



## TRABAJO FINAL DE GRADO

# Análisis de la transferencia en intervenciones breves con pacientes oncológicos

*Modalidad:* articulación teórico-clínica

Estudiante: Johana Belén Díaz Díaz 4.435.837-2  
[johana892011@gmail.com](mailto:johana892011@gmail.com)

Tutora: Prof. Agda. Dra. Ana Luz Protesoni  
Revisora: Prof. Agda. Mag. Silvana Contino

Montevideo, Uruguay  
2023

*“... me parece imposible eliminar del fenómeno de la transferencia el hecho de que se manifiesta en la relación con alguien a quien se le habla. Este hecho es constitutivo.”*

(Lacan, 2008, p.203)

## Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5-6
1.Contextualización	
1.1. La asistencia psicológica y los espacios de Intervención.....	7-8
1.2.Psicooncología y rol del Psicólogo/a.....	8-10
1.3. Intervenciones breves o focales.....	10-15
2.La Transferencia como concepto psicoanalítico	
2.1. Transferencia en S.Freud. Obstáculo y motor de la cura.....	16-19
2.2. Transferencia en Lacan. Experiencia dialéctica.....	19-22
2.3. La contratransferencia.....	22-26
3.La Transferencia en Intervenciones	
3.1.Transferencia en intervenciones breves o focales.....	26-29
3.2. La transferencia en intervenciones breves, en Instituciones de salud.....	29-31
3.3. Entonces ¿trabajar <i>en</i> o <i>con</i> la transferencia? Intervenciones breves con pacientes oncológicos.....	31-32
3.4. Categorizaciones para el análisis de la transferencia.....	33-37
4.Articulación teórico-clínica del concepto de Transferencia	
4.1.Transferencia positiva.....	37-45
4.2.Transferencia erótica.....	46-48
4.3.Transferencia negativa.....	48-50
4.4.Transferencia institucional .....	50-52
4.5.Contrtransferencia.....	52-58
5.Consideraciones finales .....	59-62
6. Referencias bibliográficas	

## Resumen

En el presente trabajo final de grado -con modalidad de articulación teórico-clínica - se analiza el concepto de transferencia en intervenciones breves o focales, realizadas en el marco de la práctica de graduación "*Intervenciones en Psicooncología*" en el Instituto Nacional del Cáncer (INCA).

Como primer punto, se describe la contextualización del servicio junto a los espacios de intervención (sala de internación y consultorio de policlínica) señalando aspectos referidos al rol del psicólogo y el lugar de la Psicooncología en Instituciones de Salud. Además, se desarrolla el concepto de Intervenciones breves o focales refiriendo a su origen, su objetivo y su técnica.

Luego, se expone un recorrido histórico del término transferencia como concepto psicoanalítico, haciendo énfasis en los desarrollos teóricos de S.Freud y J.Lacan, declarando alcances, cambios y especificidades del ejercicio profesional en relación a ella. Se agrega también, un apartado referido a la contratransferencia.

Posteriormente, se realiza una exploración acerca del uso de la transferencia en intervenciones breves o focales en Instituciones de Salud y más específicamente, en el trabajo con pacientes oncológicos. Desde allí, se plantea la interrogante: ¿trabajar *en* o *con* la transferencia? y se presenta el desarrollo de las categorizaciones elegidas para el análisis previo a la articulación teórico-clínica.

Finalmente, el concepto de transferencia se analiza a través del material clínico seleccionado y es presentado según sus diferentes usos (transferencia positiva, transferencia erótica , transferencia negativa, transferencia institucional y contratransferencia).

Palabras claves: transferencia - intervenciones breves o focales - psicooncología

## Introducción

*“Supongo que la construcción de pensamiento y prácticas de un sujeto deviene simultánea e inseparablemente de las vicisitudes de su historia singular y de las condiciones históricas generales en que se desenvuelve”*  
(Stolkiner, 2021, p.25)

La práctica de graduación *“Intervenciones en Psicooncología”* realizada en el INCA (Instituto Nacional del Cáncer) de abril a noviembre de 2023, es la experiencia que contextualiza y enmarca este trabajo final de grado, bajo la modalidad de articulación teórico-clínica.

Las intervenciones breves o focales, se realizaron a pacientes que cursaban o habían cursado una afección oncológica, tanto en régimen de internación como también ambulatorio. La transferencia -como concepto psicoanalítico- es analizada a través de fragmentos del material clínico registrado durante los encuentros.

El INCA, ubicado en la calle Joanicó 3265 (Montevideo, Uruguay) pertenece a ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) y llegan a él pacientes de todas partes del país, que fueron derivados por diferentes centros de atención pública. Inaugurado como Instituto de Radiología en el año 1913, es hoy un centro de referencia a nivel nacional en atención a pacientes con patologías oncológicas, desarrollando su actividad en tres niveles: asistencia, docencia e investigación.

Producto de un convenio entre ASSE y UDELAR, desde el año 2016 la Facultad de Psicología ofrece dentro de sus opciones de prácticas de formación la atención a pacientes oncológicos en esta Institución, internados y en régimen ambulatorio (consultorio de policlínica) cursando diferentes estadios de la enfermedad (diagnóstico, pre y post quirúrgico, tratamiento en quimioterapia o radioterapia, recidiva, remisión, fase terminal).

Como practicantes que formamos parte del equipo de salud (junto a médicos, personal de enfermería, asistentes sociales) y al que se le agregan auxiliares de servicio, personal administrativo y voluntarios de la Fundación Hilo Rosa, los estudiantes de graduación(5) asistimos dos veces a la semana junto a un compañero/a de ciclo integral (2); uno de los días a piso (internación) y otro a consultorio (policlínica). Esta dinámica en duplas plantea dos roles respecto al espacio de intervención: estudiantes de graduación llevamos adelante las entrevistas y estudiantes de integral realizan el registro de las mismas, como observadores participantes. Luego, transcribiendo y reconstruyendo esta crónica, la compartimos en el espacio de supervisión, analizamos el caso, reflexionamos sobre las posibles estrategias de intervención con los demás compañeros y la docente, definimos

tiempos, focos de tratamiento y trabajamos bibliografía sugerida al respecto. Es una etapa que siempre enriquece el proceso de abordaje, un “eco” que devuelve aciertos, puntos de mejora y otras consideraciones posibles.

Este espacio de supervisión constituye el tercer soporte del *trípode freudiano*, junto a la formación y el análisis personal (Freud, 2007). Somos practicantes que formamos parte de un equipo de salud, en un centro de atención pública especializado en el tratamiento a personas que cursan una afección oncológica; por lo tanto, ese espacio de escucha y formación, declara un posicionamiento ético respecto de nuestra praxis. Nuestras decisiones tienen también una base de análisis y reflexión colectiva, donde otras experiencias y recorridos de formación colaboran en dar solidez; una vigilancia permanente y necesaria en nuestro trabajo.

El análisis personal requerido también se reconoce como parte del posicionamiento antes mencionado. Este espacio colabora en evitar la sobreimplicación y la influencia de nuestros complejos durante las intervenciones, así como identificar y trabajar imaginarios propios respecto del cáncer entendiendo los alcances de nuestro rol; también en poder habitar y elaborar la angustia, la muerte y el padecimiento y reconocer el contenido contratransferencial. Todo ello forma parte de un ejercicio constante que a la vez que separa nuestra historia de la de nuestros pacientes, nos habilita a re-posicionarnos con mayor consciencia y compromiso en el servicio.

Finalmente, respecto a mi motivación en seleccionar la transferencia como concepto para el análisis, puedo indentificar tres orígenes: en primer lugar mi formación y ejercicio como docente; el trabajo en aula, a nivel institucional y con otros colegas siempre me ha supuesto un necesario cuestionamiento a ese lugar de saber desde el que nos vinculamos con un otro. Por otra parte las experiencias de análisis personal, propias y las que me han compartido, me interpelan al reconocer la complejidad de la escucha clínica y cómo a partir de ella el manejo de la transferencia puede obturar o promover el proceso de análisis. Por último, mi interés por la formación en Psicooncología junto al cursado de esta práctica me posibilitó retomar esas inquietudes, escribir sobre ellas, problematizando un contexto y analizando el concepto de transferencia desde una articulación teórico-clínica. Me pregunto: ¿qué sucede con el concepto de transferencia en las intervenciones breves o focales? ¿Es pertinente hablar del desarrollo de una neurosis de transferencia en este tipo de modalidad? ¿Cómo se posiciona el psicólogo ante los diferentes tipos de transferencia? ¿Cuál es el manejo de la contratransferencia? ¿Hablamos de trabajar *en* o *con* la transferencia?

