material discursivo:

1. Concepciones de alianza terapéutica.
2. Concepciones sobre el vínculo terapéutico.
3. Características del vínculo terapéutico.  
(simetría-asimetría, neutralidad, abstinencia, implicación)
4. Interferencia y fenómenos Transferenciales.
5. Reedición de aspectos infantiles / Lo novedoso.
6. El terapeuta como sujeto del vínculo.
7. Operacionalización de los conceptos indagados.

#### 1) Decisiones muestrales.

Se realizó un muestreo de carácter intencional, oportunístico no probabilístico (o también llamada muestra dirigida). En este tipo de muestreo se busca obtener los casos (personas, contextos, situaciones) que interesan al investigador. Hernández Sampieri, R, (2006): "En las muestras no probabilísticas, la elección de los miembros no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra" (p. 241).

Se seleccionó la población teniendo en cuenta un criterio teórico (muestras teóricas o conceptuales) y siguiendo el criterio de las muestras confirmativas que incluyen casos contradictorios en la muestra inicial. (Sampieri 2006)

#### 2) Población Objetivo

Muestra de expertos.

La muestra se constituyó por terapeutas expertos, de orientación psicoanalítica. El criterio de

selección se dirigió a la búsqueda de terapeutas con amplia formación y experiencia clínica mayor a veinte años en el abordaje clínico.

Se entrevistó a un terapeuta de formación en PCV, familiarizado con las nociones de Vínculo, y otro psicoterapeuta con formación psicoanalítica, no vincular; aumentando gradualmente el número de entrevistas, en forma alternada, hasta lograr el punto de saturación de información, es decir, cuando esta comenzó a redundar en forma creciente.

La población consultada fue en total de 10 expertos, conformada por cuatro hombres y seis mujeres. Todos ellos con una edad aproximada entre cincuenta y ochenta años y con una experiencia clínica superior a los veinte años. Siete de los entrevistados fueron uruguayos, uno de nacionalidad chilena y dos de nacionalidad argentina.

Se destaca de la población en su totalidad su extensa formación en psicoanálisis. La mitad de ellos fueron psicoterapeutas que se adhieren a diversas líneas psicoterapéuticas y la otra mitad fueron psicoterapeutas del PCV.

Se tuvo en cuenta el carácter accesible y disponible de la población objetivo. Es de destacar la actitud abierta y generosa de los expertos entrevistados.

Las entrevistas se desarrollaron en un clima de calidez que vale subrayar, donde en algunos casos esta condición invitó a un intercambio mutuo, posterior a las entrevistas. En el transcurso de las entrevistas se conversó de películas de cine, artes plásticas, canciones, entre otros, que se asociaron a los temas desplegados. Se hizo alusión en algún caso, a pequeños detalles de mayor intimidad que se guardará con especial y delicado cuidado y que se recordará con verdadero aprecio. Los temas abordados tal vez, de alguna manera, facilitaron estos encuentros con los expertos.

A título de ejemplo se menciona que el equipo de investigadora y estudiantes fue recibido en un caso, con refrescos y galletitas. Un entrevistado comenzó sentado en un sillón y se fue deslizando hasta quedar reclinado en una especie de diván donde fue respondiendo y desde allí conversando, inspiradamente. Otra entrevista fue acompañada en su totalidad por el canto de los pájaros y otra, fue realizada sobre la cama de una habitación de hotel, donde se alojaba una de las expertas consultadas. Estas situaciones ilustran, en parte, lo grato y disfrutable que fue el trabajo de campo realizado.

Las entrevistas fueron organizadas en equipos de dos o tres personas, conformadas mayoritariamente por la investigadora y uno o dos estudiantes de grado, que cursaron durante el año 2014 el seminario propuesto por la investigadora con el tema de tesis.

Criterio general de inclusión y exclusión.



Se eligió la población, con un criterio de conveniencia, a los terapeutas calificados, de orientación psicoanalítica y se les hizo la convocatoria, quedando a su criterio la aceptación o no de su participación. Se tuvo en cuenta para la selección, la experiencia mayor a 20 años y el recorrido teórico desarrollado.

### 3) Análisis de los datos

Se utilizó el análisis de contenido a efectos de repensar estas categorías teóricas aportadas desde el psicoanálisis y el PCV. Se buscó realizar un trabajo de conceptualización a través de los aportes de los expertos que trabajan en sus abordajes terapéuticos con estas categorías. Es decir, partiendo de la teoría se observó cómo estos operan, en las prácticas clínicas.

Se considera al análisis de contenido como “Un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones, utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes” (Bardin, 1996, p. 29).

A continuación el mismo autor explicita “el propósito del análisis de contenido es la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción (o eventualmente de recepción), con ayuda de indicadores (cuantitativos o no)” (Bardin, 1996, p. 29).

La elaboración cualitativa, dice... “debe apoyarse en todo el trabajo inductivo previo, poniendo todo el esfuerzo reflexivo y crítico de aquellos que están comprometidos con el estudio, descubriendo lazos, causas e interpretándolas convenientemente.”

Al análisis cualitativo de contenido no le interesa encontrar frecuencias, sino que se enriquece de la elaboración teórica de los investigadores que se obtiene a partir de los conocimientos previos, así como también de los conocimientos aportados por la situación investigada. También se nutre de la técnica de entrecruzamiento de las operaciones que implica la recolección de datos brutos, orientando el universo de interés, la codificación, la categorización y la interpretación final. (Briones, 1988b; Valles, 2000).

#### 4) Consideraciones éticas

La participación en esta propuesta de investigación fue voluntaria por parte del sujeto, apoyándonos en el Principio de Autonomía del Sujeto (CM, 515/2008; cap.II ,art. 4, numeral a, p.9) quién estuvo en conocimiento previo en forma total de las condiciones y objetivos de la misma, a partir de un Consentimiento libre Informado, contemplando los términos que se señalan. Este pudo ser revocado por la sola voluntad del mismo en cualquier momento del desarrollo de la intervención (entrevistas) y/o del proceso de la investigación. En este contexto, se valoró la necesidad de la suspensión del procedimiento de la investigación en aquellos casos que pudiera ser necesario, a los efectos de responder al interés superior del sujeto, prevaleciendo la escucha de las situaciones planteadas. De esta forma se respetó el Principio de Beneficencia y no de Maleficencia, contemplado en el Decreto Ley Regulatorio, para la “Investigación con Seres Humanos” (CM 515/2008, Poder Ejecutivo, cap II, art.4, numeral b-c, p.9 ). Respecto al rigor de la investigación, si bien la misma se ajustó a un protocolo pre- establecido, fue flexible, admitiendo enmiendas si el curso de la investigación así lo requirió. Dichos cambios o aclaraciones junto con las justificaciones de los mismos, fueron debidamente documentadas en el protocolo. Se previó la realización de una entrevista guionada a terapeutas. Las entrevistas se realizaron en lugar a definir, en conjunto con los entrevistados, como ser: consultorio del terapeuta o Facultad de Psicología, entre otros. El criterio fue ofrecer condiciones que permitieran y posibiliten la expresión, en un clima de confianza y apertura. Se informó sobre la investigación e invitó a participar de la misma explicando que esta técnica habilita un espacio en el cual podría dar su opinión sobre los fenómenos indagados a través de su formación y experiencias como terapeuta, sobre el encuentro terapéutico.

Se explicitó que la participación en la investigación implicaría una instancia que tendría una duración de aproximadamente de una hora y media, cuyo día y horario se coordinaría con el encargado de la investigación. Pudiéndose realizar preguntas sobre dudas que hubieran quedado acerca de la investigación, a fin de profundizar la información sobre la misma y que su decisión de participación fuera más fundamentada.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente. Los documentos fueron guardados bajo llave por la Lic.maestranda, responsable de esta investigación, respetando la confidencialidad de del material recogido. Se explicitó que de considerar importante incluir en la tesis entrevistas o partes de ellas, revelando identidad del entrevistado, se solicitaría consentimiento expreso del mismo. Sin dicha autorización y firma de consentimiento, el mismo no se expondría en forma alguna.

## CAPITULO 4: Análisis de las entrevistas

Este capítulo se desarrolla en dos partes:

En la primera parte se analiza el discurso de las entrevistas en función de las unidades de análisis que se constituyen en base a tramos de contenido significativo. Estos contenidos se expresan en siete categorías configurando cuadros a modo de “unidades de registro”. A partir de ellos se desarrollará la categorización y subsiguiente análisis, relacionando su contenido entre sí y estableciendo inferencias. (Briones, 1988b).

Según Hernández (1994) las categorías serían los “cajones” o “estantes” donde se ordena y clasifica el contenido que se ha sido codificado previamente.

La diferenciación en categorías hace posible ordenar lo manifestado por los entrevistados en relación a las dimensiones encontradas, permitiendo una mejor visualización de cada aspecto así como también facilita el proceso de entrecruzamiento y comparación de información emergente y de los conceptos indagados.

Los códigos son las etiquetas que identifican las categorías, es decir, que describen un segmento del texto que corresponde a citas textuales de los entrevistados.

Dumka, Gonzales, Wood & Formoso (1998) plantean que resulta claro que gran parte de la tarea de categorización depende más del investigador que de factores ajenos a él. En esta tarea se pondría en juego la creatividad, la capacidad de síntesis e integración aunque esto implique al mismo tiempo algún grado de sesgo, lo que el analista sabe o intuye previamente del hecho estudiado.

La segunda parte consiste en el desarrollo del análisis, el mismo se apoya en las unidades de registro establecidas, que se sintetizan en los cuadros de la primera parte de este análisis.

### Las categorías se desprenden de:

a - las preguntas de investigación.

Las interrogantes planteadas son el resultado de lo expresado en la introducción de esta tesis

b - el marco teórico de este estudio.

En el marco teórico se han definido categorías que abarcan las conceptualizaciones o nociones propiamente dichas sobre vínculo terapéutico, transferencia, reedición de aspectos infantiles, la noción de ajenedad, de lo novedoso, de interferencia, intersubjetividad. Así como también los aspectos que componen el vínculo, la simetría-asimetría, abstinencia, neutralidad, implicación.

c - la búsqueda de antecedentes realizada.

A partir de aquí se construyó la categoría que abarca las conceptualizaciones sobre alianza terapéutica, de la que se obtuvo mayor cantidad de antecedentes en investigación.

d - los aspectos novedosos surgidos en las entrevistas con expertos.

De los aspectos surgidos en las entrevistas se toman las nociones de cambio y afectación del terapeuta. En algunas entrevistas estas aparecen como nociones distintas. También se identifican algunos elementos que algunos entrevistados encuentran significativos del vínculo terapéutico, se refieren a los distintos lenguajes puestos en juego entre terapeuta y paciente, que son importantes a la hora de pensar los abordajes terapéuticos. Por lo tanto intervienen en la operacionalización de dichos conceptos.

Categorías:

- 1 - Concepción de alianza terapéutica.
- 2 - Concepción de vínculo Terapéutico.
- 3 - Características del vínculo terapéutico
- 4 - Intersubjetividad .Transferencia/ interferencia.
- 5 - Reedición de aspectos infantiles/ Lo novedoso.
- 6 - El terapeuta como sujeto del vínculo.
- 7- Operacionalización de los conceptos indagados.

Las entrevistas con expertos son codificadas con números. Las entrevistas de psicoterapeutas con formación psicoanalítica de diversas líneas, son codificadas con números pares (2, 4, 6, 8, 10). Las entrevistas de psicoterapeutas con formación específica en psicoanálisis vincular son codificadas con números impares (1, 3, 5, 7, 9) y el fondo de las respuestas está coloreado.

### **Cuadros con Categorías**

Cuadro 1
CONCEPTO DE ALIANZA TERAPÉUTICA
<b>Entrevistas con Terapeutas Vinculares: 1, 3, 5, 7, 9</b>
<b>Entrevistas con Terapeutas No vinculares: 2, 4, 6, 8, 10</b>
E.1: "Sí, Freud habla en los consejos para los médicos que tiene que haber una expectativa confiada. (La alianza sería la expectativa confiada). Que depositen cierta confianza... Para no desgastar los términos te diría que lo que cura, lo que transforma, es la relación con el otro".
E.2: "Me parece que el vocablo "alianza terapéutica", por lo menos a mí, me genera una asociación con las alianzas políticas...Es decir, me parecen que no son de una vez y para siempre". "Me gusta más llamarlo, Winnicott lo llama así, colaboración inconsciente. Que hay momentos en donde se dan experiencias de mutualidad, de encuentro, de comunicación, de interjuego... importantes para los dos protagonistas de la cuestión que hace que ahí surja lo creativo, algo creativo co-construido".
E.3: "para armar un vínculo tenés que armar alianzas y en realidad nunca sabés lo que la alianza soporta porque ahí se juega esta cosa de la negatividad, que es difícil poder, porque es del orden de lo inconsciente".

E.4:

"A mí me parece que el vínculo transferencial es lo que diferencia todo eso... podemos llamarlo... yo que se... alianza, no sé, es lo inconsciente. Yo creo que el psicoanálisis tiene muchas variaciones o la terapia de corte psicoanalítica hay muchas variaciones pero hay algo que me parece que es el centro de todo esto y que es lo inconsciente. La transferencia tiene aspectos inconscientes que lo separa a mi forma de ver de la empatía, de la alianza. Aunque la alianza, tal vez en su momento tuvo tomada pero me parece que la alianza también tiene que ver con el encuadre. El encuadre implica que yo hago una alianza contigo en el cual nos vamos a ver o yo te voy a ver a vos y tales días, tales momentos y tales horas. Pero el encuadre también tiene aspectos negativos entonces yo hago una alianza de que además te voy a pagar tanto dinero o no te voy a pagar ..."

E.5:

"Bueno, no sé... Cómo lo llames no es muy importante para mí. Me parece que lo que yo te querría transmitir más bien es que son asuntos inespecíficos, difíciles de estudiar, de explicar, que más tienen que ver con una actitud, que es lo que realmente puede sanar a una persona. No importa llamarlo alianza o vínculo, lo importante es que hay algo inespecífico que tiene que ver con la actitud del t. que tiene que ver con estar involucrado con el paciente y que es lo que sana"

E.8:

Alianza terapéutica... a mí no me gusta mucho ese concepto, pero bueno... eso es otra cosa..."

"... Es un desarrollo de la escuela del Yo, que surge a partir de la pelea entre Klein y Anna Freud, ¿no?, y que se desarrolla después de la guerra, con mucha fuerza en los Estados Unidos, y a mí me parece un poco ingenua... también puedo entender lo que ellos quieren decir, porque, "¿quién hace la alianza terapéutica?" dicen ellos, "la hace el yo libre de conflictos", pero digo, mostrame un yo libre de conflictos!... no hay eso!". "La alianza terapéutica también está hecha desde y con lo inconsciente del paciente y del terapeuta, en ese sentido, si uno amplía, no es algo consciente, o no es sólo consciente, entonces me parece que simplifica eso..."

E.9:

"Serían los intersubjetivistas, la mayoría hablan de alianza y de empatía, cuando oís empatía ya puede ir para el lado de los intersubjetivistas, que tienen un trecho que es muy valioso, digamos..."

E.10:

"Hay aspectos inespecíficos yo creo que son teorizados de manera distinta en las distintas corrientes. Claro lo de la alianza me parece que trae algo de esa polaridad entre los aspectos más inconscientes y la conciencia. Una voluntad consciente también, ¿no? Eso se dejaba un poco de lado y se hacía mucho hincapié en el inconsciente pero en realidad están los aspectos conscientes, de motivación, de proyecto personal. Todos los aspectos conscientes y preconcientes en un tratamiento también. Y trabajar con el yo del paciente es muy importante también.

Cuadro 2
CONCEPTO DE VINCULO TERAPEUTICO
<b>Vinculares: 1, 3, 5, 7, 9</b>
<b>No vinculares: 2, 4, 6, 8, 10</b>
E.1: <p>"Yo siempre me pregunto en el vínculo terapéutico cómo lograr un diálogo lo más sincero posible..."</p> <p>"Pero el tema es cómo lograr un relacionamiento para que la persona con la que estás trabajando pueda acercarse a las cosas que dice afectivamente. Entonces ahí le digo esto, intervengo cuando puedo, o cuando tengo una ocurrencia fuerte. Antes no, antes intervenía cuando pensaba que debía".</p> <p>"Pero a mí me parece que el vínculo tiene que ver con lo que se hace no con lo que se es. Los vínculos se parecen a los puentes en las películas de Indiana Jones, cuando van pasando se van cayendo y llegan al otro lado. Vos ves que llegó al otro lado"</p> <p>"Te diría una cosa, si los vínculos transforman hay una parte que no tiene que ver con entender. Hay que empezar a poder decir que los tratamientos no se basan solamente en entendimiento. Uno dice, sí, lo que transforma es el vínculo, lo que cura es el vínculo, y hay una parte que no es entendible... Porque hay un mundo grandioso por fuera de las palabras. ( el vínculo , por fuera de las palabras)"</p>
E.2: <p>"pensando el vínculo desde eso, tenemos una realidad que se da en el encuentro de dos personas, que tiene cada una su historia de vida, cada una su contexto, sus conocimientos, sus intereses, su naturaleza...después todo lo que es común a los seres humanos también... Y ahí se da un encuentro muy particular, yo diría casi único en general".</p> <p>"A mí me parece que un factor importantísimo de lo que ocurre en el vínculo terapeuta - paciente tiene que ver con la capacidad del terapeuta o del analista de mantenerse fiel a sí mismo."</p>
E.3: <p>"el vínculo se soporta sobre la negatividad, esa negatividad tiene una cualidad, que guarda un elemento de radicalidad que si se hace presente destituye el vínculo. El vínculo terapeuta paciente, en tanto que vínculo también produce ese efecto de negatividad, por lo tanto, dice Kaes, hay cosas que entre paciente y terapeuta no se van hablar nunca"</p>



E.4:

"Hay muchos momentos en que el vínculo es fundamental, fundamental y la presencia del otro es lo que le va a permitir al paciente trabajar pero de repente hay un repliegue del paciente"

"...Creo que si no hay algo afectivo con un paciente nosotros no podemos tratar a un paciente."

