



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES**

**CONTRATRANSFERENCIA Y SUPERVISIÓN: DIÁLOGO INDISPENSABLE EN  
LA FORMACION DE PSICOTERAPEUTAS**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ROBERTO CARLOS ARELLANO JIMÉNEZ

DIRECTORA: Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo, UNAM, Facultad de Psicología

COMITÉ TUTORIAL: Mtra. Eva María Esparza Meza, UNAM, Facultad de Psicología  
Mtra. Silvia Vite San Pedro, UNAM, Facultad de Psicología  
Dra. Dení Stincer Gómez, UNAM, Facultad de Psicología  
Dra. Martha Lilia Mancilla Villa, UNAM, Facultad de Psicología

MÉXICO, D. F.

JUNIO, 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primera instancia a mi padre, Marco Antonio Arellano Pérez (Germán), por apoyarme durante toda mi vida académica y personal. Gracias por todo lo que me enseñaste de manera directa o indirecta...ahora comprendo cuán importante era para ti transmitirme tu saber, esa era tu forma de mostrarme tu afecto. La mía es compartir lo aprendido en otra instancia, la universidad, esto hubiera sido imposible sin tu apoyo. Lamento que no existan palabras para agradecer todo lo que me brindaste y la importancia que tienes y tendrás en mi vida. Te quiero y te extraño mucho papá.

A mi madre, María Teresa Jiménez Pardo, por brindarme su apoyo en todo momento y su amor incondicional. Gracias por impulsarme a conseguir mis propósitos y orientar mi vida, por ser un modelo de amor y dedicación. Te agradezco mamá por estar ahí, al pie del cañón, eso ha sido muy importante para mí durante toda mi vida. Te quiero mucho mamá y sé que tú me quieres también.

A ustedes dos, mis padres, les dedico el presente trabajo como muestra de reconocimiento y agradecimiento por todo lo que me han dado.

Gracias a mis hermanos, Christian y Gustavo, a mis sobrinos, Tabis y Edu, y a Sandra por ser parte de mi vida. Los quiero mucho.

A ti, Brisa, mi flaquita, mi amor, por ser parte y cómplice de mi vida durante todos estos años que llevamos juntos. Te agradezco el gran apoyo que me has brindado, por tu amor y paciencia; porque tú sabes, mejor que nadie, lo difícil que me ha sido cerrar ciclos. Gracias por tu escucha, lectura y crítica, tu ayuda ha dado forma a este texto. Por ser mi novia, pareja, roomie, compañera, colega y amiga. Te amo un montón.

A ustedes, mis otros hermanos, Jhony, Efra, Vampi, Vic y Dulce, con quienes he compartido muchas experiencias que me han enriquecido como persona. Les agradezco su apoyo, su escucha y su interés por mí, por estar en los momentos complicados y, también, en los de disfrute. Gracias por las charlas interminables.

Gracias a mis amigos y compañeros de la maestría, por compartir su vida, formación y experiencia, por ser parte de esta maravillosa etapa. Oli, Rouse, Jime, por ser mis amigas, por su aprecio y múltiples consideraciones, las quiero. A Toño, Lauriux, Gema por

las risas incontables y la buena vibra, a Jaz por ser mi hermana de supervisión y compartir la experiencia clínica, a Rebe, Arge, Lau, Martita, David y Dany porque les aprendí mucho tanto de forma personal como profesional. Los extraño mucho chicos.

Quiero agradecer a Guadalupe Santaella por su paciencia, su enseñanza y su supervisión, ya que sin su apoyo y conocimiento hubiera sido imposible realizar este trabajo. Gracias por permitirme navegar sobre este tema y mantener el timón.

A Eva Esparza por su crítica, reflexión, y análisis de este trabajo que permitió mejorarlo y enriquecerlo. Gracias por ser el farol que me guió cuando cayó la noche y no distinguía rumbo alguno, tu luz me permitió llegar a tierra firme. Te agradezco tu apoyo y ayuda, nuevamente.

Mis más sinceros agradecimientos a Dení por proporcionarme las coordenadas a seguir, por enseñarme a leer el mapa y darme la brújula para emprender el viaje, ya que sin estos elementos tal vez aun estaría perdido.

A Bony, por su lectura y comentarios de confianza sobre mi trabajo, desde los primeros pasos hasta su conclusión. Siempre es importante saber que alguien, que ha navegado constantemente, concuerde con la ruta y destino que establecido.

Gracias a todos y cada uno de mis profesores, por transmitirme sus conocimientos y compartir su experiencia.

Gracias a todas las personas que han influido en mi persona, que han marcado mi vida y que, como consecuencia, han participado en este trabajo.

**Roberto**

“...precisamente las preguntas que no  
tienen respuesta son las que determinan  
las posibilidades del ser humano, son las que  
trazan las fronteras de la existencia del hombre”.

**Milan Kundera**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	3
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>CAPÍTULO 1. SOBRE EL CONCEPTO DE CONTRATRANSFERENCIA EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA</b> .....	9
1.1 Antecedentes de la contratransferencia.....	9
1.2 Conceptualización freudiana sobre la contratransferencia.....	10
1.3 Primeros intentos a la sombra de Freud.....	15
1.4 Ha muerto el padre. Desarrollo de una teoría sobre la contratransferencia..	17
1.5 Racker y sus Estudios.....	21
1.6 Lacan y el cuestionamiento a la noción de contratransferencia.....	31
<b>CAPÍTULO 2. LA SUPERVISIÓN PSICOTERAPÉUTICA</b> .....	37
2.1 Definición del concepto.....	38
2.2 Funciones de la supervisión.....	41
2.3 La función del supervisor.....	45
<b>CAPÍTULO 3. MÉTODO</b> .....	49
3.1 Planteamiento del problema.....	49
3.2 Objetivo general.....	53
3.3 Objetivos específicos.....	53
3.4 Supuesto general.....	54
3.5 Definición de categorías.....	54
3.6 Tipo de estudio.....	54
3.7 Participantes.....	55

3.8 Instrumento.....	55
3.9 Procedimiento.....	55
3.10 Consideraciones éticas.....	56
<b>CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>57</b>
4.1 Bruno.....	57
4.2 Adriana.....	67
4.3 Eduardo.....	74
4.4 Manolo.....	81
4.5 A manera de conclusión.....	97
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>103</b>

## RESUMEN

De acuerdo con Bion (1978) la contratransferencia es uno de los elementos técnicos de los que se ha hecho uso y probablemente abuso, esto debido a las múltiples acepciones que ha tenido dentro de la teoría psicoanalítica. La manera de conceptualizar la contratransferencia depende de la forma de entender la relación analítica; en este estudio se retoma la propuesta de Klein y los aportes de Racker donde existe un interjuego de proyecciones e introyecciones entre analista y paciente. El objetivo de este trabajo consistió en resaltar la importancia de la supervisión como escenario indispensable para el análisis de la contratransferencia, contemplando esta relación como un diálogo fundamental para mi formación como terapeuta. Para indicar este diálogo presentaré mi experiencia profesional como residente en la maestría de Psicoterapia para Adolescentes a través de cuatro casos, señalando las reacciones contratransferenciales experimentadas durante ciertos momentos del proceso terapéutico y la actuación de éstas dentro del dispositivo de supervisión. La existencia de elementos contratransferenciales preconscientes, que se manifestaron a través de actuaciones en la supervisión, permitió hacer evidente su presencia y, posteriormente, su análisis. Esto posibilitó un cambio en el abordaje terapéutico de los casos atendidos y la manera de conceptualizar la relación analítica establecida.

**Palabras clave:** Contratransferencia, supervisión, formación psicoterapéutica.



## INTRODUCCIÓN

Para comenzar este apartado es necesario explicar la génesis de la idea rectora del presente estudio. Durante la formación como psicoterapeuta con enfoque psicoanalítico, muchos de los profesores continuamente aludían el concepto de la contratransferencia como un eje crucial dentro del proceso terapéutico. Yo carecía de información al respecto ya que consideraba a la contratransferencia como una transferencia del terapeuta al paciente, y desconocía la presencia del concepto en la obra freudiana. Esto generó un deseo de saber, lo que me llevó al texto de *Las perspectivas futuras de la terapia analítica* (Freud, 1910), en donde el autor propone que la contratransferencia es un obstáculo, punto que abordaré más adelante con mayor detalle.

A partir de estos dos acercamientos, la primera aproximación teórica y la alusión de los profesores, surgió la interrogante sobre qué es la contratransferencia y cómo entenderla en la clínica, que a mi parecer, era desde donde hablaban ellos.

Desde mi perspectiva, puedo considerar que cuando los profesores aludían a este término lo hacían indicando las reacciones emocionales que el terapeuta experimentaba en su práctica clínica, durante o después de una sesión. Unos referían su experiencia clínica y en ella se traslucía lo que pensaban y sentían de sus pacientes, de su dolor y/o conflicto psíquico e, incluso, lo que tuvieron que llegar a hacer dentro y fuera del espacio terapéutico. Otros más nos recomendaban, después de realizar entrevistas diagnósticas, ser francos con nosotros mismos para decidir tomar o derivar a un paciente de acuerdo con la reacción que nos generaba durante este periodo. Finalmente, alguno nos mencionó, como fuente de una buena alianza terapéutica y pronóstico del paciente, el hecho de sentir una buena contratransferencia. Como se puede observar había un abanico de acepciones del concepto que, indudablemente, se debe al tipo de formación y práctica que ejerce cada uno de ellos.

Por otra parte, el trabajo teórico realizado durante la maestría abordó el tema de la contratransferencia a partir de un solo texto elaborado por Kâes. De manera contrastante las alusiones verbales sobre el concepto se hacían sin un soporte teórico.

Debido a lo anterior, el primer punto para poder avanzar en la presente investigación consiste en una revisión documental para asentar a lo que alude el término contratransferencia. Para ello se comenzó una investigación teórica desde la propuesta freudiana hasta acepciones contemporáneas. Dentro de estas acepciones se encuentran las siguientes:

La contratransferencia es la reacción del analista frente su paciente que puede ser ubicada como un obstáculo y con un rostro resistencial, que deteriora su objetividad y neutralidad (Freud, 1910).

En otra acepción se contempla como resultado del vínculo que se establece entre paciente y terapeuta a partir de procesos de introyección y proyección. En esta segunda acepción del concepto la contratransferencia se presenta como un instrumento para conocer partes del mundo interno del paciente. (Racker, 1996).

En tercer lugar, la contratransferencia también se considera como catalizador del proceso analítico pues el análisis de ésta permitiría dar una nueva lectura y abordaje clínico a favor del tratamiento del paciente (Martínez, 2006).

Por último, la contratransferencia puede ser vista como un mecanismo de defensa. Desde el punto de vista económico habría que considerarla como una para-excitación destinada a mantener un nivel estable en la regulación de la atención. Este sistema protector evitaría que el analista se encontrase confrontado a la irrupción violenta de los sentimientos del paciente y de los suyos propios, y le permitirían restituir la situación analítica si es que estaba perturbada. (Fédida 1988, citado en Caparrós, 2006).

Teniendo una base teórica de las múltiples acepciones que tiene la contratransferencia, se observa que estas no son excluyentes entre sí y que pueden confluír en una misma sesión o a lo largo de un proceso terapéutico.

En este sentido se podría cuestionar ¿Qué es lo que permite que se distinga cada una de las características de la contratransferencia señaladas anteriormente, es decir, cómo “catalogar”, por llamarlo de alguna manera, la función que tiene la contratransferencia en la práctica clínica? Para dar respuesta a esta pregunta retomaré lo que Cabral (2010) menciona al respecto: “sólo a posteriori de cada cura será posible dirimir si los márgenes de implicación subjetiva de los que un analista da cuenta al emplearla, han operado en ese caso particular como obstáculo o instrumento” (p. 1).

Cada una de estas acepciones tendrá una implicación diferente dentro del proceso terapéutico y la cual se dilucidará a partir del análisis posterior de la referencia empírica obtenida durante el tiempo de mi formación en la maestría.

Teniendo en cuenta la parte teórica sobre el concepto de la contratransferencia, necesaria para argumentar mi hipótesis, tomaré aquellos casos en que como terapeuta, puedo reconocer haber experimentado alguna reacción contratransferencial. Consideraré los casos en su totalidad, en los que puedo identificar con mayor claridad dichas reacciones. Por cuestiones didácticas, no incluiré extractos de las sesiones ya que para ello se tendría que contextualizar el discurso de los pacientes

Cabe resaltar que, de acuerdo con la definición de la contratransferencia con que se aborda este estudio, existen niveles inconscientes, preconcientes y manifestaciones que el terapeuta puede percibir. Por lo tanto, se puede señalar que habrá aspectos de la contratransferencia que son asequibles a la conciencia, y de los cuales puedo darme cuenta dentro de la sesión terapéutica o en el espacio de supervisión; otros más que pueden ser reconocidos a través

del supervisor y, por último, algunos otros que no serán accesibles. Segal (1977 citada en Caparrós 2006) señala que sólo se puede dar cuenta de la contratransferencia a partir de sus derivados conscientes, aludiendo que gran parte de ésta pasa inadvertida.

La presente investigación tiene el objetivo, por un lado, hacer énfasis en la contratransferencia y, por otro lado, destacar la función de la supervisión como ese escenario en donde se manifiesta la actuación de la contratransferencia. Es este último punto donde se hace hincapié sobre la función de la supervisión como el espacio que busca un soporte emocional a través de la contención de la angustia que se puede gestar durante el trabajo terapéutico.

Es este otro espacio de formación que puede pensarse como aquel que facilita la actuación de la contratransferencia y que permite dar cuenta de una parte preconsciente de ésta. Por lo tanto, se puede sustentar la tesis en la cual la supervisión podrá dar luz sobre algunos elementos contratransferenciales y cómo éstos pueden ayudar a entender los fenómenos que se presentan dentro del proceso terapéutico.

De manera similar a la transferencia experimentada por el paciente, que tiende a oscilar y mostrar diversos rostros a través del transcurso del tratamiento, asimismo la contratransferencia plantea la misma característica, por lo tanto, es entendible que se experimenten cambios en la contratransferencia sentida durante el proceso terapéutico.

En el capítulo de resultados y discusión se presentarán los casos atendidos durante la residencia. Posteriormente se dividió los procesos terapéuticos en tres momentos. En cada uno de estos momentos indicaré los temas abordados por el paciente, las reacciones contratransferencial experimentadas y la actuación de éstas en el espacio de supervisión. Finalmente indicaré los aportes teóricos que me permitieron explicar la presencia de la contratransferencia. Todo

esto con el objetivo de que el lector tenga una clara idea del papel que tuvo la contratransferencia dentro del proceso terapéutico y la función de la supervisión para la comprensión y el uso de ésta.

Con fines prácticos sólo resaltaré los aspectos teóricos cuando muestren un rostro diferente a los que se han dilucidados anteriormente, esto en consideración a la posible repetición de reacciones contratransferenciales con los pacientes descriptos.

Sin más indicaciones, he aquí mi experiencia profesional durante la formación como terapeuta.

# CAPÍTULO 1. SOBRE EL CONCEPTO DE CONTRATRANSFERENCIA EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

## 1.1 Antecedentes de la contratransferencia

El psicoanálisis como método de conocimiento inaugurado por Freud a finales del siglo XIX realizó una de las mayores aportaciones al campo de la psicoterapia, el abordaje de la transferencia. Freud define por primera vez la noción de transferencia en *Un fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)* (1905 [1901]) de la siguiente manera: “Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico” (p.101).

Años después en su conferencia sobre *La transferencia* (1917 [1916-1917]) agrega: “...llamamos transferencia a este hecho que tan a regañadientes admitimos. Creemos que se trata de una transferencia de sentimientos sobre la persona del médico, pues no nos parece que la situación de la cura avale el nacimiento de estos últimos...conjeturamos que toda esa proclividad de afecto viene de otra parte, estaba ya preparada en la enferma y con la oportunidad del tratamiento analítico se transfirió sobre la persona del médico...puede presentarse como un tormentoso reclamo de amor o en formas atenuadas” (p. 402).

A partir de la cita anterior se puede inferir que la transferencia no solamente se presenta en el espacio terapéutico y con la persona del médico, sino que ésta es una manera de relación con el otro, con el semejante. Se entiende pues, que el psicoanálisis no inventó la transferencia, sólo la evidenció.

Otro aspecto relevante que se puede inferir consiste en que, para la propuesta freudiana, el acento recae sobre la persona del paciente, sin embargo, es viable

suponer que el analista no tenga reacciones similares a las del paciente, es decir, una transferencia que se reactualiza en la figura del paciente. Para hablar técnicamente, el término de contratransferencia alude a esta cuestión.

Schroeder (2000) comenta el origen de la palabra directamente del alemán *die Gegenübertragung*, la contratransferencia, la cual separa en tres partes:

- 1) *Gegen*, que significa “en contra”, pero también quiere decir “hacia, alrededor”,
- 2) *über*, que significa “sobre”, “encima de...”
- 3) *tragung*, que proviene del verbo *tragen* “cargar”, “llevar”, “acarrear”, también puede ser “en relación con”.

A partir de lo anterior, se puede entender que la contratransferencia es una reacción del psicoterapeuta, la contraparte de la transferencia.

## **1.2 Conceptualización freudiana sobre la contratransferencia**

De acuerdo con Caparrós (2006) las primeras menciones de la noción del concepto de la contratransferencia aparecen en la correspondencia de Freud, en una carta dirigida a Jung fechada 7 de junio de 1909 escribe, a propósito del caso S. Spielrein:

*Creo que únicamente las penosas necesidades bajo las que se desarrollaba mi trabajo y el decenio de retraso con respecto a usted con el que llegué al psicoanálisis me han protegido contra experiencias análogas. Pero no perjudican. Así se endurece la piel, cosa necesaria, se domina la contratransferencia en la que queda cada vez más implicado y se aprende a desplazar las propias emociones y a situarlas convenientemente. (p.13)*

Asimismo en la carta a Ferenczi del 6 de octubre de 1910:

*No soy el superhombre psicoanalítico que se ha forjado, ni he superado mi contratransferencia (p.14).*

Se observa que Freud, a través de las cartas hacia su discípulo, ya contemplaba a la contratransferencia como una transferencia del analista hacia su paciente, este término no había sido elaborado en ningún texto hasta 1910 en *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. En este texto, como lo indica el título, Freud refiere que el avance del psicoanálisis puede provenir de tres lados:

- 1) Un progreso interno
- 2) Un aumento de autoridad
- 3) El efecto universal de nuestro trabajo

El punto que interesa en este trabajo se centra en el primero. El progreso interno se refiere a un aumento en el conocimiento teórico y técnico para hacer frente a las neurosis. Es en este aspecto técnico en donde se halla la referencia a la contratransferencia. En relación a este concepto Freud menciona lo siguiente: “Nos hemos visto llevados a prestar atención a la <contratransferencia> que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine” (p. 136).

Alejando el párrafo de su contexto, podría pensarse que Freud considera a la contratransferencia como un obstáculo del proceso, por lo que tratamiento debería superarlo para la consecución de la cura. Ahora bien, una lectura global del texto, se puede entender que el obstáculo se presenta para el porvenir del psicoanálisis. Ahí donde la teoría psicoanalítica se ha visto limitada de conocimiento es justo donde la contratransferencia debe ser dominada. Se puede entender, entonces, que para que esto no sea así se deberá buscar el conocimiento, entendimiento y el manejo de la contratransferencia para saber trabajar con ella.



Ahora bien, teniendo en cuenta la advertencia anterior se comprende que el obstáculo que se visualiza en la contratransferencia tiene estrecha relación con el objetivo que perseguía la cura para Freud en ese momento, la cual consistía en dilucidar las resistencias de los pacientes. En este sentido se entendería que es indispensable que el médico conozca sus propias resistencias para poder trabajar con sus pacientes y las resistencias de éste.

A partir de este razonamiento es inevitable separar la manera de conceptualizar la contratransferencia sin tomar en cuenta el objetivo de la cura. Asimismo, esta orientación de la cura matiza el tipo de relación que se establece entre el médico y su paciente. Freud señala este aspecto cuando menciona el recorrido que ha tenido el objetivo que perseguía la terapia: de un aspecto catártico a una dilucidación de los complejos, y, para 1910, el develamiento de las resistencias.

Retomando estos antecedentes históricos se vislumbra que, para esta primera perspectiva, la contratransferencia consiste en una reacción impropia del médico hacia la transferencia del paciente, que constituye un obstáculo para la cura y que debe ser anulada por medio del autoanálisis.

Posteriormente se incluirá otras formas para erradicar esta posible fuente de error. En *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912), bajo la influencia de Jung y el grupo de Zurich, Freud propone otra manera de eliminar el obstáculo para el proceso analítico que supone la contratransferencia: el análisis didáctico aparece en escena. Con miras en un objetivo más amplio de las perspectivas futuras de la terapia, este análisis didáctico cumple dos funciones a saber:

- a) Tener un mayor control sobre las personas que ejercen el psicoanálisis y que provienen de otras disciplinas, no sólo la médica.
- b) Aquella que concierne a la elucidación de la contratransferencia manifestada por el analista y el develamiento de las resistencias de éste.

En cuanto a esta necesidad de purificación se puede señalar la pertinencia de un aspecto técnico en la relación médico-paciente. En relación inversa a la regla para el paciente, la asociación libre, el médico debe de prestar una atención flotante. "...el médico debe volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente como órgano receptor" (p.115).

Es en este momento teórico en el cual aparece la analogía de la función del analista como "espejo" o como "cirujano". Analogías en cierto sentido ilustrativas pero que se contradicen con el párrafo anterior en donde el inconsciente del médico tiene una connotación de instrumento que interviene en el trabajo analítico.