## 1.Contextualización

### 1.1.La asistencia psicológica y los espacios de Intervención

Es importante señalar algunas diferenciaciones respecto a los espacios de intervención antes mencionados. En la atención a pacientes internados las derivaciones provienen de la psicóloga encargada; asistente social, médicos o personal de enfermería recurrían a nosotros a partir de observaciones de dificultades diversas en el paciente. En algunos casos se visualizaban en la adherencia a tratamientos o en estados de ansiedad, preocupación o angustia a raíz de la comunicación de diagnóstico, pronósticos o resultados de estudios. También por la necesidad de acompañamiento y orientación en procesos de reorganización vital, asimilación de la imagen corporal, vivencia de duelos o micro duelos , aceptación de la muerte y toma de decisiones. Es decir que éramos nosotros quienes nos acercábamos al paciente, siendo nuestra primera tarea evaluar el pedido proveniente del equipo de salud, para luego valorar la posibilidad de construcción de un paciente psicológico y la posterior definición de una demanda.

Ubicado el/la paciente en la planilla de derivaciones, unos minutos antes de dirigirnos al encuentro nos presentamos en el mostrador de enfermería y solicitamos la historia clínica. Allí nos informamos acerca de su diagnóstico, edad y lugar de procedencia, medicación, tratamientos recibidos y en curso, motivo y fecha de ingreso al INCA y evolución hasta el momento.

El encuadre (Bleger,1967), particularmente el encuadre externo, entendido como aquellas variables fijas, como las *“constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso”* y que comprende *“el conjunto de factores espacio (ambiente) temporales y parte de la técnica”* (Bleger,1967, pp. 237) en estas intervenciones estaba tan sujeto a emergentes y cambios de distinto orden que hacía que el encuadre interno, es decir, el soporte teórico y técnico del rol, fuera nuestro mayor punto de apoyo. Muchas veces el paciente compartía habitación, otras estaba solo/a, en varias ocasiones el horario en el que asistíamos habían visitas, el personal de enfermería entraba a cambiar de medicación o tisanería llegaba con la merienda, alguna vez el/la paciente no se encontraba físicamente bien; por lo que nuestros encuentros dependían también de esas variables.

Otro factor a tener en cuenta es el carácter intermitente y fluctuante de la población hospitalizada; muchos siendo del interior del país estaban allí para realizarse tratamientos de radioterapia o quimioterapia, otros a raíz de alguna descompensación o deterioro en su evolución, algunos a la espera de una intervención o recuperación post quirúrgica, otros en fase terminal con cuidados paliativos. Es decir que por buena evolución y recuperación, término de tratamientos o fallecimiento, su estadía era breve y por ende los tiempos para nuestras intervenciones, limitado.

Respecto a la atención de pacientes en consultorio, la existencia de un encuadre externo más definido (variables temporales y espaciales más delimitadas) crea un lugar distinto para el encuentro. En primer lugar, aquí el paciente es quien realiza el primer movimiento, es él/ella quien demanda por el espacio.

Luego de agendarse previamente, éste se dirige a policlínica el día y a la hora fijada. El consultorio ubicado entre la sala de espera y los espacios de enfermería, tiene dos puertas: una por la que se llama y entra el paciente, y otra por la que ingresamos los practicantes.

En general quienes asisten al espacio de consulta psicológica en policlínica, son pacientes cuyo diagnóstico es reciente o están con tratamientos en curso de forma ambulatoria, con estudios o intervenciones pendientes, algunos en remisión; pacientes que tienen mayor autonomía respecto a quienes se encuentran internados o donde el estadio de la enfermedad no se encuentra en etapas avanzadas, es decir, cuyo pronóstico es más favorable.

Como practicantes es necesario presentarnos y comunicar con claridad en ese primer encuentro (que a veces es primero y último) la especificidad de nuestro rol y del espacio, devolver una escucha y mirada atenta. Además, trabajando con su realidad psíquica pretendemos valorar conciencia de enfermedad y pronóstica, identificar temores, angustias y ansiedades, conocer o ampliar sentidos respecto a la muerte y la calidad de vida; así como también ayudar a clarificar una posible reorganización vital señalando recursos de afrontamiento positivos y redes de apoyo. Todo esto es parte de nuestro proceso de formación junto al trabajo interdisciplinario.

Es decir que más allá de las particularidades de los dos contextos (sala de internación y policlínica) nuestras intervenciones requieren el reconocimiento de un espacio-tiempo muy específico integrado por disciplinas, servicios y actores que se articulan en una dinámica institucional compleja. Las intervenciones que realizamos se enmarcan entonces desde una Psicología Hospitalaria, más precisamente de la Psicooncología. Esta a su vez, se apoya en un entendimiento del proceso de salud-enfermedad en cáncer como multifactorial y un modelo de atención que concibe al usuario como ser bio-psico-social. Es un soporte material y teórico, que sustenta el pensar y hacer de nuestras decisiones.

## **1.2. Psicooncología y rol del Psicólogo/a**

Es importante considerar que la psicooncología ya sea como intersección entre la oncología y la psicología, como subdisciplina de la oncología o subdisciplina de la psicología (Rojas, 2016) puede definirse como:

Una rama de la psicología de la salud, cuyo objetivo se dirige, por un lado, a la prevención de conductas de riesgo para el desarrollo del cáncer y una potenciación de factores de resguardo/protección en la población, y por otro, al soporte biopsicosocial de personas con diagnóstico oncológico, como a sus figuras significativas (sean o no familiares consanguíneos, cuidadores u otros) y al equipo de salud encargado de su tratamiento, propendiendo un incremento positivo de la calidad de vida y experiencia humana de bienestar en cada uno de los implicados. Entendemos la psicooncología además, como un punto de encuentro transdisciplinar (...) respetuoso y comprensivo de la subjetividad y las experiencias particulares de significar la muerte, el morir, el dolor, como también, la esperanza, la vida y la toma de decisiones (Rojas, 2016, p.38)

Desde esta concepción, el/la psicooncólogo/a trabaja no sólo desde la intervención terapéutica sino también desde la prevención, la rehabilitación y los cuidados paliativos, donde además los abordajes posibles no se circunscriben únicamente al paciente que está cursando una afección oncológica. Varias de nuestras intervenciones, se realizaron con familiares y/o cuidadores. Tampoco se limitaron a la etapa del diagnóstico sino que abarcaron pacientes en remisión, tratamiento, recidiva, y fase terminal. En varias ocasiones implicó coordinar acciones con otros actores (oncólogos, personal de enfermería, asistente social y voluntarios de Fundación Hilo Rosa) en pro de optimizar la calidad de vida, fortalecer redes de apoyo o facilitar la gestión de recursos en situaciones de vulnerabilidad. Por lo tanto trabajar con la subjetividad de quien cursa una afección oncológica en este contexto nos obliga a reconocer los alcances y limitaciones de nuestro rol, así como los atravesamientos de orden social, económico e institucional. Esto supone orientarnos desde nuestro saber y el de otros asumiendo el carácter disruptivo de un diagnóstico de cáncer, es decir comprenderlo como una situación que sucede desde cierta exterioridad e *“irrumpe en el psiquismo, provocando una ruptura abrupta de un equilibrio u homeostasis existente hasta el momento”* (Benyakar, 1999, p.6).

Además este proceso de formación nos conduce a descubrir el impacto de los prejuicios, imaginarios y “fantasmas” respecto al cáncer, la influencia real y simbólica de antecedentes familiares y también a identificar los matices en la asimilación de la muerte como parte de un ciclo vital; descubriendo que los tiempos de un dispositivo y los tiempos de aceptación en un paciente no siempre se acompañan. Esto nos lleva a reconocer que ciertas problemáticas o duelos previos que se actualizan, no son posibles de elaborar o trabajar en ese aquí y ahora (aunque no resultan indiferentes cuando el paciente los trae al encuentro). Sin embargo, todos estos movimientos son posibilidades que suceden a partir de un espacio de encuentro en el que un vínculo profesional y circunstancial tiene el desafío de

construirse, un dispositivo de atención psicológica donde *“hay que trabajar no sólo con un síntoma o con la progresión de la enfermedad, sino con un ser integral”* (Llantá, 2005, p.190).

Otro aspecto importante es el lugar de la palabra durante los encuentros, lo que se corresponde con el manejo de una escucha y una mirada atenta, no sólo cuidando el *qué decir* sino el *cómo*. La manera y los momentos que elegimos para transmitir al paciente cierta información (devoluciones, señalamientos, clarificaciones, interpretaciones o recapitulaciones) y el registro de *qué dice* el paciente, *cómo* lo dice, *a partir de qué* y los silencios que aparecen; junto al contenido paraverbal, esto es, la gestualidad, el tono de la voz, el manejo del espacio de consulta y el grado de coherencia con lo dicho y expresado. Todo esto plantea el ejercicio de un *ver, pensar y hacer* (Ulloa, 1964) en nuestras intervenciones.

### **1.3. Intervenciones breves o focales.**

*“ se nos planteará la tarea de adecuar nuestra  
técnica a las nuevas condiciones ”*  
(Freud, 1919 , p.163)

Estas palabras de Freud remiten a una conferencia dictada en el año 1918 en Budapest y quizá ubican el inicio no de las intervenciones breves o focales, pero sí las preocupaciones o reflexiones acerca de la necesidad de que un cuerpo teórico en desarrollo -el psicoanálisis- comience a considerar la adecuación de su técnica a nuevos contextos, pudiendo incluir así a mayor cantidad de población en el acceso a un espacio terapéutico.