"...Es un ir y venir, que podamos ponernos en el lugar del paciente pero tiene que haber algo afectivo".

E.5:

"Creo, por ejemplo, que lo que realmente lo involucra a uno como terapeuta con su paciente es algo que es terapéutico, pero que es muy difícil de explicar, de cuantificar. Me parece que estoy de acuerdo como que no son cosas como de hacerlo tan fantástico ni de dar la interpretación adecuada en el momento justo, sino que es que a través de pequeñas cosas el paciente se va dando cuenta que una realmente está muy involucrada con él. Tal vez eso sana, me parece".

"La posibilidad de que el terapeuta, por ejemplo, no se sienta como el dueño del saber, sino que sea como un par en el sentido de que es un miembro más del grupo de trabajo, que va a tratar de explicarse por qué le pasan esas cosas a esa persona que consulta".

E.6:

"Vínculo terapéutico es una relación de encuentro y desencuentro absolutamente, vínculo extraño, es un encuentro y un desencuentro que además provoca muchos equívocos. Todo encuentro no es un reencuentro (acá está la novedad) es un encuentro en donde hay un sujeto que demanda un nivel de clarificación de sí mismo y que usa al otro como una manera de testimoniar el sí mismo.

E.8:

"El vínculo está atravesado por el eje de la transferencia y la contratransferencia, y que es a partir de ahí que se genera un vínculo, uno no debe olvidar que está en función de la tarea, de la función, que es para lo que viene la persona".

"Es Importantísimo, si no hay una transferencia positiva de base no hay posibilidad de un tratamiento exitoso, yo pienso así.

E.9:

"Si uno pone Vínculo con mayúscula, es un concepto inherente a esta teoría vincular y hay que definirlo así con conocimiento de que hay un otro".

"La gran diferencia es incluir este otro sujeto en el vínculo terapéutico, y saber que si hablas como un sujeto no hablas como un sujeto-objeto de transferencia..."

E.10:

"Yo considero que el vínculo terapéutico es fundamental, es como un indicador imprescindible a tener en cuenta en la marcha de un tratamiento, desde el inicio del tratamiento y me parece que hay que considerar distintas dimensiones en éste vínculo. En el cual está, sin duda, la dimensión emocional... decimos bueno "me cayó bien" "me cayó mal".

Un enganche que los americanos hablan como de "MATCHING" y que bueno, la tradición psicoanalítica ha descrito desde distintas nociones. Como la noción de empatía, la noción de actitud psicoanalítica y cada una de estas nociones tiene una cantidad de implícitos también".

"Esta pista de lo emocional en el contacto y en el vínculo fue jerarquizada de una manera muy importante y se jerarquizó a través de lo que se reflexionó en relación con la contratransferencia del analista, del terapeuta. (Dimensión emocional del vínculo"

"Es decir, como la contratransferencia que era como la respuesta emocional del analista paso de ser con la influencia kleiniana de algo resistencial a un instrumento de captación de la vivencia emocional del paciente".

"Y ahora yo, en realidad pienso que el vínculo tiene como una base humana también, en el cual están los aspectos humanos del vínculo, de conocer otra persona, de ver su realidad"

Cuadro 3
CARACTERÍSTICAS DEL VINCULO TERAPEUTICO
Simetría – asimetría/ neutralidad/ abstinencia/ implicación.
<b>Vinculares: 1, 3, 5, 7, 9</b>
<b>No vinculares: 2, 4, 6, 8, 10</b>
E.1:
"Me parece que los tratamientos son entre dos personas. Que son asimétricos como todas las relaciones". "Que no son de igual a igual". "Fereczi tenía cosas la verdad que bastante lanzadas, uno piensa que lo lanzado es siempre lo actual. El loco les contaba sus sueños a los pacientes para ver que pensaban. "¿Usted qué piensa?". Inclusive llegaba a discutir quién le tenía que pagar a quien. Si, el otro entraba en un espacio de mutualidad"
E.2:
"No, no. No es simétrico primero porque no hay dos personas que sean iguales"
E.3:
"la neutralidad nunca, yo he trabajado siempre desde la implicación, entonces desde ahí, sí está la renuncia" (él habla de que más que asimetría y abstinencia él prefiere hablar que trabaja desde la IMPLICACION, y desde allí está la RENUNCIA)
E.4:
"Me parece que la asimetría es un punto importante porque donde haya simetría, capaz que una íntima amiga lo puede hacer mucho mejor que nosotros. Tiene que haber una asimetría, acá hay alguien que trae sus cosas y las únicas cosas que importan son las que traen esos pacientes. Entonces si yo te presto un libro si te traigo un libro. Me parece que la asimetría es lo mejor para el paciente".
E.6:
"Entonces el vínculo terapéutico adolece en una asimetría , es un vínculo absolutamente asimétrico porque el otro no le puede brindar nada de su información personal, entonces lo interesante es que es un encuentro desencontrado porque no se trata de encontrarse con otro sino que se trata de encontrar con el otro de sí mismo, que es distinto" "... entonces el vínculo terapéutico tiene esa cosa absolutamente asimétrica, no es una relación de encuentro sino que es un desencontro y provoca un equívoco"

E.8:

"poder mantener la asimetría del vínculo, la dis-simetría, lo que no supone valoración alguna pero sí supone no perder de vista que ahí hay un profesional que ha aceptado hacerse cargo de la escucha de la angustia del paciente, del conflicto del paciente, en eso consiste la asimetría de funciones..."

"... Entonces uno tiene que darse cuenta y saber que nunca se es neutral, y en realidad tampoco totalmente abstinentes, pero es una aspiración, un valor, un ideal, ¿y abstenerse de qué? Hay dos cosas que son clarísimas, yo creo que hay que abstenerse de dos cosas: de poner en juego la sexualidad con el paciente o la agresividad".

Cuadro 4

TRANSFERENCIA- INTERFERENCIA / INTERSUBJETIVIDAD

**Vinculares: 1, 3, 5, 7, 9**

**No vinculares: 2, 4, 6, 8, 10**

E.1:

"No, no. Ese es otro de los mitos que a mí, como ves... Decir que es contra transferencial es decir que depende todo del paciente. Creo que hay dos personas. El primero que habló de que hay dos personas en los tratamientos fue Ferenczi. Inmediatamente después de Freud, y le estableció ciertas críticas a Freud..."

"Entonces, no todo lo que me ocurre tiene que ser una respuesta de mi inconsciente hacia el inconsciente del otro".

"Lo que pasa entre las personas, una parte tiene que ver con eso (transferencia), otra parte, que me parece que hay mucha tela para investigar y descubrir. Lo que pasa que hay un modelo del que muchas veces si te apartas te sancionan y es un problema, si vos empezás a decir cosas que no contribuyen es un problemun.

¿Qué otras cosas pasan?..."

"Lo que pasa es que por eso se necesita investigar porque muchas veces nosotros, como universitarios, estamos formados pero no vemos que solamente vemos lo que te enseñan a ver, el resto no es visible".

E.2:

"No estoy discutiendo que en muchas ocasiones todos los sujetos proyectemos aspectos en el sentido más clásico del término, hasta kleniano te diría, eso sigue existiendo. Pero también existe esa "realidad" del analista que influye en el paciente y del paciente que influye en el analista".

"A ver si yo entiendo. Entonces si uno adoptara esa postura...Que todo o la mayoría de lo que el paciente plantea o vive o siente, son proyecciones que instala en el analista ¿no? Eso haría que lo que se tiende a llamar fríamente la "persona real" del analista no existiera, fuera solamente un depósito de proyecciones. No creo en esa versión. Creo que si bien hay proyecciones y si bien también creo en lo que Christopher Bolla llama "lo sabido no pensado", también le llama "la estética materna".

"No solo es lo que hacen sino lo que dejan de hacer que deberían, y dejan huecos digamos. Huecos metafóricos. Entonces, no creo en lo de ser un depósito de proyecciones. Creo más en la co-construcción que incluye idas atrás y vueltas adelante. Pero incluso un recuerdo nunca es una ida atrás, siempre esta permeado por un montón de circunstancias. No sé si les habrá pasado."

"... Entonces en la casa había un felpudo en la entrada. Un analizando entra y le comenta que cambiaron el felpudo y él le dice "no, usted está equivocado". Y era cierto, la mujer le había cambiado el felpudo y no le había consultado. Entonces él se vio obligado a mantener el encuadre y a trabajar con esa percepción del analizando como si fuera una proyección. Eso es la locura aplicada en realidad".

E.4:

"para nada. Para nada. Todo pasa aquí y ahora con el analista. Hay muchas veces que el paciente,...que uno tiene que poderse correr de lado, y ver que lo que le está pasando es con esa persona. Que lo que pasa es que la situación analítica, el campo analítico, la cita analítica, como le quieras llamar, en ese espacio lo que nosotros estamos haciendo es favoreciendo que el paciente pueda sacar cosas que de repente en otro momento, para eso tiene que haber un vínculo afectivo. Yo no creo en la neutralidad..."

"... Nosotros construimos con el paciente historias, el paciente construye historias que no son exactamente las que le pasaron, son cosas nuevas que él siente que se asemejan a eso y que le permiten poder enfrentar las dificultades de hoy."

"La transferencia no asegura que yo te voy a decir todo ni que vos vas a darte cuenta de todo, ni nada que se le parezca, no hay un todo. Siempre hay faltas en todo, siempre las cosas son un poco cambiantes pero me parece que tiene que ver con que algo se arma a nivel inconsciente que hace que en el espacio terapéutico, en el campo terapéutico se puedan decir cosas, y hablar de cosas que ni siquiera uno piensa que las puede decir, ¿no?"

E.5:

"No. La interferencia entonces, lo que diría Isidoro Berenstein,

- es que es lo nuevo, lo que surge de nuevo entre ese paciente y esa terapeuta.

A mí me parece que uno va construyendo cosas nuevas en todos los vínculos".

"Claro, de la presentación. Representación - presentación, eso es lo nuevo que nos trae el psicoanálisis vincular. Cómo centrarnos también un poco en esas cosas que no son "re", sino que son nuevas".

E.6:

"...claro que hay transferencia pero no es el motivo del encuentro. El motivo de encuentro no es una cuestión transferencial, el motivo de encuentro es otro. Es sacar fluido de ahí, es energía, ¿se entiende? Es producir algo"

"... El otro en realidad, la posición del analista es una posición de carnada, es una posición ahí media rara donde el otro se pegotea transferencialmente, se agarra para justificar su acto de reflexión. Y el otro que está ahí presenciando eso lo ayuda a pensar, nada más, de lo que tiene o no tiene, de lo que no tiene, de lo que no puede aportar pero la presencia ya dispara la potencialidad."

"... Porque yo creo que seguir trabajando solamente con el concepto de transferencia es ir a un asado con un cubierto que es un tenedor. Porque ni siquiera un cuchillo, no te sirve para nada".

"... la transferencia es un modelo vincular antiguo que se reproduce en el presente bajo con otra persona..."

"... para mí la transferencia es una escala. Vamos a entendernos. No soy un psicoanalista, yo fui psicoanalista durante miles de años y para mí todo era transferencia. Ahora entendí que no todo es transferencia que hay muchas más cosas, muchísimas más cosas. Están los problemas de la transversalización por ejemplo que es otro tema, que no es un tema con la transferencia, están las problemáticas de la implicación, que es un campo muy rico para trabajarlo además clínicamente y terapéuticamente"

E.8:

"Yo creo que todo pasa por la transferencia y la contratransferencia, todo acontece en transferencia, esto no quiere decir que yo interprete todo el tiempo la transferencia, de ninguna manera, porque es un marco que me ubica a mí frente al otro, no trabajo la transferencia y la contratransferencia tal como lo promueve Freud, o lo aconseja Freud, cuando son obstáculos, cuando se arma lío, cuando joroba si no, hablamos también como nos lo aconseja Freud me deslizo por la superficie psíquica, es decir me guío por, o acompaño al paciente en lo que habla, en resolver los nudos que trae..."

"porque el analista tiene que ser analista, tiene que poder con esas cosas, tiene que marcar el camino, poder deshacer los nudos, entonces él no lo dice pero yo creo que el analista está siempre implicado, y su deber porque aventaja al paciente en que ha pasado por una experiencia terapéutica y se ha puesto en contacto con su inconsciente, porque ha estudiado, porque ha supervisado..." "la transferencia no es un acontecimiento del consultorio, lo diferente que hacemos acá es cómo la manejamos" "es de los vínculos, todos, pasa que si uno anda por la vida analizando todas estas cosas es un loco, porque eso es una tarea cuando lo definimos como un trabajo conjunto que vamos a hacer con tal persona, tantas veces por semana, con tales honorarios, ahí sí, en ese encuadre sí interpretamos la transferencia, a veces, cuando es necesario".

"...- Los que uno no interpreta como transferenciales, esos discurren, sostienen el vínculo, esos por ejemplo, esa sensación de confianza que llega a tener un paciente con uno, o esa sensación de un lugar donde es escuchado, donde puede pensar sus cosas, en donde seguramente yo voy a saber ayudarlo, todo eso es parte de la transferencia positiva, yo no interpreto eso"

E.10:

"Bueno eso es un punto, eso es un punto que yo creo que... yo por lo menos he variado, he variado. Porque realmente en la visión, por ejemplo, en la primera visión de Baranger eran como...un poco, demasiado extensas esas nociones de transferencia y contratransferencia. Bueno un apartado, entonces, el asunto es cómo tomemos esas nociones porque la transferencia puede ser tomada como algo muy general, como la relación global con el analista, y esta la transferencia implícita, y la contratransferencia es lo mismo, puede ser algo puntual, resistencial, o puede ser el instrumento más general. O sea, que ahí entran muchas definiciones.

Ahora en el vínculo...

De todas maneras apuntan, yo creo, a algo de la dimensión inconsciente del vínculo, las dos nociones".

Y un tema que se ha discutido, bueno esto es lo último que les digo, un tema es lo que se llama la disclosure. Como confesar la contratransferencia. Que se ha discutido muchísimo en Estados Unidos que es confesar la contratransferencia. Confesar lo que a uno le pasa. "Como parte del tratamiento y eso es muy discutido por la corriente más intersubjetiva que algunos están a favor y otros dicen que no. Otros dicen que es como hacerlo pero como una opción técnica, no hacer porque a uno se le escapa y confesar lo que siente sino cuando se ve que es una opción técnica. Cuando se ve que eso va a tener un beneficio en el paciente".



E.9:

"No alcanza, sería aceptar que Transferencia - Contra Transferencia juega para la relación con el mundo interno y que el analista es lo que quiere el paciente que sea, con pequeñas modificaciones, es más objeto el sujeto que sujeto, y la posibilidad que agregamos es que el analista es también sujeto, no objeto, un otro que interfiere en el mundo interno del analizado y para eso creamos el concepto de Interferencia".

"La interferencia sería que el analista no le dice "yo entiendo, yo explico, yo soy"... o "reacciona así porque yo soy una repetición de su papá o su mamá o quien sea, sino é que yo hablo desde que me sugiere lo que me dijo", cosa que no es fácil de aceptar para un analizado, yo tuve una vez un paciente que me dijo "yo no vine para escuchar lo que usted piensa, yo vine para que me explique", ¿no? Que me parece bien digamos, se ve que yo molestaba, el analista-sujeto molesta, el analista -sujeto-objeto tú te molestas como imagen repetitiva de algún personaje en la historia del paciente que está investido de cualidades perturbadoras, a ver si se entiende (...)"

"Bueno, ese tipo de ejemplos fue lo que nos llevó a pensar "acá hay que hacer otra cosa" porque al pobre paciente le atribuis el temblor cuando el temblor es real. Melanie Klein cuando analizaba a \_\_ en la guerra, cuando en los bombardeos le analizando sus funciones destructivas y su miedo a la introyección de estos males, hay una cantidad de trabajos así..."

"Es decir, pasa que te obliga esto a modificar la técnica analítica".