Strachey en su nota introductoria a los *Trabajos sobre técnica psicoanalítica* (1911-1915 [1914]) considera que existía en Freud una renuencia a dar a conocer trabajos sobre la técnica. Al parecer le disgustaba la idea de que futuros pacientes tuvieran acceso a este material. En este mismo sentido se encontraba el tema de la contratransferencia ya que en ninguno de sus escritos aparece un examen formal del tema.

Otra mención al concepto que nos ocupa aparece en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (1915 [1914]). En este texto Freud previene al médico de no ceder a las demandas amorosas de sus pacientes. La contratransferencia en este caso es una respuesta a la transferencia del paciente y no una reacción del médico hacia la figura del paciente.

Más adelante, en este mismo texto, alude a la triple lucha que un psicoterapeuta analista enfrenta:

- a) En su interior, contra los poderes que querrían hacerlo bajar del nivel analítico.
- b) Fuera del análisis, contra los oponentes que le impugnan el valor de las fuerzas pulsionales y le prohíben servirse de ellas.

- c) En el análisis, contra sus pacientes, que quieren domeñar al médico con su apasionamiento.

Si bien, la contratransferencia podría considerarse en relación a la transferencia del paciente hacia la figura del médico, esta triple lucha del terapeuta trastoca la persona del médico e implícitamente lo coloca en una posición simétrica con el paciente, con iguales pulsiones que ponen en entredicho la prosecución de la cura.

Sobre esta primera perspectiva freudiana de la contratransferencia se podría cuestionar tres puntos, a saber:

- 1) En primer lugar, el hecho de que el analista no tenga una transferencia hacia su paciente, que dentro del espacio analítico se considera contratransferencia, no en relación a la transferencia que éste le coloca sino hacia la propia persona del paciente.
- 2) En segundo lugar, la propuesta de Freud ante la contratransferencia parece sugerir que tener un autoanálisis o análisis didáctico o personal inculca al analista de experimentar transferencias, cuando se entiende que éstas son inconscientes.
- 3) Asimismo, es importante tener en cuenta que el abordaje teórico de Freud sobre la contratransferencia no toma en consideración la segunda tópica o aportaciones teóricas subsecuentes que matizarían el concepto y su función en la clínica.

Fuera de esta referencia en 1910 y alguna que otra esporádica, Freud no volvió a tratar el tema, y es evidente que nunca elaboró una teoría de la contratransferencia. Se puede considerar que existe un hueco teórico entre las menciones de Freud sobre la contratransferencia y los estudios más formales de la década de los años cincuenta.

### 1.3 Primeros intentos a la sombra de Freud

Pocos autores se aventuraron a trabajar sobre el concepto cuando Freud aun estaba en vida, Ferenczi es uno de ellos. Ferenczi fue de los pioneros en intentar transformar la práctica clínica, desarrollando la técnica activa, que entre sus innovaciones postulaba un control de la cualidad contratransferencial. Ferenczi aborda este tema en su ensayo titulado “La técnica psicoanalítica”, en donde menciona que el terapeuta es un ser humano con típicas cualidades, lo cual lo obliga a realizar una doble función, por un lado tiene que tomar el mando de su comportamiento con el paciente, controlar su contratransferencia y, por el otro lado, la observación y examen de la actividad del paciente, para el análisis de su estructura inconsciente desde la intuición contratransferencial (Guerra, 2001).

En este sentido se podría considerar que en Ferenczi existe la aceptación de la contratransferencia como indispensable para atender la emergencia de lo transferencial: primer atisbo de su utilidad como elemento terapéutico.

Ferenczi destaca los efectos que pueden presentarse en esta diada transferencia/contratransferencia. La propuesta de Ferenczi apuntaría a que la transferencia del analista no analizada en su momento oportuno vuelve más tarde bajo la forma de contratransferencia inconsciente. No resulta extraño bajo esta premisa, la propuesta que Freud hace en *Análisis terminable e interminable* (1937) es retomar el análisis cada cinco años.

Esta primera aproximación enuncia que los efectos indeseables de la contratransferencia se deben ante todo a un análisis propio insuficiente mientras que, con los avances en la teoría, en especial de la teoría kleiniana, que se abordará más adelante, se acentúan las depositaciones que el paciente efectúa en su analista por medio de la identificación proyectiva.

De acuerdo con Etchegoyen (2002) dos autores trabajaron el concepto de la contratransferencia durante el tiempo de vida de Freud: Stern y Glover. A. Stern incorpora las dos perspectivas anteriores. Distingue la contratransferencia que proviene de la activación de los conflictos neuróticos del analista, de aquella otra que es respuesta a la transferencia del paciente. Asimismo señala el origen de la contratransferencia para ambos tipos: el material infantil reprimido.

Por su parte, E. Glover en 1927 continua la tendencia clásica y divide la contratransferencia en negativa, que se expresa mediante contrarresistencias que impulsan al abandono del análisis, por la conducta agresiva y la positiva con una sensibilidad exacerbada, en este caso el analista siente el impulso a estar de acuerdo con las introspecciones del paciente.

Puede considerarse que la muerte de Freud dio licencia para pensar con más libertad el tema. Hasta este momento la contratransferencia había sido considerada con un matiz paterno pero gracias a nuevas aportaciones teóricas, en especial de Melanie Klein, marcarán un cambio para pensar la contratransferencia, del tipo paterno al materno. Esta nueva concepción se abrirá paso en la medida en que el complejo de Edipo ceda parte de su importancia.

De acuerdo con Caparrós (2006) el trabajo de Alice y Michael Balint de 1939 apunta a esta nueva dirección. Estos autores cuestionan la metáfora del analista como espejo, objeto inanimado desprovisto de sentimientos. En sus análisis, la contratransferencia deja de ser un signo patológico, incluso llegan a afirmar que la idea de controlarla puede no ser apropiada; ante todo es necesario comprenderla para poder utilizarla. El analista debe comportarse como un espejo, pero no en el sentido pasivo, sino para reflejar la totalidad del paciente, de esta forma la contratransferencia más que controlarla debe ser analizada, elaborada.

Por su parte, Reich (1987, citado en González y Rodríguez, 2002) postuló que la mejor forma de captar el material del analizado es a través de la intuición ofrecida por el inconsciente, considerando que el analista debe atender a los conocimientos promovidos por su propio inconsciente.

Como se puede observar, el terreno teórico parece fértil en relación al concepto de contratransferencia. Se comienza a germinar un cambio radical en la manera de entenderla, de teorizarla y utilizarla.

#### **1.4 Ha muerto el padre. Desarrollo de una teoría sobre la contratransferencia**

Fue a partir del cuestionamiento del modelo freudiano, en su analogía del analista como espejo, que en la década de los 40's y 50's se inicia una auténtica teoría de la contratransferencia (Schroeder, 2000; Guerra, 2001; Sandoval, 2002).

Este cuestionamiento abre la posibilidad de otra visión: la visión totalista; la cual considera a la contratransferencia como todos los sentimientos, actitudes y conductas del analista hacia el paciente (Hayes & Gelso, 2001). La concepción totalista es considerada como la situación psicoterapéutica de interacción entre paciente y terapeuta, en la que pasado y presente de los participantes, así como las reacciones de ambos ante su pasado y su presente, se hace una sola unidad que los fusiona en una situación emocional que es igualmente válida para ambos (González, 1989).

En los años cincuenta aparecen de pronto una serie de trabajos que representan esta visión en los cuales la contratransferencia se considera concretamente; y no sólo como problema técnico sino también como problema teórico, es decir, replanteando su presencia y su significado en el análisis.

Al cambiar la teoría, también cambió el ámbito clínico y se empezó a considerar a la contratransferencia como fuente de insight para el paciente. Melanie Klein (1949) fue una autora decisiva para este cambio; a pesar de que ella misma hace poca referencias a ésta, y cuando lo hace es en un sentido negativo. Sin embargo sus innovaciones en la teoría y técnica psicoanalítica permitieron los subsecuentes desarrollos, ya que fueron autores de la corriente kleiniana quienes promovieron el uso de la contratransferencia al servicio de la cura.

De acuerdo con Yardino (2000) el inconsciente, para la teoría kleiniana, está poblado de relaciones de objetos totales o parciales que involucran partes del cuerpo o la totalidad de las personas. La noción de transferencia se desarrolla al mismo tiempo que la comprensión de los mecanismos de proyección e introyección. De modo que en la discusión del concepto de contratransferencia, las nociones de identificación proyectiva e introyectiva, del mundo interno y de la fantasía inconsciente están presentes.

En este sentido, la perspectiva kleiniana concibe el campo analítico como un interjuego de proyecciones e introyecciones. Es de suma importancia tener en cuenta la manera de conceptualizar el espacio analítico a partir de esta nueva forma de teorizar los fenómenos involucrados dentro de un análisis. La importancia recae sobre la postura ante la contratransferencia, su entendimiento y el uso o rechazo de la misma.

Teniendo en cuenta la teoría que dio origen a los principales trabajos sobre el concepto de contratransferencia a mediados del siglo XX, se abordará dos autores que marcaron diferencia y que, tomando en cuenta los aportes de Klein, pudieron enriquecer el tema en cuestión.

## **Paula Heimann y Heinrich Racker: pioneros.**

Entre los aportes más importantes al concepto que nos atañe se encuentran los realizados por Heinrich Racker en Buenos Aires y Paula Heimann en Londres. El trabajo de Heimann se publicó en el *International Journal* de 1950. Tres años después en esa misma revista Racker publica “A contribution to the problema of countertransference”, este trabajo se incorporó a los *Estudios* (1948) con el nombre de “La neurosis de contratransferencia” (Etchegoyen, 2002).

El acento recae sobre estos dos autores quienes retomaron el tema y le dieron un giro radical respecto a sus predecesores. Sin embargo, Heimann publicó un artículo en 1950 y otro diez años después. Racker, en cambio, publicó una serie de trabajos en los que fue estudiando aspectos importantes de la contratransferencia, que alcanzó a articular en una teoría coherente y amplia, antes de morir en enero de 1961, meses después de publicar sus *Estudios*.

Lo propiamente nuevo de estos autores es que ambos subrayan el papel de la contratransferencia como instrumento al servicio del análisis. Lo que distingue los trabajos de Racker y Heimann y de otros autores de aquel momento es que la contratransferencia ya no se ve sólo como un peligro, sino también como un instrumento sensible, que puede ser muy útil para el desarrollo del proceso analítico. A esto agrega Racker que la contratransferencia también configura, en cierto modo, el campo donde se va a dar la modificación del paciente.

Heimann (representa este punto de vista) ubica la fuente de la contratransferencia en el paciente; como resultado de las proyecciones que se dan en el analista, que se hace depositario de las fantasías inconscientes del paciente (Schkolnik, 2001; Schroeder, 2000); ella consideraba que la contratransferencia permitía que el inconsciente del terapeuta entendiera al del paciente, por lo que poseía cualidades diagnósticas y benéficas para el tratamiento; mientras que la transferencia del analista en relación al paciente



hacía referencia a aquellos puntos ciegos del terapeuta que resultan obstáculos para el proceso.

Guerra (2001) puntualiza los aspectos centrales de la contratransferencia para Heimann:

- Tiene un origen en la personalidad del paciente, es una creación de éste a partir de su transferencia.
- Instrumento de interés para el análisis de los procesos inconscientes que forman parte del paciente y son expuestos en el proceso.
- Elemento que se origina desde la identificación proyectiva del paciente, no formando parte de ningún conflicto del analista.
- Esencial en el diagnóstico y tratamiento del caso.

De acuerdo con González y Rodríguez (2002) fue Racker quien dio un uso amplio al término, entendiendo éste como la totalidad de la respuesta del analista frente al analizado y que podría operar de tres modos, a saber.

- 1) Como obstáculo, al constituir los puntos ciegos del analista.
- 2) Como instrumento para detectar qué es lo que le pasa al paciente.
- 3) Como campo en que el analizado puede adquirir una experiencia viva y distinta de la que tuvo originalmente (Etchegoyen, 2002; Sandoval, 2002).

Se podría realizar una comparación con el término de transferencia, que al igual que la contratransferencia, se consideró como un obstáculo e instrumento a la vez y, en última instancia, el campo que hace posible que el paciente cambie realmente. Si se comprenden los tres factores estudiados por Racker, se puede formular la teoría de la contratransferencia, como correlato de la transferencia, diciendo que el analista es, no sólo el intérprete, sino también el objeto de la transferencia.

## 1.5 Racker y sus Estudios

Racker se nutrió del pensamiento de Freud y de Klein. Se propuso investigar los dinamismos implícitos en el fenómeno contratransferencial, partiendo de la noción freudiana de que en la contratransferencia se expresan aspectos de la neurosis infantil del analista, los cuales operan como resistencia. Atribuye a estos aspectos neuróticos del analista la principal dificultad en la aceptación e investigación del fenómeno contratransferencial. Pero los desarrollos de Klein permitieron la modificación de la interpretación analítica (Racker, 1996).

Influenciado por estos desarrollos sobre las relaciones de objeto tempranas, Racker formuló la idea de que existe una mutua interdependencia o codeterminación de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales. En su visión transferencia y contratransferencia representan una unidad interdependiente que crea una relación interpersonal de la situación analítica.

Asimismo, evidencia la doble función del analista. Dice al respecto:

*“La función del analista es doble. Primero el analista es intérprete de los sucesos inconscientes, y segundo, es objeto de los mismos sucesos. De esto resulta inmediatamente una doble función de la contratransferencia: ésta puede intervenir o interferir, primero, en cuanto el analista es intérprete, y segundo, en cuanto es objeto de los impulsos. Con respecto a lo primero, la contratransferencia puede ayudar, dificultar o falsear la percepción de unos u otros procesos inconscientes. Pero la percepción también puede ser correcta, mas lo percibido puede provocar reacciones neuróticas y éstas perturbar la capacidad interpretativa. Con respecto a lo segundo –el analista como objeto-, la contratransferencia concurre en las expresiones de su ser y en su conducta, las cuales influyen a su vez sobre la imagen que de él se forma el analizado. Éste percibe – a través de las interpretaciones, su forma, la voz, la actitud del*

*analista en todos los aspectos de su contacto con el analizado fuera de su labor meramente interpretativa, etc.- uno u otro estado psicológico del analista; a esto se agregan tal vez las –aun discutidas- percepciones telepáticas del analizado. La contratransferencia, al influir sobre la comprensión y la conducta del analista, influye pues sobre el analizado y en especial sobre su transferencia” (Racker, 1996, p 183-184).*

De acuerdo con este modo de pensar, existen diferentes tipos de identificación entre analista y analizado que influyen las formas y funciones de la contratransferencia, a saber, la contratransferencia concordante y la contratransferencia complementaria.

### **Contratransferencia concordante**

La contratransferencia concordante contribuye a la tarea del analista intérprete. Supone procesos de resonancia y de equiparación de lo propio y lo ajeno. Mecanismos de introyección y proyección permiten al analista identificarse en forma concordante y aproximada con el yo, el ello y el superyó del analizado en sus diferentes facetas, experiencias, impulsos y defensas. Este tipo de identificación, una “identidad aproximada”, diría Racker (1996), tiene una función operativa y resulta móvil que estaría en la base de los fenómenos de resonancia con el paciente y de comprensión empática. La identificación concordante se origina en la contratransferencia positiva sublimada y está en la base de los procesos de comprensión del analista.

Esta función del analista como intérprete se logra cuando existe un proceso asociativo fluido sobre las propias reacciones latentes provocadas por la transferencia del paciente. Se parte de la premisa que en cualquier proceso de identificación empática existen aspectos inconscientes no verbales que se ponen

en juego, pero gracias a esta función de interpretación se permite establecer conexiones entre el registro verbal y las vivencias que surgen entre el paciente y el analista en diferentes registros sensoriales. Lo que supondría una mayor permeabilidad intersistémica y, a su vez, una mayor disposición de escucha.

Desde la propuesta de Racker el recuerdo de las propias vivencias infantiles del analista, que surgen desde la identificación concordante, cumplen un papel en el proceso de comprensión e interpretación. En este sentido se puede comprender que una experiencia común entre analista y analizado podría generar un eslabón en el proceso interpretativo. Es en este momento cuando la disposición contratransferencial del analista, que permite su capacidad de transformación y respuesta, no sólo incluye la reviviscencia de su historia, sino también representaciones latentes de ese vínculo analítico y de la historia de ese análisis, así como sus propias experiencias de análisis junto a aspectos de su formación y experiencia como analista.

Este bagaje preconsciente queda a disposición de la atención flotante y de la expresión verbal. La expresión verbal, aun en sus conexiones con la teoría analítica, aparece en estos casos cargada vivencialmente. El proceso interpretativo permite poner a prueba con el paciente formulaciones más o menos precisas que van surgiendo en el analista. El analista conserva la impresión de que puede ponerse empáticamente en forma concordante en el lugar del analizado, aunque esto implique un trabajo de reconocimiento de vivencias muy distintas a las propias. Se mantiene la diferenciación entre ambos, conservando la asimetría y la posición neutral del analista (De León, 1999).

### **Contratransferencia complementaria**

La contratransferencia complementaria, en cambio, muestra para Racker el aspecto neurótico de la contratransferencia e interfiere en el proceso analítico. En este tipo de contratransferencia se ponen en juego identificaciones

complementarias en las que el analista pasa a ocupar un lugar como objeto del mundo interno del analizado, sintiéndose tratado de esa forma (Racker, 1996).

Se entiende, pues, que la contratransferencia complementaria apuntaría a la parte neurótica que interfiere en el proceso analítico. En ésta se ponen en juego enlaces inconscientes entre paciente y analista que paralizan momentáneamente el proceso. En estos casos existiría una identificación proyectiva recíproca. El analista pasa a ocupar un lugar como objeto del mundo interno del analizado y el analizado representa objetos internos del analista. La captación de estos mecanismos a través del análisis de la contratransferencia latente en el analista resulta esencial para el develamiento del conflicto del paciente (De León, 1999).

Cuando estas u otras reacciones complementarias se desconocen, generan posiciones contratransferenciales fijas que implican fuertemente al yo del analista, el cual se siente hundido en su contratransferencia. Estas reacciones, que operan como contra-resistencias, constituyen, entonces, uno de los principales peligros para la marcha del tratamiento. En la medida en que el analista puede comprender su propia respuesta contratransferencial, modifica su carácter repetitivo, ofreciendo una posibilidad de cambio al analizado. Surge entonces el aspecto nuevo o “prospectivo” de la situación transferencial-contratransferencial (1996, p. 330-331). De esta manera, las dos facetas de la contratransferencia –como obstáculo (identificación complementaria) y como instrumento (identificación concordante) – están en estrecha interdependencia. Esto llevó a Racker a dar un uso amplio al término, entendiendo por contratransferencia, la totalidad de la respuesta del analista frente a su analizado.

La importancia adjudicada a la contratransferencia, y las dificultades del analista en admitirla, así como la codeterminación mutua de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, llevaron a Racker a postular la

necesidad de una doble posición en el analista que le permita tomar como objeto de observación su propia participación. El analista debe oscilar entre ser instrumento pasivo sensible y a la vez oyente crítico racional, esto le permite alcanzar una relativa objetividad frente al analizado (De León, 2000)

Racker en sus *Estudios sobre la técnica psicoanalítica* (1996) propone otras clasificaciones respecto a la contratransferencia que son importantes de tomar en consideración.

Refiere Etchegoyen (2002) que Racker estaba preocupado por la fenomenología de la contratransferencia y por sus dinamismos, razón por la cual clasificó la contratransferencia en varios tipos.

### **La contratransferencia indirecta y directa**

La contratransferencia indirecta tiene un origen en la vivencia edípica del analista y el consecuente establecimiento del superyó. Esto crea una situación interna en la cual la libido está ligada a los objetos introyectados en el superyó. Lo que permite experimentar un incremento en los sentimientos de culpabilidad y la necesidad de ser querido por esos objetos. En la situación contratransferencial estos objetos pueden ser transferidos al analizado en dos formas: primero, al analizado como individuo y segundo, al analizado como factor importante de otras relaciones de objeto del analista.

La contratransferencia directa es aquella en donde los analizados mismos representan al padre o a la madre, es decir, que existe una reviviscencia de la dinámica edípica para el analista frente a su analizado. La segunda forma se refiere a la transferencia de los objetos introyectados, sea a la sociedad como “un todo”, por la que uno quiere “ser aceptado” mediante la actuación profesional, científica, etc., o un grupo social como lo puede ser un grupo analítico, o a uno u otro individuo (un analista, un familiar, un amigo, etc.). En este caso, el superyó está colocado en estos grupos y a los cuales se busca

agradar para ser reconocido, para ser amado. La diferencia entre estos dos tipos de contratransferencia es donde se encuentra ubicada la transferencia del analista, reviviscencia de su propia relación edípica y su heredero: el superyó, frente al paciente o frente a una institución.

Por otra parte, Racker (1996) realiza una descripción fenomenológica de la contratransferencia en la cual las vivencias contratransferenciales pueden diferenciarse en dos clases. Se puede hablar, entonces, de posiciones contratransferenciales y ocurrencias contratransferenciales.

En las ocurrencias contratransferenciales el analista se encuentra de pronto pensando en algo que no se justifica racionalmente en el contexto en que aparecen o no parecen tener relación con el analizado. Las ocurrencias contratransferenciales no implican por lo general un conflicto muy profundo, y así como afloran de pronto a la conciencia del analista también aparecen con cierta facilidad en el material del analizado. Esto puede ser explicado dependiendo del grado en el que yo del analista se encuentra involucrado.

Se recomienda aprovechar el surgimiento de estas ocurrencias y esperar que el material del paciente las confirme. Si así sucede, se puede interpretar con un alto grado de seguridad. Si la ocurrencia contratransferencial del analista no aparece confirmada por el material del analizado no corresponde usarla para una interpretación; y por dos motivos, porque podría no tener que ver directamente con el paciente, en este caso podría ser propia del analista, o porque está muy lejos de su conciencia.