Posteriormente nuevas experiencias clínicas, ensayos e investigaciones, continúan y fortalecen esa necesidad, que se conjuga con el imperativo de que las instituciones hospitalarias comiencen a incluir servicios de atención en salud mental. Pero, ¿por qué intervenciones breves o focales?

La primera justificación sería la de poder absorber a una masividad de población, hasta entonces no considerada. Por lo tanto, los tiempos no solo se acortan sino que se delimitan como parte del nuevo encuadre. La accesibilidad es habilitada ahora desde un marco institucional que responde a su vez, a políticas públicas donde los Estados se asumen como garantes del derecho a la salud. El carácter focal, responde a otra necesidad: centralizar la estrategia de abordaje en torno a los problemas o conflictos de mayor urgencia en el paciente.

Eduardo Braier en la introducción de su libro *“Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica”* (1984) desarrolla el problema de la denominación de este tipo de intervenciones, en el que sus múltiples acepciones dan cuenta de dónde queda ubicado el acento, colaborando en comprender aún más este contexto de surgimiento y las particularidades de una técnica. Expongo aquí una puntualización elaborada en base a lo descrito por el autor:

- Psicoterapia breve: no enteramente conforme con la denominación ya que el carácter breve es dado sólo desde el punto de vista del terapeuta y en comparación con el encuadre psicoanalítico clásico.
- Psicoterapia de tiempo limitado: aquí la denominación refiere a la duración, pero no sólo en su carácter acotado sino también referido a la delimitación de ese tiempo.
- Psicoterapias de objetivos limitados: más afín a esta denominación, el autor rescata la relevancia dada a un aspecto (objetivo) siempre presente en estas terapias.
- Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica: es la acepción que da nombre a su libro. Aquí el autor lo fundamenta por el hecho de que se refiere a una terapia con base en la teoría psicoanalítica y además, marca una diferenciación con otras terapias de duración breve, como por ejemplo: las conductistas.
- Psicoterapias planificadas o focales: resalta las particularidades técnicas, en contraposición al psicoanálisis clásico.
- Psicoterapias no regresivas: Este aspecto plantea una distancia con el tipo de manejo que hace la terapia psicoanalítica clásica en relación a la transferencia.

Más allá de la diversidad de denominaciones, existe entonces cierto viraje o transformación en estas intervenciones. Desde un contexto de consultorio particular, de tiempo ilimitado y que tiene como una de sus premisas la asociación libre y la atención flotante, el trabajo con la neurosis de transferencia, el rol del terapeuta desde la neutralidad y abstinencia y siendo accesible sólo a las clases adineradas; hacia una práctica clínica que, si bien conserva sus fundamentos teóricos modifica ciertos aspectos técnicos en pro de las necesidades antes mencionadas. Fiorini (2004) refiere al desajuste de una teoría y práctica junto a las necesidades crecientes de un contexto que propició el desarrollo de esta modalidad de intervenciones breves o focales:

Con las limitaciones de una experiencia tradicionalmente basada en la práctica privada y su correlativa concepción “individualista” de la enfermedad. La práctica hospitalaria nos impone un salto de nivel que pone en evidencia hiatos teóricos, traducidos en desajustes en el plano técnico (...) Básicamente son los urgentes problemas prácticos creados a las instituciones los que “fuerzan un replanteo sobre los métodos actuales de tratamiento y la búsqueda de nuevos métodos”. De hecho, frente a demandas ya creadas, las instituciones se ven obligadas a instrumentar terapéuticas breves (Fiorini, 2004, p.21)

Si esta modalidad de intervención surge a partir de crisis institucionales en el ámbito sanitario y nuevos desarrollos teóricos alternativos, cabe preguntarse hoy cuál es el contexto en el que estas intervenciones se desarrollan.

Nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de acuerdo a la Ley 18.211 establece en el Art.34 la organización de la atención en salud de acuerdo a tres niveles. El INCA es una institución ubicada en el tercer nivel, por lo tanto es importante mencionar que *“está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamientos de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades”* (Ley 18.211, art 38, 2008). Por lo tanto, el espacio de asistencia psicológica forma parte de una dinámica institucional en la que se integran otros espacios y disciplinas, que aportan desde su especificidad al abordaje integral y atención de pacientes oncológicos provenientes de todo el país.

Desde allí, el carácter breve o focal de las intervenciones clínicas que realizamos responde en parte, al tipo de población con la que trabajamos. Los pacientes en sala, independientemente del motivo de su internación no permanecen por tiempos prolongados y aquellos que asisten a policlínica, si bien mantienen otro nivel de autonomía por diversos factores (muchas veces externos a la institución) no podrían sostener un proceso a largo plazo.

Pese a no tener una cantidad de sesiones prefijada o constar de un único encuentro, todas las intervenciones proponen una estructura o desarrollo compuesto por instancias de: recepción, evaluación, intervención y cierre (devolución). Determinados también por fechas de tratamientos, consultas, traslados, buena evolución y alta o fallecimiento.

El trabajar con la realidad psíquica de la persona en tanto paciente oncológico nos ubica temporal y espacialmente. Implica en primer lugar presentarnos, identificarnos desde nuestra formación, lo institucional e interdisciplinario. Las intervenciones clínicas breves o focales que realizamos parten del establecimiento de un encuadre que necesita de estas acciones simples y concretas, así como también de un lugar y de la construcción de un espacio dado por la asignación de día y hora, periodicidad y duración de los encuentros,

sumado a la identificación visual de nuestro rol (túnica y gafete con logo de la Facultad y nombre).

Ese aquí y ahora del que partimos constituye un punto clave en este tipo de intervenciones, ya que una terapéutica breve o focal, al decir de Fiorini *“se orienta fundamentalmente hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de enfermedad (...) No omite factores históricos en su etiología, pero sí se dirige a la estructura de la situación transversal”* (Fiorini, 1999, p.22). Es decir, el paciente llega al encuentro con una afección oncológica que atraviesa su ser y estar en el mundo, un proceso que más allá de todas sus especificidades (diagnóstico, tratamientos, consultas, medicamentos, intervenciones) impacta claramente en otras áreas de su vida, a nivel individual, vincular y social. Si la subjetividad del paciente se sucede y se construye permanentemente en un contexto del que es parte indisoluble, nuestra práctica puede entenderse entonces como *clínica situacional* (Gurman-Antar, 2022) en la que también necesitamos valorar durante los encuentros: conciencia y vivencia de enfermedad, conciencia pronóstica, recursos de afrontamiento, miedos, ansiedades, defensas y redes de apoyo.

Por lo que una *comprensión social* del paciente y sus condiciones de vida, se une y complementa a la *comprensión psicodinámica* en estas intervenciones. Se pondrá atención entonces, a cómo esos factores determinantes del contexto, los aspectos individuales y lo relacional, atraviesan un momento evolutivo particular (Fiorini, 1999).

Otras dos características de esta modalidad son el trabajo a partir de un *foco* y el *rol asignado al psicólogo*. El foco es aquella temática o aspecto que se ha identificado luego del primer/os encuentros y que nuclea la/s problemáticas de mayor urgencia en el sujeto.

Durante las intervenciones, a veces los pacientes luego de preguntas del tipo *“¿por qué o a partir de qué decidió consultar?”* o *“bueno, ¿por qué no me habla un poco de usted?”* responden *“bueno, ¿por dónde empiezo?”*. Ese inicio, invita al paciente a una primera tarea de focalización: elige, jerarquiza, ordena, selecciona, omite, enfatiza y reitera hechos, imágenes y personas, que configuran un primer y vital acercamiento a su problemática. Inclusive los pacientes en sala de internación a los que nos acercamos sin demanda previa, construyen un relato atravesado por estas operaciones. Luego de esta primera instancia, partiendo del registro realizado y de lo discutido en el espacio de supervisión, comienza a ser posible la delimitación de un foco o focos de intervención. Entendido como *“centro de gravedad temático”* (Fiorini, 1999,p.99) se convierte en el segundo componente (luego del carácter breve) que identifica a este tipo de intervenciones. La delimitación de un foco y la consecuente elaboración de una estrategia clínica para un abordaje en un tiempo acotado, configura el eje de nuestro trabajo.

El *rol del psicólogo* también se define de forma particular en estas intervenciones. En nuestro caso al estar formando parte del equipo de salud en una institución, el campo de

acción se extiende muchas veces a la necesidad de consultar o coordinar acciones con otros referentes del paciente (médico/a tratante, oncólogo/a, familiares, acompañantes). Además, dentro del encuadre de la consulta el rol habilita otras posibilidades de intervención. A este respecto, Fiorini (1999) destaca:

El terapeuta debe desempeñar en la terapia breve un papel esencialmente activo. Se exige de él una gama amplia de intervenciones: no se limita al material que aporta el paciente; además explora, interroga (...) Su participación es más directamente orientadora de la entrevista que la del analista en la técnica standard, cuyo rol es más pasivo en el sentido de limitarse a interpretar según el material que espontáneamente va aportando el paciente (Fiorini, 1999, p.30)

Las diferentes formas de intervención son herramientas técnicas, modos de acción y respuesta que el psicólogo utiliza en el encuentro con la narrativa del paciente. En nuestro trabajo fue necesario al momento de: ampliar sentidos respecto a la palabra cáncer, el estar enfermo/a, la muerte y el sufrimiento; al explorar acerca de lo dicho por el paciente sobre el momento en el que recibió el diagnóstico o disminuir el monto de ansiedad respecto a una espera de resultados, orientando en acciones sobre la calidad de vida. Es decir que ya sea interrogar, informar, clarificar, recapitular, realizar un señalamiento, intervenir con una interpretación (en diferentes formas y grados) sugerir o remarcar aspectos del encuadre; todo ello supone una conciencia clara del rol y además saber identificar el *por qué* y el *para qué* de esas intervenciones.