"Bueno, para hacerlo concepto teórico empezó a ser una molestia, digamos cómo afecta, cómo es que no todo es mundo interno, y de la molestia se transforma en herramienta, muchas veces empieza por ser algo que no me pega, ¿no? y después lo pensáis y decís "bueno, pero ahí aprendí algo", lo que sí también vas a tener que definir qué es terapéutico, si es la cura, qué se entiende por terapéutico, qué te mejora, qué te cambia, ahí si va cambio, ¿no? qué te permite pensar nuevo, porque terapéutico muchas veces está asociado con cura de un síntoma, pero terapéutico no es curar puntualmente el síntoma sino abrir el aparato para pensar

Cuadro 5

REEDICIÓN DE ASPECTOS INFANTILES/ LO NOVEDOSO

**Vinculares: 1, 3, 5, 7, 9**

**No vinculares: 2, 4, 6, 8, 10**

E. 1:

"Está todo esto que me parece que la gente de vincular empieza a hablar, pero también tosiendo porque no se puede hablar... En donde, también cuesta elegir los términos. Concretamente, un término es el poder, pero no EL poder, sino que lo que pasa entre las personas y lo que marca las diferencias es una fuerza que algunos le pueden decir con relación al poder, otros como Berenstein o Janine le pueden decir de la ajenidad del otro. Y eso no tiene que ver con el mundo de las representaciones, no tiene que ver con la infancia" "lo que ocurre a nivel del vínculo terapéutico me parece que hay un lado que no es solamente capturado por la teoría de las representaciones y todo lo que trae Freud, sino que en mí empiezan a jugar autores no psicoanalíticos. Qué hacer, cómo aceptar, qué lugar darle a eso que no estaba antes, y esto es lo que intento decir con lo del poder. El poder no tiene que ver con algo que estaba antes sino que surge ahí en el vínculo, entre las personas. No es que todos los conflictos provengan de la infancia, no es que todo venga como la creencia de cuando yo terminé de estudiar psicología...En ese momento no sé si quería ser psicoanalista pero me interesaba la clínica..."

"Si, lo que pasa que es una doble teoría. La gente que trabaja transferencialmente te va a decir que una vez que te liberes de las imagos infantiles se empieza a escribir una relación más actual, entonces, por qué no ver con la óptica infantil". "yo creo que hay cosas que no son controlables. Cosas en el vínculo que no son controlables, y si son interpretadas después me parece que son de una hiper racionalidad. Hoy no sabría qué decirte. Si eso tuvo un efecto sobre los pacientes..."

"Claro, si eso produjo más cosas de las que son parte de lo que se crea en ese momento, no solamente que se están reeditando aspectos y transferencias sino que hay cosas nuevas de acuerdo a cosas que se produjeron en el vínculo entre el paciente y el terapeuta persona". "antes se pensaba que la tierra era chata. Pero, antes de descubrir el telescopio en occidente, las cartas de navegación de los vikingos describían muchas estrellas que en occidente se descubrieron a través del lente. O sea que podían ver cosas que uno con aparatos sofisticados no lo ve. Entonces, de qué manera dar cabida a cosas que uno no sabe, son novedosas"

E.2:

"En realidad son nuevas ediciones en todo caso. Las reediciones nunca son exactas. Siempre están, yo que sé, en los libros, las reediciones siempre están influidas por las nuevas tecnologías, la editorial nueva, por el nuevo traductor, por el nuevo ilustrador, por el nuevo lector. Entonces las reediciones siempre tienen algo de nuevas ediciones. Lo que pasa es que estoy borrando los límites...yo sé que es complicado esto...pero bueno es como pienso, que borro los límites pero a veces las palabras se imponen. No es lo mismo edición que reedición. Estoy diciendo que muchas veces se convierten en nuevas cuestiones en todo caso.

Que no correspondería llamarlas ni reedición ni edición, no sé, habría que inventar..."

E.3:

"no, no, porque a ver, todo lo que ocurre en una sesión ¿es significativo?, no, no todo lo que ocurre no es significativo, y que es significativo en la sesión, yo que sé, porque eso ahí te puedo decir que hace que yo pueda decir algo acerca de lo que viene un paciente diciendo, en ese momento, de eso y que no diga de otras cosas. Porque yo en ese momento entiendo que tengo que intervenir, yo para eso no puedo dar cuenta, intervengo. Cuando entiendo que tengo que intervenir porque me sale intervengo, pero si te tuviera que decir porque en ese momento, no te sabría decir, capaz que si lo analizo y me pongo a pensarlo, pero en ese momento yo no te puedo decir. Me parece que es un encuentro que tiene mucho de espontáneo, delo que allí sucede y lo que uno es capaz de hacer con lo que allí sucede, entre dos por lo menos".

"Lacan habla de lo que se llama intervenciones en lo real, ese es el fundamento de este tipo de acciones, hay momentos en que no es un tema de intervenir con la palabra, o sea la palabra interviene pero directamente en lo real, el tipo está infartando a ver, que vas a interpretar".

E.4 "¿El pensar que la terapia psicoanalítica es el volver al pasado? NO. Nosotros construimos con el paciente historias, que no son exactamente las que le pasaron, son cosas nuevas, que él siente que se asemejan a eso (pasado) y que le permiten enfrentar las dificultades".

E.5:

*(habla de que la inscripción de lo nuevo acontece)* "y eso es muy bueno para uno cuando ya va teniendo más edad, como darse la posibilidad de pensar que bueno... siempre está abierta la posibilidad de cambio".

"También está la interferencia entonces, lo que diría Isidoro, es que es lo nuevo, lo que surge de nuevo entre ese paciente y esa terapeuta. A mí me parece que uno va construyendo cosas nuevas en todos los vínculos."

E.6:

No todo es reedición de lo infantil "Y ahí es cuando vos trabajas con otra tecnología, tenés que hacer otras cosas. Yo por ejemplo trabajo con el cuaderno de bitácora, trabajo con fotografías para acelerar procesos, escuchame vos no tenés todo el tiempo... N: Esto te mueve a que vos tenés que ir cambiando de perspectiva en tu trabajo y además de ir incorporando otras concepciones, otras técnicas, otras tecnologías que han hecho que entonces la relación psicoterapéutica haya variado".

"... hay determinadas condiciones de existencia de sufrimiento que ameritan un tipo de trabajo muy particular, no es una cuestión de protocolo. Recuéstese y asocie, no hay protocolo hay toda una serie de cuestiones que son vitales que van más allá, por eso, digamos el vínculo, la parte de negatividad que decía Kaes. Hay una zona que tiene que ver con la gestualidad, con el abrazo, con el saludo. Inclusive con el hábitat.

Es muy importante". (habla de la forma de trabajar nueva, técnica nueva y no por protocolo)

E.7:

"Como si fuera al revés, porque no encontraba como un lugar y donde a veces por ahí las cosas que vos haces en tu consultorio o que suceden o acontecen, no las puedes decir en todas partes o sos mal vista. Digo hablando de la cocina del consultorio, no lo que uno dice que hizo y es mentiroso sino de verdad lo que te pasa"

E.8:

"Es más, pienso que si no hay inscripción de cosas nuevas, es un fracaso el tratamiento porque no logramos superar la repetición del pasado, y justamente, si nosotros interpretamos el pasado es para ponerlo en su lugar y que no joda más en el presente a través de los síntomas, las inhibiciones, es decir, poner el pasado en su lugar para que el presente esté también abierto a la dimensión futura con nuevas inscripciones. El psiquismo humano tiene esa ventaja frente al psiquismo animal, es un psiquismo abierto, que se estructura de afuera para adentro, lo fundamental acontece en los primeros años, pero el aparato psíquico no se cierra, y entonces la posibilidad de lo nuevo, es justamente el éxito terapéutico... yo comparto mucho el pensamiento de Silvia Bleichmar, que ella habla de la "neogénesis", Winnicott hablaba de la "experiencia correctora"... es decir, son cosas nuevas, que pueda suceder algo nuevo".

E.10:

"Yo creo que sí. Si el proceso funciona, si hay un enganche sí. Como que muchos aspectos son además "no interpretativos" en el vínculo y ahí me parece como una relación de ayuda hacia el otro que en el caso que se dé un enganche me parece que sí, que se generan, no solo que se repiten cosas sino que se generan cosas nuevas. Hasta cierto punto. Yo creo que si "

"...No es como antes que se pensaba en el cambio estructural si iba a cambiar, no. Y bueno en ese estudio (al que hacía referencia antes) de las cosas que se le pregunto también que era lo que se acordaban de los terapeutas y no se acordaban mucho de alguna interpretación, o de...sino se acordaban de actitudes, alguna actitud que...alguna cosa que le hacía gestos. Se acordaban más de eso, y ahí sí me parece que ahí si esta eso que tu decías de lo nuevo, de un vínculo nuevo. Yo creo que sí. Teóricamente es una discusión si la transferencia es una repetición, si es algo nuevo, si es algo más como transferencia implícita ahí, que se cambió algo de vivencias anteriores por algo distinto. Ahora, ¿cómo se da eso? Yo creo que es una mezcla de lenguaje, de aspectos más sub simbólicos también, no solo verbal y lo verbal también con algo afectivo, en fin lo verbal no es...

El lenguaje metafórico es muy importante también en el tratamiento..."

Cuadro 6
EL TERAPEUTA COMO SUJETO DEL VÍNCULO
<b>Vinculares: 1, 3, 5, 7, 9</b>
<b>No vinculares: 2, 4, 6, 8, 10</b>
E.1: Sí. No hay relación que no te afecte. ¿Cambio? Cambia, sí, cambia. Si trabajas con la locura es una de las posibilidades. Siempre me llamó la atención como los colegas si hay una colega que se quiebra o se enferma físicamente, siempre uno dice "a mí eso no me puede pasar". No sé de qué manera te afecta, sé que te va afectando. Seguramente haya un lado de organizar la locura propia también.
E.2: Que los pacientes afectan al terapeuta por supuesto. Como en cualquier otra relación. Pueden ser sustanciales, pueden ser de mediana entidad, pueden ser superficiales, sí, sí.
E.3: ah sí, sin duda que sí. Sí sin duda hay cosas que te impactan emocionalmente de modo masivo,... a ver a mí los pacientes me cambian, pero sí, categóricamente de acuerdo. la practica debería siempre poner en cuestionamiento a la teoría, porque es quien en última instancia dice si la teoría es válida o no.
E.4: ...yo creo que cambios muy importantes sí. Nos enseñan mucho, nos enseñan. Por eso Pontalis siempre que dice habla de dos pacientes. Pontalis... es un francés que trabajo con Laplanche en el diccionario pero tiene una cantidad de trabajos y que escribe maravillosamente bien y después habla de que bueno, no solamente él, uno mira para uno después de muchos años de trabajo sienten como lo han cambiado, como lo han enriquecido, tal vez como lo han hecho conocerse mejor. Nos enseñan mucho los pacientes.

E.5:

Yo creo que los dos cambian. No me cabe ninguna duda que uno va cambiando junto con su paciente. Uno se va complejizando, uno va mirando las cosas desde más puntos de vista. Me parece que sí. Mira, no es por nada que todos los libros que uno lee de grandes psicoanalistas, siempre dicen que les agradecen a sus pacientes. Creo que eso no es una cosa de educación nomás.

E.7:

cuando vos escuchas aprendes muchísimo y te curas con tus pacientes. De verdad pienso eso, que te ayudan a pensar muchísimas cosas propias por eso está la supervisión, lo que a uno le sucede en esto de lo que sentís, o sea, yo le doy como mucha importancia a eso de lo que a mí me pasa hasta por el cuerpo.

E.8:

Es afectado por el trabajo, yo creo que es afectado. Eso fue un tema de discusión en los 70', el terapeuta cambia, pero yo creo que los cambios del terapeuta no son como los cambios del paciente, porque a uno de repente lo cambia determinada experiencia, determinada imagen u ocurrencia del paciente, es un cambio parcial, me parece, el que puede suceder, muchas veces enriquecedor, otras veces no, son experiencias más penosas... ahora... los cambios en el paciente son estructurales

Cuadro 7
OPERACIONALIZACIÓN
<b>Vinculares: 1, 3, 5, 7, 9</b>
<b>No vinculares: 2, 4, 6, 8, 10</b>
E.3:
<p>"Intervengo cuando entiendo que debo intervenir, yo para eso no puedo dar cuenta. Cuando me sale, intervengo, no puedo dar cuenta de por qué, al menos en ese momento, tal vez si después lo analizo y me pongo a pensar.... Pero en ese momento no lo puedo decir. Me parece que es un encuentro que tiene mucho de espontáneo, de lo que allí sucede, y lo que uno es capaz de hacer con lo que ahí sucede, entre dos por lo menos".</p>
E.2:
<p>"No solo es lo que se hace sino en lo que se deja de hacer. Dejar huecos digamos. Huecos metafóricos, NO creo en eso de ser un depósito de proyecciones. Creo más en la co-construcción que incluye idas atrás y vueltas adelante. Pero incluso un recuerdo nunca es una ida atrás, siempre está permeado por un montón de circunstancias.</p> <p>Es muy complejo. Nos para en la cuerda floja de la incertidumbre permanentemente, pero no puedo dejar de pensar así".</p> <p>"Frente a imprevistos de la realidad yo actúo como una persona normal y corriente con alguien a quien respeto.</p> <p>Y veo según las circunstancias. Si es un niño, adolescente, si predominan tales características o tales otras. Desde dar un vaso de agua hasta comentar un ruido que se escucha, gemidos de un acto sexual por ej., o hacer de cuenta que no lo oíste, también podes hacerlo, depende de la circunstancia... Pero nunca abandono, parte de eso es ser genuino".</p>
E.4:
<p>"¿El pensar que la terapia psicoanalítica es el volver al pasado? NO. Nosotros construimos con el paciente historias, que no son exactamente las que le pasaron, son cosas nuevas, que él siente que se asemejan a eso (pasado) y que le permiten enfrentar las dificultades".</p> <p>"¿?- El terapeuta persona está allí claro, el asunto es darse cuenta, para eso uno se analizó y se re analizó y supervisó".</p> <p>"Sobre las cuestiones de la realidad yo creo que hay que hablarlas".</p> <p>"...pero es un trabajo delicado,... es artesanal... Porque por ej. no siempre que el paciente trae anécdotas es defensivo, recuerdo un paciente que contaba sueños continuamente y de su vida no se sabía nada..."</p>



E.5:

"Yo te diría que uno va construyendo con los elementos que tiene y con lo que se le ocurre en cada momento, o tomando cosas que se les ocurrieron a ese paciente. Ahora, cosas de afuera, de la realidad que pasen, e irrumpen así como un incendio. Bueno, también, pienso en lo que se te ocurra, cómo llevar a la práctica lo que a uno se le va ocurriendo, las herramientas que uno va encontrando que pudieran ser útiles para pensar algo".

"Creo que tiene que ver con lo que dice Kaes de ampliar el preconsciente, ¿no? Creo que ponerle palabras a las cosas es muy importante. En ese tipo de cosas, creo yo, que me gusta mucho el psicoanálisis. En el sentido de que creo que es el caso a caso, es actuar en la situación".

"Yo no podría generalizar eso. ¿Me entienden? No sabría, porque no sé lo que me va a pasar a mí ni lo que le va a pasar a mi paciente. Tal vez depende de con qué paciente estoy, qué edad tiene, si le tiene miedo a los temblores o no, si ese temblor a mí me afecta en forma especial".

"Creo que el caso a caso es lo central en lo psicoanalítico. Entonces las generalizaciones son muy complicadas. Yo no sabría decirte qué voy a hacer. Trataré de no volverme loca, probablemente, trato en general, no solamente cuando estoy en sesión, sino que en general".

E.6:

"Hoy en día los procesos terapéuticos son de frecuencia semanal o quincenal, y ahí es cuando hay que hacer otras cosas, por ej. con el cuaderno de bitácora o con fotos, para acelerar los procesos, pues no se tiene todo el tiempo. Además lo que ha cambiado es la subjetividad, no tiene nada que ver con la subjetividad de la época de Freud, siglo XIX".

"Esto te mueve a tener que cambiar de perspectiva en tu trabajo y tener que ir incorporando otras concepciones, otras técnicas y tecnologías que ha hecho que la relación terapéutica haya variado con respecto al psicoanálisis clásico. Hoy pensar la psicoterapia solamente en términos de transferencia es como ir a un asado con un tenedor solo. No te sirve para nada. Es importante el dispositivo sí, cuando se trabaja varias veces por semana, donde se produce un efecto de la transferencia de cono con las neurosis".

"Hay determinadas condiciones de existencia, de sufrimiento, por ej., que ameritan un tipo de trabajo muy particular, no es una cuestión de protocolo".

"El vínculo, la parte de negatividad que hablaba Kaes, hay una zona que tiene que ver con la gestualidad, con el abrazo, con el saludo inclusive con el hábitat".

"Hay conceptos que dan cuenta de estos otros trabajos que se hacen, el concepto de implicación, el de transversalidad, el de trasducción, son conceptos que dan cuenta de eso que está más allá de la transferencia digamos".