Para finalizar, la posición contratransferencial indica casi siempre mayor conflicto y en el que el yo del analista está directamente involucrado. Aquí los sentimientos y las fantasías son más hondos y duraderos y pueden pasar inadvertidos ya que tiene estrecha relación con la neurosis de contratransferencia. Se puede dar el caso en donde el analista reaccione con

enojo, angustia o preocupación frente a determinado paciente. Esta faceta de la neurosis de contratransferencia es común que pase inadvertida.

Existe una advertencia que realiza Etchegoyen (2002) sobre esta clasificación propuesta por Racker la cual posee una valía fenomenológica, aunque no lo es así desde un punto de vista metapsicológico. Punto endeble y cuestionable de su postulado teórico.

Es importante señalar que Racker es uno de los autores que realizaron un aporte al estudio de la contratransferencia, y como se observa, un estudio sistematizado del tema. Dentro de esta corriente totalista, que tiene como base teórica las concepciones kleinianas, se pueden incluir otros autores que realizaron alguna contribución al tema que nos atañe. A continuación se mencionan algunos de estos aportes, que amplían los conocimientos del tema.

De acuerdo con Etchegoyen (2002) Grinberg da un paso más en la clasificación que Racker establece. Éste amplió el espectro que va de la contratransferencia concordante a la complementaria para llegar a la contraidentificación proyectiva. Lo que postula específicamente Grinberg es que hay una diferencia sustancial entre la contratransferencia complementaria, en la cual frente a determinada configuración transferencial el analista responde identificándose con los objetos del paciente, y el fenómeno que él mismo describe en el que el analista se ve forzado a desempeñar un papel que le sobreviene: es la violencia de la identificación proyectiva del analizado lo que directamente lo lleva, más allá de sus conflictos inconscientes, a asumir ese papel.

Otto F. Kernberg (1965), coincidiendo en general con las ideas de Racker, describe un caso especial de posiciones contratransferenciales donde la participación del analista es mayor y tiene que ver con la grave patología del paciente. Lo llama fijación contratransferencial crónica y considera que se



configura cuando la patología del paciente, siempre muy regresivo, reactiva patrones neuróticos arcaicos en el analista, de modo que analizado y analista se complementan de tal forma que parecen recíprocamente ensamblados. La fijación contratransferencial crónica aparece con frecuencia en el tratamiento de psicóticos y fronterizos, pero también en periodos regresivos en pacientes de tipo menos grave (Etchegoyen, 2002).

D. Winnicott (1949) distingue diversas clases de actitudes en el analista. Por un lado, la que él denomina contratransferencia anormal, constituida por un tipo de relación basada en los conflictos inconscientes del analista. Por otro lado, tendencias, identificaciones, y formas de relación pertenecientes a experiencias individuales y desarrollos personales del analista que pueden favorecer el trabajo analítico.

R. Fliess (1951) menciona que la contratransferencia es el equivalente, en el analista, de la transferencia en el paciente, pero así como esta última es necesaria e indispensable para el tratamiento, la contratransferencia representa una interferencia indeseable. Considera que, por ser de naturaleza regresiva, la contratransferencia es en parte una contraidentificación, y juzga que ésta identificación es mutua, que existe una respuesta del analista a la identificación por parte del paciente y que en ambos se produce la repetición de una temprana identificación estructurante. Esta identificación regresiva interfiere con la identificación no regresiva, la empatía, la cual es totalmente indispensable y representa un movimiento emocional e intelectual propio de la tarea analítica.

R. E. Money-Kyrle (1956) indica que el interés y la preocupación por el paciente derivan de la fusión de dos impulsos básicos: el reparativo y el parental. El paciente puede representar diversos objetos para el analista, pero coloca especial énfasis en el niño inconsciente que se halla en la mente del paciente. El analista responde como un padre. Ahora bien, el hijo representa para los padres, al menos parcialmente, un aspecto temprano de su self, y es, precisamente, a

causa de que el analista puede reconocer su self temprano debido a su propio análisis, es como también puede reconocer y comprender al paciente y retornarle esta comprensión. Su empatía y su insight dependen de esta suerte de identificación parcial.

Asimismo ubica una contratransferencia que denomina “normal” y que alude a la comunicación del paciente-analista. En donde el terapeuta se identifica introyectivamente con el paciente y, a través de la comprensión en su propio interior, reprojecta al exterior e interpreta. Pero esta normalidad depende de la continuidad en la comprensión por parte del terapeuta. Y esta continuidad en la comprensión se quiebra en el momento en que el paciente queda introyectivamente identificado con un aspecto del terapeuta que éste no ha sido capaz de entender en sí mismo.

J. Sandler (1976) pone de relieve cómo la contratransferencia deriva de la interacción que se desarrolla entre dos componentes del proceso analítico. El paciente pone, en transferencia, un intento de imponer una interacción, una interrelación determinada. A su vez, el analista escucha, observa con una actitud de atención flotante, es decir, una actitud que le permite que penetren en su conciencia toda clase de pensamientos, recuerdos, sentimientos y fantasías. Pero paralelamente a la atención flotante existe, en el analista, un estado de libre capacidad de respuesta. Su opinión es que las reacciones del analista ante el paciente, constituidas tanto por su comportamiento y palabras como por sus sentimientos y fantasías, quedan incluidas dentro de esta capacidad de respuesta, elemento crítico para la utilidad de la contratransferencia.

Con el aporte de Sandler se rescatan dos puntos, a saber. Por una parte indica que las respuestas del analista al paciente pueden ser consecuencia tan sólo de sus propios problemas, lo cual le obliga a profundizar en su autoanálisis. Pero, al mismo tiempo, aquellas que podrían ser irracionales son susceptibles de ser útilmente percibidas como una formación de compromiso entre sus propias

tendencias y una aceptación reflexiva del papel que el paciente intenta forzarle a desempeñar. De aquí la importancia de la regla de la abstinencia y la neutralidad.

H. Segal (1977) considera a la contratransferencia como la más importante fuente de información acerca del inconsciente del paciente, así como de la vinculación existente entre éste y el analista. Subraya el hecho de que la mayor parte de la contratransferencia es inconsciente. En realidad, lo único que conocemos de la contratransferencia son sus derivados conscientes. Ella cree que cuando la contratransferencia funciona adecuadamente, el analista tiene una doble relación con el paciente. Por un lado es receptivo, conteniendo y comprendiendo las comunicaciones del paciente; por otro, es activo, dando comprensión y conocimiento al paciente a través de la interpretación. Por el contrario, cuando la empatía y el contacto con el inconsciente se pierden, siempre deben pensarse en una presión contratransferencia que está perturbando su capacidad de insight, ya que la contratransferencia es el mejor de los sirvientes, pero el peor de los amos (Corderch, 1990).

Como se puede observar en lo presentado hasta el momento, los avances en la teórica clínica permiten entender que la disposición contratransferencial del analista se constituye no sólo como resultado del análisis de su conflictiva infantil, sino como un complejo integrado además por sus teorías, su historia y características personales y de estilo, etc. algunos de estos aspectos pueden fácilmente volverse ciegos defensivamente frente al paciente. Ya sea como defensas narcisistas, o cuando se dan posiciones contratransferenciales ideologizadas fijas que predisponen en determinada dirección el encuentro con el paciente.

La visión totalista incluye dentro de la contratransferencia los procesos implicados en la escucha analítica. Esto no sería admitido por enfoques que

distinguen los aspectos de la función analítica de la contratransferencia propiamente dicha, por ejemplo, autores que siguen la distinción clásica freudiana o la tradición del pensamiento de Lacan.

## **1.6 Lacan y el cuestionamiento a la noción de contratransferencia**

El cuestionamiento por parte de Lacan de la noción de contratransferencia aparece simultáneamente con la progresiva diferenciación que realiza este autor entre el registro imaginario y el simbólico, desarrollo teórico a partir del estadio del espejo. En el estadio del espejo, Lacan (1949) propone que el yo surge alienado en la imagen y el deseo del otro, lo que posibilita el desconocimiento y el engaño sobre sí mismo.

Dentro del proceso de identificación, Lacan retoma el estadio del espejo y la dialéctica hegeliana del amo-esclavo para mostrar cómo la agresividad humana surge como una forma de escapar a la dependencia y alienación que implica el contacto con el otro, que puede entenderse como producto de la lucha narcisista del yo por la afirmación y reconocimiento frente a otro, que, paradójicamente, es la garantía de su existencia.

De esta manera el registro imaginario es caracterizado por el predominio de vínculos duales, especulares y narcisistas que producen estos modelos de relación, con un objeto omnipotente e idealizado al que se ama y se odia simultáneamente.

Por otro lado, el paradigma del orden simbólico estaría dado por el complejo de Edipo. Es la función del padre que da cuenta de un tercero separando al niño de la relación dual con la madre y, como consecuencia, deja de ser la figura completa que puede colmar al niño. El padre instauro en el niño la ley que implica el reconocimiento de la falta en el otro y en sí mismo. Esto permite la

apertura al movimiento inagotable del deseo inconsciente, al discurso del Otro, en la terminología de Lacan.

Estos desarrollos llevaron necesariamente a Lacan a reformular las nociones de transferencia y contratransferencia a partir de la distinción entre el registro imaginario y simbólico. La dimensión simbólica de la transferencia se manifiesta en la insistencia de la repetición, la cual permite develar los sucesivos significados de la historia del sujeto. En cambio, las reacciones afectivas de amor y odio ocurridas entre el paciente y el analista son entendidas como manifestaciones imaginarias que operan como resistencia.

Teniendo en cuenta estos antecedentes teóricos, se puede anticipar la postura sobre el concepto de la contratransferencia que tiene este autor. Lacan (1951) la entiende como un obstáculo en el proceso analítico que proviene de las resistencias del analista. Progresivamente asumió una postura crítica frente al uso de este término. Dentro de las razones manifestadas por Lacan se encuentran las siguientes:

En primer lugar, existe un rechazo a reducir el análisis a una relación intersubjetiva dual. Para Lacan la relación analítica tiende a reproducir la relación descrita en el estadio del espejo o la relación dialéctica amo y esclavo. El analista aparece como otro que, como la madre o el amo, reviste características de omnipotencia, y del cual reclama agresivamente un reconocimiento.

Centrar el trabajo analítico en la interpretación transferencia-contratransferencia podría contribuir a reforzar los vínculos duales con el paciente, con su connotación de amor y odio, y en su ilusión narcisista de completud. Asimismo, el jerarquizar la contratransferencia puede llevar a sobredimensionar los aspectos regresivos y la afectividad del analista en sus manifestaciones de odio y amor, facilitando la inducción de sentimientos al paciente y su “reeducación

emocional” (Lacan, 1958 p. 217). Sobre todo, a favorecer identificaciones narcisistas entre paciente y analista. De esta manera se puede entender porque Lacan rechaza la postura de autores como Balint, para quienes la identificación con el analista es la finalidad del análisis.

Una segunda razón del rechazo de la noción de contratransferencia que advierte Lacan consiste en que al poner el fenómeno de la contratransferencia en primer plano puede conducir a que, tanto analista como paciente, queden ubicados en una relación simétrica. Lacan plantea por el contrario que todo el análisis debe pasar por la superación de esta identificación alienante, y esto sólo es posible a través del deseo del analista.

El deseo del analista no es un deseo mal analizado, ni tampoco la llamada contratransferencia sino que tiene que ver con la estructura del deseo, en el sentido que “desnuda” a esa estructura, revelándola como lugar (Escobar, 1999).

Para comprender el registro simbólico la propuesta de Lacan consiste en que el analista se coloque en posición diferente respecto a su paciente. Esta posición coincide con la estructura del deseo. Esto adquiere coherencia si sostenemos que el analista en el proceso del análisis ocupa el lugar del Otro simbólico; el lugar de la palabra (Cabral, 2009).

El paciente en la transferencia hace depositario al analista de un “supuesto saber” ilimitado acerca de sí mismo y de sus deseos de completud narcisista. En este sentido es que el analista es “el sujeto supuesto saber” (Lacan, 1964) para el paciente. El analista debe evitar responder a estas expectativas evitando la sugestión y el querer satisfacer de alguna manera los reclamos del paciente. Debe poder renunciar al ejercicio del poder que el paciente le otorga. Ubicándose entonces en una transferencia simbólica.

Es por ello que para Lacan la actitud de neutralidad del analista tiene un papel central en el análisis. El ejercicio de la neutralidad afirma al analista en una posición simbólica asimétrica que marca el límite, o la falta (castración simbólica) para sí mismo y para el paciente. El analista no debe responder a las demandas del paciente, de ahí la importancia adjudicada al silencio del analista como instrumento técnico.

Estas razones llevaron necesariamente a Lacan a considerar “la impropiedad conceptual del término contratransferencia” (Lacan, 1958, p. 217), en la medida en que ésta facilita el enlace con la transferencia imaginaria del paciente, favoreciendo sus aspectos defensivos. Desde su punto de vista es suficiente con hablar de las diferentes maneras –imaginarias o simbólicas- en que analista y paciente están implicados en la transferencia (De León, 2000).

Winnicott (1960) señala la importancia del análisis propio del analista como aquello que le proporciona recursos para permanecer profesionalmente comprometido sin sufrir una tensión excesiva. Lacan intentó precisar las fuentes de la “tensión” y las ubicó en el desprendimiento de los ideales e intereses yoicos, así como la renuncia a los anhelos edípicos inconscientes que se esperan de él en la situación analítica. Parafraseando, se trata de que el analista no se coloque frente a su paciente como persona sino como semblante de la función simbólica. Cabral (2009) lo resume de esta manera : “Es que sólo consintiendo una desposesión transitoria de su persona, puede pasar a ser en la transferencia, lo que no es en el plano de la realidad” (p. 64).

Racker propone que el analista, en el curso de la cura, “oscila entre el olvidarse de sí y el recordarse a sí, entre su entrega al analizado y el control de sí mismo” Pero este “recordarse a sí” (a sus sentimientos, vivencias y fantasías), ilustra por el contrario el momento defensivo de introspección subjetiva en el que corre el

riesgo de encallar la atención, ya no flotante, de un analista preocupado excesivamente por su contratransferencia.

Lacan concuerda con Racker en este sentido, considera necesaria una implicación subjetiva del analista en la transferencia, pero la diferencia radica en que hará de esta implicación algo que atañe no a su persona total, sino a su deseo en tanto real. Y por este camino avanza en la formalización del concepto de deseo del analista. En la condición novedosa de ese deseo fundamos nuestra expectativa de que la asimetría constitutiva del diálogo analítico no sufrirá necesariamente el deslizamiento hacia un ejercicio del poder, tan habitual en la historia de los hombres (Cabral, 2009).

La intención de realizar este recorrido sobre el concepto de contratransferencia en la teoría psicoanalítica apunta a señalar los cambios en la forma de conceptualizar teórica y técnicamente el concepto. Como se puede observar el uso o rechazo del concepto está en relación con la teoría que la sustenta. En las páginas anteriores, la conceptualización del concepto y el uso, o mejor dicho el rechazo de Freud, consistía en un escaso conocimiento del tema. La advertencia apuntaba a la meta o “cura” que buscaba el análisis: vencer las resistencias del paciente. Se entiende entonces la razón por qué Freud consideró indispensable que el analista venciera sus propias resistencias. Resulta lógico pensar que la conceptualización de la contratransferencia en este momento se considere un obstáculo.

Con la muerte de Freud y los abordajes teóricos kleinianos, la interrelación que existe en el ámbito clínico y los fenómenos que lo rigen, proyección e introyección, cuestionan la postura del analista como espejo, mostrando que el analista está involucrado. La concepción de Racker y toda la visión totalista de la contratransferencia apunta a esta concepción teórica del concepto. Se observa un uso, una técnica.



Con Lacan y su teorización de los registros real, simbólico, e imaginario, ubica al analista en una posición diferente a las anteriores. Una posición simbólica que implica la asimetría necesaria para el análisis. Dentro de esta posición toma nuevamente importancia la regla de la abstinencia y la neutralidad, pues lo que se busca no es una identificación con el analista como persona real sino con una posición en la cual pueda movilizar a su deseo. El rechazo del concepto para Lacan consiste en la confusión que puede existir sobre quien guía el análisis, el paciente o la introspección de sí mismo del analista.

Lo que se pretende resaltar con todo lo anterior es que el uso y/o rechazo de la contratransferencia estará en estrecha relación con la forma de conceptualizar teóricamente la práctica clínica. En el entendido de que, al igual que en el psicoanálisis se habla de “caso por caso”, la práctica clínica se realiza de la misma manera, terapeuta por terapeuta. En el sentido particular de este trabajo, mostraré la concepción teórica y técnica de la contratransferencia de mi práctica clínica dentro de la formación en la residencia.

Por ello a continuación se abordará el tema de la supervisión que comprende otra vertiente de conocimiento y de formación dentro de la residencia en psicoterapia.

## **CAPÍTULO 2. LA SUPERVISIÓN PSICOTERAPÉUTICA**

El concepto de la supervisión, desde un matiz psicoanalítico, se remonta a las advertencias que prevé Freud (1910) sobre los puntos ciegos que puede tener el analista, aludiendo a sus propias resistencias, y a la necesidad de disolverlas. En el capítulo anterior se mencionó que una de las propuestas estaba enfocada a un análisis personal o didáctico. Contemplando en este último una forma de supervisión del candidato, es decir, que la supervisión podría encontrar en este punto histórico su primera mención.

A principios de la segunda década del siglo XX existían entre los psicoanalistas divergencias en cuanto a la manera más adecuada para resolver la cuestión. Por un lado, la escuela húngara apostó por una supervisión a partir del análisis didáctico, que apuntaba a un control del análisis; por otro lado, existía la tendencia de un análisis de control en donde se buscaba el análisis de la contratransferencia del candidato.

De acuerdo con Canestri (2008) fue Kovacs en 1936 quien subrayó las ventajas de la supervisión del primer análisis (primer caso) del candidato por su analista, ya que éste está familiarizado con los problemas del candidato, y por ello en capacidad de analizar detenidamente las dificultades que subyacen a las reacciones específicas del candidato a las vicisitudes del acontecer terapéutico y a la patología del paciente. El riesgo y el principal motivo de distanciamiento de este procedimiento de las escuelas psicoanalíticas consistía en que esta práctica conllevaba el riesgo de agudizar un encierro diádico y narcisista del analista con el candidato, y de impedir el descubrimiento de los puntos ciegos posibles de todo análisis.

Si bien, existen vestigios de la problematización del concepto desde principios del siglo pasado, en la actualidad concurren múltiples abordajes, propósitos, definiciones que se enfocan de acuerdo a la corriente teórica que la sustenta. El propósito de la presente investigación no consiste en llegar a un consenso o un estudio extenso del problema. El objetivo es indicar las posibilidades que existen para el concepto de supervisión y retomar aquellas que, de acuerdo con la experiencia profesional, tienen o han tenido una mayor influencia dentro de la formación como psicoterapeuta, desde una visión psicoanalítica.

## **2.1 Definición del concepto**

La palabra supervisión proviene del latín *super* = sobre y *videre* = ver, que equivale a ejercer la inspección, ver desde arriba o posición superior del que ve algo. De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, la palabra supervisar se define como “Ejercer la inspección superior en trabajos realizados por otros”. En el terreno clínico el uso del término se refiere a la asimetría entre supervisor y supervisando, en cuanto a mayor nivel de formación y experiencia del primero que orienta y colabora en la formación del segundo.

Para Amador (2010) la supervisión, por definición, hace referencia a la inspección de un trabajo o tarea, por lo que aplicado al proceso terapéutico se puede establecer como un método de enseñanza. En este sentido, resalta la importancia de la integración de tres factores para adquirir la habilidad del oficio de terapeuta: aprendizaje, proceso personal y supervisión.

Schmelzer (1997 en Daskal, 2008) proporciona tres definiciones del concepto:

1. “La supervisión es un proceso, en el cual una persona experimentada y cualificada (supervisor) ofrece a una persona sin experiencia en este campo (supervisado) posibilidades de aprendizaje a través de orientación,

instrucción o control. Estas posibilidades de aprendizaje están dirigidas a la persona misma o a su interacción con otros por ejemplo clientes, miembros de un grupo, colaboradores.

2. La supervisión es una forma de la reflexión profesional, que apunta a la solución de situaciones laborales difíciles y pesadas para los supervisandos. Se trata de problemas y conflictos, que consideran la persona misma de los supervisandos, su rol profesional, la relación con los clientes y condiciones institucionales del contexto laboral.
3. La supervisión psicoterapéutica debería servir para ayudar a los “expertos en ayuda”....a repensar su propio actuar y sentir respecto al diario quehacer profesional, para descubrir los trasfondos emocionales y cognitivos y –en el mejor de los casos- incluir en ello la propia historia familiar y profesional” (p. 216).

Fuentes (2006) define la supervisión como un método de enseñanza por el cual, el terapeuta en formación confía en alguien de mayor experiencia para presentarle el proceso terapéutico con su paciente, el supervisor funge como un tercero que escucha el discurso *de otro, sobre un otro*.

Para Grinberg (1975), supervisar representa un aprendizaje que se basa en el estudio conjunto resultante de la interacción entre paciente y terapeuta, que capacita al segundo para aprender de su propia experiencia y extender su aprendizaje para beneficiar a más pacientes.

Con base en estas definiciones presentadas se puede suponer que la existe una dificultad para llegar a una definición única puesto que constituye una actividad plural e hiperdefinida, con prácticas y condiciones diversas en su ejercicio. Sin

embargo, dentro de las definiciones propuestas se pueden identificar dos polos: uno de ellos refiere a la parte técnica, institucional o de contenido y el otro a la parte relacional entre supervisado, supervisor y paciente (Valenzuela, 2011).