Así como pone en juego el qué decir y cómo, también nos desafía al momento de decidir qué obviar o desestimar, aspectos o mojonos traídos en el discurso por el paciente que se distancian de lo advertido como urgente en la estrategia de abordaje. No significa no registrar sino que es justamente a través de esa escucha que nuestras intervenciones se “afinan” o “ajustan”, de cierta forma jerarquizamos la información donde la historia de vida del paciente adquiere significación en función de su aquí y ahora. En varias ocasiones su narrativa se enquistaba en el pasado, en conflictos, pérdidas o situaciones traumáticas que no han podido elaborarse y que, en mayor o menor grado se actualizan o se ponen en consideración al existir un espacio de escucha para su padecimiento. Pero es necesario identificar estos momentos y evitar quedar “capturados” o “seducidos” por ese discurso. En relación a esto, Fiorini (1999) refiere:

El terapeuta necesita entrenarse en el esfuerzo de “dejar pasar” material atractivo, incluso “tentador”, siempre que el mismo resulte irrelevante o alejado del foco. Un

primer objetivo de esta focalización consiste en general, en dirigir la atención del paciente hacia la función y significado interpersonal de sus síntomas (Fiorini, 1999, p. 31)

Y en nuestro rol como estudiantes de una práctica pre-profesional, desde nuestra inexperiencia también existe y opera un deseo de “aliviar” una situación actual prestando escucha a todo lo que trae el paciente, dejamos que despliegue en su discurso preocupaciones, angustias y ansiedades. Pero también es importante recordar que nuestro trabajo nos compromete desde una intervención breve, con la realidad psíquica de la persona en tanto paciente oncológico. Allí hay un manejo de la temporalidad pasado-presente-futuro que nos ubica en un rol más orientador, propositivo, en donde reencuadramos y reposicionamos haciendo uso de todas las diferentes herramientas de intervención antes mencionadas según la situación y la singularidad de cada paciente.

Es decir que más allá de estar influenciados por el encuadre de un dispositivo psicoanalítico clásico y su diada *asociación libre-atención flotante*, en las intervenciones breves o focales estas conceptualizaciones requieren de una adecuación: el tiempo limitado y el rol más activo dado al psicólogo hacen que la asociación libre pueda estar presente y sea necesaria en ciertos momentos, pero que además el profesional desde sus herramientas técnicas estimule “*asociaciones intencionalmente guiadas*” (Fiorini, 1999). Por otra parte, la atención flotante según la cual mantiene una escucha sin priorizar o jerarquizar ninguna parte del discurso del paciente, en esta modalidad de intervención no es desalentada completamente pero sí se señala la necesidad de complementariedad con un tipo de *atención selectiva* (Braier, 1984). El autor, señala a este respecto:

Llegamos a la propuesta de lo que sería en el terapeuta una combinación, sucesiva, operativa y flexible entre momentos de atención flotante, seguidos de momentos de atención más selectiva, los que se alternan de acuerdo con las vicisitudes de la comunicación terapéutica, aunque siempre se dé, en definitiva, un retorno al estado de atención selectiva focal (Braier, 1984, p.117)

En los dos espacios de intervención (sala de internación y policlínica) este aspecto se evidenció sobre todo en los momentos de mayor ansiedad o angustia por parte del paciente. La relación que establecemos con él supone entonces un vínculo profesional de mutua afectación, en el que el análisis de la transferencia puede darnos insumos para el diagnóstico y el desarrollo de una adecuada estrategia clínica.

## 2. LA TRANSFERENCIA como concepto psicoanalítico

Proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.

Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

(Laplanche, J. y Pontalis, *Diccionario de Psicoanálisis*, 2016, p.439)

Desde un marco general, el concepto de transferencia proviene del acervo mercantil-económico y como verbo (transferir) refiere al hecho de *trasladar, ceder algo de un lado a otro* (Diccionario de la RAE). Es decir que el uso del término no es propio del psicoanálisis, pero sí adquiere una significación particular dentro del dispositivo analítico. Los autores (Laplanche, J. y Pontalis) la definen antes que nada como un *proceso*, por lo que no refiere a un momento o instancia particular pero sí sucede dentro de un encuadre determinado y desde el establecimiento de una relación específica. Quizá lo que une ambas acepciones (general y psicoanalítica) sea la idea de *desplazamiento*. En análisis el paciente es quien desplaza, traslada, hacia la persona del analista estos prototipos o imagos infantiles; formas de amor (y de amar) que siendo primarias y no habiendo encontrado un total desarrollo psíquico en la vida del sujeto se vuelven un *clisé*, es decir se repiten, se reeditan en el vínculo con el analista (Freud, 1991, pp.97-98).

Previo a la consideración de este concepto en el marco de intervenciones breves o focales y la posterior articulación teórico-clínica en el contexto de intervención elegido, creo importante remitirme al origen y desarrollo de este término en la teoría psicoanalítica, más específicamente, a través de lo expuesto por Sigmund Freud y Jacques Lacan.

### 2.1. Transferencia en S.Freud. Obstáculo y motor de la cura.

Partiendo de registros y reflexiones de sus propias experiencias como analista, Freud (1905) en "*Fragmento de análisis sobre un caso de histeria*" refiere a las *Transferencias* como resistencias, sucedidas en el proceso terapéutico, en las cuales se repiten y reeditan imagos infantiles ahora sobre la persona del analista, es decir que "*toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo*

*actual con la persona del médico*” (Freud, 1992, p. 101). Ello supondría un obstáculo, ya que estas fantasías y mociones pulsionales estarían soportando y sosteniendo los síntomas, impidiendo por lo tanto la cura. Más adelante, en su escrito “*Sobre la dinámica de la transferencia*” (Freud, 1912) el autor agrega a este desarrollo la necesidad entonces de que el tratamiento esté orientado al trabajo sobre esas fantasías y al debilitamiento de tales resistencias. En referencia a la complejidad de este proceso, Iván Álvarez (2012) señala que se produce una *paralización* en el curso del análisis, lo que supone también un riesgo porque la experiencia de tales momentos “*con aquel al cual se le debe decir todo es difícil y tortuoso, lo cual puede producir el abandono de la cura. Transferencia como falso enlace, en la que la repetición está a los fines de la resistencia*” (Álvarez, 2012, p. 59).

En el texto antes mencionado, Freud (1912) también realiza una diferenciación en el concepto de transferencia: La *transferencia positiva*, refiere por un lado a sentimientos amistosos, tiernos y amorosos del paciente en relación al analista (*susceptibles de conciencia*) y por otro a sentimientos de naturaleza erótica (los cuales se dan a nivel inconsciente y son fuente de gran resistencia durante el análisis). Luego, menciona la *transferencia negativa*, la cual advierte sobre sentimientos hostiles que se despiertan en el paciente en referencia al profesional.

En relación al desafío que supone el trabajo analítico desde estas distinciones, el autor señala:

La solución del enigma es, entonces, que la transferencia sobre el médico sólo resulta apropiada como resistencia dentro de la cura cuando es una transferencia negativa o una positiva de mociones eróticas reprimidas. Cuando nosotros «cancelamos» la transferencia haciéndola consciente, sólo hacemos desasirse de la persona del médico esos dos componentes del acto de sentimiento; en cuanto al otro componente susceptible de conciencia no chocante, subsiste y es en el psicoanálisis, al igual que en los otros métodos de tratamiento, el portador del éxito (Freud, 1991, p.103)

Posteriormente en su texto “*recordar, repetir y reelaborar*” (1914) Freud vincula la repetición de mociones pulsionales reprimidas con la identificación de las resistencias y la transferencia. Manifiesta que el paciente repite en lugar de recordar y que repite según el funcionamiento y la intensidad de tales resistencias. Es decir, actúa a través de sus síntomas. Aquí la repetición refiere el autor, sería la *transferencia del pasado olvidado*, sobre el analista pero también sobre otras áreas de la situación actual del paciente. Sin embargo, se le presenta al profesional un desafío: que el recordar sustituya gradualmente a la descarga mediante la acción y esto sólo es posible a través del manejo de la

transferencia, es la que permite trabajar la *compulsión a la repetición* del paciente. Agrega a este respecto: “*Cuando la ligazón transferencial se ha vuelto de algún modo viable, el tratamiento logra impedir al enfermo todas las acciones de repetición más significativas y utilizar el designio de ellas como un material para el trabajo terapéutico*” (Freud, 1991, p.155). Finaliza el escrito manifestando que no es posible sin embargo el agotamiento inmediato de las resistencias, sino que es pertinente brindar tiempo al paciente para que una reelaboración sea posible, proceso que puede advenir y que tampoco conviene acelerar.