"El motivo del encuentro no es la transferencia, el motivo del encuentro es otro, es sacar fluido de ahí, es energía, es producir algo".

E.7:

"No hay un cliché, una receta. No siempre lo mismo es igual para todos. Y existen imprevistos que te llevan a tener que resolver la situación en el momento, según cada paciente y lo que esté ocurriendo en particular, de manera distinta y por el propio vínculo terapéutico que siempre es distinto. Hay que disponer de una plasticidad para ello, de distintas herramientas, y se van creando nuevas formas de vincularse también, siempre se está gestando algo".

"Cuando ocurren imprevistos (interferencia) uno hace lo que le sale, quizás sea el inconsciente de uno, siempre digo que el inconsciente es sabio".

"Y hay aspectos reales, como orientar a la joven paciente que vaya al ginecólogo por ej. No solo se trabaja con la cabeza y el cuerpo queda afuera. No es de "metida" que hago esa intervención, es para cuidarla, para mí eso también es un acto terapéutico. La integridad no es solo el inconsciente".

E.8:

"Los momentos que uno no interpreta como transferenciales, esos discurren, sostienen el vínculo, esos por ejemplo, esa sensación de confianza que llega a tener un paciente con uno, o esa sensación de un lugar donde es escuchado, donde puede pensar sus cosas, en donde seguramente yo voy a saber ayudarlo, todo eso es parte de la transferencia positiva, yo no interpreto eso",

"Importantísimo, si no hay una transferencia positiva de base no hay posibilidad de un tratamiento exitoso, yo pienso así".

E.9:

"Hay situaciones en que hay que hacer otras cosas... por ejemplo cuando la realidad se impone, imprevistamente, un temblor de tierra real, durante la sesión. NO todo se trata del mundo interno del paciente. Sino yo diría le atribuí el temblor al paciente cuando era real. ¿Qué pasa que yo no siento? ¿Se anestesió el terapeuta que no siente el terremoto?"

"Hay que dar tiempo para hablar de lo que está pasando, lo que no impide que luego también se puedan analizar otros aspectos".

"Sí me doy cuenta que omití eso, o me equivoqué en algo, a la sesión siguiente digo: me equivoqué".

"A veces uno no sabe lo que está pasando en ese momento afuera (explosiones, temblores) y ahí uno manifiesta que no sabe lo que está pasando, aceptar que no se sabe. Pero no, ensordecerse".

"Y el trabajo desde la perspectiva vincular incluye al terapeuta como sujeto, y saber que si hablas como sujeto, no hablas como sujeto-objeto de transferencia. Todo esto nos obliga a modificar la técnica analítica".

"Un dispositivo da para algo pero no da para todo y el otro da para algo pero tampoco da para todo, y es una desilusión porque uno dice bueno, agregó y ya tengo todo, pero NO es así".

E.10:

"Es muy importante el autoanálisis. Hay que mantener la distancia que permita una actitud de libertad en el paciente. Yo veo que a veces se le cuentan muchas cosas al paciente, otra cosa distinta es transmitir porque somos lo que somos, eso es inevitable, y se puede aprobar- desaprobar con gestos, palabras mínimas, juzgar, asentir, . Pero hay que tratar de mantener esa distancia de lo personal".

"Pero no todo es transferencial, no. Hay otros vínculos significativos de la vida del paciente que después secundariamente hay que entender cuáles son los problemas intra psíquicos que tiene, específicamente que le generan esos problemas".

"Yo antes le daba mucha importancia a lo formal, con el tiempo uno se flexibiliza".

"Pero se sabe hoy en día que el terapeuta participa mucho más aunque no lo quiera, y aunque estuviera silencioso igual participa con su silencio".

## Desarrollo del análisis

### 1 Conceptualizaciones sobre la díada Terapeuta - Paciente

#### 1.1 Distintas versiones de *alianza terapéutica*. (cuadro 1)

Aparecen distintas conceptualizaciones sobre alianza terapéutica, en los entrevistados, observándose el mismo fenómeno encontrado en las investigaciones sobre alianza terapéutica, que surgen en los antecedentes de este estudio. Pudo notarse también que casi todos los entrevistados no encuentran muy amigable este término o también hay quien entiende que no es verdaderamente importante cómo llamar al fenómeno de lo que ocurre entre terapeuta y paciente, señalando que lo importante sí, es que es algo inespecífico y de alta incidencia en el resultado del tratamiento. Algunos piensan que la alianza se refiere a los aspectos más conscientes, la voluntad consciente, la motivación, relacionada con la expectativa confiada en relación a la consulta, el proyecto personal y la empatía. Ent.1, 10.

En la ent 8, se plantea (objeta) que si se considera a la alianza como estos aspectos que surgen desde el yo del paciente, elementos que emanan de la consciencia, entonces no se está de acuerdo que sea posible ya que se entiende que no hay manera de que el yo actúe libre de conflictos, y que habiendo conflicto entonces participan aspectos inconscientes. Este entrevistado prefiere hablar de transferencia positiva, en lugar de alianza terapéutica, remarcando la cualidad de inconsciente de los contenidos del vínculo.

En la entrevista 3, aparece el término "alianzas"- en plural- y con esto se hace referencia a los acuerdos inconscientes que los miembros de la díada realizan para establecer y conservar dicho vínculo, es decir que lo relaciona con la noción de negatividad, que más adelante se explicará.

En la ent 2, se asocia el concepto de alianza terapéutica al de; alianzas políticas, generándole al entrevistado la idea de que estas alianzas serán de una vez y para siempre. Esta condición no le resulta adecuada para entender lo que ocurre en la díada, prefiriendo llamarlo de otra manera, subrayando su carácter de transitorio, como por ej. , experiencias de mutualidad, momentos de colaboración inconsciente, momentos co-construídos de importancia para ambos miembros, no especifica si son solamente de naturaleza inconsciente.

En la ent 4, el entrevistado pone énfasis en los aspectos inconscientes del vínculo, aunque da lugar a la existencia de algunos aspectos que son de origen consciente y que harían referencia a la alianza terapéutica, la cual abarcaría más que nada, el acuerdo de trabajo y el encuadre.

Waizmann & Roussos (2007) citando a Fleixas y Miró, señalan que “el concepto de alianza terapéutica surge durante los años treinta, dentro de la tradición psicoanalítica, y que en la actualidad este concepto ha traspasado las fronteras del marco del que emerge” (p. 144). Asimismo hacen referencia a que Freud en 1912, en su trabajo sobre la dinámica de la transferencia ya remarcaba lo valioso que significaba para el tratamiento la camaradería y el afecto entre el terapeuta y el paciente. Y que más tarde, en 1938 Freud habló de que el analista y el paciente debían unirse en contra de los síntomas del analizado, en un “pacto” que incluía, la libre exploración del paciente y la discreción y comprensión competente del terapeuta, en esta tarea. Estos aspectos podrían considerarse como precursores del concepto *alianza terapéutica*. (Waizmann & Roussos 2007)

## 1.2 Conceptualizaciones sobre vínculo terapéutico.

### ¿Alianza, vínculo o transferencia? (cuadro 2)

*“Porque hay un mundo grandioso por fuera de las palabras”- En.1-*

Es claro que prácticamente todos los terapeutas consultados consideran importante la incidencia que tiene el vínculo terapéutico en relación a la eficacia del tratamiento. Incluso en entrevista 1, se manifiesta que es el propio vínculo terapeuta - paciente lo que transforma, lo que cura y en entrevista 5, en el mismo cuadro, también se expresa este concepto. Solo un entrevistado manifestó que esto habría que preguntárselo al paciente. Sin embargo se encuentra en todos ellos, una cierta dificultad en poder definir o hacer una descripción de qué es, el vínculo terapéutico. Lo que surge ante la pregunta es una serie de connotaciones de cierta vaguedad sobre el V.T, que se expresa a través de verbalizaciones como: es algo inespecífico, difícil de cuantificar y explicar, que tiene que ver con lo que se “hace” con el otro y no solo con lo que se “es”, que no tiene que ver con el entendimiento, ni con las interpretaciones que da el terapeuta solamente sino que tendría una dimensión relevante por fuera de las palabras, donde parece ser importante : la “confianza”, lo “afectivo”, lo “humano” y “real” de lo que le pasa al paciente, lo “emocional”, la “actitud psicoanalítica”, “el abrazo”, “el gesto”, “el hábitat”, también aparece la noción de “desencuentro” que este tipo particular de vínculo, contendría en sí mismo, ent 6, “encuentro desencontrado”. En entrevistas 9 y 2 se hace alusión a un elemento particular del vínculo terapéutico que tiene que ver con considerar a ambos miembros de la díada con cualidad de sujetos/ personas. De esta forma se despega de la noción de que el vínculo está colonizado totalmente por la transferencia y surge así la noción de intersubjetividad, que se desplegará en relación a otro cuadro de este análisis. En cambio, en la entrevista 8, un entrevistado del grupo de

los Terapeutas con formación psicoanalítica en distintas líneas, se ajusta a la idea de que el vínculo sí está atravesado siempre por los fenómenos transferenciales y que la transferencia positiva es importante para que el tratamiento sea exitoso. Otros de este mismo grupo encuentran central la concepción desde la transferencia, sin embargo hacen hincapié en la existencia de otros aspectos del vínculo como lo son, “lo humano” del vínculo, “lo real”, lo “emocional”, “lo afectivo”, “lo empático”, entre otros, entrevistas 10 y 4).

Waizmann y Roussos (2007) señalan que fue “Zetzel, en 1956, quien inició la actual tendencia en el psicoanálisis a distinguir los aspectos “reales” de la relación entre el paciente y el terapeuta de los aspectos “transferenciales” de esa relación. Y así mismo plantean que fue él, quien nombra por primera vez el concepto de alianza terapéutica.

En cuanto a la diferencia entre alianza terapéutica y transferencia, los mismos Waizmann y Roussos (2007) analizan que la transferencia no tiene en cuenta la mutua influencia inconsciente entre paciente y terapeuta dentro del proceso terapéutico. Y que según lo plasmado en la investigaciones de Safrán y Murán (citado por Waizmann y Roussos, 2007, p. 145) “en la alianza terapéutica están contenidas tanto contribuciones del paciente como del terapeuta, con lo cual este concepto incluiría el concepto de transferencia”

Un aspecto peculiar que aparece este cuadro, es el que considera que en el vínculo terapéutico importa la “sinceridad” (ent.1) y la “autenticidad” (ent.2), la sinceridad referida al vínculo propiamente dicho y la autenticidad referida al terapeuta dentro del vínculo Terapéutico. Con respecto a la sinceridad, el entrevistado hace referencia a la autenticidad del vínculo, incluyendo en él, las “imperfecciones” del mismo, los aspectos que no se ajustan a lo esperado, como podrían ser los errores o lo que no se comprende o no se sabe -“los agujeros”-. Por otra parte, otro entrevistado hace alusión en la entrevista 3, al efecto de *negatividad* que se produce en el vínculo que tiene como cometido dejar oculto, negado, todo aquello que ponga en riesgo la continuidad de ese vínculo.

Es interesante lo que señalan Waizmann y Rosussos( 2007) en su investigación “Es Bordin, quien en1979 dividió la alianza terapéutica en tres componentes: tareas, vínculos y metas” (p. 144), desde la perspectiva de Bordín la relación entre terapeuta y paciente genera una alianza, formada por dos dimensiones: una relacional, que incluye al vínculo que se establece entre paciente y terapeuta, y otra técnica, constituida por las tareas y las metas de la psicoterapia. Para Bordín, estas dimensiones serían complementarias entre sí, de modo que la correcta combinación de ambas es lo que hace posible una buena alianza terapéutica.

Desde una perspectiva filosófica Gadamer aporta una noción que abre una brecha interesante, dentro del vínculo terapeuta - paciente. El autor encuentra que el trabajo psicoterapéutico posee una dimensión más relacionada con el arte. Por una parte porque entiende a esta tarea como un proceso de destrucción y reconstrucción constante que se da en ese espacio

intermedio, entre los distintos horizontes de la díada y que lleva a la creación de un nuevo modo de comprensión. (Gadamer 1960, p.367) De esta forma está implícito el componente de la creación. Por otra parte, dice Gadamer (1960)

“El arte tiene que ver con construir los puentes entre lo teórico, las generalidades y lo práctico que debe ajustarse a la situación siempre única de la persona que consulta, que no es un solo un “caso” donde aplicar la ley... es un arte que no produce “obras de arte”, sin embargo en este saber hacer sin obra, radica el inmenso valor humanístico propio del que hacer médico”. (p. 367)

Podría encontrarse un punto de encuentro entre la concepción de este autor y otras nociones halladas en las respuestas de los expertos entrevistados, cuando se indaga sobre el concepto de vínculo y sobre su operacionalización - esto último se analizará más adelante -. Con respecto al concepto de vínculo terapéutico analizado antes, se decía que aparecían una serie de referencias, acerca de este tópico, que eran expresadas con cierta dificultad, donde parecía que no alcanzaban las palabras para manifestar lo que ocurría en esa dimensión, donde no parecían ser suficiente los aportes teóricos, o teórico- técnicos, para dar una respuesta acabada, dejando entrever una zona inefable, donde el gesto, la actitud, el hábitat y la metáfora son parte importante. (Ents: 2,5,10 , cuadro 2 y Ents 2,3,4,5,7 del cuadro 6).

### 1.3 La diferencia entre el concepto de vínculo terapéutico y Vínculo Terapéutico -con mayúsculas-

En este apartado interesa definir las diferencias conceptuales entre los términos vínculo terapéutico y Vínculo Terapéutico.

Mientras que el mencionado en primer término encontramos que es utilizado para referirse en forma genérica a lo que ocurre en la díada terapeuta - paciente, pudiendo entenderse como sinónimo de los términos, relación terapéutica o alianza terapéutica; el mencionado en segundo término; Vínculo Terapéutico con mayúsculas, es un concepto inherente a la Teoría Vincular. Esto es explicitado por uno de los entrevistados que forman parte del PCV: "la gran diferencia es incluir a este otro sujeto, en el Vínculo Terapéutico, y saber que si hablás como un sujeto no hablás como un sujeto - objeto de transferencia..." (Ent. 9, cuadro 2)

Para la teoría vincular el Vínculo es entonces, una zona de encuentro donde la presencia de un otro se opone a la ausencia y a la representación ya que el otro se presenta como sujeto, con todo su cuerpo y psiquismo. (Berenstein 2008)

Matus y Rojas (2003) dicen que el analista “viene a la presencia” estableciéndose no como una pantalla en blanco plausible de reproducir las proyecciones del mundo interno del paciente, sus fantasías y personajes de su infancia. Solo estando presente es que se da la posibilidad de que la representación se haga efectiva y en ese acto todo psicoanálisis se vuelve vincular.

Al considerar al Terapeuta, sujeto del Vínculo, Berenstein (2001) remarca el carácter de la transferencia analítica como una estructura donde son dos o más, quienes se relacionan. Según esta perspectiva, existirían dos sujetos de deseo, paciente y analista, que se proponen recíprocamente, dos trabajos a realizar, en forma simultánea y sucesiva.

1-Un trabajo que implica el despliegue en el paciente, de sus experiencias infantiles, activándose las respuestas emocionales que ponen en juego las relaciones de objeto.

2- Y otro trabajo distinto que es el que se produce entre ambos sujetos en ese encuentro, en el cual se genera un tope del uno con el otro de la relación. La ajenidad del otro, no hace posible que sea remitido todo, a una experiencia infantil. De esta forma se inaugura, lo que llama Berenstein (2001) “un campo de novedad” como un nuevo estatuto. (p. 173)

## 2 Aspectos del vínculo

### 2.1 Simetría –asimetría / neutralidad / abstinencia/ implicación (cuadro 3)

*“La neutralidad es un invento” -Ent.1-*

Como se ha venido planteando en este trabajo, a lo largo de estas últimas décadas, los grandes investigadores de la psicoterapia han focalizado su interés en estudiar los factores inespecíficos de las psicoterapias, independientemente de su orientación. A través de estas investigaciones se encuentra al vínculo paciente - terapeuta como el factor responsable del cambio en psicoterapia. A partir de considerar al vínculo terapéutico como el factor fundamental en el proceso terapéutico, actualmente, la investigación en psicoterapia está poniendo el foco en la comprensión del despliegue del fenómeno vincular. Las investigaciones de proceso en psicoterapia, siguiendo a Krause (2005), buscan profundizar en cuáles son los aspectos del vínculo que inciden en el despliegue de un vínculo terapéutico más eficaz que optimice los resultados de la psicoterapia.

En relación a esto se invita entonces a los entrevistados a hablar sobre los aspectos que constituyen el vínculo terapéutico, algunos de estos aspectos son controvertidos y han sido cuestionados a lo largo del tiempo. Ante la pregunta, por ejemplo, si el vínculo, paciente - terapeuta, tiene características de simetría o asimetría, se encuentran respuestas muy homogéneas, considerándolo asimétrico en la mayoría de las entrevistas.