Teniendo en cuenta lo anterior, la supervisión podría definirse como un proceso en el que participan dos o más personas en una tarea en la que se intenta precisar, mantener y mejorar el nivel de desempeño, especialmente el de los menos experimentados. El trabajo conjunto demanda un respeto mutuo y, a semejanza del proceso analítico, ha de establecerse una alianza de trabajo que debe ser facilitada por el supervisor. Las metas principales de la tarea han sido definidas por López (1995, en Palacios, 2002). Lo que el supervisado necesita aprender es:

1. Evaluar la analizabilidad de sus casos.
2. Establecer y mantener el contrato y la situación analítica.
3. Permitir el desarrollo del proceso psicoanalítico, observando con atención libremente flotante las respuestas caracterológicas del paciente y también sus propias reacciones.
4. Realizar formulaciones silenciosas acerca de lo que observa en el paciente en términos de afectos displacenteros, resistencias y desarrollos transferenciales, y acerca de lo que observa en sí mismo, con el uso del concepto más amplio de la contratransferencia.
5. Corroborar y validar esas formulaciones silenciosas con el flujo del material del paciente, antes de ofrecer interpretaciones.
6. Seleccionar el momento para hacer clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones, usando adecuadamente esos procedimientos técnicos.
7. Monitorear la respuesta del paciente a esas intervenciones, a todo lo largo de las fases de apertura, media, terminación y postterminación del proceso analítico.

8. Usar su material clínico para producir nuevos conocimientos psicoanalíticos, por medio de la elaboración de trabajos teórico-clínicos que puedan ser publicados”.

Estas tareas apuntarían a hacer de la supervisión un escenario clínico formativo, una forma de enseñar sobre la labor terapéutica y una práctica reflexiva sobre la clínica.

Aunado a lo anterior, Valenzuela (2011) agrega que la supervisión clínica involucra actividades en las que se podrían incluir el análisis de las competencias conceptuales, técnicas y ético-personales adquiridas durante la formación y puestas en marcha durante las actividades de evaluación, diagnóstico y psicoterapia propias del ejercicio profesional. La supervisión es una tarea de integración y reflexión que permite reconocer, asimilar y elaborar los elementos experienciales que se actualizan y se resignifican durante el trabajo clínico a partir del encuentro con el paciente y sus demandas (transferencia-contratransferencia).

## **2.2 Funciones de la supervisión**

De acuerdo con Fuentes (2006) la supervisión tiene tres funciones, a saber: educativa, formativa, personal.

- En cuanto a la función educativa la supervisión permite al analista con experiencia transmitir conocimientos técnicos al supervisando en un espacio reflexivo.
- En el aspecto formativo se fomenta el desarrollo de la empatía del candidato y su sensibilidad para captar los contenidos latentes en las producciones verbales de su paciente.

- Por último, la supervisión tiene la función de desarrollar una postura ante la vida que son propios de la persona que ha incorporado y cultivado la mística psicoanalítica como parte de su identidad y de las competencias que se requieren en la práctica de su profesión.

Para Bustos (1995, en Valenzuela, 2011) las funciones de la supervisión son:

- **La función formativa**, que apunta al trabajo con conocimientos teóricos y técnicos que hacen posible el ejercicio de la psicoterapia y fortalecen la identidad profesional.
- **La función normativa** que implica una ética ante el proceso terapéutico que implica la profesión.
- **La función restaurativa** que procura restablecer el equilibrio emocional del yo observante del terapeuta y recuperar la función analítica (función de contención).

Por su parte, Fernández (2008) menciona que la supervisión posibilita tres funciones, en tres niveles:

- **Formación.** Función relacionada con el entrenamiento de habilidades psicoterapéuticas, aumentar el conocimiento teórico y sobre procedimientos técnicos y de investigación.
- **Orientación personal o ayuda terapéutica.** Sin llegar a convertirse en una psicoterapia para el supervisando, el supervisor puede realizar intervenciones para proteger al terapeuta frente a un conflicto que puede representar el tratamiento de algún paciente.
- **Asesoramiento institucional.** Implica la orientación, como profesional, dentro de una institución.

A partir del estudio realizado por Puig (2009) se describen tres funciones básicas de la supervisión: administrativa, educativa y de apoyo.

- **Administrativa.** Se relaciona con la gestión y la dirección de los servicios, y busca el cumplimiento de objetivos organizativos con vista a la obtención de la eficacia.
- **Educativa.** La supervisión se considera como un método de formación. La supervisión educativa ha sido un método imprescindible en aquellas profesiones en cuya acción intervienen actitudes a la vez que conocimientos. Profesiones en las que pensamientos y emociones se transforman en respuesta profesionales en atención a las personas, al mismo tiempo que las actitudes y emociones de las personas atendidas condicionan la percepción y, quizás, la acción del profesional. De la misma manera, la supervisión educativa ha sido una herramienta para la reflexión y la revisión de la acción profesional, así como un espacio de contraste entre el marco teórico-conceptual y la práctica cotidiana.
- **Apoyo.** Persigue dar apoyo a los profesionales supervisados con el objetivo de superar las tensiones y dificultades que se presentan en el ejercicio de su trabajo. Con esta función, se incorporan aquellos aspectos personales del supervisado que pueden estar influyendo en su práctica, con el fin de reconocer como afecta en su quehacer.

Si bien resulta complicado estandarizar los criterios de los supervisores con respecto al propósito y metas de la supervisión; en lo que existe un consenso es que el propósito de la supervisión es enseñar y no analizar. Se busca que el supervisor acompañe al terapeuta para que éste pueda resolver su contratransferencia y escuchar a su paciente sin distorsión. Asimismo, se entiende que el supervisor no analizará los aspectos neurótico de su supervisando sino que podría recomendar que examine ciertas dificultades en su propio análisis (Fuentes, 2006).



Es importante señalar que la estructura y campo de la supervisión varía de acuerdo al punto de observación que elige el supervisor, que a su vez depende de la teoría en la que se apoya y las metas trazadas. Entre los elementos que comprenden el campo de la supervisión se encuentran los siguientes:

- a) el paciente
- b) la relación analítica
- c) la relación paciente-analista-supervisor
- d) la relación en la supervisión como análogo de la relación analítica
- e) la relación paciente-analista-analista didacta-supervisor-institución, etc.

Debe entenderse que estos elementos insoslayablemente aparecen dentro de la supervisión pero su importancia, así como su influencia en el desarrollo del trabajo terapéutico depende de múltiples variables. Si la meta está claramente delimitada, el supervisor puede reducir el campo. Es decir que puede seleccionar qué variables quiere incluir y cuales dejar de lado (Canestri, 2008).

De una manera general se puede decir que la supervisión tiene como objetivo perfeccionar el *instrumento analítico* del supervisado que comprende tres áreas, a saber: teórica, técnica y clínica. La integración fluida de estas tres áreas establece zonas de convergencia que pasan o atraviesan por diversos registros conscientes o inconscientes en el camino que recorre un analista. Asimismo, incluyen el análisis personal, seminarios teóricos y técnicos, por las horas frente a los pacientes, por las múltiples identificaciones con maestros, supervisores, analistas, colegas y autores (y detrás de ellos la cultura o ideología analítica del instituto), y también, por el proceso de supervisión como tal (Sánchez-Escárcega, 2003)

### **2.3 La función del supervisor**

El supervisor es el profesional experto que está al pendiente del ejercicio profesional y ético del supervisado a lo largo de su formación (Valenzuela, 2011). De la misma manera, es un maestro pero con características particulares acorde a su formación y experiencia, que intenta enseñar al supervisando como desempeñarse como terapeuta. Como resultado de esta formación y función, el supervisor, lo intente o no, advertirá las dificultades del supervisado, las conscientes y las que no lo son. En consecuencia, tiene que observar al unísono las comunicaciones preconscious e inconscientes del alumno y las del paciente, al menos tal y como lo trasmite el supervisando como decantado de sus propios filtros internos.

Es por ello que una de las funciones que se destacan del supervisor apuntaría a mantener el equilibrio que exige la tarea de ayudar a su alumno y, al mismo tiempo, al caso cinco en supervisión. Si la labor analítica reclama la presencia funcional de un tercer oído, la tarea de supervisar plantea que exista un doble oído por parte del supervisor para atender los ecos del paciente y los del supervisado (Palacios, 2002).

Por su parte, la supervisión de orientación psicoanalítica, es considerada parte fundamental de la formación y el pasaje por ella, un requisito más de la formación como psicoanalista.

De acuerdo con esta mirada, la supervisión se centra en el paciente y para ello, el diagnóstico clínico es fundamental como guía para el psicoanalista. Para muchos supervisores psicoanalíticos, que sus supervisados conozcan y manejen el diagnóstico descriptivo, el estructural y el dinámico, es un requisito importantísimo del trabajo.

En este tipo de orientación, hay una explicación clara del encuadre de supervisión y los supervisores no consideran en ese espacio aspectos personales de los supervisados. Lo personal que surge es entendido como parte del proceso de transferencia y contratransferencia con los pacientes.

Estas supervisiones se enfocan en los conflictos, no en las conductas, teniendo como marco referencial el inconsciente, la estructura del aparato psíquico y la interrelación paciente-terapeuta. Se usa como metodología la asociación sobre el material que traen los supervisados, teniendo en cuenta la psicogénesis y la repetición en el aquí y ahora de la conflictiva inconsciente (Daskal, 2008).

Se debe precisar que la supervisión no es una sesión terapéutica aunque se cimienta en la escucha analítica de los avatares del vínculo transferencial-contratransferencial entre un analista y su paciente. También allí se procura visualizar los efectos del inconsciente, pero el trabajo se dirige a señalar, comprender, conceptualizar e hipotetizar sobre ellos, desde las teorías existentes o las elaboraciones que sobre la teoría se van construyendo. Estos efectos que, al ser analizados, fertilizan el campo del trabajo terapéutico.

La supervisión también se revela como un espacio de aprendizaje aunque en él no se enseña, más bien se facilitan las condiciones para el descubrimiento personal y para la apropiación-construcción de la identidad analítica. Así, en la intersubjetividad de la relación supervisor-supervisando y en su trabajo con el impacto emocional, la creación de metáforas y analogías, el surgimiento de modelos y construcciones para dar cuenta de la experiencia analítica acontecida en la sesión, forman parte de lo que se entiende como generación de condiciones para el ensanchamiento de la comprensión y el desarrollo de la función analítica de la personalidad.

En este sentido, la supervisión opera como un modo de trabajo con lo analítico a través de un pensamiento dinámico, construyéndose-deconstruyéndose con

apertura a la incertidumbre y a la sorpresa, en el que la identidad analítica se constituye y renueva de forma permanente.

En este modo de funcionar con el material de análisis surgen bucles epistemológicos, algo que es del orden del aprendizaje en su perspectiva de transformación organizadora e integradora que crea un conocimiento nuevo en ambos integrantes de la dupla.

En el candidato, una nueva forma de ver-entender al paciente, de verse-entenderse a él mismo en el vínculo transferencial y de conceptualizar e integrar lo vivido en la sesión y en la supervisión.

En la supervisión la transformación trastocaría al supervisor en su forma de ver-entender el trabajo analítico de candidato y paciente, de ver-entender la dinámica de su propia inserción en este bucle del proceso, y su forma de verse-entenderse trabajando en el contexto institucional (López, 2003).

Ahora bien, una de las advertencias sobre la supervisión que debe mantenerse consciente lo destaca Linares y Ortega (2008) al indicar que la función del supervisor no debe atentar contra la libertad de acción del terapeuta, sino que debe consistir en la producción de un límite que le proporcione seguridad. En este sentido, el supervisor contiene buena parte de la ansiedad del terapeuta inexperto de la misma manera que el terapeuta lo hace con su paciente.

Por su parte, Amador (2010) destaca que la figura del supervisor no refleja un sentido de superioridad en cuanto al nivel de conocimientos sino, desde una mayor experiencia y, fundamentalmente, una mayor madurez personal. La costumbre de reflexionar sobre el propio quehacer y de observar el modo de trabajar del otro, proporciona la habilidad de señalar y devolver y por tanto ser de utilidad al supervisado en el afinamiento de su pericia terapéutica.

En este sentido se puede entender la manera en que fuera nombrada la supervisión, por ejemplo en Argentina, donde se le denominaba “control”. Concepto más bien asociado con una jerarquía de conocimientos y prácticas, el poder ejercido por quienes son considerados propietarios de dicha sabiduría y la necesidad de alguien en ese sitio, controle qué y cómo lo está haciendo otro terapeuta. Con ello se busca diferenciar el dirigir, decidir, influir, definir un curso con el guiar, crear, colaborar, co-construir, tener experticia (Daskal, 2008).

Habiendo revisado los aspectos centrales sobre las funciones de la supervisión, se pretende realizar un diálogo entre el espacio de supervisión y las manifestaciones contratransferenciales. En este punto no se abarcarán las posibles formas de relación entre ambos conceptos sino hasta el apartado de discusión, aunque se vislumbran, desde estas definiciones proporcionadas, los puntos de convergencia entre ambos conceptos.

Para adelantar al lector, se puede considerar que en la relación que se establece entre supervisado-supervisor existen fenómenos particulares que pueden y deben ser reflexionados. Es en esta línea de pensamiento que se propone un diálogo entre la supervisión y la contratransferencia sin excluir al resto de fenómenos que pueden presentarse en ésta relación. En el apartado de resultados y discusión se integrará la teoría con la práctica, la práctica con la supervisión y la supervisión repensada desde la teoría.

## CAPÍTULO 3. MÉTODO

### 3.1 Planteamiento del problema

La contratransferencia ha sido uno de los conceptos psicoanalíticos que ha tenido múltiples acepciones a través del tiempo. El binomio transferencia-contratransferencia se estableció desde los principios de la técnica psicoanalítica. Si bien, el término contratransferencia hace su aparición un poco más tarde, en 1910, parece estar implícitamente establecido en la relación terapeuta-paciente a manera de una transferencia.

Un aspecto relevante que se puede inferir consiste en que, para la propuesta freudiana, el acento recae sobre la persona del paciente, sin embargo, parece contradictorio pensar que el analista no tenga reacciones similares a las del paciente, es decir, una transferencia que se reactualiza en la figura del paciente. Para hablar técnicamente, el término de contratransferencia alude a esta cuestión.

Freud menciona por primera vez el concepto de contratransferencia en 1910 en *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*, en donde la sugiere como una reacción del médico por influjo del paciente y observa que ésta posee una connotación de perturbación dentro el proceso terapéutico y que el analista debe tener control sobre ella, sin especificar si dominar quiere decir reprimir, contener o analizar. “...nos hemos visto llevados a prestar atención a la contratransferencia que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine” (p. 136).

Desde esta perspectiva, la contratransferencia consiste en una reacción impropia del analista hacia la transferencia del paciente, que constituye un obstáculo para la cura y que debe ser anulada por medio del autoanálisis o

análisis personal que propone Freud. Además de las dos propuestas anteriores se considera factible agregar el espacio de supervisión.

Se puede considerar que fue a partir de la década de los 40's y 50's en la que se inicia una auténtica teoría de la contratransferencia con los aportes de Paula Heimann y Henri Racker (Schroeder, 2000; Guerra, 2001). Este otro aspecto de la contratransferencia, llamada visión totalista, considera a ésta como todos los sentimientos, actitudes y conductas del analista hacia el paciente. En este punto de vista se encuentra Heimann, quien considera que la contratransferencia es el resultado de las proyecciones del analista, que se hace depositario de las fantasías inconscientes del paciente (Schkolnik, 2001; Schroeder, 2000).

La propuesta de Heimann consiste en que a través de la contratransferencia el inconsciente del analista entendería al del paciente, por lo que se puede comprender que para la autora poseía cualidades diagnósticas y benéficas para el tratamiento, mientras que la "transferencia del analista" hacia el paciente alude a aquellos puntos ciegos del terapeuta que pueden ser un obstáculo para el proceso.

De acuerdo con González y Rodríguez (2002) fue Racker quien dio un uso amplio al término entendiendo a éste como la totalidad de la respuesta del analista frente al analizado y que podría operar de tres modos, a saber: como obstáculo, instrumento y, finalmente, como campo en que el analizado puede adquirir una experiencia viva y distinta que tuvo originalmente.

Se observa que la postura ante el concepto de contratransferencia se modificó de ser un impedimento, que debiera erradicarse, para convertirse en un instrumento útil al servicio del tratamiento, de la visión clásica a la visión totalista respectivamente.

Para la presente investigación se tomará la definición propuesta por Schkolnik (2001) sobre el concepto de contratransferencia, que se podría incluir dentro de la visión totalista, él la define como:

“Conjunto de reacciones inconscientes a la transferencia del analizado. Todo funcionamiento mental del analista durante la sesión, tomando en cuenta no sólo los niveles inconscientes, sino también preconscientes y manifestaciones que el analista percibe en él mismo y considera relevantes para comprender las reacciones del paciente” (p. 245).

Partiendo de este conjunto de reacciones que puede presentar el analista, se entiende la advertencia de Freud sobre el autoanálisis, análisis personal y la supervisión para evitar que estas reacciones puedan convertirse en obstáculos para el tratamiento.

Entiéndase como supervisión un método de enseñanza en el cual, el terapeuta en formación expone y comparte el proceso terapéutico realizado con su paciente, donde el supervisor funge como oyente del discurso de otro (terapeuta) sobre otro (paciente) (Fuentes, 2006).

Teniendo claras las definiciones de contratransferencia y supervisión. Este estudio busca la comprensión de un fenómeno que, de acuerdo con mi experiencia profesional sobre la formación como psicoterapeuta, he ido construyendo respecto al espacio de supervisión.

El diálogo que propongo entre ambos conceptos, puede ser entendido a la luz de los tres niveles de la contratransferencia: inconsciente, preconsciente y consciente. Dada la importancia de lo anterior, se hará una definición cabal.

El nivel inconsciente de la contratransferencia puede pasar desapercibido y sólo se tiene noticia de ello a partir de fenómenos a nivel preconsciente o consciente;



dentro del nivel consciente, se puede reconocer y nombrar la sensación o emoción experimentada durante el proceso terapéutico; en tanto que el nivel preconscious alude a algo más complejo en donde se sitúa la actuación de la contratransferencia.

La contratransferencia a nivel preconscious, se manifiesta a partir de todas aquellas reacciones corporales y de índole no verbal que como expresiones faciales, mirada, tono de voz, postura, etc., que denomino actuación de la contratransferencia y que son señaladas por el supervisor lo que permite ampliar el conocimiento sobre la contratransferencia.

La supervisión entonces podría ser considerada como el dispositivo que permite la actuación contratransferencial (preconscious) que deberá ser señalada por el supervisor y cuya comprensión deberá ser puesta a favor del proceso analítico del paciente. Esta hipótesis se sustenta en las observaciones realizadas por colegas en el momento de supervisar el caso de manera grupal y la auto-observación en la supervisión individual de aquellos casos atendidos durante la formación.

Es decir, que, a partir de la teoría, la práctica clínica, la supervisión y el análisis personal, puedo dar cuenta de que la contratransferencia implica todas aquellas reacciones, funcionamientos mentales y manifestaciones conscientes, preconscious e inconscientes del analista hacia su paciente, que se hacen presentes en el espacio de supervisión, en la mayoría de las ocasiones en forma de actuación.

Con base en lo expuesto, la presente investigación pretende documentar mi experiencia acerca del proceso teórico-clínico-personal por el que atravesé durante mi formación como terapeuta en el espacio de la supervisión.

En este sentido, la aportación que pretendo realizar, es brindar un texto a aquellos que al iniciar su práctica clínica, se encuentren en una posición similar a la mía y puedan tener un primer acercamiento al concepto desde una doble vertiente: teórica y clínica. Asimismo, mostrar el diálogo existente dentro del espacio de supervisión como aspecto crucial dentro de la formación terapéutica.

Siguiendo estos conocimientos teórico, se proponen las siguientes preguntas que guiaran la presente investigación:

- 1) ¿El dispositivo de supervisión puede ser un escenario en donde el terapeuta en formación puede actuar la contratransferencia sentida durante su labor terapéutica?
- 2) ¿Qué es lo que se actúa en el dispositivo de supervisión?
- 3) ¿Por qué se actúa la contratransferencia?
- 4) ¿Qué implicaciones tiene la actuación de la contratransferencia en la supervisión y en el proceso terapéutico?

### **3.2 Objetivo general**

Analizar, desde la teoría psicoanalítica, bajo qué circunstancias la contratransferencia se actúa en el dispositivo de supervisión.

### **3.3Objetivos específicos**

Describir las reacciones contratransferenciales experimentadas por el terapeuta tanto en el dispositivo terapéutico, como en el de supervisión.

Analizar y describir las implicaciones de la actuación de la contratransferencia en el proceso terapéutico.

Analizar la utilidad del análisis de la contratransferencia en el dispositivo de supervisión para la formación psicoterapéutica.

### **3.4 Supuesto general**

La idea rectora del presente trabajo consiste en identificar la función de la supervisión como el escenario en el cual el terapeuta puede actuar la contratransferencia experimentada en la relación terapeuta-paciente, que permite reconocer y elaborar la contratransferencia experimentada en el terapeuta en formación, tanto a favor del proceso psicoterapéutico a su cargo, como en aras de un mejor aprendizaje.

### **3.5 Definición de categorías**

Contratransferencia: “Conjunto de reacciones inconscientes a la transferencia del analizado. Todo funcionamiento mental del analista durante la sesión, tomando en cuenta no sólo los niveles inconscientes, sino también preconsciouses y manifestaciones que el analista percibe en él mismo y considera relevantes para comprender las reacciones del paciente” (Schkolnik, 2001. p. 245).

Supervisión: La supervisión se puede entender como el método de enseñanza por el cual, el terapeuta en formación confía en alguien de mayor experiencia, para presentarle el proceso terapéutico con su paciente, el supervisor funge como un “tercero” que escucha el discurso de otro, sobre otro (Fuentes, 2006).