Además, el manejo de la transferencia exige en el analista un cuidadoso uso de la interpretación. La forma y el momento en el que éste responde a lo desplegado por el paciente, necesita del respeto y la conciencia de los tiempos internos del sujeto en relación al proceso desarrollado hasta entonces. A propósito del valor y cuidado -del analista- en la interpretación de la transferencia, Viana Bustos (2016) señala:

La interpretación debe ser el resultado de una escucha activa y de una captura del inconsciente del sujeto. No pretende ganar méritos en su profesión sino fomentar la asociación libre instalada la transferencia; tiene elementos de escucha, a veces de certeza otras veces de intuición, de precisión, de duda, de coherencia, de sentido, etc. Puede estar llena de muchos elementos, pero debe tener la convicción del momento y la seguridad de la intervención, acude a la ética, responsabilidad profesional y salvaguarda la confidencialidad (Bustos, 2016, p.102)

Otro aspecto desarrollado por Freud es el expuesto en su escrito “*Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*” (1915), aquí el autor refiere a la dificultad sobre todo de analistas noveles, en el manejo de la transferencia. Recoge como ejemplo, la posible situación de que una paciente se enamore de su analista, ante esto reflexiona: ¿cómo opera el profesional? ¿Qué acciones o movimientos son deseables, desde lo técnico y ético? Argumenta esta dificultad como una demanda de amor, la cual a su vez supone como la visualización de una resistencia. Sin embargo también remarca la necesidad para el analista, de identificarla y no negarla como fenómeno transferencial acaecido dentro del proceso terapéutico. A razón de este aspecto, Freud agrega:

“Uno debe guardarse de desviar la transferencia amorosa, de ahuyentarla o de disgustar de ella a la paciente; y con igual firmeza uno se abstendrá de corresponderle. Uno retiene la transferencia de amor, pero la trata como algo no real, como una situación por la que se atraviesa en la cura, que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes y ayudará a llevar a la conciencia lo más

escondido de la vida amorosa de la enferma, para así gobernarlo.”  
(Freud,1991,p.169)

Por lo tanto, en Freud la transferencia pasa de ser identificada en un origen como obstáculo, anudada a resistencias y repetición de prototipos infantiles; para luego no negar este aspecto sino reconocer que es justamente el manejo de ella lo que permite el advenimiento de estas mociones pulsionales -hasta el momento inconscientes- que admitidas posteriormente por el paciente y vía interpretación por parte del analista, posibilitan la sustitución gradual del repetir/actuar por el recordar y la deseable reelaboración.

Desde su desarrollo teórico es considerada entonces, como *la más poderosa palanca de éxito*, así como también *el medio más potente de la resistencia* (Freud, 1991, p.99).

## **2.2. Transferencia en Lacan. Experiencia dialéctica.**

En el desarrollo teórico que realiza Lacan en torno a la transferencia, si bien parte de los planteamientos freudianos, lo hace para luego señalar algunas diferencias y agregar nuevas puntualizaciones. En *“Intervención sobre la transferencia”* (1951) a partir del análisis del caso Dora en Freud, advierte sobre el papel del analista en la dinámica transferencial. Este no es alguien que únicamente identifica el material inconsciente que despliega quien consulta, sino que el sujeto del psicoanálisis es constituido desde un discurso en el que la sola presencia del analista ya aporta a la dimensión del diálogo y agrega: *“el psicoanálisis es una experiencia dialéctica, y esta noción debe prevalecer cuando se plantea la cuestión de la naturaleza de la transferencia”* (Lacan, 2009, p.210) ¿Cómo pensar entonces la transferencia? Aquí el autor propone dos elementos que articulan la dinámica: *desarrollos de verdad e inversiones dialécticas*. Los primeros, corresponden a momentos en el análisis en el que se despliega una verdad y los segundos, refieren a virajes que realiza el analista con sus interpretaciones. Retomo aquí un fragmento del caso Dora, que Lacan (2009) expone para dar explicación de tales aspectos:

*-Primer desarrollo de verdad (Señora K): “todo es verdadero y correcto (...) ¿qué podría usted modificar?”*

A lo cual, Freud responde:

*-Primera inversión dialéctica (Freud): “mira, le dice, cuál es tu propia parte en el desorden del que te quejas”* (Lacan, 2009, pp. 213).

Es importante mencionar que esta dinámica transferencial, da lugar a un nuevo *desarrollo de verdad* al cual el analista responde con una nueva *inversión dialéctica* y así sucesivamente. En el caso Dora es ella, la paciente, quien decide interrumpir el tratamiento, adjudicándolo tanto Freud como Lacan al manejo de la transferencia/contratransferencia aunque por razones diferentes.

En el texto mencionado, Lacan refiere a la contratransferencia como *“la suma de los prejuicios, de las pasiones, de las dificultades, incluso de la insuficiente información del analista en determinado momento del proceso dialéctico”* (Lacan, 2009, p.219), por lo que cuando surge un problema o *estancamiento* en la dinámica del análisis allí aparece la transferencia, cuyo trabajo había sido invisible hasta entonces. En este momento de su desarrollo teórico, para Lacan, la transferencia emerge como efecto de la contratransferencia y no al revés. A este respecto, el autor sostiene:

La transferencia no es nada real en el sujeto, sino la aparición, en un momento de estancamiento de la dialéctica analítica, de los modos permanentes según los cuales constituye sus objetos.

¿Qué es entonces interpretar la transferencia? No otra cosa que llenar con un engaño el vacío de ese punto muerto. Pero este engaño es útil, pues aunque falaz, vuelve a lanzar el proceso (Lacan, 2009, p. 219)

Inclusive cuando se evidencia a partir de una emoción o afectividad, la transferencia refiere Lacan, sólo adquiere significación en relación al momento que surge dentro de la dialéctica analítica. Su importancia está entonces en oficiar como “brújula” para el analista, lo guía en el proceso orientándolo así como también señalando momentos de desajuste.

Más adelante, en el *Seminario VIII “La transferencia” (1960-1961)* Lacan se propone abordar el concepto tomando como puntapié inicial la metáfora del amor expuesta en el texto *El banquete* de Platón: *“el problema del amor nos interesa en la medida que nos permitirá comprender qué ocurre en la transferencia – y, hasta cierto punto, a causa de la transferencia”* (Lacan, 2008, p. 47).

Allí quedan evidenciados dos posicionamientos asimétricos en relación al amor: el *erastés* (amante) y el *erómenos* (amado) los cuales el autor los utiliza para ilustrar lo sucedido en la práctica analítica. Al comienzo el analista ocuparía el lugar de amante, es él *“quien pone su deseo de analizar, el que apuesta a un sujeto y un saber por venir en aquello que el paciente - quien estaría en posición de amado - trae: “Dígame qué tengo”* (Álvarez, 2012, p.59). A medida que el análisis avanza y en consonancia con esta metáfora del amor se sucedería una sustitución de lugares, el paciente estaría ahora en lugar de amante (*erastés*)

ya que es quien pasa a “*ser causado en su deseo - amor - por algo que genera la presencia del analista*” (Álvarez, 2012, p.60)

En este mismo Seminario, en su *clase XII*, Lacan (2009, pp.205) advierte sobre lo que él denomina *Transferencia en el presente*, tomando cierta distancia del planteo freudiano en relación al término. Si bien reconoce la presencia de un pasado en el discurso del paciente (un cierto automatismo, una repetición) también menciona que es constitutivo de la dinámica transferencial que la transmisión de ese pasado se da en la actualidad de una relación paciente-analista, rescatando entonces más que el valor del enunciado su *valor de enunciación*; además de un *algo*, hay un *contexto* y un *para quién*. En referencia a este aspecto señala:

Me parece imposible eliminar del fenómeno de la transferencia el hecho de que se manifiesta en la relación con alguien a quien se le habla. Este hecho es constitutivo. Constituye una frontera, y nos incita al mismo tiempo a no diluir el fenómeno de la transferencia en la posibilidad general de repetición (Lacan, 2009, p.203)

Esta particularidad agregaría entonces algo inédito, algo que separa al paciente de la pasividad. La presencia de ese pasado se sucede en un acto, por lo tanto no sería una mera reproducción sino que reconoce en la transferencia *algo creador* (Lacan, 2009, p.202). Por este motivo es que el autor se refiere a ella como ficción, ya que en el encuentro, dentro del dispositivo analítico “*el sujeto fabrica, construye algo*” (Lacan, 2008, p.203) que es mostrado y dicho para un otro, alguien a quien se le supone un saber. Es un fenómeno que según Lacan, no puede pensarse si no es en función de la díada paciente-analista.