Surgen algunas apreciaciones singulares en torno a este aspecto. Algunos hacen hincapié en que el vínculo es asimétrico al igual que otros vínculos, “porque todas las relaciones lo son” (Ent.1, 2.) remarcando de esta forma que todas las personas son diferentes entre sí. Y otros remarcan el



carácter asimétrico debido a la diferencia en los roles (Ent. 8, 4, 6.). Es decir, sosteniendo que “las funciones son distintas”.

En una entrevista se encuentra que el término disimetría, puede ser una mejor alternativa para referirse a este concepto. Y se señala, en relación a la asimetría, que este no con lleva valoración alguna. La noción de asimetría sin connotación valorativa se halla en varias entrevistas. (Ent 8)

Partiendo de lo que plantea el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche, J Pontalis (1974) La neutralidad es una de las cualidades que definen la actitud del analista. Se especifica que el analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir el tratamiento en función de una idea preconcebida como ideal, absteniéndose de todo consejo. Ser neutral con respecto a las manifestaciones contratransferenciales, 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 otorgando a priori, importancia particular en base a prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones (p.267)

En las entrevistas realizadas la neutralidad es un concepto que aparece cuestionado en distintos momentos, con todos los psicoterapeutas consultados.

“la neutralidad es un invento” (Ent 1)

Freud, en su trabajo citado por Laplanche y Pontalis (1974) denuncia al : “ orgullo terapéutico” y al “orgullo educativo” considerando que “es contraindicado dar al paciente instrucciones tales como la de reunir sus recuerdos, pensar en un determinado período de su vida, ...el analista al igual que el cirujano , no debe tener más objetivo que ...llevar a buen término, tan hábilmente como le sea posible , su operación “ se considera a la neutralidad como una recomendación técnica. (Laplanche , p. 268)

Aparece el concepto de implicación en algunas entrevistas para intentar dejar constancia que se trabaja desde allí, alejándose de la idea de neutralidad analítica, que en este caso consideran que no es posible. (Ent. 3, 6.)

De la misma forma el concepto de abstinencia remite al principio por el cual el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas y por lo tanto el analista no debe satisfacerlas. Algunas concepciones más recientes psicoanalíticas ponen el acento no en la neutralidad del terapeuta sino en la abstinencia como concepto que abarca la “contención” de la actuación pero dejando entrever que paralelamente el deseo está presente en el terapeuta y que éste es necesario para el análisis (Schkolnik, Fanny, 1999).

“la neutralidad nunca, yo he trabajado siempre desde la implicación, entonces desde ahí, sí está la renuncia” (Ent 3.)

La noción de implicación puede utilizarse en el sentido que lo toma Lourau (2001), como condiciones que afectan por igual a analista y paciente, o como una cuestión referida al grado de involucramiento que puede alcanzar el analista en el vínculo terapéutico como efecto de su presencia y que lo compromete en su intervención.

La neutralidad si bien no es posible, ha de ser una aspiración, dice el entrevistado: “Entonces uno tiene que darse cuenta y saber que nunca se es neutral, y en realidad tampoco totalmente abstinerente, pero es una aspiración, un valor, un ideal” (Ent. 8).

Renik, (2002) cuestiona el concepto de neutralidad analítica como herramienta técnica. Plantea que otros autores como Greenberg, 1991; Hoffman, 1996; Renik, 1995; Singer, 1977; Stolorow, 1990, ya han discutido en reiteradas oportunidades que mantenerse neutral es imposible. Renik sostiene no solo que es imposible sino que dice que en caso que se pudiera buscar la neutralidad como un ideal técnico sería contraproducente.

Dice Renik (2002)

No creo que la neutralidad sea un ideal que el analista haya de perseguir, un ideal deseable aun cuando pudiésemos solamente aproximarnos a él, y dada la falibilidad humana, observamos lo que en realidad hacemos, y lo que verdaderamente funciona, nos percatamos que el concepto de neutralidad no describe fielmente la actitud de un clínico eficaz. De hecho la neutralidad representa una actitud que interfiere en un análisis productivo. Hay ocasiones en las que un analista puede y debe opinar acerca de cuál es la mejor forma de resolver el conflicto del paciente (...) y hay otras ocasiones, sin embargo, en las que un analista no debería hacer y menos comunicar, sus opiniones acerca del conflicto del paciente (...) ¿No sería más simple, claro y útil desde el punto de vista clínico que conceptuemos al analista como alguien que, en el mejor de los casos, no es neutral? (sin numerar)

Por otra parte Berenstein (2007) retoma lo planteado por Klauber (1968), cuando dice que el analista y el paciente no son solamente analista y paciente, destacando también su calidad de individuos. Individuos con una escala de valores propia, valores con un alto grado de inmodificables. Ya entonces desde fines de la década del sesenta este autor hablaba de que no solo se ponen en juego la transferencia y contratransferencia, en el trabajo analítico sino que se despliegan puntos de vista egosintónicos y claramente sustentados en la reflexión.

Klauber encuentra de esta forma que, una teoría de la técnica que no tenga en cuenta la indiscutible incidencia de los sistemas de valores tanto del paciente como del analista, en el escenario psicoterapéutico, “estará entonces pasando por alto también una realidad psíquica básica en toda relación analítica” (Citado por Berenstein, 2007, p. 83).

Se desprende de todo esto entonces, que la concepción propia del psicoterapeuta en relación a estos aspectos mencionados sobre la neutralidad analítica, así como los otros aspectos del vínculo terapéutico, configuran una forma de concebir también la teoría de la técnica en la psicoterapia psicoanalítica.

Si bien la mayoría de los terapeutas consultados adhieren a la noción de asimetría con respecto al vínculo con el paciente, Berenstein (2001) advierte que “la noción de asimetría en el encuadre analítico también propone una trampa que impide pensar la intersubjetividad” (p.182) y que tiene que ver con lo solipsista que se atraviesa en el propio criterio de asimetría. Esto mismo ocurre al darle un uso excesivo a la proyección en la relación con el paciente, remitiendo así, todo o casi todo al interior del mismo.

La teoría vincular, con el término *presencia*, le da cabida conceptual a estos elementos descriptos más arriba. Refiriéndose a los vínculos en general; Berenstein (2004) define a la *presencia* como una cualidad, como una forma de evidencia del otro, dentro del vínculo que tiene una incidencia recíproca, es decir que el otro incide en mí como sujeto y yo en el otro, “que le y me imponen una marca, me modifica y lo modifica” (Berenstein, 2004, p. 35) y por lo tanto a partir de este fenómeno de la *presencia*, es que lo imaginario de uno sobre el otro, fracasa.

Esta cualidad de *presencia* que tiene el vínculo, para uno de los creadores del Psicoanálisis Vincular, ¿es aplicable en toda su dimensión al vínculo terapéutico?

Berenstein habla claramente del efecto de presencia del terapeuta, en el vínculo terapéutico, como tope a la fantasía y a la proyección del paciente en la figura del analista. Pero ¿qué pasa con la incidencia recíproca? El autor dice que ambos se modifican e imponen una marca. Esta pregunta es trasladada a los psicoterapeutas expertos, en las entrevistas. Retomaremos este punto, en el análisis, más adelante.

Desde el marco de referencias de la filosofía, Gadamer (2001) plantea que una conciencia formada hermenéuticamente tiene que mostrarse receptiva desde el principio para la alteridad del texto. Pero esta receptividad no presupone ni neutralidad, ni tampoco autocancelación, sino que incluye la incorporación de las propias opiniones previas y prejuicios. De esta forma se encuentra con este filósofo nacido en el siglo XIX, un cuestionamiento a la neutralidad del vínculo terapéutico y una posición audaz, en su momento, con respecto a que el terapeuta mira, decodifica y comprende al paciente a través de su subjetividad y que no es posible deshacerse de ella sino que es necesario incorporarla, de alguna manera, en la forma de intervenir para ayudar a quien lo consulta. Posición que se encuentra en la misma línea de lo que unos años después plantea Klauber (1960) citado por Berenstein.

Gadamer(2001) también señala otro concepto relevante para esta discusión, que es el de *fusión de horizontes*, entre terapeuta y paciente, que de alguna forma podría articularse con el concepto del PCV que hace referencia a que el Vínculo se despliega en una zona “entre” los sujetos del mismo, que no coincide ni pertenece a ninguno de los miembros del Vínculo, “noción difícil” dice Berenstein (2007) “si se la aborda con un pensamiento donde se establece que el yo produce lo que lo rodea” (p.45)

Con respecto a la neutralidad del terapeuta como postura ética que consiste en no influir en el paciente en forma sugestiva ni aprovecharse para fines personales de los sentimientos propios del amor de transferencia; Berenstein (2001) propone otra ética desde la concepción vincular que deriva de la consideración por lo ajeno del otro, la que deshecha quererlo y aceptarlo solo por ser un semejante y propone al sujeto la tarea de incluirlo y aceptarlo (diferente de amarlo) en tanto otro, ajeno y por lo tanto no inscripto en el yo. (p.186)

### 3 Más allá de la transferencia La psicoterapia como proceso intersubjetivo (cuadro 4)

Observando como una y otra vez se vuelven a entrecruzar términos y conceptos debe recordarse que Echegoyen (1997) era quien especificaba que al lado de la transferencia siempre existiría algo que no es transferencia y para este autor, eso que está al lado pero por fuera de la transferencia era la alianza terapéutica.

Por otra parte si se parte de una concepción más clásica del psicoanálisis, el analista no puede ser sino objeto de proyección, la relación establecida entre paciente y analista no es una relación de dos, sino que es vivida en transferencia y contratransferencia.

La transferencia se entiende 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. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad (Laplanche, 2004 p.439)

En el pensamiento de Freud, dice Berenstein (2001), que no habría inscripción de algo nuevo que no hubiera estado antes, proveniente del pasado infantil, y lo encuentra esperable dado que el punto de partida del desarrollo psíquico es el estado de desamparo inicial y el posterior amparo, significación y marcas que la madre ofrece como sujeto protector, por eso piensa que fue esto lo que lo llevó a plantear casi naturalmente que la experiencia analítica sería la que hace posible elaborar o reelaborar esas experiencias que generaron la fijación y la represión (Freud, 1914) (p. 169)

El papel hegemónico que tiene la transferencia en el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica clásica y la interpretación o elaboración de la misma, como parte central del trabajo analítico, llevó a pensar en este tópico y a plantearlo en forma de pregunta a los expertos consultados, durante las entrevistas.

Para los expertos ¿el vínculo terapeuta paciente se desarrolla siempre dentro de las coordenadas transferenciales?

A través de las entrevistas con los terapeutas vinculares se encuentra en ellos una posición definida y en la cual se aprecia el uso de la terminología específica, propia de la teoría del PCV. Surgen los conceptos de “interferencia”, de “presentación”, de lo “novedoso”. Aquí es clara la respuesta, para los expertos vinculares entonces, los fenómenos que ocurren en un proceso terapéutico no son solo transferenciales y en este Vínculo, escrito con mayúsculas, el terapeuta también es sujeto, además de ser objeto de transferencia. Es decir que se considera que existe una relación, un vínculo entre ambas personas integrantes de la díada, donde se produce la interrelación entre ambas subjetividades.

Dice un entrevistado “Decir que es todo transferencial, es decir que todo depende del paciente y no, hay dos personas”. (Ent. 1)

Otro entrevistado dice: “No todo es transferencia, está la interferencia, lo nuevo que surge entre el terapeuta y el paciente” (Ent. 5) aludiendo a que no todo el trabajo terapéutico se basa en las representaciones pero que existe lo novedoso, que se genera allí y que son las *presentaciones*, sin el prefijo re.

“No alcanza pensar todo en términos de transferencia”, dice el entrevistado (Ent 9.) “sería como pensar que el analista es lo que el paciente quiere que sea y así el analista es más objeto que sujeto” Para el psicoanálisis vincular, el terapeuta es también sujeto, un otro que “interfiere” en el mundo del analizado, por eso se habla de interferencia.

Teniendo en cuenta lo planteado antes, esta perspectiva teórica pone en relieve la noción de intersubjetividad que entiende que en el vínculo terapéutico, además de producirse un proceso de proyección del mundo interno del paciente en el terapeuta, también se produce, lo inédito, que se crea a partir del propio Vínculo. Dice Berenstein (2001) “...la presentación de una situación que no tuvo lugar antes, la relación de dos alteridades, presencias que se instituyen como sujetos a partir del vínculo transferencial “(p.178)

En este sentido es importante remarcar lo planteado por Berenstein (2001) “Es cada vez más urgente preguntarse por la participación del analista en el proceso analítico“(p.181)

En el grupo de terapeutas psicoanalíticos de diversas líneas se encuentran distintas posiciones en cuanto al fenómeno de la transferencia, algunas de ellas se acercan más a perspectivas más clásicas dentro del psicoanálisis como se aprecia en lo planteado por el entrevistado 8, cuadro 4, en la misma el experto plantea que “ todo pasa por la transferencia y la contratransferencia”, Por otra parte otro entrevistado (Ent.10) señala que habrían distintas nociones de transferencia entendiéndola “como la relación global con el analista o como la transferencia implícita”, aunque luego se inclina más por la idea de que la transferencia en el vínculo apuntaría a algo de la dimensión inconsciente.

El entrevistado 2, (cuadro 4), se aparta de esta perspectiva más clásica y plantea que “si todas son proyecciones esto haría que la persona del analista no existiera y que fuera solo un depósito de proyecciones, subrayando que no cree en esta versión. Este terapeuta remarca que “también existe esa realidad del analista que influye en el paciente y la del paciente que influye en el analista”, esta postura se acerca a la perspectiva intersubjetiva.

Otro terapeuta consultado es enfático al señalar que seguir trabajando solamente con el concepto de transferencia, es insuficiente y hasta inútil y plantea que existen otros fenómenos como el problema de la transversalización y la implicación, que requieren de otras herramientas. “yo creo que seguir trabajando solamente con el concepto de transferencia es como ir a un asado con un cubierto solo y que es un tenedor, no sirve para nada” (Ent. 6)

El entrevistado 4 le da importancia a otros momentos dentro del proceso psicoterapéutico, que escapan al despliegue de los fenómenos transferenciales, o tal vez de la interpretación de los mismos, esto queda más claro a lo largo de la entrevista, en que se observa que el entrevistado encuentra que los fenómenos transferenciales atraviesan siempre el proceso, pero no siempre es necesario analizar, o interpretar dichos fenómenos El entrevistado expresa que todo pasa “aquí y ahora” con el analista y que “hay veces que uno tiene que correrse de lado y ver qué pasa con esa persona con la que además es necesario tener un vínculo “afectivo”. Así mismo señala que la transferencia no asegura nada, en relación a lo que implica el proceso terapéutico en toda su dimensión, donde también existen momentos de “conversación” o incluso de “anécdotas “

### 3.1 La repetición y lo novedoso. (Cuadro 5)

Enlazado al concepto de transferencia aparece el de reedición infantil, ambos son puestos en jaque por el concepto Vínculo, entendido desde la concepción del PCV. Así como se planteaba la interrogante, sobre si todo era atravesado por la transferencia en el vínculo terapéutico, aquí interesa indagar sobre si todo el discurso del paciente deriva de la reedición de aspectos de su infancia.

Refiriéndose a lo que trae el paciente en sesión, Freud (1916) dice, “sus sentimientos no provienen de la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que a él le ocurrió una vez, con anterioridad” (Freud, 1916. p.403)

Partiendo entonces de esta concepción psicoanalítica clásica con respecto a este tópico e invitando a los entrevistados a interrogarse sobre ello, los mismos despliegan respuestas desde distintas perspectivas. Los expertos vinculares expresan claramente que no todo es producido por la reedición infantil. (Ents. 1, 3, 5. cuadro 5. Ent.7, cuadro 6):

Ent.1- “La teoría de las representaciones no alcanza” “me empiezan a jugar autores no psicoanalíticos”. Se pregunta el entrevistado: “¿Qué hacer, cómo aceptar, qué

lugar darle a eso que no estaba antes que surge ahí, en el vínculo, entre las personas...?” “los conflictos no provienen solo de la infancia” “NO solo se están reeditando aspectos de la infancia y transferenciales, sino que hay cosas nuevas de acuerdo a cosas que se produjeron en el vínculo entre el paciente y el terapeuta persona”.

Ent. 3- “NO todo es reedición así como no todo es significativo en la sesión” “Es un encuentro que tiene mucho de espontaneo”.

Entr.-5 “La inscripción de lo nuevo acontece. Lo que surge de nuevo entre el terapeuta y el paciente”.

Ent 7 (cuadro 6) -”siempre se está gestando algo” “y el propio vinculo terapéutico siempre es distinto”.

Para Berenstein, la situación analítica es generadora de una escena de por sí, nueva, que nunca tuvo lugar antes, por más que pueda contener y en la que pueda desarrollarse, también, la fantasía inconsciente. (Berenstein 2001.P. 175).