Actuación contratransferencial: Parte de la contratransferencia preconsciouses que se presenta a través del lenguaje no verbal en el dispositivo de supervisión a modo de expresiones faciales, tono voz, posturas miradas, etc.

### **3.6 Tipo de estudio**

El presente estudio es de tipo cualitativo, ya que busca la captación y reconstrucción del significado del objeto de estudio, es inductivo y con un modo flexible de captar la información, enfocándose a un lenguaje conceptual y metafórico, acorde a la teoría que sostiene la presente investigación: el psicoanálisis (Ruiz, 1996).

### **3.7 Participantes**

El reporte de auto-observación lo realiza un psicoterapeuta en formación que cursaba el 4to semestre de la Maestría en Psicoterapia para Adolescentes a partir de la exposición de cuatro casos clínicos, abordados desde un enfoque psicoanalítico.

Los pacientes son cuatro adolescentes entre 14 y 17 años de edad que solicitan el servicio psicológico en un Centro Comunitario al sur de la Ciudad de México.

### **3.8 Instrumento**

Para obtener información utilicé el método de la auto-observación apoyado por la supervisión docente y clínica, además de mi espacio analítico, por lo que el rol de observador y participante coinciden en una misma persona. Implica el grado más elevado de participación en la observación, en donde el observador es a la vez sujeto y objeto. Este tipo de observación se ha revelado especialmente útil en el estudio de conductas que pertenecen a la esfera de la privacidad, las que resultan poco detectables para observadores externos, conductas encubiertas y aquellas que se supone están precedidas por reacciones internas o estados emocionales que pudieron influir sobre el objeto de investigación.

### **3.9 Procedimiento**

La metodología empleada para la obtención y análisis de los datos se sustenta en el procedimiento de auto-observación sobre mi experiencia formativa en dos tiempos y escenarios diferentes: en mi labor como terapeuta dentro del espacio terapéutico y mi lugar como supervisado dentro del dispositivo de supervisión.

Por lo tanto, se presenta como referencia empírica un auto-reporte de lo experimentado durante el proceso terapéutico y, posteriormente, lo actuado en el espacio de supervisión, así como observaciones de la supervisora. Esto con la intención de elucidar el sentido y significado de las reacciones contratransferenciales a favor del tratamiento del paciente.

### **3.10 Consideraciones éticas**

Las consideraciones éticas de la presente investigación se encuentran enfocadas en los participantes y el terapeuta en formación.

En relación a los pacientes, se obtuvo su consentimiento informado en donde se les dio a conocer que la información obtenida durante el tratamiento podría ser parte de un estudio y/o investigación, asegurando que se guardaría la confidencialidad utilizando pseudónimos y que tenía el derecho de retirarse en cualquier momento que él/ella lo considerara.

En cuanto al terapeuta en formación el código ético estipula que el psicólogo deberá reconocer que sus problemas y conflictos pueden interferir con su efectividad. Por lo tanto, se deberá abstener de llevar a cabo una actividad cuando sabe o debería saber que sus problemas personales probablemente dañen a un paciente (Artículos 9, 10, 11, 12, Sociedad Mexicana de Psicología, 1985)

## CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Referencia empírica

#### 4.1 Bruno

Bruno es un adolescente de 14 años de edad, estudiante del segundo año de secundaria y asiste a un curso propedéutico en la Escuela Nacional de Música donde aprende piano. Acude al Centro Comunitario debido a que su madre refiere las siguiente observación sobre él: “angustia, tristeza, callado, flojo, raro e indiferente”.

La familia de Bruno está conformada por su padre de 53 años, labora todo el día como vendedor en una compañía de botanas; su madre de 40 años de edad que se desempeña como ama de casa, y su hermano mayor de 20 años quien desea ingresar a la Escuela Nacional de Música.

La madre solicita apoyo para su hijo por la vivencia de dos circunstancias familiares que le han llevado a pensar que su hijo necesita atención psicológica. El primero de ellos fue que, dos años antes, se incendió su casa. Indica que sólo hubo pérdidas materiales pero durante este evento ella tuvo que dejar a su hijo completamente solo durante un par de días debido a que estuvo ocupada recuperando pertenencias. El otro evento ocurrió un año después y consiste en que su hijo mayor intentó suicidarse con pastillas y alcohol. Igual que en la situación anterior, la madre refiere que su hijo se quedó solo en casa por un fin de semana pues los padres estaban al cuidado de su otro hijo que permanecía en el hospital.

Sin embargo, Bruno tiene un motivo diferente para llevar un proceso terapéutico que consistió en definir el tipo de bachillerato a cursar debido a que él tiene interés en cursar una carrera en música en la Nacional de Música, pero su

hermano le ha aconsejado que estudie en el CCH para tener un mayor panorama de las cosas.

La primera impresión que tuve del caso fue que si la madre consideraba necesaria la atención psicológica para Bruno era porque ella lo necesitaba para su persona. Estas situaciones que mencionó como posibles precursores del estado actual de su hijo, han dejado una huella en ella y que podría sugerir una débil diferenciación entre madre e hijo o una proyección: algo que impactó en la madre, debe de haber impactado en el hijo. Una concepción del hijo como aún dependiente del cuidado materno a los 12 años de edad. Esto puede pensarse desde lo que Lacan (1971) propone a partir del transitivismo donde la madre está colocando en el hijo algo que lee ella y que le fue difícil de tramitar.

Esto se apoya en que Bruno no considera dentro de su motivo de consulta estos dos acontecimientos, por otra parte, en cuanto al asilamiento y la tristeza que refiere su madre como su estado actual, él considera que siempre ha sido así. Yo también disentí de la madre al considerar que sus referencias aludían a características propias de la etapa adolescente, en la que existe una búsqueda de independencia de las figuras parentales y su consecuencia era mantener distancia respecto a ellos, no sólo física sino también en lo que desea compartir.

Puedo reconocer que Bruno es un paciente con el que me gusta trabajar, que me interesa. Podría considerar que es un “buen paciente”: asiste regularmente, realiza asociaciones y trata de reflexionar acerca de lo visto en sesiones anteriores. La impresión que Bruno me genera es que se trata de un joven pasivo, lo que se debe principalmente a la manera en que saluda, en su andar lento, su tono de voz bajo que expresa falta de energía, lo que a su vez se apoya en la manera en que el paciente describe su cotidianidad.

La contratransferencia experimentada al inicio del tratamiento consistió en su interés por la música que es algo que también comparto con él. Me parecía importante considerar el punto de vista sobre esta dificultad que se le presentaba al elegir el tipo de bachillerato a cursar y que él se pudiera preguntar sobre lo que quería y las implicaciones de esta elección.

En cuanto al aspecto pasivo que describo como característico del paciente me percataba que, en ocasiones, me llegaba a incomodar y frustrar el hecho que sólo respondía a las situaciones. Este aspecto se repetía dentro de las sesiones, pues en éstas el paciente sólo contestaba a mis preguntas, lo hacía con un tono muy bajo que me dificultaba la escucha.

Al trabajar el caso en el espacio de supervisión se señala mi expresividad al hablar sobre el paciente, por lo que surge el cuestionamiento si esto también ocurre durante las sesiones. Ante esta pregunta me percaté que tanto la forma de presentar el caso como mis expresiones corporales van en consonancia con lo sentido hacia Bruno durante la sesión, es decir, que puedo ser empático y que me gusta trabajar con él. Asimismo, la supervisora me indica que puede crearse una idea clara de Bruno y de su forma de desenvolverse dentro del espacio terapéutico a través de la manera en que yo lo describo de forma verbal y no verbal.

La primera explicación que proporciono del caso, donde la madre es quien presenta una débil diferenciación o proyección, aparece como forma de una ocurrencia y dicha explicación sólo se sostiene de manera teórica ya que poseía muy poca información al respecto. Esta explicación es una manifestación de la contratransferencia que podría pensarse en su faceta preconsciente aludiendo al bagaje teórico al cual se le da lectura. Green (1975), señala que la contratransferencia no sólo incluye sentimientos negativos o positivos provocados por la transferencia del paciente, sino que comprende todo el funcionamiento mental del analista incluyendo sus lecturas y sus discusiones



con colegas. De igual forma, este rostro de la contratransferencia podría considerarse como indirecta ya que fue a partir de lo referido por la madre y no por el paciente en sí.

Siguiendo el planteamiento de Racker (1996) en el cual se puede hacer una analogía entre la transferencia y la contratransferencia, se observa que en este momento del tratamiento, esta última no se ha establecido y que el rostro que se presenta es un atisbo de lo que se irá gestando de acuerdo al transcurrir las sesiones. Lo que busco resaltar hasta el momento es la existencia de una manifestación de la contratransferencia y la importancia de hacer evidente ésta como un precursor para el entendimiento de la dinámica del paciente.

Es importante reconocer que puede presentarse más de una cara de la contratransferencia en un momento determinado. En este primer periodo se puede leer como una contratransferencia concordante (Racker, 1996), que se origina en la contratransferencia positiva sublimada y está en la base del movimiento empático y de los procesos de comprensión del analista. Con lo anterior quiero hacer hincapié la función de intérprete que pude experimentar durante la sesión y que esto me permitió (re)conocer la manera de sentir de mi paciente en este momento. En un análisis a posteriori puedo pensar que esta explicación del caso y la justificación que adjudico a la etapa adolescente no fue más que un vestigio de la contratransferencia concordante en su matiz de empatía.

Dentro del espacio de supervisión, mi lenguaje verbal y no verbal, permitió a la supervisora formarse una idea del paciente que apunto a entender e interpretar el mundo interno del paciente.

En un momento intermedio del tratamiento de Bruno, se comenzaron a abordar temas relacionados con las formas de comunicación hacia seres queridos:

padres, hermanos y con su novia. Esta comunicación siempre se encontraba teñida de ambigüedades que el receptor tenía que interpretar y que no necesariamente le daba el sentido original que había considerado Bruno. Entre uno de ellos se encuentra un evento que resalta entre los demás.

Bruno refiere que sus padres se molestaron con él debido a que utilizó la tarjeta de crédito de su papá para comprar música por internet. Él se excedió en la cantidad acordada y sus padres le dejaron de hablar a manera de castigo. Esta forma de punición apunta más a una dificultad familiar que a una reprimenda por sus actos. Esto se basa en las referencias constantes del paciente y que, al parecer, comparten todos los miembros de la familia, donde la constante es que ante una situación que no saben manejar se evita hablar del tema.

Ante el silencio de los padres, Bruno se siente culpable; en su ausencia, el paciente deja una nota manchada con sangre en la que se lee lo siguiente: “*No más lagrimas para llorar, no más sangre para derramar*”. Los padres al llegar a casa encuentran la nota pero no dicen nada.

En este momento del proceso terapéutico que Bruno menciona hacerse cortes en los brazos para liberar el malestar que siente y que de otra manera no sabe expresar. Al interrogar sobre la nota dejada y la intención que había detrás de este acto, comenta que su objetivo era hacerles saber que se sentía culpable por lo que había hecho con la intención de expresarles su arrepentimiento; la sangre representaba una forma pago.

En algunas sesiones, al escuchar a Bruno, no entendía lo que él intentaba transmitir y esta forma ambigua de comunicación me generaba desconcierto. Hablaba de los problemas familiares, las dificultades que existían en el distanciamiento con los seres queridos, en especial de su hermano y su novia, pero me daba la impresión de que siempre él quedaba dependiente de éstos. Siempre pasivo, nunca tomaba la iniciativa. Incluso en la descripción de sus

noviazgos siempre eran ellas las que le “daban pie” para que él les pudiera proponer un noviazgo. De la misma forma, los rompimientos siempre apuntaban a decisiones de ellas.

Durante la supervisión, se enfatizó la presencia de esta forma de comunicación familiar. Entre los eventos y situaciones que quedaban establecidas a manera de tabú, se encontraban las referidas por la madre: el incendio y el intento de suicidio por parte del hermano. En esas dos ocasiones nadie habló al respecto, sólo se mencionó como posible causa del estado de Bruno. Este desconcierto que en algunas sesiones aparecía, podría entenderse como resultado de la dificultad de Bruno para comunicarse. Él trataba de disfrazar, por decirlo de algún modo, la intención que precedía a su comunicación. La sensación que experimentaba es que Bruno arrojaba un lenguaje que buscaba ser interpretado y que, evidentemente, era yo a quien le correspondía desentrañar dicho mensaje.

En algunas ocasiones percibía una sensación de que Bruno quería transmitir algo que ocultaba en su lenguaje, lo disfrazaba, callaba. Fue por ello que, a partir de esta sensación, no permitía que él continuara con su discurso. En lugar de ello le preguntaba lisa y llanamente qué era lo que me quería decir y con ello señalar su forma ambigua de comunicarse y su necesidad de que alguien descifrara el mensaje de fondo, lo permitió una comunicación más directa.

Cuando me percataba que estaba realizando alguna asociación, le pedía a Bruno que me describiera su línea de pensamiento, con la intención de que pudiera aclarar su asociación, es decir, la manera en que pensaba y posteriormente lo comunicaba. A partir de esto, el tipo de comunicación se modificó y como resultado fue menos ambigua.

Se puede considerar que en la manera de comunicación que Bruno estableció en el dispositivo terapéutico se daba debido a un elemento transferencial relacionado al vínculo familiar, específicamente al vínculo parental.

Queda de manifiesto en el paciente una parte oculta, no dicha ni apalabrada que indudablemente provenía de la relación con sus padres y que en ese momento se actualizaba en la figura del terapeuta, es decir, que la contratransferencia del paciente era lo que a mí, como terapeuta, me generaba una sensación particular, por lo que, de manera explícita, se pudo observar que la contratransferencia se generaba a partir de la transferencia del paciente.

Como se señaló previamente, un rostro de la contratransferencia no excluye a los demás sino que se pueden presentar a manera de caleidoscopio. Pensarla de esta manera nos permite vislumbrar, al mismo tiempo, un rostro que apunta a una contratransferencia concordante, donde mi función fue percatarme de lo que me hacía sentir el discurso de Bruno, esa sensación que me llevó a considerar la existencia de un motivo que no se vislumbraba a simple vista, un mensaje que necesitaba descifrarse.

De la misma forma, los cortes que se realizaba como forma de expresión sustenta la hipótesis de que su lenguaje solicitaba un interprete para buscar un sentido. Lo anterior implica una contratransferencia materna, de representación cosa a representación palabra.

Siguiendo esta línea de pensamiento se encuentra el planteamiento de Bollas (1991) en el cual la contratransferencia y la actividad autoanalítica permiten la creación de un espacio receptivo en el analista para el paciente, no sólo para los que no pueden verbalizar sino para aquello que no puede ser pensado. Por su parte, Bion (1967) propone que la identificación proyectiva habilita al paciente para investigar sus propios sentimientos en una personalidad que considera suficientemente fuerte como para contenerlos. Esta identificación está en la base

de la comunicación arcaica y puede involucrar sentimientos muy intensos que sólo se pueden manejar de esta manera pues no se le pueden poner palabras.

Partiendo de lo anterior se comprende lo que Racker (1996) menciona respecto de la función del analista, donde éste debe oscilar entre ser un instrumento pasivo sensible y, al mismo tiempo, un oyente crítico racional con la intención de alcanzar cierta objetividad frente al analizado.

Para la parte final del proceso, Bruno concluyó la secundaria; decidió cursar sus estudios de bachillerato en una preparatoria abierta debido a que no obtuvo un lugar en el CCH o alguna otra de sus opciones. A la par de sus estudios de bachillerato ingresó a la Escuela Nacional de Música.

Bruno experimentó un cambio radical que se evidenció tanto en su actitud como en su apariencia. De ser un chico que era acompañado por su madre a la escuela, cambió a ser un adolescente con mayor independencia. Comentaba pasar algunas noches en casa de un amigo de la escuela de música, comenzó a fumar, se tiñó el cabello, empezó a dar clases de piano a dos niños a manera de trabajo, etc. Experimentó múltiples cambios acompañados de nostalgia y añoro por situaciones pasadas. Por ejemplo, existía una ambivalencia en cuanto a la nueva forma de relacionarse con la madre. Bruno manifestaba el deseo de mayor apertura en los permisos, buscaba otras libertades que la madre dificultaba. La madre de Bruno, al enfocarse en su hijo mayor, permitió mayor independencia en el paciente de manera abrupta, generando en él una sensación de rareza que apalabra de la siguiente manera: *“era algo que deseaba pero no tan de golpe”*.

Estos cambios también comenzaron a aparecer en relación al espacio terapéutico. Solicitaba cambios en el horario de sesión, comenzó a faltar y a llegar tarde. En lo personal, me daba la impresión que jugaba, por decirlo de

alguna manera, con el encuadre institucional. Por ejemplo, tenía conocimiento que si faltaba tres veces sin avisar se le podría cancelar el servicio, entonces faltaba dos y en la tercera se comunicaba conmigo para avisar que no iba a poder asistir. Esto puede relacionarse con la idea que en un primer momento tenía y la contratransferencia que sentí hacia él. Con los cambios me indicaba que quería dejar de ser “un buen paciente”, como yo lo consideraba, para ser el paciente que él decidía ser.

Yo me había percatado que todas estas actuaciones de Bruno tenían una estrecha relación con lo que estaba experimentando; la apertura a un mundo social más amplio y con mayor independencia se extendió a la dinámica del proceso terapéutico. Lo pensaba como una extensión más de su modo actual de estar en el mundo, propio del individuo adolescente. De igual forma que lo manifestó con su madre, Bruno me indicó durante una sesión que ya no le agradaba la forma de trabajo, ya que sentía que estaba en un interrogatorio.

Ante esta indicación le comenté que la forma de trabajo se había desarrollado de esta forma porque sólo hablaba a partir de mis preguntas, le sugerí cambiar la forma de trabajo invitándolo a hablar de lo que él quisiera, con lo que se posibilitó que él fuera responsable del trabajo en la sesión. Esta forma de trabajo ya era conocida por Bruno pues esta estrategia había inaugurado el espacio terapéutico.

En las sesiones siguiente Bruno se notaba angustiado con la nueva forma de trabajo y me pidió que regresáramos a la anterior. Decidí seguir trabajando de esta manera generando una angustia no mayor de la que él pudiera manejar. De la misma forma le señalé que este cambio en la forma de trabajo se relacionaba con la búsqueda de independencia y, que al igual que con la libertad buscada respecto a su madre, esto le había angustiado y por eso me solicitaba retomar la anterior forma de trabajo.

En este último momento puedo manifestar la existencia de una contratransferencia parental, en la que Bruno repetía conmigo la nueva forma de relacionarse con su familia: ausencias, llegadas tarde, cambios tanto físicos como actitudinales. Me ubicaba en esta posición y yo, de alguna manera respondí ante esto. En dos formas puedo reconocer lo anterior:

Primeramente se encuentra la justificación que le daba a su actuar en relación al proceso terapéutico como una búsqueda de independencia propia del adolescente por lo que cedí en estos cambios de horario y a la forma de trabajo con la intención de que Bruno no se sintiera desprotegido o abandonado como lo sintió con su madre.

En segundo lugar, una actuación de mi parte durante la supervisión que permitió observar mi respuesta a la demanda/transferencia del paciente colocándome en el lugar de los padres.

Durante mi supervisión, en el momento que describo el caso y todo los cambios anteriormente señalados, menciono que, de acuerdo al discurso del paciente, encuentro eventos que no coinciden en relación al tiempo. Algunas de sus inasistencias la refería a una situación escolar, posteriormente relataba otros eventos que realizaba en ese tiempo.

Cuando le describo esta incongruencia a la supervisora, ella me señala que tengo una sonrisa a manera de haber atrapado al paciente en una mentira. La interpretación de esta sonrisa que acompaña la descripción de la sesión, corrobora el hecho en el cual Bruno trata de mentirme y que yo trato de evidenciar como concedor de su mentira. Él me coloca en determinada posición y yo la adopto, sin darme cuenta. A partir de esto puedo observar que Bruno encuentra en mí alguien que emite un juicio y que, a pesar de que no lo expreso dentro de la sesión, él alcanza a percatarse de esto. Con lo anterior

quiero resaltar la existencia de una comunicación más allá de lo verbal en la cual se transmite mi contratransferencia y que se evidenció a partir de la supervisión.

A esta contratransferencia experimentada durante este último periodo del tratamiento se le podría considerar, desde la propuesta de Racker, como una posición del analista en la cual los sentimientos y fantasías son más hondos y duraderos y pueden pasar inadvertidos: una posición contratransferencial. En este caso, fue mediante la actuación de la contratransferencia que se evidenció a través de una sonrisa, que permitió desenmascarar una posición que yo había adoptado frente a mi paciente y en la que cedía a su demanda/transferencia.

A partir del señalamiento hecho en la supervisión en donde se evidencia mi sonrisa como un acto contratransferencial, la contratransferencia se convierte en un instrumento sensible del mundo interno del paciente así como una demanda en relación al terapeuta. Lo observado en la clínica a través de los actos contratransferenciales, encuentra sustento en la teoría en la que De León (2000) propone que en la medida en que el analista puede comprender su propia respuesta contratransferencial, modifica su carácter repetitivo, ofreciendo una posibilidad de cambio al analizado.

## **4.2 Adriana**

Adriana es una adolescente de 15 años de edad, estudiante del 3er año de secundaria, de estatura baja, complexión robusta, cabello y ojos claros. Es la madre de Adriana quien solicita el servicio debido a “violencia verbal por parte del padre, dificultad de relación con ambos padres y violencia escolar”.

La familia de Adriana está conformada por el padre de 43 años de edad que no cuenta con un empleo estable, obtiene recursos de algunos negocios; su madre



de 43 años empleada de una estética y su hermano de 22 años que estudia una ingeniería en el IPN. Actualmente, la madre y los hijos habitan en casa de la abuela materna debido a que los padres se separaron.