Entonces el manejo de la transferencia necesita además , la existencia previa de un concepto: el *deseo del analista*. Ello no supone el deseo del ejercicio profesional , “*el deseo del analista no es el deseo de ser analista*” (Lacan, 1970) no se refiere a él como persona, sino como *presencia* dentro del dispositivo, un lugar dentro de otro lugar. Viana Bustos señala al respecto de este concepto, su relación con la transferencia y la posibilidad de interpretación dentro del análisis:

Es una cuestión ética porque de allí se desprende toda la intención analítica, toda la posibilidad de transferencia, la vía de la interpretación y la intervención (...) Es estar presente para la escucha, no para la vida, es acudir al sujeto de la palabra y no al clisé que le arrastra (Bustos, 2016,p.103)

Es decir que el deseo del analista implica un compromiso y una conciencia clara del rol profesional; es un a priori, una disposición anterior al trabajo analítico. La autora agrega a este respecto:

Y es importante estar presente –*ser presencia*–, para saber qué hacer y cuándo hacerlo, el deseo de analizar debe ser inmutable, debe permanecer constante, aunque debe ir al ritmo del paciente en el transcurso de la transferencia, de la interpretación y la intervención misma (Bustos, 2016, p.109).

Para Lacan entonces, la transferencia no sólo es entendida como experiencia dialéctica sino que también necesita de la actualidad del encuentro paciente-analista para ser pensada y puesta en marcha; considera al pasado de la persona pero únicamente en función de ese presente. Un presente que es inédito y que va en búsqueda del sujeto psicoanalítico y de -quizás- un nuevo posicionamiento frente a su deseo.

### **2.3. La contratransferencia**

Tomar conciencia de todo aquello que acaece en el profesional que atiende el sufrimiento psíquico se revela ineludible como garante de un buen quehacer clínico. Hablamos de pararse a pensar la *contratransferencia* (Pérez, A, 2021, p.55)

Si bien es un concepto que tiene sus raíces en los primeros desarrollos del psicoanálisis, los alcances y especificidades del término han ido modificándose, ampliándose en función de nuevas teorizaciones, autores que analizan sus propias experiencias y nuevos escenarios/contextos en los que la praxis clínica tiene lugar.

Fue Freud quien conceptualizó por primera vez a la contratransferencia, en su escrito *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* (1910) la definió como “*la respuesta emocional que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente*” (Freud, 1986, pp.136). Desde allí, se reubica la figura del analista adquiriendo relevancia no sólo por el valor que suponen sus afectos y emociones en el encuentro con el paciente, sino también por la necesidad del trabajo en su análisis personal de sus propios conflictos y defensas inconscientes.

Si bien el autor insiste en la neutralidad y la abstinencia del analista, además reconoce la importancia de que el contenido contratransferencial sea apartado del espacio y trabajado como obstáculo, como traba en el proceso terapéutico.

Ferenczi posteriormente retoma los planteos de Freud pero ubica a la contratransferencia no como complicación que debe evitarse y apartarse, sino por el contrario, un fenómeno que debe ser analizado para no obturar la escucha y la comprensión del paciente. Por lo tanto, sería una parte indispensable de este vínculo asimétrico, profesional y contextualizado; refiriéndose a la interacción transferencia-contratransferencia en palabras de Luis Martín-Cabré (2012) como *“el núcleo central del trabajo analítico”* (p.77) y enfatizando entonces la necesidad de identificar, elaborar y dominar la contratransferencia. Otra conceptualización interesante es la aportada por Winnicott, quien describe la contratransferencia desde una consideración más amplia y no sólo desde lo técnico, como herramienta, sino también incluyendo sentimientos y reacciones del profesional en relación a lo traído por el paciente al análisis. Adriana Perez (2011) refiere al concepto de contratransferencia desarrollado por el autor y los desafíos que ésta presenta:

Engloba los conflictos no resueltos del analista, sus experiencias y personalidad, así como las reacciones emocionales objetivas/reales (...)Por otra parte, considera imprescindible aceptar estas vivencias y tolerarlas para mantener la objetividad, y evitar que determinen la actitud del profesional con los pacientes (Perez, 2021, p.56)

La autora ubica posteriormente en los desarrollos de Paula Heimann y Heinrich Racker un viraje en la conceptualización de la contratransferencia. Deja de ser pensada como dificultad, como obstáculo, como fractura en el dispositivo analítico para asumirla como instrumento que contribuye a comprender al paciente y al vínculo en construcción. Planteándolo como cambio de paradigma, entiende que se orienta *“hacia una concepción extensiva de la contratransferencia cuyas bases se asientan en la relevancia otorgada al papel de la subjetividad y emotividad del analista y a su empleo en el proceso analítico”* (Pérez, 2021, pp.57). El profesional es tomado en su singularidad, de ahí el cuidado y la vigilancia de su implicación de acuerdo a su rol.

Un desarrollo teórico sucedido en paralelo al de estos autores, pero que sin embargo continúa y reafirma la conceptualización freudiana respecto a la contratransferencia es el propuesto por Lacan. En *“Intervenciones sobre la Transferencia”* (2003) la ubica al igual que Freud como un obstáculo, rechazando su manejo dentro del espacio de análisis. Para él solo denuncia prejuicios, dificultades e inclusive falta de información por parte del analista, es decir que lo deseable es dirigir su examen al análisis personal y/o supervisión.

Retomando los principios de neutralidad y abstinencia, refiere a la necesidad de una *des-objetivación* del analista, un *“hacerse el muerto cadaverizando su posición”* (Lacan, 2009, pp.405). Este carácter impersonal no implica desafectación sino que advierte sobre la dinámica del trabajo de análisis, en la que el *deseo del analista* guía el proceso y donde la palabra del paciente y la dimensión simbólica de la transferencia constituyen el centro.

Otro aporte sustancial al término es el expuesto por Beatriz de León y Ricardo Bernardi, en su texto *Contratransferencia y vulnerabilidad del analista* (2005) además de realizar una puntualización sobre el desarrollo del concepto, agregan una posible clasificación de la contratransferencia que da cuenta de su evolución y transformación. Por un lado, mencionan un *sentido restringido*, donde la contratransferencia refiere a un *“modo de participación inconsciente del analista en el proceso transferencial-contratransferencial, cuyos efectos en el tratamiento necesitan ser elucidados para que el trabajo analítico pueda continuar desarrollándose adecuadamente”* (de León y Bernardi, 2000, p.14)

Allí la contratransferencia da cuenta de aspectos resistenciales que responden a conflictos inconscientes por parte del analista, lo que plantea una necesidad de identificación y elaboración en el espacio de análisis personal o de supervisión.

Luego los autores se refieren a una segunda acepción del término, un *sentido amplio* donde la contratransferencia puede pensarse como *“la disposición consciente e inconsciente del analista hacia el paciente en un momento o periodo dado del tratamiento”* (de León y Bernardi, 2000, p.14). En este caso, abarcaría también todos los aspectos que refieren al funcionamiento mental del analista durante el encuentro y no sólo ya los contenidos inconscientes; además incluiría las especificidades de su formación teórica y técnica, el vínculo con colegas y supervisores, así como circunstancias de su vida personal y profesional. El planteo invita a una reflexión sobre la figura del analista, a este respecto de León y Bernardi (2000) agregan:

Esta forma de entender la contratransferencia cuestiona la imagen del analista como un espejo fiel cuya objetividad no se ve afectada por lo que refleja, sino que pone de manifiesto un analista que potencialmente puede estar afectado por distintas vicisitudes de su vida, de su formación y de las condiciones en las que trabaja (de León y Bernardi, 2005, p.25)

Pese a esta distinción entre *sentido amplio* y *restringido* de la contratransferencia, los autores insisten en la importancia de mantener ambas acepciones al momento del análisis ya que cada una advierte sobre diferentes consideraciones o hechos en el proceso de trabajo con el paciente: *“La noción restringida de la contratransferencia como obstáculo*

*apunta a describir momentos puntuales o disruptivo del proceso de análisis mientras que la noción amplia alude a una dimensión continua del fenómeno transferencial-contratransferencial”* (de León y Bernardi, 2005, p.26)

En otro escrito titulado “*Contratransferencia, comunicación analítica y vulnerabilidad*” (1999) Beatriz de León reflexiona acerca del ideal de neutralidad en el pensamiento y la praxis psicoanalítica y del alcance de éste al momento de entender la contratransferencia. Si se la considera desde un punto de vista más amplio y global, este ideal parecería derrumbarse. Sin embargo la propia autora plantea: “*¿No es el ideal de neutralidad el que permite, acaso, volver sobre los acontecimientos del análisis buscando discriminar lo propio de lo ajeno como en este caso?*” (de León de Bernardi, 1999, p.102). Esa interrogante, propone al menos una complejización y consideración quizá más realista de ese ideal y por consiguiente, otro posicionamiento frente al fenómeno transferencia-contratransferencia, en el que el analista se ve interpelado en el alcance y características de su función como profesional. Luego de esa pregunta y a propósito de ello, menciona:

Es cierto que este ideal ha llevado a confundir neutralidad con distancia y frialdad y con la necesidad de poner al margen las características personales del analista (...) El ideal de neutralidad mantiene como importante la tarea difícil para el analista de descentramiento frente a su propia participación y de objetividad frente a su tarea (de León de Bernardi, 1999, p.102)