Berenstein cita una frase de Bateson cuando este dice “la relación es lo primero” mostrando así que es la relación lo que determina lo que ocurre entre los sujetos relacionados. De esta forma puede entenderse que “el origen es la relación y la relación instituye un origen” (Berenstein 2001, p. 188).

Desde la teoría del PCV se hace necesario considerar, durante el proceso analítico, lo que es la producción de nuevas inscripciones. Desde esta perspectiva se entiende que si el analista únicamente le da cabida e interpreta el despliegue de lo infantil, estaría cometiendo un doble error, por un lado tomando como origen total lo que en realidad es parcial y por otro lado no dándole lugar a la emergencia de lo inaugural y que sería productor de nueva subjetividad. (Berenstein, 2001, p. 193).

Dentro del grupo de terapeutas consultados, con formación psicoanalítica de distintas líneas, en el cuadro 5, se observa diversas posiciones: 2, 8, 10:

Ent 10 - "si, se generan cosas nuevas, hasta cierto punto" hace alusión a estudios que se han hecho donde se les pregunta a los pacientes lo que recuerdan de su proceso terapéutico, hallándose que estos no recuerdan interpretaciones hechas por el terapeuta. "Lo que más se recuerda son actitudes, gestos, una mezcla de lenguaje, de aspectos sub-simbólicos, algo de lo afectivo, lo metafórico... "y "ahí creo que está eso de lo producido por el vínculo nuevo terapeuta - paciente."

En esta entrevista si bien se va estructurando una respuesta donde va apareciendo hacia el final una posición más clara en relación a los aspectos nuevos que se inscriben a partir del vínculo terapéutico, resulta importante la expresión que da casi a su comienzo: "Hasta cierto punto" encontrando que la respuesta pone en evidencia cierta reticencia en su consideración.

Ent- 8- "Pienso que si no hay inscripción de lo nuevo es un fracaso el tratamiento, porque no logramos superar la repetición del pasado y justamente si nosotros interpretamos el pasado es para dejarlo en su lugar y que no joda más en el presente a través de síntomas" "el psiquismo humano es abierto, se estructura de afuera hacia adentro"

El entrevistado ve posible y necesario la inscripción de lo nuevo durante un proceso terapéutico, sin embargo puede notarse que no relaciona la inscripción de lo nuevo con lo producido desde y con el vínculo terapeuta- paciente, lo cual también implica una diferencia con lo expuesto por los terapeutas vinculares.

Ent 2- "en realidad son nuevas ediciones en todo caso... las reediciones nunca son exactas están influidas por la nueva tecnología, nueva editorial, nuevo traductor y lector, entonces las reediciones siempre tiene algo de nuevas, ...no es lo mismo reedición que edición... En realidad muchas veces se convierten en nuevas cuestiones, no correspondería llamarlas ni reedición, ni edición, no sé... habría que inventar"

En esta respuesta es bien interesante lo que sucede. Se observa una construcción de la propia respuesta en la medida que la desarrolla. Se parte de una idea de nueva edición, haciendo un paralelismo con la edición y reedición de un libro, pero en la medida que iba respondiendo parecía no quedar conforme con lo que decía, llegando a la conclusión que habría que "inventar" un término que haga alusión a los fenómenos que ocurren en la sesión analítica, que no obedecen a la reedición de aspectos infantiles, que no son repetición, en los cuales hay saturación de elementos nuevos " nuevas cuestiones" y que por tanto no pueden ser nominados aún .

Este "no saber" cómo llamar a ciertos fenómenos, ha de ser un motor que nos impulse a investigar en clínica y a repensar los postulados teóricos.



Con respecto a estos últimos puntos del análisis, puede observarse que los expertos consultados con formación psicoanalítica de distintas líneas, poseen diversas nociones acerca del área indagada, encontrándose más claramente tres posiciones diferenciadas entre ellos;

- los que entienden la transferencia y la reedición de lo infantil, como fenómeno primordial a trabajar, pudiendo admitir la existencia de otros aspectos, dentro de lo humano, o afectivo al que le dan relativa trascendencia.

- otro que se acercaría a la perspectiva intersubjetiva. Que evidencia otros fenómenos, como material de trabajo dentro del proceso terapéutico, aunque no halla términos/conceptos, que puedan dar cuenta de ellos.

- otro, quien entiende que existen fenómenos por fuera de la transferencia y la repetición, que es necesario tomar en cuenta en las intervenciones terapéuticas de la actualidad. Intervenciones de estos tiempos que requieren de abordajes terapéuticos distintos a los que se practican para trabajar con los mencionados en primer término. Especifica que la transferencia y lo infantil era posible de ser trabajado en profundidad, con el dispositivo y encuadre psicoanalítico de otro tiempo en donde la mayor frecuencia de las sesiones lo favorecía y permitía.

Por otro lado, los terapeutas vinculares coinciden en que además de los aspectos transferenciales dentro de un proceso terapéutico, existen otros fenómenos, como por ejemplo todo lo desplegado a partir del vínculo real, paciente- terapeuta que a su vez produce :

- una fuerte marca de ajenidad

- la nueva situación de vínculo terapéutico, genera marcas, que instituyen un origen, que a su vez entran en relación con las viejas marcas que traen tanto terapeuta como paciente, produciéndose e imponiéndose un nuevo orden, en el que no es posible la pura repetición. (Berenstein 2001 p. 187)

- la transferencia pasa a ser entendida como el producto de la situación analítica, vincular y no del paciente únicamente, no dependiendo de una persona sola.

- lo nuevo obliga al sujeto a devenir otro. (Berenstein 2001 p.189)

#### 4 El terapeuta como sujeto del vínculo. (cuadro 6)

*Antes de mi tú no eras tú  
Antes de ti yo no era yo  
Antes de ser nosotros dos,  
no había ninguno de los dos*

*“ANTES” Jorge Drexler - citado en Ent 1-*

Para analizar este punto se plantea un cuestionamiento acerca de si el terapeuta como sujeto del Vínculo es afectado, o si cambia como persona. Así como en los tópicos anteriores, en este también se observan diferentes posiciones. Un entrevistado perteneciente a las configuraciones vinculares manifiesta algunas dudas ya que, si por cambio se entiende una ruptura, un cambio fuerte, en ese caso, en principio no estaría de acuerdo. Considera que sí hay afectación, El terapeuta consultado explicita que el vínculo con el paciente puede “aportar distintos puntos de vista, pueden traer problemas que no se habían pensado antes, o que pueden alterar al terapeuta” por ejemplo, pacientes con mucha hostilidad. (Ent 9).

Terapeutas consultados, de ambos grupos, tanto el grupo que adhiere al PCV, como psicoterapeutas psicoanalíticos de distintas líneas: (Ent.1, 2, 3, 4, 5, 7), entienden que efectivamente el vínculo terapéutico puede ser generador de cambio en el terapeuta -sujeto, expresando por ejemplo:

- “NO hay relación que no te afecte.....te cambia sí” ( Ent. 1)

-“Se aprende muchísimo y te curás con tus pacientes” (Ent. 7)

-“Yo creo que los dos cambian, no me cabe ninguna duda que uno va cambiando junto al paciente” (Ent. 5)

-“Yo creo que cambios muy importantes sí, nos enseñan mucho, uno mira atrás después de muchos años y se da cuenta y siente cuánto lo han cambiado, enriquecido” (Ent. 4)

-“Que los pacientes afectan al terapeuta por supuesto. Como en cualquier otra relación. Pueden ser cambios sustanciales, de mediana entidad o superficiales“(Ent. 2)

-“Sin duda que sí, porque pueden impactarte emocionalmente de modo masivo.... Sí, los pacientes me cambian, categóricamente que sí” (Ent. 3).

En estas citas textuales se encuentran expertos de ambos grupos. Sus respuestas se escuchan categóricas, firmes y en todos los casos son acompañadas de una carga emotiva.

Por otro lado se leen dos respuestas distintas, en entrevistas 8 y 10 del cuadro 6.

En la entrevista 8, el entrevistado plantea que el terapeuta puede ser afectado por el vínculo terapéutico y si bien puede haber cambios, “estos no son como los cambios del paciente, es un cambio parcial” “puede ser enriquecedor o no, ahora, los cambios en el paciente son estructurales” ( Ent 8),

Aquí se observa un punto de coincidencia con lo expresado en la entrevista 9, de un terapeuta vincular. Ambos entienden que los cambios del terapeuta no son de la misma entidad que los cambios del paciente, para estos expertos entonces, el terapeuta puede verse afectado sí, pero no habría cambios “estructurales” - llamados en un caso - o “cambios/rupturas” - llamado en otro caso -.

En la entrevista 10, se plantea una posición menos categórica, con matices con las anteriores ya que responde: “Sí, yo creo que hay un crecimiento personal, un procesamiento o reflexión de aspectos personales del terapeuta... pero es difícil ahí saber si los cambios son por los pacientes o por la vida misma”.

En esta repuesta se deja ver una cierta duda, es una expresión que plantea una reflexión que finalmente termina en una nueva pregunta. Con respecto a esto corresponde preguntarse ¿el trabajo del terapeuta no es parte de la vida misma?

Resumiendo, para varios entrevistados el terapeuta, a través del vínculo con el paciente es afectado, pudiéndose producir cambios en el terapeuta, modificaciones que podrían ser importantes como sujeto, como persona. Estas apreciaciones estarían en consonancia con lo desarrollado por la teoría vincular. Desde el momento que el vínculo terapéutico es considerado Vínculo Terapéutico y en ese Vínculo están plasmadas todas las conceptualizaciones previamente analizadas.

Si se parte del concepto de Vínculo Terapéutico, con mayúsculas se lo entenderá entonces como un contexto bidireccional de descubrimiento, en el cual ambos se construyen generándose modificaciones psíquicas en ambos, puesto que el encuentro con el otro es recíproco (Berenstein, 2007). Aunque el cambio del terapeuta no es el cometido del trabajo terapéutico, parece ser una condición sine qua non al propio concepto de Vínculo. Si se produce algo diferente o nuevo en ese espacio entre los sujetos del vínculo irremediablemente esto generaría algún tipo de nuevas marcas, en ambos.

Dice Berenstein (2001) “La situación analítica suele impregnar a ambos sujetos y genera un clima en el cual ambos yoes no serán los mismos antes, que después de producirse” (p.178).

Este aspecto resulta complejo y nos introduce en un campo de incertezas pero al mismo tiempo es de importancia seguir investigando en ello ya que tiene implicancias en diversos planos; ético, filosófico, así como cuestiones teórico técnicas dentro del psicoanálisis.

## 5 Desafíos de la Teoría de la Técnica. Operacionalización de los conceptos. (Cuadro 7)



Ilustración: Diego Montoya

*-“seguir pensando solo en términos de mundo interno, es la muerte del psicoanálisis” Ent. 9*

*-“la practica debería siempre poner en cuestionamiento a la teoría, porque es quien en última instancia dice si la teoría es válida o no.” Ent. 3-*

En este punto se reflexiona sobre cómo trabajar en la clínica psicoanalítica, teniendo en cuenta todas las nociones y conceptos que fueron vertidos, hasta ahora, en este trabajo.

Para esto, conversamos con los entrevistados para saber cómo ellos conciben y trabajan estos fenómenos que:

- van más allá de la transferencia.
- no provienen del universo infantil del paciente.
- desde la realidad irrumpen en la escena terapéutica sin previo aviso.
- aluden a aspectos propios del terapeuta como sujeto, a través del vínculo con el paciente, que no son posibles de neutralizar - todos ellos concuerdan que la neutralidad no es posible-
- pueden considerarse inéditos, que surgen del vínculo mismo entre el terapeuta y el paciente, que no responden a otros fenómenos puramente individuales de cada miembro de esta diada. Desde el PCV lo denominan “novedad”.

Los entrevistados hacen foco sobre distintos aspectos del tema propuesto. En referencia al trabajo de lo novedoso o de lo imprevisto que irrumpe en la escena, varios de los terapeutas manifiestan que no existen “recetas” o “clichés”, que no se puede generalizar, y que las

situaciones clínicas se resuelven caso a caso, remarcando el carácter artesanal de las mismas. (Ent. 3, 4, 5, 7):

Uno de ellos dice “Intervengo cuando entiendo que hay que intervenir, para eso no puedo dar cuenta. Cuando me sale intervengo, tal vez después si lo analizo me doy cuenta, pero en ese momento no lo puedo decir... es un encuentro que tiene mucho de espontáneo” (Ent 3)

Otro entrevistado plantea: “Uno va construyendo con los elementos que tiene y con lo que se le ocurre en cada momento, con las herramientas que uno va encontrando...” (Ent. 5)

Por otra parte, un entrevistado aclara, “No siempre lo mismo es igual para todos. Y hay imprevistos que te llevan a resolver la situación con cada paciente de manera particular y por el Vínculo con ese paciente que siempre es distinto, y se van creando nuevas formas de vincularse también “(Ent. 7)

Dice otro terapeuta consultado, “Construimos con el paciente, historias (...) son cosas nuevas que le permiten enfrentar las dificultades, es un trabajo artesanal. Que el paciente cuente anécdotas por ejemplo no siempre es algo defensivo” (Ent.4)

Estas respuestas apuntan a un trabajo que se va haciendo sobre la marcha, que tendría mucho de artesanal, creativo, espontáneo. Elementos que nuevamente nos remiten a Gadamer (1960) cuando expresa que este trabajo requiere “la construcción de un puente entre lo teórico, las generalidades y lo práctico que debe ajustarse a la situación siempre única de la persona que consulta, que no es un solo un “caso” donde aplicar la ley”. Así es que esta tarea adquiere para el autor la dimensión de arte al poner en juego una habilidad que va madurando con lentitud y que necesita de la propia experiencia.

Se observa cómo los entrevistados hacen referencia en sus respuestas a estos aspectos que parecen tener más que ver con la intuición y la inspiración, que no saben explicar ni anticipar, que no pasa por el entendimiento y muchas veces ni siquiera por la palabra.

Algunos terapeutas consultados manifiestan cómo han ido cambiando su forma de trabajar a lo largo del tiempo, sintiéndose ahora “más flexibles”, “menos formales” “más genuinos ”y “espontáneos” tarea en la que han ido integrando más factores humanos , sensibilidad para actuar como “una persona normal con alguien a quien respetan”.(Ent. 2) Un entrevistado, que tal vez se podría considerar en una línea más clásica dentro del psicoanálisis , correspondiente al grupo de terapeutas entrevistados ,de distintas líneas psicoanalíticas, hace hincapié en el factor afectivo, planteando abiertamente que él quiere a sus pacientes y que de lo contrario no podría trabajar con ellos. (Ent. 4)

Sobre las formas de intervenir aparece que “no solo se trabaja con la cabeza”, “ es necesario la plasticidad”(Ent. 7), que interviene cuando tiene “una ocurrencia fuerte” (Ent. 1), Cuando entiende “que debe intervenir” (Ent.3), Con lo que se le “va ocurriendo” (Ent. 5), existen “ situaciones donde hay que hacer otras cosas” y darse cuenta que “si el terapeuta habla como sujeto no habla como

sujeto-objeto de transferencia” y “todo esto nos obliga a modificar la técnica analítica” y agrega, “Porque un dispositivo da para algo pero no da para todo y el otro da para algo pero tampoco da para todo ” (Ent.9)

De lo planteado hasta aquí se entiende que muchos de los terapeutas entrevistados se ven a sí mismos trabajando diferente, al hacer una revisión retrospectiva de su trabajo como terapeutas. Se ven apelando menos a las formulaciones teóricas de referencia de manera rígida, encontrando que ha ganado terreno en su quehacer profesional, la actitud clínica, el factor o actitud humana, y el “arte” de conjugar la teoría con lo espontáneo y creativo de la práctica clínica. “Hay cosas que no son controlables”(Ent. 1, cuadro 5)

“Antes intervenía cuando pensaba que debía “(Ent.1, cuadro 2)

Ahora valorizan lo particular de cada caso o situación, más que lo general. Asimismo algunos remarcan la importancia del vínculo y otros del Vínculo (con mayúsculas), donde se jugaría una parte importante de la tarea. Aparece en distintos entrevistados, la alusión a las “anécdotas”, la “conversación”, lo “metafórico” “las películas de cine” como parte del material de trabajo analítico, o también como zonas, a veces no analizables o como momentos donde se gestan y/o mueven los entretelones de lo vincular.

También surge, particularmente en dos de los entrevistados -de distintos grupos- que es necesario “hacer otras cosas”, lo que implica renovar las herramientas teórico-técnicas. El entrevistado (6, cuadro 4) por un lado, habla de la importancia de variar de perspectivas, de incorporar “otras concepciones”, “otras técnicas”, “otras tecnologías” “que han hecho cambiar la relación terapéutica”. Remarca que existen situaciones clínicas que no se resuelven por protocolo y donde el lenguaje dentro del vínculo terapéutico va más allá del verbal siendo fundamental de pronto, “la gestualidad, el saludo, el abrazo, incluso el hábitat”. Este mismo entrevistado subraya que en las intervenciones actuales es más difícil trabajar con el encuadre psicoanalítico clásico en el que la frecuencia de los encuentros antes, era mucho mayor y esto hacía posible el trabajo de los fenómenos transferenciales. Puntualiza que en la actualidad resulta muy difícil este trabajo con una frecuencia semanal o quincenal de las sesiones, como ocurre en esta época.