Al indagar el motivo provisto por la madre, Adriana indica que la violencia que sufrió por parte de su padre consistía en humillaciones que recibió al estar viviendo con él; menciona que al separarse sus padres se fueron a vivir con su abuela y que tanto ésta como su madre la restringían mucho en relación a los permisos. Fue por ello que decidió irse a vivir con su papá, ya que había constantes disputas tanto con la abuela como con la madre.

Durante el tiempo que vivió con su padre, Adriana refiere que éste le delegaba los quehaceres de la casa, tenía que ayudarlo a organizar sus negocios, asistir a la escuela y realizar su tarea. El argumento que su padre le daba ante esta situación era que, de esta manera, iba a aprender a valorar el ganarse la comida. Así fue su situación durante 8 meses, hasta que decide regresar con su madre porque no pudo aguantar más tiempo esta dinámica.

Por otra parte, en relación a la violencia escolar, menciona que una compañera la golpeó al salir del colegio, esto sin razón aparente. Como consecuencia de los golpes, Adriana resultó con fractura en el tabique nasal, razón por la cual la madre decidió levantar una denuncia en contra de la agresora.

Mi impresión del caso, a partir de estas primeras comunicaciones, fue que Adriana había experimentado violencia por parte de sus padres y que seguramente podría estar repitiéndose en otros escenarios, en este caso, el escolar. Al relatar lo que le había ocurrido en las diferentes situaciones me transmitía una sensación de desvalimiento y necesidad de protección.

Durante esta fase inicial de entrevistas, Adriana no manifestó una demanda propia para iniciar un proceso terapéutico, más bien ella se mostraba un tanto

pasiva en relación al discurso de la madre y lo que ésta mencionaba como malestar de su hija. Adriana relataba las situaciones que la madre señalaba, por ejemplo, el periodo que vivió con su padre y la agresión por parte de la compañera escolar.

En relación al primer punto, Adriana comentó que la relación con su madre y abuela era muy conflictiva por las constantes restricciones que ellas le imponían. Consideraba que tenían un trato preferencial hacia su hermano y, esto se lo adjudicaba a que él es hombre. Le delegaban los quehaceres domésticos y sentía que no poseía un espacio propio dentro de la casa, ya que era la única que compartía habitación y esto era con su mamá. Ella recuerda que la relación con su padre, en estos momentos, era buena y que, cuando llegaban a salir, tenían buena comunicación. Todo esto cambió cuando comenzó a vivir con él.

En cuanto a la agresión por parte de su compañera, Adriana refiere que desconoce la razón por la cual la agredió. Comenta que hace unos meses fue cambiada de escuela por petición de la madre y que, en este nuevo plantel, le costó mucho trabajo adaptarse. Ella cree que sus compañeras la envidian por ser blanca y tener ojos de color. Sobre el día que su compañera la agredió comenta lo siguiente: *“Yo salí de la escuela y ya me iba a mi casa, iba con mi amiga M. Entonces se acerca una chica y me dice que yo le caigo mal y que quiere que nos peleemos. La ignoré y seguí caminando. Fue entonces cuando ella me jala de la mochila y me voltea, me pegó en la nariz y se me echó encima. Tengo mucho coraje porque pude haber hecho algo, no sé, patearla o algo así pero no hice nada”*.

En la supervisión del caso de Adriana se me señaló la importancia de no quedarme con la impresión de que la paciente era la víctima en estas situaciones. La supervisora me recomendó que indagara sobre las situaciones que habían precedido a la separación de los padres y que tratara de identificar la

forma en que la paciente se colocaba dentro de la dinámica familiar, es decir, conocer la forma de participación dentro de su situación.

Lo que llama la atención sobre las indicaciones de la supervisora fue la alusión para indagar la posición en que Adriana se colocaba frente al mundo, no quedarme con la idea de que Adriana era víctima y que averiguara sobre la forma que la paciente se asume dentro de las situaciones. Sin decírmelo de una forma directa pude entender que me recomendaba no repetir la forma en que ella estaba siendo vista por la madre, en este caso como víctima, y a su vez, ceder a la transferencia que ella me estaba colocando, es decir, como aquella que necesita protección.

El espacio de supervisión me permitió pensar la manera en que la paciente se colocaba/participaba dentro de estas situaciones que relataba y que yo pudiera estar siendo atrapado por el discurso. Al decir atrapado, quiero hacer énfasis en la repetición que la paciente intentaba realizar frente a mí, y que yo, de alguna manera, estaba permitiendo; en otros términos, cediendo a su demanda.

En concordancia con el tema que nos atañe, se señala que la forma en la que presenté el caso, permitió a la supervisora dar cuenta de mi contratransferencia ya instaurada en la primera sesión, que se expresó a partir de mi tono de voz, gestos faciales y el uso de determinadas palabras. A pesar de que la supervisora no expresó la idea de haber dado cuenta de mi contratransferencia a partir de mis expresiones antes señaladas, es factible suponerlo debido a que sus recomendaciones eran concordantes con lo señalado.

Esa sensación de necesidad de protección y desvalimiento que experimenté durante la sesión con la paciente, lo transmití durante la supervisión. Con ello quiero señalar que tanto la contratransferencia experimentada durante las sesiones como la percepción de la supervisora sobre mí coincidió.

La contratransferencia que surgió en este primer periodo presentaba la existencia de una simiente que podía apuntar a la creación de una posición respecto a la transferencia de la paciente: de desvalida y necesitada de protección. Se estaría presentando la contratransferencia como una manifestación de posición respecto a la transferencia de la paciente.

La indicación de la supervisora resultó relevante en el sentido de prevenir el desarrollo de esta simiente, para que no culminara en una posición que imposibilitara a manera de obstáculo el proceso terapéutico.

En el transcurso del proceso terapéutico posterior a la etapa antes descrita, el trabajo se centró en temas relacionados con las molestias que experimentaba con la abuela y la madre por los quehaceres de la casa, las restricciones que ella sentía respecto a los permisos y la diferencia que observaba en el trato entre ella y su hermano, situación que ya había referido como conflictivo previo a ir a vivir con su padre.

En el aspecto social, se encontraba con complicaciones dentro de un triángulo amoroso entre un ex novio y su mejor amiga de la secundaria, problema que le absorbía gran cantidad de su tiempo. Dentro del aspecto escolar existía un disgusto por la escuela dado que esta había sido asignada a partir de los resultados del examen de colocación. Las relaciones con los profesores, en específico con las mujeres, eran muy conflictivas debido a una actualización del conflicto con su madre y la abuela.

Durante este periodo me percaté que en las sesiones me sentía aburrido, trataba de no bostezar y me advertí pensando en otro tema. Consideré que la razón por la cual me ocurría esto era porque no dilucidaba algún motivo de consulta claro. Su discurso me parecía extremadamente descriptivo e innecesario. Desde mi perspectiva consideraba que había temas a trabajar y, sin

embargo, la paciente evadía. Por lo tanto me limité a indicarle algunos puntos sobre su dinámica familiar que consideraba importante pero la paciente los eludía.

Consideré que la paciente estaba esperando que alguien le dijera lo que tenía que hacer, y que esta demanda estaba dirigida al terapeuta a quien yo encarnaba. Buscaba reactualizar lo que en un inicio, en las entrevistas, hacia su madre: mencionar los temas que ella posteriormente desarrollaba y que daban la impresión que era más por demanda de la madre que por motivación personal. Por lo tanto, dejé que ella decidiera sobre los temas a trabajar, es decir, que tomara una actitud activa en relación a su proceso terapéutico.

Al presentar el caso en supervisión, la supervisora me solicita que describa el caso una vez más. Al finalizar mi exposición, por segunda vez, la supervisora me indica no entender el caso, que me sentía confundido y que esto se observaba en la forma de presentarlo, sin cuerpo, como si estuviera fragmentado. Durante esta supervisión se señala que oscilo entre temas pasados y presentes, fluctúo entre aspectos familiares y personales, y que esto le da la impresión de que no existe un objetivo que guíe el proceso terapéutico, hecho que ya se había considerado a partir de las entrevistas iniciales en donde ella, desde mi perspectiva, cumple con lo esperado por la madre, es decir, se identificó con el deseo de ésta y se vive a través de ello.

Ahora bien, en el caso de Adriana la contratransferencia se manifestó a partir del aburrimiento. Las sesiones en este periodo del tratamiento se hacían muy largas, advertía la presencia de temas divergentes, descripciones innecesarias, etc. Me percataba de una sensación de pesadez, de no conexión en lo que relataba.

La explicación de este aburrimiento como manifestación de la contratransferencia consiste como una confusión o desconocimiento de la

demanda de la paciente. No precisaba un motivo de consulta propio en Adriana que respondiera a su deseo y no al de su madre, que en este caso apuntaba a asignarle un lugar de suplencia del padre junto a ella y, por lo tanto, ser el blanco de agresiones dirigidas hacia este último. La manifestación contratransferencial puede leerse desde la perspectiva concordante propuesta por Racker (1996) en la cual, esta confusión que experimenté se debe a la confusión que existe en la persona de Adriana en la búsqueda de su propio deseo frente al de su madre.

Al pensar la reacción contratransferencial de esta manera, busqué en el discurso de Adriana la posibilidad de introducir una pregunta que le permitiera movilizar su deseo a partir de diferenciar lo que la madre decía, de lo que ella pensaba, alguna pregunta que la descolocara del lugar asignado por la madre y que ella había adoptado. Una pregunta que, a manera de corte, pudiera hacerla pensar en su lugar dentro de su familia, la escuela, el mundo. Fue en este sentido que se realizaron intervenciones que Adriana evadía constantemente.

Resumiendo. La expresión de la contratransferencia dentro del espacio de supervisión se evidenció en la fragmentación y el poco orden en la presentación del caso como consecuencia, considero yo, de la ausencia de un motivo de consulta. De igual forma, esta confusión fue transmitida a la supervisora que me solicitó presentar nuevamente el caso, para tratar de encontrar un aspecto que le diera estructura al proceso terapéutico, es decir, un motivo de consulta. Con la segunda presentación pudo entrever que el caso carecía de objetivo y, por lo tanto, le transmití una confusión que yo estuve experimentando durante las sesiones a través del aburrimiento. Por lo tanto, me recomendó que relejera todo el expediente de la paciente con la intención de visualizar el motivo de consulta, los temas trabajados y los que se habían mencionado pero no trabajados. Todo esto con la finalidad de dar estructura a la forma de pensar a la paciente, lo que no fue posible llevar a cabo debido a que Adriana dejó de asistir al Centro Comunitario.

Elaborando un análisis del caso, se consideró pertinente hacer un registro de mis ocurrencias durante las sesiones con la paciente, en concordancia con lo que Racker propone (1996) sobre las ocurrencias contratransferenciales. En donde estas no implican un conflicto grave por lo general, sino que afloran en la consciencia del analista y deben de tomarse en cuenta en espera a que el material del paciente las confirme, de lo contrario no deberían de ser utilizadas para una interpretación por dos razones, a saber: porque no tienen nada que ver con el paciente o porque está muy lejos de su consciencia. (Etchegoyen, 2002).

### **4.3 Eduardo**

Eduardo es un adolescente de 15 años de edad, que cursa el tercer grado de secundaria. Presenta un ligero retraso mental, problemas de lenguaje y de motricidad. Físicamente Eduardo aparenta menos edad, está encorvado, es delgado y presenta estrabismo.

La familia de Eduardo está conformada por su padre de 53 años, ingeniero de profesión que se dedica a dar clases de matemáticas a nivel secundaria; su madre de 43 años de edad, con una maestría en educación especial, que labora como subdirectora de secundaria y su hermano mayor de 17 que estudia una carrera técnica en mecánica automotriz.

Eduardo es llevado al Centro Comunitario por su madre, refiere que, debido a la discapacidad que presenta su hijo, ha sufrido bullying por los compañeros de la escuela. Por esta razón decidió cambiarlo de plantel a donde ella labora. La madre refiere haber observado en Eduardo cierta dificultad para adaptarse al cambio, que se ha manifestado con dificultades para controlar esfínteres y vómito, lo que ha generado que sea molestado y acosado en la nueva escuela.

Otro motivo de preocupación de la madre consiste en el interés de Eduardo por las jóvenes. La madre menciona que su hijo se la pasa en internet o vía telefónica buscando contacto con jóvenes desconocidas y tiene la necesidad de tener una novia. Situación que le alarma porque considera que, al ser desconocidas, puede resultar peligroso.

Un elemento importante para analizar la contratransferencia con este paciente radica en el siguiente hecho. El Centro Comunitario Julián MacGregor ofrece atención al público en general. Los solicitantes llaman por teléfono y se les anota en una lista de espera hasta que un terapeuta tenga un espacio y haga contacto. Para la creación de la lista, el encargado de recepción pide el nombre del paciente, en caso de ser menor de edad, como en este caso, el nombre del responsable, motivo de consulta, horario de preferencia y teléfono de contacto. Los terapeutas siguen el orden de la lista de solicitantes. Si no contestan o ya no requieren el servicio se continúa con el siguiente solicitante. Bajo esta circunstancia es que realicé el contacto con la familia de Eduardo.

En este primer contacto con la realidad del paciente encuentro a un adolescente con una discapacidad intelectual y motriz, que ha sido víctima de bullying y que requiere atención psicológica. Esta primera impresión del paciente me creó la incógnita sobre la forma de trabajo ya que, en mi experiencia profesional, nunca había trabajado con personas con una discapacidad intelectual. Esta inexperiencia se aunaba al enfoque de la maestría, una aproximación psicoanalítica que requiere que el paciente tenga un grado de abstracción y uso de la palabra. Yo desconocía el grado de discapacidad intelectual y motriz, así como la capacidad de comunicación de Eduardo.

Al inicio del proceso terapéutico, observé en mí cierta sensación de enojo y desesperación debido a la manera repetitiva en la que el paciente abordaba ciertos temas. Considero que se vieron involucradas mis expectativas sobre el paciente, porque llegué a considerar que tenía los recursos necesarios para



poder trabajar desde una perspectiva psicoanalítica. De otra manera: mi primer acercamiento respondió más a mis intereses que a los del paciente. Finalmente me percaté de que el tipo de lenguaje que utilizaba generalmente apuntaba a lo concreto y se le dificultaba el pensamiento metafórico. Conforme la terapia iba avanzando, la manera de trabajo se orientó de acuerdo a los recursos propios del paciente.

Durante la presentación del caso de Eduardo en supervisión, la supervisora me indicó que la manera en que había manejado el caso la consideraba adecuada, ya que se adaptó la forma de trabajo de acuerdo a los recursos del paciente. Esto me hace pensar que notaba en mí un monto de angustia y que, por ser la primera ocasión en que trabajo con un paciente con estas características, consideró pertinente ésta señalización pues reconocía mi inexperiencia. En este caso, la intención de la supervisora, al realizar este señalamiento apuntaba más a una función contenedora de mi angustia basada en mi falta de experiencia sobre el tratamiento a seguir.

En este primer momento existía la convergencia entre la angustia generada por la inexperiencia de mi persona y la cuestión de mi bagaje teórico-clínico. El enojo experimentado apuntaba a no saber cómo abordar la problemática del paciente desde mi perspectiva teórica, y que, a través de la supervisión, pudo observarse que el enojo era una manifestación de una angustia transformada, ya que en mis expectativas había colocado, desde un primer momento, una limitante. Se ajusta o no al enfoque, era duda principal.

Otra propuesta, otra relectura del caso podría ser que el enojo experimentado era por no ser el paciente que yo esperaba, el que me tocó por “mala suerte”, como posiblemente pasó con los padres. De esta manera, actué el enojo antaño vivido por sus padres o bien el enojo del paciente ante su incapacidad, limitante para expresarse, por el cambio de escuela, que lo regresa a una situación de dependencia materna.

Resalto la importancia de la expectativa de trabajo con Eduardo porque considero la existencia de una configuración imaginaria previa al contacto con él. Ésta llevaba implícitamente la idea de un cambio en la forma de trabajo y angustia por la inexperiencia de trabajar con una persona con discapacidad intelectual. Esta inexperiencia fue la que no permitió la adaptación desde un primer momento en el tratamiento de Eduardo.

Nuevamente se puede vislumbrar que esta forma de contratransferencia tiene una estrecha relación con mi bagaje teórico-clínico que, en este caso, fue un obstáculo para poder escuchar al paciente. Trataba de que el paciente se adaptara a las reglas y condiciones que yo consideraba. La molestia de mi parte apuntaba a que no coincidía lo esperado con lo que pasaba dentro de las sesiones. Por otro parte, mediante el dispositivo de supervisión se pudo manejar la angustia que me generaba el trabajo con el paciente, lo que se vio reflejado en una mayor flexibilidad en la forma de trabajo, lo cual posibilitó la apertura de nuevos temas en el discurso del paciente. En este sentido, se puede considerar que a través de la supervisión se permitió un uso de la contratransferencia como catalizador del trabajo terapéutico (García, 2006).

Posteriormente se generó un cambio en la forma de trabajo que no necesariamente apuntaba a dejar de lado la escucha psicoanalítica, en donde no se buscaban asociaciones. Al contrario, gracias a esta escucha fue que se consideró pertinente no buscar asociaciones o trabajar desde un proceso secundario sino trabajar desde un acompañamiento necesario para la estructuración de un yo y las defensas precarias que poseía el paciente. Esta nueva forma de aproximación permitió que el paciente trabajara nuevos temas que involucraban diferencias con sus familiares, expresión de enojo, deseos personales, que fueron de suma importancia ya que anteriormente negaba la existencia de éstos y, generalmente, se manifestaban en dolores de cabeza o sensación de sueño.

Aunado a lo anterior y haciendo un análisis en retrospectiva, puedo observar cómo este enojo que experimentaba dentro de las primeras sesiones del trabajo terapéutico tenían una relación con la imposibilidad de Eduardo de manifestar enojo con sus familiares. Existía una identificación proyectiva que buscaba distanciarse de estos afectos que le generaban sentimientos de culpa. De alguna manera, pienso ahora, que buscaba que yo se los pudiera señalar y los pudiera nombrar.

En este otro momento del proceso de Eduardo, la supervisora me señaló que el paciente había establecido una buena transferencia conmigo, se había gestado una buena alianza terapéutica. A partir de esta referencia pude dar cuenta que, efectivamente, a partir del cambio de expectativas sobre el paciente y su proceso terapéutico, me agradaba trabajar con el paciente, me caía bien y me generaba ternura. Asimismo, este aspecto de ternura se manifestó en la supervisión y la supervisora pudo dar cuenta de ello a través de la forma de presentar el caso, la manera que refería a mi paciente, actitudes y expresiones verbales y no verbales que se actúan en el espacio de supervisión y en donde el lenguaje no puede aprehenderlo, no alcanza.

Puedo considerar que el cambio en la expectativa permitió que se estableciera una contratransferencia diferente al primer momento. La contratransferencia en este segundo momento, que podría considerarse como materna, yo estaba implicado. En esta contratransferencia materna existe un interjuego de proyecciones e introyecciones (Klein, 1946) y que, en el caso de Eduardo, se manifestó gracias al giro técnico y teórico que se vislumbró a través de las reacciones contratransferenciales. Puedo considerar que Eduardo, en este momento, necesitaba una función materna que favoreciera una estructuración yoica, que lo significara y el cual fuera reconocido como suficientemente bueno para soportar sus proyecciones.

Durante el último periodo del proceso terapéutico, Eduardo manifestó cambios radicales respecto a la relación con sus familiares, con sus compañeros de escuela y conmigo, su terapeuta.

Durante el tratamiento Eduardo llegó a manifestar angustia cuando desconocía la respuesta de alguna situación, se mostraba nervioso y retomaba los temas en los cuales se sentía seguro. Al señalarle su actuar y preguntarle sobre esta situación, Eduardo mencionó que pensaba que me iba a enojar con él o que lo regañaría si desconocía la respuesta. Al indagar sobre esta fantasía indicó que tanto su hermano como su papá se enojan con él, lo regañan o incluso le llegaron a pegar cuando, después de haberle explicado algo, volvía a preguntarles.

La transferencia del paciente aparece como aquella en la cual yo quedo ubicado como los hombres de su familia, a los cuales no puede acercarse con dudas. Ante esta situación yo trataba de brindarle un lugar donde encontrara confianza, pudiera preguntar y que supiera que yo tampoco tenía respuesta, que tenía que preguntar para saber y que no lo agrediría. Mostrarle que todos tenemos carencias fue algo que permitió darle seguridad, pues si yo, su terapeuta, tenía que preguntar para saber, él podría encontrar un espacio donde la duda podía existir y no era reprendido por esto.

El considerar que el paciente podría encontrar en el terapeuta un modelo de identificación y que éste señalara una necesidad de preguntar para saber, pudo haber influido en la decisión de Eduardo de interrupción del tratamiento. Con esto le señalaba que no poseía todas las respuestas y, como posible consecuencia, se gestó la idea de un modelo de identificación también con carencias.

La lectura que se realizó de esta situación es la siguiente: Eduardo podría estar ubicando a su familia, en especial sus figuras parentales como completas, sin

carencias, con un saber sobre la vida total. Ellos saben qué es lo que le conviene, cómo debería de comportarse, qué tendría que sentir, etc. es decir, que estaban ubicados como la ley y él como un subordinado de estos. En el momento en que él me coloca, a partir de la transferencia, en una posición similar a la de sus padres me convierto en un ser que no represento la ley sino que soy la ley. Es por ello que cuando yo le muestro la necesidad de preguntar y de que no poseo todas las respuestas, en términos psicoanalítico le muestro la castración, es que él comienza a sentirse más seguro al no saber, al momento de preguntar. Ya no soy la ley, sino que la represento, como consecuencia esto también se aplica con su familia, pues ellos no tendrían todas las respuestas y ya no resultan ser tan amenazantes.