Este lugar del profesional, entendido desde un *sentido amplio* de la contratransferencia, comprendería además de la escucha al paciente, sus posibilidades de intervención e interpretación y el manejo de un encuadre (interno y externo); una posibilidad de examen a su rol en el encuentro incluyendo todo aquello que lo implica, que está fuera de la consulta y a su vez, dentro de él. También permite identificar situaciones o momentos dentro de la sesión en los cuales se siente particularmente interpelado o vulnerable. La reacción y metabolización de estas vivencias, adjudican al manejo de la contratransferencia un “*papel preventivo*” (de León y Bernardi, 2005,p.35). Los autores, agregan en relación al vínculo entre vulnerabilidad y rol del analista:

En la medida que se concibe un analista más implicado en el campo, éste se vuelve más vulnerable ya que no sólo está atento a la construcción de un modo de interacción específico con cada paciente sino también al hecho de que formas de su participación puedan distorsionar la constitución y el dinamismo del mismo (de León y Bernardi, 2005, p.30)

Que el analista logre identificar los momentos, modos y grados de afectación de lo sucedido en análisis es un trabajo clave y permanente. El/ella escucha al paciente desde quien es y ha sido, desde dónde y con quiénes se ha formado, con quienes trabaja, desde su proceso de análisis personal y sus circunstancias actuales de vida; es decir, es imposible despojarlo de su singularidad en el encuentro con el paciente pero en lo que sí se puede trabajar es en el reconocimiento de la contratransferencia y sus matices, en la oportunidad de que contribuya a la labor interpretativa más que obturar las posibilidades de comprensión del paciente y del proceso.

### **3.La transferencia en Intervenciones**

#### **3.1. Transferencia en intervenciones breves o focales**

Si bien las intervenciones breves o focales tuvieron su proceso de consolidación como modalidad específica de intervención clínica no hay que olvidar que surgieron de un clima de crisis en las instituciones de salud, sumado a que el desarrollo del dispositivo psicoanalítico comenzaba a encontrarse con ciertas limitaciones respecto a su alcance, ya sea por razones económicas (solo accesible para las clases con altos ingresos), de encuadre (atención únicamente en consultorio privado y tratamiento de larga duración) y de población a la que atendía (analistas comenzaban a observar que los padecimientos o conflictos de algunos pacientes demandaban un dispositivo con otras características).

Pese al contexto de surgimiento esta modalidad de intervención clínica conserva sobre todo aspectos teóricos propios del dispositivo psicoanalítico, constatándose su mayor distancia en lo referido a los *finés terapéuticos, la temporalidad y la técnica* (Braier, 1984). En las intervenciones clínicas breves o focales los objetivos terapéuticos están definidos luego de la jerarquización de ciertos focos, éstos se identifican a partir de las problemáticas o situaciones de mayor urgencia del paciente y el carácter breve estructura a priori el desarrollo de un proceso de tiempo limitado. En el dispositivo psicoanalítico también se puede partir de problemáticas actuales en búsqueda de un bienestar pero su acento está en la indagación, elaboración y resolución de conflictos infantiles, por lo general ubicados en relación al vínculo con las figuras primarias de apego. La tesitura y características de este tipo de vínculo es puesta de manifiesto en la relación transferencial con el analista durante el proceso (tal como se desarrolló en el apartado anterior) , el cual desde el comienzo plantea las condiciones del encuadre (duración de sesiones, día y hora, periodicidad, lugar, honorarios).

El trabajo con los fenómenos regresivos (donde ciertos modos de funcionamiento psíquico anteriores se actualizan con el analista) y la neurosis de transferencia es lo que posibilita la movilización de los contenidos inconscientes, la supresión de los síntomas y la reelaboración de los conflictos. El analista favorece la asociación libre del paciente, da lugar a silencios y maneja una atención parejamente flotante durante las consultas desde una actitud neutral, distante y notoriamente asimétrica. Además interviene a partir de lo que aporta el paciente de forma espontánea, en general a través de interpretaciones.

En contraposición, las intervenciones breves o focales imponen al vínculo terapéutico un *“nuevo y necesario elemento de realidad”* (Braier, 1984, p.32) el tiempo acotado desestimula en el paciente fenómenos regresivos y la dependencia hacia el profesional. Los objetivos terapéuticos no están dirigidos al cambio en la estructura de la personalidad del sujeto o a resolver sus conflictos primarios, por lo que no se alienta el desarrollo de una neurosis transferencial. Sin embargo, la existencia de un dispositivo analítico con determinantes claras de un encuadre y orientado a problemáticas focalizadas sí habilita a la manifestación de fenómenos transferenciales. Eduardo Braier (1984) señala al respecto del cuidado y control por parte del profesional en relación a la transferencia:

Si bien los fenómenos transferenciales también se suceden, a veces inexorablemente, en una psicoterapia breve, podemos esperar que la adopción de algunas medidas técnicas impida que la transferencia alcance demasiada intensidad y llegue a cubrir y dominar la situación terapéutica hasta configurar una neurosis de transferencia (...) El tratamiento, en lugar de fomentar la dependencia del paciente, debe propender a la estimulación y afianzamiento de su iniciativa personal, es decir, de sus capacidades autónomas (Braier, 1984, p.39)

Por esta razón el lugar del psicólogo es tan importante. La tarea de focalización (junto al tiempo acotado) hace que en estas intervenciones la transferencia no sea el centro o la condición necesaria, sino un elemento para el diagnóstico y el trabajo en los encuentros. Desde este planteo, el rol del profesional es más activo, estimulando el intercambio, un buen rapport y la pronta construcción de una alianza terapéutica, siendo el vínculo menos rígido y asimétrico que en el tratamiento psicoanalítico. En tal sentido, el autor agrega que sus intervenciones no se remitirán únicamente a interpretaciones (las cuales deberán estar relacionadas al foco/s) sino también a través de preguntas, sugerencias, señalamientos, aportando información o inclusive tomando la iniciativa en el diálogo y proponiendo una temática sobre la que hablar ¿Cuál es entonces el manejo que hace el psicólogo en relación a la transferencia desde sus intervenciones? Fiorini (1999) refiere al alcance de las interpretaciones transferenciales en esta modalidad:

Instrumentos propios de toda psicoterapia dinámica, no intervienen, en psicoterapia breve con el sentido y el carácter sistemático que asumen en la técnica psicoanalítica (...) En general se entiende que en esta técnica la interpretación transferencial es eficaz cuando se hace evidente inmediatamente su conexión con la problemática nuclear actual del paciente. Se la destina entonces a favorecer la comprensión de una situación global a partir de lo vivido presente (Fiorini, 1999, pp.32-33)

Es decir que no se trata de trabajar o no sobre la relación transferencial, sino más bien entender que siendo otro el encuadre será otro el rol del psicólogo y el manejo que hará de los fenómenos transferenciales. No se animará como se dijo, el desarrollo de una neurosis de transferencia, ya que al quedar frenada su elaboración debido a las limitaciones de un tiempo de tratamiento breve, ello podría desestabilizar al paciente provocando reacciones de difícil manejo y promoviendo cierta dependencia afectiva con el profesional.

Eduardo Braier (1999) además de hacer referencia al uso de las *interpretaciones transferenciales* en las psicoterapias breves, también expone su fundamento sobre la utilización de las *interpretaciones extra-transferenciales* en esta modalidad. Remitiéndose a la necesidad de trabajar los conflictos o problemáticas actuales de mayor urgencia en el paciente, hay una realidad externa del sujeto que cobra especial importancia. Es decir que hay vínculos y situaciones significativas que éste trae a la consulta y que exponen también fenómenos transferenciales sobre los que muchas veces es necesario puntualizar o examinar. El autor señala que no es requerimiento dedicarse al análisis exclusivo del vínculo terapéutico, sino quizá también *“jerarquizar otras transferencias preexistentes del paciente, en función, primeramente, de su real significación en su vida (...) y en segundo lugar del encuadre y las finalidades del procedimiento terapéutico breve”* (Braier, 1999, p.127)

Centralizar nuestro quehacer o insistirle al paciente sobre aspectos relacionados a su vínculo con nosotros en sesión, puede incluso despertar resistencias o provocar obturaciones a un proceso en desarrollo. Proceso en el que por otra parte, es necesario dirigir nuestros esfuerzos hacia un trabajo desde la actualidad del paciente, enfocando y dando prioridad a determinados aspectos en su problemática, teniendo en cuenta además ciertas condiciones temporales del encuadre. No significa esto que lo que se recoge de la relación transferencial con el profesional debe desestimarse, sino que las interpretaciones transferenciales no deben guiar el proceso hacia el establecimiento de una neurosis de transferencia. Braier (1984), agrega a propósito de este desafío:

Por eso creo que debemos conformarnos con proveer al paciente de elementos para la concientización de sus transferencias con personas significativas, generalmente involucradas en la situación conflictiva en cuestión, e incluir el vínculo con el terapeuta en la mayoría de los casos solo como una nueva relación transferencial -y no como eje del tratamiento- en la que pueden, eso sí, aflorar quizá más selectivamente y apreciarse con mayor claridad las pautas repetitivas y neuróticas de conducta (Braier, 1984, p.129)

Sin embargo en este nuevo escenario, ¿cuál es el lugar para la consideración de los fenómenos de transferencia positiva y negativa? Si el analista incentiva desde su perfil más activo y participativo la construcción de un vínculo de confianza, una forma de colaborar con el proceso analítico es que la transferencia de sentimientos amables y amistosos por parte del paciente tenga siempre buena receptividad en los encuentros. Así como la transferencia de sentimientos hostiles, destructivos o confrontativos debe ser tomada en cuenta y “desactivada” a través de las intervenciones del profesional.