El entrevistado 9, del grupo de terapeutas vinculares, por otro lado, también plantea que es necesario “hacer otras cosas” y por eso encuentra necesario re plantearse o modificar la técnica psicoanalítica.

Varios entrevistados en distintos momentos plantean la incomodidad de hablar de algunas cosas que salen de lo clásico u ortodoxo y la percepción de que sería mal visto por otros colegas.

“Está esto que me parece que la gente de Vincular empieza a hablar, pero tosiendo porque no se puede hablar, donde también cuesta elegir los términos, concretamente un término es el poder, Puget y Berenstein le llaman ajenidad del otro y eso no tiene que ver con el mundo de las representaciones ni con la infancia” (Ent.1, cuadro 4)... Hay mucha tela para investigar y descubrir, lo que pasa es que hay un modelo del que muchas veces si te apartás te sancionan y es un problema”(Ent.1 )

A veces “las cosas que hacés en tu consultorio o que suceden, no las podes decir en todas partes o sos mal vista... hablando de la cocina del consultorio” (Ent 7, cuadro 5)

“El analista sujeto molesta” (Ent. 9. cuadro 4).

Uno de los terapeutas entrevistados que podría considerarse más clásico, dentro del Psicoanálisis, plantea lo siguiente “El analista tiene que ser analista, tiene que poder con esas cosas, tiene que marcar el camino, poder deshacer los nudos...es su deber, porque aventaja al paciente pues ha pasado por una experiencia terapéutica, porque ha estudiado, ha supervisado...” (Ent. 8)

Resulta significativo algunos vocablos utilizados en esta última cita. La palabra “poder” y “deber” con respecto a la tarea del analista parecen mostrar una concepción de la tarea y del rol donde se hace más evidente lo plantado en las citas anteriores, justamente sobre el “poder” y lo “establecido”. Se citaba a otros terapeutas cuando manifestaban haberse ido moviendo, con el correr del tiempo, hacia un trabajo más espontáneo y creativo con mayor incorporación de lo humano o afectivo. Intervenciones que podrían no ser aceptadas por el colectivo psicoanalítico, llamado más clásico, y a pesar de expresarlo, no dejan de percibir la transgresión que ello podría implicar.

“pero se sabe que el terapeuta hoy en día participa mucho más aunque no quiera”

(Ent 10)

Esta expresión también deja al descubierto un punto de tensión sobre el deber, el querer y el poder.

Ante lo expuestos en los últimos párrafos sería válido retomar la pregunta que se hace Foucault, (1988) “¿Cómo y hasta dónde es posible pensar distinto?”

Y se vuelve a recordar lo planteado por el profesor David Maldavsky (2012) cuando alertaba que durante las entrevistas podía ocurrir que se respondiera desde el deber ser de terapeuta, manteniendo en reserva mucha información de lo que ocurre en la diada y por tal motivo había sugerido plantear preguntas disparadoras más abiertas que alentaran a la construcción de relatos y anécdotas y no solamente la exploración conceptual.

De lo expuesto lo que más se destaca es el conocimiento claro de que existen cuestiones dentro del quehacer terapéutico, entre el paciente y el terapeuta que se perciben como por fuera de lo aceptado y establecido por la comunidad psicoanalítica, pero que de todas formas ocurren y forman parte de la tarea y del vínculo terapéutico.

Esto incidió en la forma de llevar adelante las entrevistas e incluso se tuvo en cuenta a la hora de seleccionar a los terapeutas expertos, buscando fueran justamente, profesionales con extensa

formación teórico técnica y larga experiencia clínica. La accesibilidad y apertura ante la entrevista fue útil como indicador para pensar sobre la disposición a expresarse más libremente.



## CAPITULO 5: Discusión Final

*“Soy parte de todo lo que he encontrado;  
Pero la experiencia es un arco a través del cual  
Destella ese mundo inexplorado  
cuyo borde se esfuma, una y otra vez  
eternamente, cuando avanzo”*

*(Tennyson, Ulises, 1842)*

Ser parte de todo lo que se encuentra, como se expresa en el epígrafe de este capítulo, pone el foco nuevamente en el tema de la implicación. Ya sea desde el lugar de investigadora como desde el de psicóloga clínica. Así como se analizaba en el capítulo anterior, al plantear que la neutralidad del terapeuta es un imposible y que tan solo pretenderla como ideal técnico, como dice Renik (2002), si así fuera posible, sería un equívoco, y hasta contraproducente. Lo mismo ocurre desde el lugar de investigador.; no hay neutralidad posible. La implicación siempre está presente; en las adhesiones y en las no adhesiones, las referencias y no referencias, en las motivaciones y elecciones y en las investiduras libidinales que significa todo lo que elegimos, pensamos y decimos. Lo realmente necesario, para la ética de la investigación es, su análisis. (Lourau 2001) Desde el inicio de esta tesis fueron expuestos, los aspectos que formaron parte de las motivaciones, creencias previas y búsquedas teóricas que hicieron posible este trabajo. Como allí se planteaba, los elementos que trazaron el eje de coordenadas desde donde se emprendió el estudio del tema, así, de esta forma, se intentó reconocer la subjetividad presente en este proceso de investigación.

Teniendo en cuenta lo analizado hasta ahora sobre las nociones que los terapeutas consultados tienen acerca de lo que ocurre en la díada paciente - terapeuta, y las implicancias teóricas que estas nociones conllevan, se puntualizan algunos elementos de lo hallado:

a - Se encuentran diversas nociones de alianza y vínculo terapéutico -con minúscula- a las que se hace referencia en las entrevistas y en las investigaciones que han sido antecedentes de este estudio. En ellas los términos se usan indistintamente, se encuentran denominaciones distintas, con implicancias teórico técnicas también diversas, sin discriminarse claramente.

b - Aparecen psicoterapeutas que entienden el vínculo atravesado siempre por la transferencia y contratransferencia, como reflejo del mundo interno y no conciben dicho vínculo terapéutico como un proceso entre dos sujetos, muestran así, un desencuentro con las perspectivas intersubjetivas.

c - Se aprecian importantes concepciones que entienden al Vínculo Terapéutico, como un proceso intersubjetivo, sean o no psicoterapeutas pertenecientes a las configuraciones vinculares, le llamen así, o no sepan cómo denominarlos.

d - Lo expresado por uno de los expertos diferenciando el término vínculo -con minúscula- de Vínculo -con mayúscula-, haciendo referencia a que este último contiene todas la connotaciones teóricas propias del PCV, puede considerarse un hallazgo.

e - Surgen desarrollos teórico- conceptuales que se desprenden de las concepciones intersubjetivas, correspondientes particularmente al PCV, en los cuales aparecen identificados distintos fenómenos que dan cuenta de los aspectos indagados en este estudio.

El desarrollo del trabajo de campo de esta tesis y el análisis posterior hizo posible conocer las concepciones sobre VT de los expertos consultados y acercarse a cómo son aplicados estos conceptos en su trabajo clínico. La propuesta fue hacer dialogar, dentro de la escritura de la tesis, a los autores de la bibliografía consultada, con las distintas concepciones y experiencias de los entrevistados, desde donde surgen aportes muy diversos.

Valiéndose de esta diversidad que promueve una mirada enriquecedora, se considera imperioso hallar conceptualizaciones nuevas ya que esto puede significar también, el surgimiento de nuevas líneas en los modos de intervención ante las consultas que nos interpelan hoy en día.

Resultan muy importantes las concepciones que los terapeutas consultados han adquirido a través de la experiencia, al captar la existencia de fenómenos que trascienden a los transferenciales. En sus percepciones de lo que allí acontece, está el efecto que el terapeuta como sujeto del vínculo, tiene sobre el paciente y el del paciente sobre el terapeuta. Donde los aspectos de la realidad que los acoge a ambos, lo imprevisible de los mismos, también forman parte del vínculo y del proceso que los convoca.

Con respecto a esto expresa Ventrici

Del intercambio proyectivo referido exclusivamente al interior del análisis se abren otras opciones al hacer intervenir especialmente las contingencias que exceden el encuadre marcado por el analista y echan luz sobre las variables que condicionan tanto a paciente como al analista. Estas variables mudas, enmudecidas, se ponen de relieve como inconsistencia y son los ineludibles efectos de la implicación necesaria del analista como persona. (Citado por Kasitzky G, 2010. p. 30)

A partir de lo desplegado en las entrevistas, se puede considerar al encuentro entre terapeuta y paciente, también como un fenómeno intersubjetivo, donde como se ha analizado, la neutralidad no es posible y se presentan otros fenómenos que surgen de este encuentro y que no corresponden únicamente a la transferencia- contratransferencia, ni a la reedición infantil del paciente. Este descentramiento del mundo interno del sujeto hacia el mundo vincular, implica una

ruptura epistemológica con un profundo efecto en el ejercicio clínico, así como también en la forma de entender la situación problemática del sujeto.

Algunos de los terapeutas consultados manifiestan que a través del tiempo ha crecido y multiplicado su incertidumbre en relación a los postulados teórico técnicos aprendidos, y sin embargo a algunos de ellos no parece preocuparles. A lo largo de las entrevistas 1,2, 3, 5 , 6 surge de distintas formas la idea de que hay ciertos tópicos de la teoría o la técnica que ya no se ajustan a la realidad del trabajo psicoanalítico, que no alcanzan o que son obsoletos. La referencia a la falta de preocupación en algunos entrevistados, tiene que ver con encontrarlos en una actitud abierta y dispuesta a cuestionarse y replantearse estos asuntos. Sin embargo otros observan el punto de tensión entre lo que se hace con lo “debido” para el colectivo psicoanalítico. Otros de los entrevistados aparecen con mayores resistencias, y más arraigados a lo que sería una teoría psicoanalítica más clásica, sobre todo en lo que respecta a la figura del terapeuta como sujeto, dentro del vínculo terapéutico. Estas “resistencias” se intensifican al considerar la posibilidad de ser modificado como persona a través de ese vínculo con sus pacientes a partir del trabajo terapéutico. Ent. 8,9, 10.

Pero como se puntualizaba al inicio de este capítulo, las distintas concepciones o experiencias vivenciales acerca del vínculo terapéutico van más allá de la formación específica de los terapeutas consultados. Es decir, que algunos psicoterapeutas que no pertenecen al grupo de PCV, también poseen una concepción intersubjetiva del vínculo terapéutico y asimismo entienden que el trabajo terapéutico no se sostiene únicamente con el análisis de la transferencia, admitiendo que existen también otros fenómenos, aunque los mismos no puedan ser identificados con un nombre propio y tampoco pueda explicitarse claramente qué se hace con ello.

Entre los aspectos indagados y sobre lo que los entrevistados parecen confluir, más allá de las fronteras teórico-técnicas que los distancian, tiene que ver con el contenido de lo que surge en la sesión analítica y que involucra al vínculo terapéutico también. El punto es, si el material analítico siempre surge de la historia infantil del paciente y reeditada en la actualidad, con la figura del terapeuta. La idea de que los contenidos provienen de distintas dimensiones de la realidad, parece predominar en los expertos consultados. Se refieren a ello de distintas formas pero entienden que no todo proviene del pasado del sujeto. En alguna de las apreciaciones, expresada en las entrevistas, Lo nuevo es lo observado a través de los cambios del paciente, pero la idea predominante y que genera en sí misma algo novedoso es la percepción de los terapeutas de que el propio vínculo terapéutico puede generar nuevas marcas y por tanto son generadoras de subjetividad.

Bion expresa de una manera luminosa el lugar de lo nuevo:

Deseche su memoria; deseche el tiempo futuro de su deseo; olvídense de ambos, de lo que sabía y de lo que quiere, para dejarespacio a una idea nueva. Es posible que un pensamiento, unaidea no convocada, flote ahora en el ambiente del consultorio enbusca de un hogar. Entre estas ideas puede haber una suya, queparezca brotar de su intimidad, o una que no provenga de suinterior sino de afuera, es decir, del presente. (citado enCasement , 1990, solapa del libro)

Sin embargo Freud (1916) no concebía la inscripción de lo nuevo, que no hubiera estado antes desde la infancia, decía: “Más bien conjeturamos que toda esta proclividad del afecto viene de otra parte, estaba ya preparado en la enferma y con oportunidad del tratamiento se transfirió sobre la persona del médico“. (p. 402)

Por esto planteó Freud (1914) “sus sentimientos no provienen de la situación presente (...) sino que repiten lo que a él le ocurrió una vez, con anterioridad” (p. 403)

Asimismo Baranger y Baranger (1961/62), cincuenta años después, planteaban:

Todos pensamos que la situación analítica es repetitiva. El uso, favorecido por la regla fundamental, de la identificación proyectiva de parte del analizando, le permite la reactualización de patrones de reacción que provienen de situaciones no superadas de su pasado, cristalizadas en forma de esquemas de vivencia y conducta estereotipados.

Por otra parte en lo planteado por los psicoanalistas entrevistados se presenta una versión distinta a los dos últimos citados, independientemente de la formación de los mismos. Existieron matices entre ellos y se observan algunas resistencias para apartarse de los modelos más clásicos, pero admiten de todas formas que existen otros fenómenos, que lo nuevo se presenta, y que algunas veces ocurre a partir de lo generado en el propio vínculo terapéutico, en conclusión, no todo es repetición -entre otros tópicos-.

Para la perspectiva vincular la misma presencia del terapeuta imprime novedad, donde no lo había, dice Berenstein (2008) “no desestructura lo existente sino suplementa al conjunto representacional con una presentación que luego instituirá otra representación, añadiéndole complejidad” (p. 65)

Esta breve reseña de planteos diversos, incluso a veces contradictorias, pone en evidencia la necesidad de revisar concepciones.

Así como se planteaba en la introducción de esta tesis, nuevamente se citan las palabras de Muniz (2009)

“El campo de acción se ha vuelto desconocido, sin avales teóricos ni líneas instituidas para operar. Entonces no hay otra. Hay que constituirse en el lugar de la acción y construirse a la vez que lo demandante “. La autora se interroga sobre las herramientas con las que contamos sobre todo las que implican la escucha del mundo interno del paciente y el que según Martha L´Hoste

sufre por “la desmesura entre lo que se le demanda y lo estrecho de su instrumento para hacer algo” (Citado por Muniz 2009)

Este planteo de L´Hoste se asemeja al expresado en la entrevista 6, cuadro 4: “Porque yo creo que seguir trabajando solamente con el concepto de transferencia es ir a un asado con un cubierto solo ,que es un tenedor. Porque ni siquiera es un cuchillo, no te sirve para nada... la transferencia es un modelo vincular antiguo...”

Los planteos de varios entrevistados conducen a pensar que es necesario caminar en esa zona incierta en la que los postulados teórico técnicos aprendidos ya no alcanzan, lo que desafía a repensar las herramientas de trabajo, es imprescindible transitar otras formas de entender lo humano ya que lo humano cambia y se hace cada vez más complejo.

En esta misma línea se vuelve a citar a Muniz (2009) cuando dice:

Estamos en un contexto en el cual la subjetividad se arma en múltiples plataformas, simultáneas y móviles. Las condiciones de producción subjetivante no saben de teorías, las teorías se producen cuando las condiciones lo exigen. Estos movimientos hacen que los conceptos que usamos para denominar y demarcar nuestra práctica como terapeutas se muevan también, se destituyan y se inventen otros. Poco habrá para reciclar, aunque sea atractivo redefinir cosas para no sentir que perdemos certezas, pero entramos en el campo de las incertezas. (p. 17)

Estas ideas se conectan con las nociones de Kuhn (1971) sobre cómo se conforma un paradigma y en qué condiciones y de qué manera evoluciona el conocimiento. Plantea que los campos disciplinares progresan a través de ciclos donde luego de un período en el cual un paradigma fue aceptado por la comunidad científica y profundizado - tiempo en el que se ejercita la tarea de resolver problemas nuevos con ayuda de instrumentos tradicionales-; muchas veces la evolución no se produce por medio de la acumulación de conocimientos individuales. Resultan necesario entonces que se produzca un proceso de ruptura con lo anterior, lo que puede generar crisis, rechazo, resistencias, encontrando que a causa de dichas resistencias, se trata de adecuar forzosamente, la teoría a la práctica.

En la Ent. 1 se reflexiona sobre la dificultad para ver y operar distinto a lo que se aprendió “no nos percatamos que solamente vemos lo que te enseñan a ver, el resto no es visible”, punto que conduce al tema de la formación como terapeutas.

Además de estar presente lo citado antes a partir de las nociones desarrolladas por Kuhn, asimismo puede observarse desde la perspectiva de Bachelard (1981), la dificultad que se presenta,- manifestada por el entrevistado-, para aceptar el conocimiento nuevo, generándose una traba a la que Bachelard se refiere con la denominación de obstáculo epistemológico. Dificultad que se constituye por resistencias, según el autor, de orden psicológico.