Esto se materializó cuando Eduardo impuso, ante la demanda de sus padres, la elección de retomar el proceso con otro terapeuta debido a que mi tiempo en el Centro Comunitario había concluido. Se abrió la posibilidad de seguir trabajando en otro espacio, consultorio privado, si él lo deseaba, a lo cual mencionó que quería trabajar con alguien más puesto que a mí ya me conocía y quería conocer a otras personas y otras formas de trabajo.

Dos aspectos a resaltar sobre la contratransferencia a partir del caso de Eduardo: por un lado la existencia de una contratransferencia experimentada por el bagaje teórico, donde éste aparecía como un obstáculo para la escucha del paciente y la angustia generada ante la inexperiencia; por otro lado, la reacción contratransferencial como resultado de la transferencia del paciente, que al poder ser entendida como tal, permitió contener la angustia del paciente y poder colocarse de manera diferente ante las figuras de autoridad.

#### 4.4 Manolo

Manolo es un chico de 13 años de edad que cursa el segundo grado de secundaria. El motivo de consulta que aparece en el registro del Centro Comunitaria indica “mala comunicación con su madre, se muestra triste y ha presentado bullying”.

Al reconstruir la historia de Manolo se observa que su madre ha estado ausente “por motivos de trabajo”. Por esta razón los abuelos maternos han sido sus principales cuidadores, a pesar de vivir en la misma casa. Hace un año y medio la madre de Manolo se fue a vivir con su pareja, él decidió quedarse con sus abuelos quienes estuvieron de acuerdo. Dos meses antes de la primera entrevista Manolo es llevado a vivir con su madre y la pareja de ésta debido a que tuvieron un problema con una familia vecina de la casa de los abuelos. Estos vecinos acusaron a Manolo de haber abusado de su hijo de 10 años, razón por la cual, la madre decide cambiarlo de domicilio y de escuela ya que había recibido algunas amenazas de compañeros que se enteraron de la situación.

En la primera entrevista con la madre, me encuentro con la dificultad de ésta para acercarse a su hijo de manera afectiva. Lloro durante gran tiempo de la entrevista y expresa culpa por considerarse “mala madre”. La madre busca atención psicológica para su hijo porque ella no sabe cómo hablar de todo esto con él.

En esta primera entrevista, Manolo se notaba triste, lo que se reflejaba en su discurso y en su lenguaje corporal. Podía manifestar el deseo por acercarse a su madre, por conocerla y mantener una buena relación, ese era, para él, su motivo de consulta.

Teniendo esta información, observé sentir compasión hacia la madre del paciente por no saber cómo acercarse a su hijo. Es como si pudiera reconocer que la madre no tenía los recursos necesarios, daba la impresión de tener la intención más no las herramientas. Respecto a Manolo, experimenté la sensación de demanda de afecto y temor de abandono. Tal vez, el indicio más claro que tuve de esta experiencia consistió en lo que Manolo manifestó durante estas primeras entrevistas: *“me gustaría que fueran más seguido (sesiones por semana) para que la relación con mi madre mejore más pronto”*.

En una supervisión grupal del caso, al indicar estas sensaciones experimentadas durante las entrevistas, algunos compañeros me comentan que al describir el caso no logran percibir la tristeza de la madre, que ellos sentían algo falso de la situación. Sin embargo coincidían en lo que sentí respecto a Manolo.

La importancia de indicar lo experimentado por mis compañeros durante una supervisión grupal, permitió percatarme de un cambio con lo sentido hacia la madre en sesiones posteriores. Mis compañeros me comentaban que con la descripción del caso ellos no experimentaban la misma sensación que yo tenía.

Ellos señalaban que no podían contactar con esta sensación de la madre de preocupación y tristeza, sino que sentían distancia respecto a Manolo. Esto puede tener una expresión en lo que la madre realizaba. La madre se comunicó por teléfono en varias ocasiones para indicarme que había ocurrido alguna situación familiar, por ejemplo, que se había peleado con los abuelos o algún tío y que le gustaría que yo indagara al respecto, ya que había notado cambios en Manolo y que no hablaba con ella.

A partir de estas peticiones, de su historia familiar, y lo experimentado por los compañeros al momento de la supervisión, cambió la forma de percibir a la madre del paciente. En este otro momento sentí molestia, enojo hacia ella ya

que consideraba que trataba de hacer conmigo lo que había estado haciendo con su familia en relación a Manolo, esto era, responsabilizar a otro de su hijo. Tal como responsabilizó a sus padres de la crianza de su hijo, buscaba responsabilizarme a mí de Manolo, bajo el argumento de que ella no podía o no sabía cómo.

Otra forma de entender esta situación consistiría en pensar que existió una identificación con la madre del paciente con dos vertientes a saber: por una parte existía una compasión por ella, que se experimentó en un primer momento, por otro lado la identificación se enfocaba en la duda que existía en la madre de la inocencia de Manolo.

Esto fue corroborado por Manolo en una situación posterior. Comentó que su madre lo estaba presionando sobre el supuesto abuso, quería que le dijera si lo había hecho o no y le preguntaba constantemente sobre esto. Él ya le había dicho en muchas ocasiones que no había hecho nada hasta que, por la insistencia de su madre, decidió decirle que si lo había hecho sólo para que le dejara de preguntar. Manolo expresó “¡Qué poca...!” y al notar que no iba a concluir la frase, me permití concluirla. Con esto quiero señalar que había una relación entre la sensación que experimentaba Manolo respecto a su madre y lo que a mí me generaba el actuar de ella.

La expresión que manifiesta Manolo, “¡Qué poca...!”, puede pensarse desde dos acepciones, a saber. Por un lado, presenta un matiz de carencia, de dificultad al ser madre o de poca capacidad de fungir como tal. Otra acepción podría incluir una molestia, una expresión que apunta a una decepción por esperar otra respuesta por parte de la madre, es decir, de que le crea. La convergencia de ambas acepciones contemplaría un enojo o decepción por no tener una madre como él esperaba.



La supervisora me señaló en esta ocasión, que a ella le generó ternura la manera en que lo presento y que coincidió con lo experimentado por mí durante las sesiones. Me preguntó sobre la edad de Manolo, ya que cuando expongo el caso hablo en primera persona, retomo la forma de expresarse de él, dando la impresión de ser un chico de mayor edad. Nuevamente se advirtió que a través de la exposición del caso clínico puedo transmitir una idea muy clara del paciente y de las reacciones contratransferenciales experimentadas durante las sesiones.

Dentro de estas reacciones contratransferenciales experimentadas y los señalamientos de la supervisora, pude percibir que las reacciones emocionales de Manolo eran mesuradas, como en el ejemplo anterior, no se permitía completar la frase. Había un control, una postergación de la descarga. Su respuesta, o mecanismo de defensa, consistía en aislar el afecto, racionalizar la situación para justificar el comportamiento de su madre lo que le generaba sufrimiento por no ser afectiva hacia con él. Existía una situación ambivalente hacia la madre, ya que por un lado buscaba que fuera más cercana y afectiva con él y, por el otro, justificaba este “abandono”.

En el caso de Manolo, la contratransferencia se veía influenciada por el contacto y lo experimentado con la madre del paciente. En este sentido se podría considerar que la contratransferencia era directa e indirecta al mismo tiempo. Esto puede entenderse a la luz de la advertencia que hace Freud en relación a la contaminación que puede presentarse en un análisis cuando se recibe información de los familiares. En el caso de menores de edad, se considera necesaria la información que los padres pueden proporcionar ya que son los responsables del menor, pero como una información secundaria puesto que el paciente es el adolescente. Es en este sentido que puedo considerar que la contratransferencia indirecta, en relación con la madre, fungió como obstáculo para poder escuchar a Manolo en un primer momento.

Durante el último periodo que trabajé con Manolo, surgió una nueva situación en la cual se evidenció la contratransferencia hacia mi paciente. Manolo describe que un conocido de la anterior escuela le había dado a guardar algunas pertenencias a cambio de dinero y que, como necesitaba dinero, accedió a guardarlas. Manolo reconocía que esas pertenencias que guardaba habían sido robadas y, por lo tanto, las guardaba en una coladera con la intención de no mantenerlas con él. En ese momento le indico que se estaba colocando en una situación de riesgo y que, de acuerdo con el encuadre establecido, le tenía que informar a su madre.

Al supervisar el caso durante este periodo se me señaló que por la forma de presentarlo pareciera que el paciente me desilusionó. La supervisora me indicó que yo siempre lo había presentado como un chico que me generaba ternura, que buscaba afecto y que, en este momento, había encontrado otra faceta en él que concordaba con la etapa de la adolescencia. En este momento pensé que tal vez este señalamiento que se me hacia coincidía con lo que sentí durante la sesión, una molestia con el paciente que apuntaba a ponerse en riesgo enseguida de haber salido de un conflicto legal. No pude percatarme de las implicaciones de ese acto del paciente hasta un momento posterior.

A partir de la supervisión pude cuestionarme sobre la razón por la cual había aceptado guardar objetos robados, por qué me lo comentaba, qué era lo que esperaba y cuál iba a ser su reacción al comentarle esta situación a su madre. Sobre esta última pregunta, consideré que habría una molestia de parte de Manolo y que tal vez se reflejaría en un silencio durante las sesiones.

La respuesta de Manolo fue opuesta a lo que había pensado. Manolo comenzó a hablar más, mostraba una espontaneidad que anteriormente no había presentado. Al analizar los cambios antes señalados, fue posible considerar que al haber mostrado una preocupación por él, Manolo obtuvo lo que demandaba y

que originalmente buscaba en su madre; que dada la transferencia depositó en el terapeuta. Sin haber podido reconocer todo lo anterior, cedí a su demanda.

En un análisis en retrospectiva, puedo considerar que la lectura que se realizó durante la supervisión me dio un indicio de lo que estaba esperando Manolo: que alguien mostrara preocupación por él. Esto lo había conseguido a partir de este acto de guardar cosas robadas, a manera de un acting-out, de ponerse en una situación de peligro, de buscar preocuparme para que yo también actuara mi preocupación haciéndole saber a su madre lo que había hecho. Esta situación dio lugar a una nueva posición del paciente respecto de su proceso terapéutico. Asistía por sí mismo sin la necesidad de que su madre lo acompañara, comenzó a hablar más de sí mismo y de su forma de ser, de sus intereses, de su mundo interno. El cambio en Manolo se debió a que encontró en la figura del terapeuta a alguien que lo miraba y que le expresó su preocupación. Necesitaba alguien que lo reconociera a partir de la mirada y de la palabra.

Por otro lado, en relación a la desilusión que se me señaló en este momento del proceso terapéutico considero que, como se mencionó líneas arriba, me había enfocado en un Manolo con necesidades afectivas, que, debido a estas carencias, no se permitía vivir su adolescencia puesto que tenía que adecuarse a lo esperado por la madre para poder ser mirado y querido, no tanto por lo que él era sino a partir de lo que la madre esperaba de él. En este sentido pareciera que Manolo poseía un falso self que reaccionaba ante las demandas de la madre y de las situaciones que había vivido a lo largo de su vida, sensaciones de no pertenecer a ningún lugar debido a los cambios que había experimentado en los últimos años, el conflicto legal en el que se vio involucrado, la relación distante con la madre, etc.

La desilusión la puedo ubicar en la necesidad de una repetición, de un llamado a su madre, en una situación donde su presencia es necesaria. La considero una

repetición porque a partir del problema legal, Manolo observó a su madre muy preocupada por él, la notaba buscando abogados que la ayudaran y la orientaran; es por ello que, en el momento en que decide guardarle los objetos robados a su conocido, lo que se interpreta es que hace un nuevo llamado a su madre, pues sólo a partir de estar en una situación de riesgo pudo encontrar un escenario para ser mirado, lo que transferencialmente colocó en el espacio terapéutico.

Por otra parte, yo había percibido a Manolo con estas carencias afectivas, situándolo en una posición infantil donde busca la mirada de la madre, pero, en el momento de colocarse en esa situación de riesgo, esto me permite integrar al objeto y, pensándolo desde una mirada kleiniana, da paso a una posición depresiva. Esto conlleva a que caiga este objeto bueno, esta actitud infantil y pueda pensar a Manolo en otra faceta más de adolescente. Esta lectura puede dar cuenta de esta desilusión observada por la supervisora durante este periodo del tratamiento terapéutico. Hasta aquí la referencia empírica.

A partir de la referencia empírica explicitada anteriormente, se pueden realizar múltiples lecturas del trabajo terapéutico que se llevó a cabo durante la formación como psicoterapeuta. Es por ello que se requiere acotar nuestro campo de investigación con el objetivo de enfocar la atención en la construcción teórica y técnica de la relación contratransferencia-supervisión a partir de la experiencia clínica. Asimismo, resaltar la importancia del diálogo entre estos dos aspectos y destacar las implicaciones dentro del proceso psicoterapéutico de los pacientes.

Como se puede observar, dentro de la referencia empírica, existe la presencia de fenómenos contratransferenciales experimentados durante la práctica clínica. La presencia de estas reacciones contratransferenciales durante la sesiones no

implica que los haya manifestado o actuado dentro del espacio terapéutico, es decir que la contratransferencia no se expresó de manera directa o concreta con el paciente sino que se reconoció como tal para un análisis posterior

El punto concuerda con lo establecido por Racker (1996) en cuanto a la escisión que existe en la función del terapeuta para poder escuchar y, al mismo tiempo, analizar el discurso del paciente y las reacciones que surgen dentro del dispositivo terapéutico. Dentro de este dispositivo se encuentran incluidas las reacciones del terapeuta, es decir, la contratransferencia. El discernimiento de estos fenómenos contratransferenciales resulta primordial para que, posteriormente, se puedan elaborar en un espacio apropiado, en este caso la supervisión y el análisis personal.

Sin embargo, como se puede leer en los casos presentados, la contratransferencia pudo manifestarse a través de un lenguaje no verbal y, por lo tanto, los pacientes pudieron percatarse de esto. Es por ello que resulta pertinente el análisis de la contratransferencia a los tres niveles: consciente, preconsciente e inconsciente ya que siempre habrá elementos inaprehensibles por el lenguaje, que no pueden ser dichos, apalabrados y otros que resultan inaccesibles a la consciencia.

Bajo esta línea de pensamiento que Racker (1996) menciona lo siguiente sobre la contratransferencia: “al influir sobre la comprensión y la conducta del analista, influye pues sobre el analizado y en especial sobre su transferencia” (p. 184). Aspecto importante de resaltar pues la contratransferencia resulta, en este caso, como resultado de una interrelación analista-analizado.

Otros aspectos que se intentan resaltar dentro de la referencia empírica, son las diversas formas que la contratransferencia puede adoptar tanto en el espacio terapéutico como en el dispositivo de supervisión, en este último se evidenció a través de la actuación. Entre estos fenómenos contratransferenciales se

encontraba el enojo, la desesperación, el sueño, aburrimiento, ternura, etc., sensaciones que se experimentaron frente al paciente y que dentro del espacio de supervisión fueron manifestados de forma verbal y no verbal. De esta forma, se busca hacer énfasis en la función de la supervisión que posibilita la creación de un set o escenario para la actuación de la contratransferencia, manifestación que permitió discernir la fuente de ésta, así como las repercusiones dentro de la dinámica terapeuta-paciente.

En este sentido es que se puede entender la función de la supervisión; no sólo proporciona al supervisando conocimientos teóricos y herramientas técnicas que le permitan desempeñar su trabajo terapéutico, sino que también le permite visualizar, desde otra perspectiva o posición, la relación terapéutica. Otra de las funciones de la supervisión, que se puede encontrar en el apartado anterior, consiste en la contención emocional por parte del supervisor. Esta función restaurativa procura un restablecimiento emocional para que el yo observante (analítico) del terapeuta retome su función interpretativa. Esta función se destacó cuando experimenté cierta angustia durante el tratamiento de algún paciente o dentro de una situación específica por la inexperiencia o falta de conocimiento. Es por ello que esta función no podía dejar de ser mencionada.

Partiendo de estas consideraciones sobre las funciones de la supervisión, y las manifestaciones contratransferenciales es que se da el diálogo entre éstas. Considero, pues, que se debe tener en cuenta el tipo de relación que se establece en el dispositivo de supervisión y que nos permitirá arrojar luz sobre el tema que nos interesa: la contratransferencia.

Dentro del dispositivo de supervisión surge una dinámica particular, en la cual se puede dar cuenta de una asimetría entre los miembros que la integran. Esta asimetría que existe entre supervisado y supervisor, no puede dejar de aludir a que el primero busca en la figura del segundo un saber que él no posee.

Se podría realizar una analogía entre el tipo de relación que se establece entre el dispositivo de supervisión y un proceso analítico puesto que en ambos se encuentra un elemento en común: un no saber que moviliza al analizando y al supervisando. Dentro de esta analogía hay un elemento que se excluye en el espacio de supervisión: la regla de la abstinencia. La regla de la abstinencia es un “principio para dirigir la cura analítica de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones sustitutivas de sus síntomas. Para el analista, consiste en la no satisfacción de demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle” (Laplanche & Pontalis, 1994. p. 3).

Partiendo de esta característica es que puedo conjeturar posibles razones por las cuales la contratransferencia se puede actuar dentro del espacio de supervisión. A manera de resumen se presentan los elementos a considerar:

- La búsqueda de un saber que el supervisado no posee y que le supone a la figura del supervisor.
- La ausencia de la regla de la abstinencia que, aunada al punto anterior, permitiría que el supervisor pueda decir algo sobre el trabajo del supervisado durante el proceso terapéutico que realiza.
- Una cantidad de angustia que es dirigida y no metabolizada al terapeuta/supervisado, que no puede ser aprehendida por el lenguaje y que lo lleva a actuar.

El primer punto tiene estrecha relación con el segundo. Esta relación entre supervisado y supervisor podría pensarse desde el concepto teórico lacanaiano de Sujeto Supuesto Saber. Para la comprensión de este concepto es necesario remitirlo a la noción de falta, de una ausencia que movilice el deseo, el deseo de saber. Esta ausencia es la que fomentaría un proceso de aprendizaje a partir de otro, en este caso, del supervisor (Valenzuela, 2011; Vizcarra, 2006).

En este primer punto se encuentra ubicado al supervisor en esta posición de Sujeto Supuesto Saber y al cual se aspira, puesto que tiene un saber que a éste

último le falta. Es por ello que el supervisado, al reconocer esa falta, ese no saber, busca que el supervisor le diga algo sobre su quehacer terapéutico. Es en este punto donde toma relevancia el hecho de que la regla de la abstinencia no opere en esta relación ya que el supervisado espera que el supervisor le comparta su saber, su experiencia, la forma de conceptualizar el caso presentado.

Partiendo de esto se puede entender la razón por la que el supervisado busque presentar su trabajo terapéutico de la forma más fiel posible. Se reconoce que existe una estructura durante la presentación de los casos, una guía a seguir, la forma de presentarlo viene siendo, dentro de la analogía sostenida hasta el momento, el discurso del paciente que busca una interpretación. En ambos casos existe un punto de convergencia entre el paciente y el supervisado: un saber que él no posee o que no reconoce saber por ser inconsciente.

El último punto que se menciona como causa de la actuación podría leerse desde la perspectiva de Bion y el concepto de *réverie*. Este concepto denomina una función selectiva y especializada de la **función alfa** ( $\alpha$ ) materna en el vínculo con el bebé, que es transformadora pues metaboliza, desintoxica y acoge la evacuación emocional de las identificaciones proyectivas del bebé y de la propia madre. Es un complejo sistema que filtra y separa los **elementos  $\alpha$  de los beta** ( $\beta$ ). Retiene los elementos  $\alpha$  y descarta lo  $\beta$ . Una alfa-beti-zación emocional es impulsada, y sustenta el aprendizaje. El concepto de función alfa  $\alpha$  tendría una analogía con el proceso digestivo en el cual, la madre le proporciona al bebé el alimento que considera es capaz de digerir o hace lo necesario con el alimento para que este pueda ser incorporado por el bebé. Los elementos  $\beta$  que anteceden a los elementos  $\alpha$  son, en primera instancia, provenientes de las sensaciones corporales y, posteriormente, serán traducidos, significados por la madre como vivencias de amor, seguridad y ansiedad.



Para Bion (1988), la función de terapeuta consistiría en una función alfa, para contener elementos beta, metabolizarlos y devolver elementos alfa. En otras palabras, se podría considerar que hubo elementos dentro del discurso del paciente que son difíciles de tramitar y que necesitan ser enviados a la figura del terapeuta para que sean transformados en elementos que el paciente pueda reconocer.

Al llevar este planteamiento teórico a la relación de supervisión se puede considerar que existieron elementos beta que el terapeuta no pudo metabolizar o metabolizó de manera parcial y que, para poder “digerirlos” son enviados a la figura del supervisor, es decir, que busca un continente de estos elementos, una función alfa. En este sentido se encontraría nuevamente la función de contención o restaurativa de la supervisión (Cornejo, 2005).

Ahora bien, se podría cuestionar sobre la razón por la cual un terapeuta no podría realizar esta función de metabolización de elementos beta para lo cual aparecen dos hipótesis, a saber. Una hipótesis consistiría en que, dentro de las patologías severas o en pacientes muy regresivos, los elementos beta son enviados al terapeuta de una manera violenta, invasiva, que impide ser pensados, metabolizados y, por lo tanto, no pueden ser contenidos y devueltos en elementos alfa. Esto fue contemplado por Otto Kernberg dentro del término *fijación contratransferencial crónica* (Etchegoyen, 2002).

La segunda hipótesis que propongo consistiría en que estos elementos beta no pueden ser metabolizados de forma total debido a la naturaleza primitiva de estos. Ante esta naturaleza de los elementos beta, el terapeuta se encuentra sometido a una afluencia de excitaciones que sobrepasan su capacidad continente de manera parcial. Por otra parte, existe la posibilidad de que, durante la metabolización, algunos elementos no puedan ser aprehendidos por el lenguaje, es decir, que el lenguaje no alcanza. Esto tendría como

consecuencia que se expresen de otra manera, en este caso, mediante la actuación.

Esta manera que propongo de pensar la actuación contratransferencial como consecuencia de un monto de angustia podría ubicarse dentro de la crítica que se realiza a Racker sobre la fenomenología de la contratransferencia. Dicha crítica señalaba la falta de argumentos metapsicológicos que sustentaran su clasificación. En este sentido, una aportación metapsicológica, en el plano económico, se encuentra en esta forma de pensar la angustia no puede ser tramitada por el yo y por eso tiene que ser transferida o actuada para descargar la tensión a la cual ha sido sometido.

Esta propuesta coincide en cierto sentido con lo que propone Fédida (1988, citado en Caparrós, 2006) al considerar a la contratransferencia como un mecanismo de defensa que permite al terapeuta un nivel óptimo de angustia destinada a mantener estable en la regulación de la atención. Si esta angustia se encuentra dentro de un nivel tolerable para el terapeuta, éste podrá beneficiarse en la regulación de la atención; por otra parte, si ésta se encuentra por encima del nivel tolerado por el yo, puede dar pauta para que se busque otra forma de descarga, entre ellas se podría encontrar la actuación dentro del marco terapéutico, lo que implica que, en este sentido, la contratransferencia sea un obstáculo.

A manera de resumen. Partiendo de estas propuestas teóricas se podría comprender que, al tener en cuenta esta asimetría, el supervisado contempla en su supervisor aquel que posee un saber que él no tiene y, por otro lado, aquella persona que puede ser continente de los elementos beta que él no pudo metabolizar. Es por ello que se podría considerar que la supervisión podría ser un dispositivo en el cual el supervisado actúa la contratransferencia entablada con sus pacientes, pues busca un saber que no posee o una metabolización que

él no pudo realizar. A la par que es un espacio para analizar dicha actuación y ponerla en palabras.

Ya se han mencionado las diferentes formas que puede adoptar los fenómenos contratransferenciales y las causas por las que se pueden actuar dentro del espacio de supervisión, falta resaltar la importancia que tiene la actuación de la contratransferencia para el proceso terapéutico del paciente. Demos un paso adelante.

Las actuaciones en la supervisión permitieron el develamiento de un elemento contratransferencial que en mi quehacer clínico no había percibido del todo durante las sesiones terapéuticas, es decir que se presentaban a un nivel preconsciente. En muchas ocasiones fue un señalamiento de un tercero, la supervisora, que corroboró lo experimentado durante las sesiones. Estos elementos discernidos por mi parte podrían ser pensados como puntos ciegos y, por lo tanto, como obstáculos para el tratamiento.

Se puede entender que fue a través de las actuaciones de elementos contratransferenciales y su señalamiento en la supervisión que facilitó un cambio en la forma de trabajo, develó una situación donde me colocaba en una posición determinada ante el paciente, donde reactualizaba relaciones y dinámicas pasadas, o, si lo consideraba necesario, la recomendación de trabajar ciertas cuestiones personales que podría interferir el tratamiento terapéutico del paciente. Es bajo estas premisas que se podría entender la contratransferencia como catalizador del proceso terapéutico (Martínez, 2006).

Es en este punto donde convergen la supervisión y el análisis personal, que dentro del enfoque psicoanalítico, busca, como lo indicaba Freud, una purificación del analista con la intención de no colocar cuestiones del mundo interno del analista en el paciente o develar las propias resistencias necesarias

para el trabajo analítico. Con estas recomendaciones de trabajar algunos aspectos personales en mi análisis, aspectos que surgían durante la supervisión como parte mi labor clínica, reconozco esto como una muestra de ética de parte de mi supervisora ante mi persona. Lo pienso así porque no confundía espacios y, a pesar de que ella pudiera interpretarlos o, incluso, entender la causa de éstos, solamente realizaba la recomendación correspondiente.

En este punto se podría suponer que una persona en análisis o que ha llegado a fin de análisis, está exenta de experimentar la contratransferencia. Como se describió dentro del marco teórico, la contratransferencia surge tanto en relación al paciente, como del terapeuta, por lo tanto es imposible no experimentarlas. En este sentido concuerdo con la propuesta lacaniana donde el reconocimiento del inconsciente suministrado por el propio análisis, no deja al analista fuera del alcance de las pasiones surgidas por la presencia real de su *partenaire*. Lacan (1961) en su seminario llamado *La transferencia* se pregunta “¿Por qué un analista, con el pretexto de que está bien analizado, sería insensible al surgimiento de cierto pensamiento hostil o de amor en su analizante?” (p. 213). Dentro de esta perspectiva, el análisis posibilita, no una voluntad de rehuir las pasiones, sino más bien experimentarlas. Lacan llama a esto *vacilaciones calculadas*.

Dentro de lo señalado hasta el momento se me podría objetar, de acuerdo a las analogías propuestas, que yo podría presentar la actuación de la transferencia que mi paciente tiene conmigo y no, como supongo, la contratransferencia que tengo con él. Si bien la idea resulta factible se podría aducir el hecho de que además del conocimiento teórico y técnico, la supervisión de mi práctica clínica, mantengo un análisis personal que me permitiría discriminar mis reacciones personales ante el paciente y la transferencia de éste. En este sentido, el análisis personal consistiría en reducir los puntos ciegos que pueden aparecer en la labor de terapeuta y que pueden ser un obstáculo para la “cura”. Utilizo la

palabra “reducir” porque siempre existirá un resto que se cuela y de lo cual uno está advertido.

Otra objeción a la hipótesis aquí sostenida podría ser que, al entablar una transferencia positiva con mi supervisora, yo busque su aprobación y, por lo tanto, distorsione la manera de presentar el caso. Ante tal objeción podría indicar que ninguna relación podría considerarse exenta de generar una transferencia y la relación que establecí con mi supervisora no es la excepción. La razón por la cual considero que esta objeción carece de sustento, se debe a que, tanto supervisora como yo advertidos estamos de la posible manifestación de la transferencia dentro de esta relación. Ante esta advertencia se puede discernir la transferencia para analizarla y ponerla al servicio del trabajo terapéutico.

Se puede considerar que el análisis personal de los participantes puede permitir el reconocimiento de ésta y evitar que sea un obstáculo para el trabajo que busca, la supervisión. Bajo estos argumentos es que puedo considerar que lo que se actúa tiene que ver con el paciente o la transferencia de éste y con la contratransferencia que el supervisado manifiesta durante su trabajo terapéutico.

Un aspecto que resulta importante contemplar son los riesgos de la contratransferencia que Lacan menciona. Él señala que la angustia es el motor de las interpretaciones yoicas. Esta angustia invita a hacer algo, a tomar una determinada posición. Advierte que si interpretamos en función del afecto de angustia se desconoce quién es el que conduce el proceso, el analista o el analizado (Echalecu, 2009).

Si bien, la postura lacaniana considera la angustia como motor de las interpretaciones yoicas y éstas, a su vez, colocan al analista en una posición simétrica con el analizando. Se observa, nuevamente, que el uso de la contratransferencia está relacionada con la forma de pensar la labor analítica.

#### 4.5 A manera de conclusión

El uso del concepto de contratransferencia puede ser ubicado, como el *shibboleth* en el argot psicoanalítico, para diferenciar a aquellos que practican un análisis y los que no. Indudablemente esta dificultad de aceptación o rechazo del término y uso técnico de la contratransferencia atañe de manera infranqueable a la postura teórica desde la que cada terapeuta sustenta su práctica clínica.

Dentro del desarrollo teórico de la contratransferencia se puede encontrar la visión freudiana, donde el abordaje teórico-técnico se ve limitado por la carencia de investigación al respecto, sin embargo, no niega su existencia. Se entiende que, desde esta primera óptica, la contratransferencia puede pensarse como un obstáculo de la propia teoría en construcción porque todavía no existían trabajos sobre el tema. A esto se añade el tiempo cronológico donde surge el concepto en la obra de Freud. En este periodo surge un gran interés en el complejo de Edipo, de ahí que Freud considerara la contratransferencia con un rostro paterno, el que él experimentó en su relación con Ferenczi.

A partir de la muerte del padre del psicoanálisis, aparecen otras postulaciones teóricas que cuestionan la noción freudiana del analista como espejo. Se configura un modo diferente de práctica clínica al pensar que el analista está, inevitablemente, involucrado en el escenario terapéutico. Los aportes kleinianos marcaron las coordenadas para pensar de esta manera. La postura del analista está implicada en un interjuego de proyecciones e introyecciones. Desde esta nueva perspectiva teórica se dio pauta para considerar a la contratransferencia con un tinte maternal.

Posteriormente, Lacan cuestiona esta forma de pensar la contratransferencia a partir de sus desarrollos teóricos como el estadio del espejo y los tres registros. Dentro del estadio del espejo se resalta la importancia de la mirada del otro como elemento de estructuración del yo, que debe ser confirmada por otro. Esta

manera de estructuración yoica conlleva sentimientos ambivalentes hacia ese otro, odio y amor se encuentran ligados a esta figura. Lacan considera que a partir de este estadio se podría pensar la clínica analítica kleiniana. En ella analista y paciente se encuentran ubicados en una relación simétrica y como consecuencia, se encuentra teñida de ambivalencia.

La propuesta clínica de Lacan de los años 60's considera la función del terapeuta desde una posición simbólica y no imaginaria. Es en esta posición simbólica en donde se ubica la asimetría necesaria para la función analítica. Se puede considerar que con esta propuesta alude el retorno a la neutralidad freudiana para fomentar que el paciente coloque al analista en una posición más allá del plano imaginario, donde existe la completud.

El objetivo de este breve recorrido teórico sobre el concepto de contratransferencia tiene la intención de hacer énfasis en la estrecha relación que existe entre la forma de entender la relación analítica a partir de los aportes teóricos en que se sustenta, y la orientación de la "cura", por llamarlo de alguna manera. Esta relación tendrá gran influencia en la aceptación o rechazo al concepto de la contratransferencia, así como a su uso técnico.

Me resulta ineludible resaltar la importancia de este punto en relación a la intención que busca este escrito. La intención consiste en compartir líneas de reflexión en relación al concepto de contratransferencia, construcción realizada durante mi formación como terapeuta. No busco una generalización de los resultados o que la construcción que yo pretendo transmitir tenga validez para todos los terapeutas en formación, ya que su construcción dependerá del bagaje teórico y clínico que posean, la supervisión clínica de su praxis y, por supuesto, su análisis personal.

En concreto, la intención de este escrito es generar en el lector cuestionamientos que le permitan una construcción personal con mayor especificidad sobre lo que se incluye bajo el concepto de la contratransferencia. Hablo de una mayor especificidad porque estos cuestionamientos van más allá de dar respuesta a la pregunta ¿Qué te generó el paciente? ¿Qué sentiste frente a tu paciente? La intención de cuestionar el concepto y lo que implica dentro de la clínica apuntaría a contestar preguntas como ¿Por qué me generó tal sensación? ¿Qué lectura le puedo hacer a esta sensación experimentada? ¿De dónde proviene dicha sensación? ¿Qué es lo que me permite comprender del mundo interno del paciente? ¿Cómo estoy involucrado en la relación con el paciente y la transferencia de éste? ¿Esto que estoy experimentado ¿Es mio o responde a la transferencia de mi paciente?

Todas estas preguntas (y muchas más) pueden darse a partir de un cuestionamiento teórico y clínico del concepto y que, indudablemente tiene estrecha relación con una postura ante el paciente. Yo comparto la construcción que realicé como una pequeña aportación al tema de la contratransferencia, que dentro de la idea freudiana sobre las perspectivas futuras de la terapia analítica debían de ser abordadas. He aquí, una colaboración al respecto.

Para mi es importante tener claro que mi práctica clínica no es propiamente la de un proceso psicoanalítico, puesto que no realicé una formación analítica, sino una formación psicoterapéutica. El trabajo clínico puede llevarnos a intervenir dentro de los márgenes que nos plantea la teoría psicoanalítica; se hace un encuadre, se tiene un dispositivo, se establece una transferencia, se interpreta material latente, etc. Esta forma de aproximación clínica puede modificarse continuamente, incluso, en el transcurso de una sesión terapéutica o proceso terapéutico.



Habr  momentos en que se intervine desde un planteamiento teórico y, en otro momento, bajo una óptica diferente. Considero que esto es propio de aquellos que poseen poca experiencia o que se encuentran dentro de un proceso de formación. Por otro lado, entiendo que la manera de abordaje clínico depende de los conflictos psíquicos y los recursos del paciente para hacerles frente.

Esto se puede manifestar mayormente en el trabajo terapéutico de pacientes adolescentes donde existen momentos en los cuales debes dar palabra a una sensación que el paciente no puede nombrar. En otros momentos el paciente podrá realizar asociaciones, crear metáfora, trabajar con un sueño, etc.

Esto no debe entenderse como que el terapeuta ceda a la demanda del paciente sino que el primero pueda diferenciar aquellos conflictos en los cuales el paciente no cuenta con los recursos necesarios y, a partir de estos, se deberá intervenir. Es en este sentido donde el encuadre define el terreno en el cual se trabaja (Bleger, 1975) y el terapeuta considerar  toda esta gama de herramientas que diferentes posturas teóricas pueda proporcionar.

Desde mi perspectiva y bajo esta óptica, tendrá consecuencias importantes tanto el negar como no reconocer, la existencia de las reacciones contratransferenciales a las que nos vemos impelidos en nuestro quehacer terapéutico. Ese, considero yo, consistirá el principal obstáculo para el tratamiento de algún paciente. Infiero que la negativa a reconocer la presencia de elementos contratransferenciales se debe a una contrarresistencia, que en algunos casos distingue, a manera de cliché, entre los que se llaman analistas, de aquellos que son terapeutas del yo.

Nuevamente se abre un cuestionamiento sobre si el análisis personal inocular al terapeuta de experimentar la contratransferencia. Ya se mencionó que Lacan considera que mientras más analizado este una persona es más probable que experimente ciertas pasiones hacia su analizado.

Considero que si estos elementos contratransferenciales no pueden ser reconocidos como tal, se debe a que se encuentran en un nivel preconsciente o inconsciente y siguiendo el pensamiento kleiniano, estos solo pueden seguirse a partir de sus manifestaciones conscientes, esa es la única manera en que podemos dar cuenta de ellos. Estos se pueden evidenciar en la forma de hablar de nuestros pacientes o la manera de ser nombrados, los seudónimos o calificativos, las expectativas, lapsus durante la supervisión, etc. incluso se reconoce nuestra contratransferencia con un paciente que, por algún motivo, despierta el interés de colegas.

Es en este sentido donde tiene gran importancia la supervisión para el reconocimiento de estos elementos preconscientes y ponerlos al servicio del proceso terapéutico del paciente. Se entiende que el análisis durante la supervisión, un análisis retrospectivo del trabajo realizado, podría señalar si los márgenes de implicación subjetiva de los que un analista da cuenta al emplearla ha operado como obstáculo o instrumento.

Por último, quisiera resaltar los riesgos que puede implicar la contratransferencia ya que no todo sugiere bondades o beneficios de ésta. Uno de los riesgos que existe al no ser analizada puede desembocar en la contratransferencia adquiera una primacía en el rumbo de sus intervenciones del terapeuta y, a su vez, dirija el rumbo de las asociaciones del paciente.

Otro riesgo consistiría en el momento que el terapeuta realiza un análisis introspectivo sobre lo que experimenta durante las sesiones e inevitablemente deja, aunque sea por un instante, de escuchar a su paciente. En este sentido la marcha del proceso analítico ya no discurre tal como lo determina el paciente a través de sus asociaciones sino tal como lo determinan las asociaciones del analista, fundadas en su introspección (Echalecu, 2009).

Como se puede observar el concepto de contratransferencia permite un número muy vasto de posibles abordajes teóricos, clínicos y técnicos. Este trabajo es una de las tantas propuestas que se pueden realizar y que, por consecuencia, tiene implícita mi forma de conceptualizar la teoría psicoanalítica, mi clínica y la supervisión. La intención de presentarla de esta forma puede resultar ilustrativa para aquellos que, como en mi caso, realizan un primer acercamiento al concepto y buscan dar respuesta a una interrogante surgida durante su formación. Para mí resultaba indispensable trabajar este tema que se presentó continuamente como una incógnita. Hasta aquí mi discernimiento sobre el tema.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amador, E. (2010). *La supervisión de casos como herramienta para el desarrollo de habilidades terapéuticas en psicólogos clínicos*. México: Universidad Latinoamericana.
- Bion, W. (1978). *Seminario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1988). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.
- Bleger, J. (1975). *Simbiosis y ambigüedad: Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Bollas, C. (2009). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo no dicho no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bustos, E. (1995). ¿Cuáles son los criterios para una supervisión efectiva? *Revista Reflexión*, 17-19.
- Cabral, A. (2009). *Lacan y el debate sobre la contratransferencia*. Buenos Aires: Letra viva.
- Cabral, A. (2010). La contratransferencia en la clínica. *La contratransferencia y el deseo del analista, más allá del shibboleth*, (págs. 1-5). Bogotá.
- Canestri, J. (5 de Mayo de 2008). *La supervisión en la formación psicoanalítica: acerca de la aplicación de teorías implícitas en la práctica psicoanalítica*. Obtenido de <http://www.revistapsicoanalisis.com/la-supervision-en-la-formacion-psicoanalitica-acerca-de-la-aplicacion-de-teorias-implicitas-en-la-practica-psicoanalitica/>
- Caparrós, N. (2006). Variaciones sobre la contratransferencia. En *La enfermedad del terapeuta* (págs. 11-54). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Chemama, R. (1998). *Diccionario de psicoanálisis. Diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

- Cornejo, C. (2005). *La contratransferencia: instrumento o contrarresistencia en el proceso terapéutico*. México, D.F.: UNAM.
- Daskal, A. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 215-224.
- De León, B. (1999). Contratransferencia, comunicación analítica y neutralidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, s/pag. Obtenido de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719998907.pdf>
- De León, B. (2000). Contratransferencia: Una perspectiva desde latinoamérica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, s/pag. Obtenido de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720009203.pdf>
- Dor, J. (2006). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Echalecu, R. (7 de Noviembre de 2009). *La angustia en la clínica del psicoanálisis*. Obtenido de Escuela Freud-Lacan de la Plata: <http://www.epla.com.ar/007.pdf>
- Escobar, M. (1999). La transferencia. En N. Braunstein, *La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan* (págs. 220-250). México D.F.: Siglo XXI.
- Española, R. A. (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. Obtenido de [lema.rae.es/drae/?val=supervisar](http://lema.rae.es/drae/?val=supervisar)
- Etchegoyen, H. (2002). *Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. España: Amorrortu.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Freud, S. (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En *Obras completas vol. .* Amorrortu.
- Fuentes, M. (12 de Abril de 2010). *La supervisión clínica: un espacio de aprendizaje psicodinámico en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico*. Obtenido de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article110>
- Gabbard, G. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 983-991.

- Gelso, C., & Hayes, J. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research and practice*. Estados Unidos: John Willey and son Inc.
- González, N. &. (2002). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica*. México: Plaza y Valdez.
- Green, A. (1975). El analista, simbolización y la ausencia en el encuadre analítico. Sobre los cambios en la práctica y la experiencia analítica. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 27-66.
- Grinberg, L. (1975). *La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Guerra, C. (2001). *Transferir, contratransferir, regresar. Una perspectiva histórica y crítica de la terapia psicoanalítica*. España: Amarú.
- Hernández, Á. (2007). Supervisión de psicoterapia sistémicos: un crisol para un devenir instrumentos de cambio. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 227-238.
- Klein, M. (1949). *Los orígenes de la transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1961). *Seminario 8: La Transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1971). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos 1* (págs. 86-93). México: Siglo XXI.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1994). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Labor S.A.
- Linares, J. O. (2008). *Terapia familiar, aprendizaje y supervisión*. México: Trillas.
- López, C. (2003). Comentarios de Cristina López Caifa al trabajo de supervisión. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 209-215.
- Martínez, M. (2006). La contratransferencia es lo que cura. En N. Caparrós, & I. Sanfeliu, *La enfermedad del terapeuta. hacia una teoría de la contratransferencia* (págs. 97-118). Madrid: Biblioteca nueva.

- Palacios, A. (25 de Enero de 2002). *La supervisión en la enseñanza del psicoanálisis*. Obtenido de <http://www.apm.org.mx/Portal%20APM/cuadernos/2002/2002.html>
- Puig, C. (2009). *La supervisión en la intervención social. Un instrumento para la calidad de los servicios y el bienestar de los profesionales*. Terragona: Universitat Rovira I Virgili.
- Racker, H. (1996). *Estudios sobre la técnica psicoanalítica*. México: Paidós.
- Ruiz, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad Deusto.
- Sánchez-Escárcega, J. (15 de Octubre de 2003). *La supervisión psicoanalítica y las profesiones "imposibles" del psicoanálisis*. Obtenido de <http://subjetividadycultura.org.mx/2013/04/la-supervision-psicoanalitica-y-las-profesiones-imposibles-del-psicoanalisis/>
- Schkolnik, F. (2001). Reseña del libro "Contratransferencia" de Beatriz de León y Ridardo Bernardi. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 236-243.
- Schroeder, D. (2000). El sujeto y el objeto de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanaálisis*, 137-158.
- Valenzuela, M. (2011). *Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico*. México D.F.
- Vizcarra, M. (2006). *La transferencia psicoanalítica aplicada a la relación maestro-alumno*. México, D.F.: UNAM.
- Yardino, S. B. (2000). Reunión Científica en APU: Contratransferencia desde Klein y Lacan. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, s/pag.