Con respecto a esto en la ent.1 el experto expresa “es un problema en la transmisión el tema de la formación porque está basada, a mi gusto en una noción de verdad que es verdad en tanto se pueda repetir; y las cosas que pasan en el vínculo no se pueden repetir”

De esta forma y desde una perspectiva vincular la intervención debe incluir el espacio intermedio que se produce entre los sujetos del vínculo, que no pertenece a ninguno y que es constituido desde el no saber.

Teniendo en cuenta todo lo planteado, esta incerteza mencionada, crece, al considerar según los expertos consultados y los autores citados, que las teorías y técnicas necesitan revisarse y reconstruirse a cada paso y en cada caso. La percepción del terapeuta o autor entonces es que a medida que se camina o trabaja, se ensancha y profundiza la zona del no saber, desde donde se comprende y se opera. Y esta dificultad se repite también al pensar en la formación del terapeuta; ¿cómo transmitir el conocimiento, sobre la teoría de la técnica? Cómo aprender las herramientas de intervención, cuando las intervenciones necesariamente atraviesan el vínculo, y en ese marco poco es controlable y repetible?

Asimismo, a través del análisis de las entrevistas, resulta significativa la fuerte presencia de respuestas que hacen alusión al carácter inefable de las intervenciones, en el marco del vínculo terapeuta- paciente. Lo que ocurre en ese espacio entre ambos, parece transcurrir por carriles que se apoyan en elementos metafóricos, sobre el eje de lo creativo, lo sensitivo, intuitivo y humano, pero que no es posible definir o conceptualizar a priori y en general, por tanto no está prescripto ni previsto en el Psicoanálisis. Esto vuelve a remitir a lo planteado por Gadamer, cuando entiende al quehacer terapéutico con un componente ligado al arte que se produce en ese horizonte o escenario nuevo, generado a partir de los horizontes de ambas partes de la diada terapéutica, donde no existe neutralidad y la asimetría también es cuestionada .

Annabel Lee Teles (2009) dice “Problematizar la subjetividad no incumbe a una sola disciplina, obliga a la apertura, a las conversaciones, a generar ámbitos de pensamientos abiertos y creativos donde se vuelva a considerar el modo de concebir lo humano”.

Y volvemos a encontrarnos con las palabras que nos acompañaron al inicio del estudio y que nos provocaron y alentaron a trabajar sobre este tema

Muniz (2009):

“Quedaba tan cómodo pensar en la asimetría del terapeuta paciente, en la neutralidad del terapeuta, en la transferencia como repetición. Quedaba tan cómodo pensar en que hacíamos terapia en el consultorio, donde el encuadre nos sostenía en el rol y que teníamos todo el tiempo para entender lo que no entendíamos porque el inconsciente insiste y reitera... Éramos asépticos, inmutables, no involucrados.... ¿Seremos capaces de tolerar la incertidumbre que todo esto implica?

Para Waisbrot (2010) el conjunto del Psicoanálisis como dispositivo ha variado y considera que actualmente el mismo resulta heterogéneo y fragmentario. Según este autor lo heterogéneo se refiere a la idea de que todo saber es parcial, “ya que no existe un saber que pueda dar cuenta de la totalidad del sufrimiento humano... Lo fragmentario, se refiere en cambio a las problemáticas ligadas al poder y al movimiento entre lo instituido y lo instituyente”. De esta manera Waisbrot se plantea si será correcto hablar del Psicoanálisis o si sería mejor hablar de “los” Psicoanálisis.

Desde el PCV se destaca la concepción de que el otro es otro, que tiene una dimensión de ajenidad irrepresentable y que su presencia por sí misma modifica el campo, que asimismo el terapeuta también es otro, que (se) juega en la escena psicoanalítica.

Mencionar al terapeuta como otro, introduce a pensar en uno de los aspectos indagados en este estudio que corresponde a la dimensión del terapeuta – persona dentro del VT. Se analizó en el capítulo anterior las distintas posiciones de los expertos con respecto a este tópico, encontrando por un lado quienes sostienen que el terapeuta no es afectado o cambiado por la relación que mantiene con sus pacientes durante su trabajo como terapeuta. Aparece una diferencia entre el concepto de afectación y el de cambio, encontrando que hay acuerdo en que la afectación existe, sin dudas, pero que el cambio haría alusión a una modificación estructural o ruptura, que sí es esperable que ocurra en el paciente, pero que no ocurre de igual modo en el terapeuta.

Por otra parte surge una posición contundente en las respuestas que afirman que el terapeuta sí cambia y es afectado en diversos grados de profundidad, como persona, a través de su labor como terapeutas. Varios psicoterapeutas de PCV y de otras líneas, acuerdan en esto. Sin duda que “hay mucha tela para investigar”, como es expresado en entrevista 1.

Habrá que echarse a andar. No es posible quedar aferrado a viejos mapas y protocolos. Aunque dejar tierra firme tenga sus riesgos, como lo vivió Don Quijote.

Ya se visualizan los gigantes, y aunque parezca que al acercarse a ellos, éstos se esfuman, allí habrá que dirigirse.





## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arango, A, Moreno, M. (06-2009). Más allá de la Relación Terapéutica: Un recorrido Histórico y Teórico. Acta Colombiana de Psicología versión ISSN 01239155 Act.Colom.Psicol. vol.12 no.2 Bogotá : Universidad De Los Andes.

*Bachelard, Gastón. (1981) El nuevo espíritu científico. México: Nueva Imagen.*

Baranger, W. y Baranger, M. (1961-1962): Problemas del campo analítico, Buenos Aires : Kargieman.

Bardin, L (1996) Análisis del contenido. Madrid: Akal Ediciones.

Berenstein, I. (1999) La perspectiva vincular en psicoanálisis Transferencia: hecho nuevo y/o repetición, producción vincular y/o individual, en Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Tomo XXII - Número 1, Buenos Aires.

Berenstein, I. (2001). El Sujeto y el Otro. De la ausencia a la presencia. Bs As: Paidós

Berenstein, I. (2008). Del Ser al Hacer. Curso Sobre Vincularidad. .Bs As: Paidós

Berenstein, I. (2004). Devenir otro con otros. Ajenidad, Presencia, Interferencia. Bs As: Paidós

Bonnano, O; Bozzolo, R; R y L´Hoste, M (2008) El oficio de intervenir. Buenos Aires : Editorial Biblos

Briones, G. (1988) Métodos y técnicas avanzadas de investigación aplicadas a la educación y las ciencias sociales. Curso de educación a distancia. Módulo 5. Santiago: Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación.

Butelman Ida (1998) Configuraciones Vinculares en Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Bs.As.: Ed.Candil.

Cáceres, Pablo. (2003) Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable en revista de la Escuela de Psicología Facultad de Filosofía y Educación Pontificia Universidad Católica de Valparaíso vol. II / 2003 (pp. 53 - 82) : Chile.

Casement Patrick (1990) Aprender del Paciente. Buenos Aires: Amorrortu

Diazgranados, D. (2008) El vínculo paciente-terapeuta: entre la transferencia y la interferencia. Revista Psimonart pp 17-30 1(2): Colombia

Dotras Bravo, Alexia (2008) Los trabajos Cervantinos de Salvador de Madariaga : Historia de una idea doble: sanchificación y quijotización. Madrid: Centro de Estudios Cervantinos.

Dumka, L., Gonzales, N., Wood, J. & Formoso, D. (1998) Using qualitative methods to develop relevant measures and preventive interventions: an illustration. American journal of community psychology, 26 (4) pp. 605-637.

Etchegoyen, H. (1997). Fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu.

Fernández de Caraballo, Ma. Elvira (2 junio/2008) Teoría Fundada y Método Comparativo Continuo. Experiencias Doctorales. VI cohorte del (PIDE) y experiencias en TIC entre otros. Recuperado <http://pide.wordpress.com/2008/06/02/teoria-fundamentada-y-metodo-comparativo-continuo>

Fossa Arcila, P. (2012). Revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. Revista de Psicología GEPU,3 (1), 101- 126. Universidad de Desarrollo/ Chile

Foucault, M. (1988). El uso de los placeres. Historia de la sexualidad III. México: Siglo XXI

Freud, S (1905) Análisis de un caso de Histeria. Traducción de Luis López-Ballesteros y De Torres. Obras Completas tomo II, 1948. Madrid: Biblioteca Nueva

Freud, S. (1914) Recordar, repetir y reelaborar En J. Strachey (comp.). (1980). Sigmund Freud. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

(1912). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En J. Strachey (comp.). (1980). Sigmund Freud. Obras completas. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

(1916-1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En J. Strachey (comp.). (1978). Sigmund Freud. Obras completas. Tomos XV y XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Friedler, R. (1998). Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Bs As: Del Candil

Gadamer, H-G (2001) El estado oculto de la Salud. Barcelona, España: Gedisa

García Rizzo, C & Roussos, A. (2008). Estudio sobre el vínculo entre el estilo personal del terapeuta, la alianza terapéutica y las características psicopatológicas del paciente. Tesina de Grado. Buenos Aires Universidad de Belgrano. Recuperado de [http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/253\\_rizzo.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/253_rizzo.pdf)

González González Nallely Yael (2009) El padre del psicoanálisis es Sancho y no Freud. Recuperado de <https://cajamatrushka.wordpress.com/2009/03/24/el-padre-del-psicoanalisis-es-sancho-y-no-freud/>

Hernández Sampieri, R. (2006). Metodología de la Investigación. Mexico: Mc Graw Hill.

Kasitzky de Bianchi, Graciela. (2010) Límites del análisis, obstáculos de los tratamientos en Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares, Tomo XXXIII, Nº 1, Buenos Aires.

Katz, Bernardo (2011) El deseo del analista y las Configuraciones Vinculares en Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares, Tomo XXXIV, Nº 2, Buenos Aires.

Kuhn, Thomas (1971) La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica.

Krause, M. (2005). Psicoterapia y Cambio: Una mirada desde la subjetividad. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Labraga, Marta. (1995) Discursos inquietantes .Introducción Literatura y psicoanálisis. Revista Uruguaya de Psicoanálisis nov. N|82 Asociación Psicoanalítica del Uruguay (RUP)

Laplanche, Jean & Pontalis, Jean-Bertrand (1996) Diccionario de Psicoanálisis. España: Paidós.

Loureau, R.(2001) El análisis institucional. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Maldavsky, D ( 2012) Comunicación Personal. Montevideo. Noviembre, 2102.

Matus, S. & Rojas, M.C.( 2003) Función del analista en la Clínica de las redes, Jornada AAPPG, Bs. As.

Mendilaharzu De Barros G.; Baremboim, C.; Bucker, S. ; Erbin P. ; Guralnik, M. ; Lifac, S., Onofrio, G; Pachuk, C. ; Rojas , M<sup>a</sup> C. & Sedler, P. (2004) Transferencia y repetición. Novedad y transformación, De la transferencia a las transferencias. En Revista AAPPG en su 50 aniversario. Pensamiento vincular. Un recorrido de medio siglo. Buenos Aires: Del Candil.

Muniz Martoy. A (2009) Intervenciones en el campo de las subjetividades. Las prácticas en la frontera. Montevideo: Psicolibros.

Puget, J. (1988). ¿Qué es material clínico para el psicoanalista? Los espacios psíquicos Revista Psicoanálisis. Buenos Aires: APdeBA. Vol. X, 3. Rodríguez Gómez, D;

Renik, O. (2002) Los riesgos de la Neutralidad. Rev. Virtual de Psicoanálisis Aperturas, www.aperturas.org, N. 10.

Roudinesco, E (2015) Freud en su tiempo y en el nuestro. Carta 147 de Freud a Fless nov. 1897. Argentina: Debate Editorial.

Russos, A. (2001). La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas. Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos.(Tesis doctoral, Universidad de Belgrano ) Buenos Aires: Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a04.pdf>.

Santibañez, P, Roman, M, Luvero, C, Espinoza, A, Irribarren P, Muller, A. (Ago/Dic 2009) Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. Revista Interdisciplinaria. versión On-line ISSN 1668-7027. v.26 n.2 Buenos Aires: Recuperado [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272009000200006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272009000200006)

Schkolnik, Fanny (1999) Neutralidad o abstinencia en Revista Uruguaya de Psicoanálisis. APU, n° 89 : Montevideo

Teles. A (2009) Intervenciones en el campo de las subjetividades. Las prácticas en la frontera. Montevideo: Psicolibros.

Thomae H, Kaechele H.(1990) Teoría y práctica del psicoanálisis. Barcelona: Herder

Valldeoriola Roquet, J. (2007). Metodología de la Investigación. pdf., Universitat Operta de Catalunya, recuperado en [www.uoc.edu](http://www.uoc.edu)

Vallés, M (1999). Técnica Cualitativa de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional. España: Síntesis.

Vallés, M (2000). Técnicas cualitativas en investigación. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid. Síntesis Sociología

Ventrici, G. (2003) Notas acerca del concepto de implicación como suplemento al concepto de transferencia-contratransferencia , Jornadas F.A.P.C.V.

Waisbrot Daniel (2010) Variaciones y vacilaciones del dispositivo psicoanalítico. Saber hacer con el otro. Psicoanálisis Vincular. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aappg.org/wp-content/uploads/2010-N%C2%BA1.pdf>

Waizmann, V, Roussos, A. (2007) La alianza terapéutica y su interacción con otros factores en psicoterapia, en XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-073/159.pdf>

Waizmann, V, Roussos, A. (2010). Acerca de las dificultades en la conceptualización de la Alianza Terapéutica. Revista Intersubjetivos. V 10 (1)



**Universidad de la República  
Facultad de Psicología**

**CONSENTIMIENTO LIBRE INFORMADO**

En el marco de una Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, UDELAR, se desarrolla la Investigación: " **Análisis del Vínculo Terapéutico y su Incidencia en la Clínica**", orientada a conocer los fenómenos que ocurren entre terapeuta-paciente y cómo inciden los mismos en la clínica psicoanalítica. Para dicho estudio UD. ha sido convocado a participar de una entrevista. Contemplando la Reglamentación vigente sobre los Derechos de las personas participantes de Investigaciones con Humanos (Decreto CM 515 de agosto de 2008), se le informa que:

El propósito de esta investigación es generar información que aporte a la conceptualización de la teoría y a la teoría de la técnica psicoanalíticas.

**Confidencialidad**

La identidad del participante será protegida ya que en la transcripción de sus opiniones no figurará el nombre ni el lugar de pertenencia. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Solamente el investigador de esta tesis de Maestría de la Facultad y seis estudiantes que trabajan en equipo con éste, tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento informado. Los datos serán conservados hasta la realización del informe final que será entregada a la Dirección Académica de la Maestría de la Facultad de Psicología de la Udelar. Asimismo el investigador de la tesis podrá difundir en trabajos académicos dicho informe en los mismos términos de confidencialidad anteriormente aclarados. No surgiendo la identificación de los participantes en ningún lugar del informe, trabajo o artículo, SALVO AUTORIZACIÓN DE SU PARTE.

Tomar en cuenta qué:

- Participar en la entrevista no tendrá ningún costo ni compensación económica .
- Tiene derecho a negarse a participar en el estudio y ello no tendrá efectos negativos para ud de ningún tipo.
- Los beneficios de la participación comprenden la posibilidad y satisfacción de contribuir al conocimiento sobre el trabajo Psicoterapéutico Psicoanalítico de la región y de aportar a los procesos formativos de los estudiantes de grado.

#### 1-DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído la información que antecede sobre la investigación , he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Acepto voluntariamente participar en este estudio y comprendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento que lo desee sin que esto o tenga consecuencias para mí.

FIRMA:

ACLARACIÓN:

FECHA:

#### 2- DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En caso que los investigadores consideren de valor citarme textualmente en el trabajo de tesis , a partir de lo surgido en la entrevista, autorizo a que sea publicado mi nombre .

FIRMA :

ACLARACIÓN:

FECHA:



## GUIÓN DE ENTEVISTA

1- ¿Qué concepción tiene de vínculo terapéutico?

2- ¿Qué concepción tiene de alianza terapéutica?

3- Explorar diferencias, semejanzas entre estos y otros conceptos alternativos que pudieran surgir.

4- ¿Qué características entiende que existen dentro de la díada terapéutica y cómo las concibe?

Por ejemplo: Simetría- simetría, neutralidad, abstinencia, implicación

5- Todos los fenómenos que ocurren dentro de la sesión son fenómenos se consideran transferenciales? Es decir ¿Son dos personas en relación ¿ o hay una y la otra es objeto de transferencia, siempre ? Si hay otros, ¿Qué son, cuáles son?

6- ¿Entiende que todo el material analítico corresponde a una reedición de aspectos infantiles o surgen aspectos nuevos?

7-¿Cómo considera y maneja los aspectos que irrumpen azarosamente en la escena psicoterapéutica? ¿ los elude, los explicita , los trabaja ? ¿Cómo ?

8- El terapeuta es afectado// cambia como persona a través del trabajo como terapeuta ?