La transferencia positiva sublimada estimula y moviliza el proceso terapéutico. Sin embargo, la transferencia negativa y la positiva de mociones eróticas o que promueve la idealización, son las que deben ser interpretadas (advirtiéndonos de posibles resistencias) presentándolas a veces -y para no resultar intrusiva o favorecer una actitud dependiente por parte del paciente- bajo la forma de sugerencia o pregunta (*¿No le parece que esto quizá...? o ¿no podría pensarse que usted en esta situación...?*).

### **3.2. La transferencia en intervenciones breves, en Instituciones de salud**

Cuando el vínculo paciente-psicólogo se da en el marco de un servicio de asistencia psicológica dentro de una institución de salud, el abordaje y las características de los fenómenos transferenciales adquieren una particular significación. Las prácticas en Salud Mental aquí desarrolladas forman parte de un espacio-tiempo en el que se coordinan recursos humanos, materiales y simbólicos (atravesados por una dimensión político-social) en pro de la consideración al proceso *salud-enfermedad-cuidado* (Stolkiner, 2021). Esto reconoce un contexto que puja por la real abolición del binomio mente-cuerpo en la atención, pese a que esto decanta distinto en cada institución. A propósito de esta necesidad, Alicia Stolkiner (2021) señala:

Tampoco las prácticas generales de salud pueden seguir centradas en la suposición de que atienden “cuerpos biológicos” cuando se trata de sujetos en situación de

padecimiento. No existe, desde esta lógica una “enfermedad mental”, como tampoco una “enfermedad orgánica”. Todos los procesos vitales, que incluyen el enfermar y el morir, se construyen con la amalgama de determinaciones genéricas pese a su singularidad e implican indisolublemente la dimensión subjetiva y orgánica (Stolkiner, 2021, p.192)

Dentro de las múltiples posibilidades vinculares que el paciente tiene dentro de la institución, el encuentro con el psicólogo/a es muchas veces el espacio donde confluyen o se reflejan otros fenómenos transferenciales, además del desplegado por esta relación. Es un espacio donde las particularidades de la escucha y el encuadre de un dispositivo, receptionan la vivencia subjetiva de un malestar.

Desde el lugar del psicólogo, más allá de que su trabajo se desarrolle en un consultorio especialmente asignado para los encuentros o que tenga que dirigirse a las habitaciones visitando a pacientes en situación de internación, el desempeño de su rol siempre sucede desde un a priori: formando parte del equipo de salud de la Institución.

En un Hospital, un Centro de salud, un Instituto o una Policlínica, el profesional pone en ejercicio su saber junto al saber de otros. Este encuentro de disciplinas -que no siempre trae como inherente un trabajo interdisciplinario- se organiza en torno a una dinámica institucional. Es decir que la asistencia psicológica es entendida desde una concepción integral de atención en salud.

Todos los espacios físicos dejan implícito ciertas condiciones o posibilidades en el vínculo con el otro: los asientos en un hall de entrada, las filas de sillas en la sala de espera de una policlínica, el sillón frente a una pequeña biblioteca, las dos sillas ubicadas frente a frente en un consultorio, el banquito en la habitación, el espacio improvisado a los pies de la cama del paciente, los bancos largos ubicados al final del pasillo, el ascensor, las escaleras entre pisos, inclusive la ausencia de asiento en los mostradores de enfermería, farmacia o día y hora. Una materialidad que asigna espacios y articula roles, en la que el profesional a la vez que aporta desde la especificidad de su formación, está implicado en un funcionamiento general. El encuentro con el paciente, más allá de que sea desde un encuadre más definido como el de un consultorio o en la habitación misma de una sala, es un lugar que se construye. Un lugar que existe entre otros lugares.

Desde el paciente que acude a la institución, el espacio de asistencia psicológica y la relación con el psicólogo constituye sólo un vínculo dentro del número de vínculos que componen su nexa con la institución. Es decir que hay un macro espacio que influye en la dinámica de un micro espacio (consulta). El profesional actúa a la vez desde lo individual y lo colectivo, donde por momentos ese “formar parte” homogeneiza al equipo de salud y a éste desde el paciente se le adjudican roles o funciones de otros integrantes del equipo y

además, características propias de la institución. Fiorini (1999) se refiere respecto de esta situación al momento de la atención: *“Las proyecciones del paciente se diversifican en el contexto multipersonal, se distribuyen en múltiples vínculos, con otros miembros del equipo terapéutico, con otros pacientes, etc., complejizando las relaciones en el aquí y ahora de la sesión”* (Fiorini, 1999, p.33).

El manejo de la transferencia tiene entonces dos condicionantes principales: por tratarse de intervenciones de carácter breve, como ya se dijo, no es posible ni recomendable el desarrollo de una neurosis transferencial con el profesional (siendo otros los objetivos y la técnica) pero además, considerando el contexto dentro del cual el dispositivo analítico tiene lugar, sí es recomendable tener en cuenta los demás fenómenos transferenciales que afectan al sujeto y que resultan significativos, ya sea porque remiten a él en su condición de paciente o porque éste los trae en su discurso al espacio de consulta. La influencia de esta dimensión institucional en el encuentro requiere la problematización del vínculo transferencial, debido a que ya existen otros atravesamientos que constituyen al sujeto en su relación con la institución.

Pese a estas condicionantes para el análisis de la transferencia, hay en el concepto un fuerte valor al momento de entender y trabajar con el padecimiento subjetivo. Es decir que su comprensión *“cumple en toda psicoterapia una función diagnóstica y pronóstico insustituible: en ella se manifiesta el saldo de la historia personal, y es en consecuencia un fiel indicador para entender más profundamente el encadenamiento dinámico de experiencias biográficas y actuales”* (Fiorini, 1999, p, 54)

### **3.3. Entonces, ¿trabajar en o con la transferencia? Intervenciones breves con pacientes oncológicos.**

El trabajo *en transferencia* supone la existencia de un dispositivo terapéutico que habilita y promueve la instalación y desarrollo de una neurosis de transferencia, a partir de la cual trabajar los conflictos inconscientes que determinan el funcionamiento psíquico del paciente. La preposición **en**, advierte sobre la necesidad y el peso que tiene el término en cuestión (transferencia) previa existencia de algo, en este caso a la apertura de un proceso de análisis. Además de advertir, denuncia que ese concepto es condición necesaria y fundante desde el punto de vista técnico. Claramente ello no es posible desde el encuadre que define a las intervenciones breves o focales. Aquí el objetivo primordial como ya se dijo, es la *adaptación del sujeto a su entorno*, para ello se parte de una primera tarea de focalización (Miari y Fazio, 2017) en la que se identifican y jerarquizan las problemáticas de mayor urgencia en la realidad actual del paciente. Es decir que partiendo de esta modalidad

de intervención, el psicólogo más que trabajar *en* transferencia, trabaja *con la* transferencia, mejor dicho aún, con *las transferencias*.

En este caso, la preposición **con** devela al concepto como importante, como aspecto significativo, como fenómeno a considerar dentro del proceso. No es ubicado desde un a priori ni jerarquizado como más relevante por sobre otros. La transferencia con el profesional es analizada en su particularidad, junto a los demás dinámicas transferenciales que atraviesan al paciente. El concepto adquiere valor, ya sea expresando pautas relacionales interiorizadas, al momento de realizar una interpretación o también informando sobre el registro del vínculo transferencial-contratransferencial durante los encuentros. Todo ello hace de la transferencia un fenómeno clave, ya que su análisis brinda insumos, esclarece y expone desde los aspectos más problemáticos y des-adaptativos del sujeto así como aquellos libres de conflicto.

Las intervenciones breves o focales, parten de un estudio de las *condiciones de vida* del paciente (Fiorini,1999) definidas por vínculos, salud, trabajos, situación económica, proyectos, actividades, deseos y problemáticas preponderantes; por lo que el estudio de *las transferencias* aporta al diseño de una estrategia clínica adecuada y a un abordaje realmente singularizado.

En el presente trabajo final de grado, la siguiente articulación teórico-clínica pretende tomar el desarrollo realizado y analizar el concepto de transferencia desde las intervenciones breves o focales con pacientes oncológicos, realizadas en el marco de la práctica pre-profesional de graduación "*Intervenciones en Psicooncología*" en el Instituto Nacional del Cáncer (INCA). Las viñetas clínicas que se presentan responden a intervenciones que realicé junto a mis compañeros de dupla (en sala de internación y en policlínica), a pacientes que realizaron un proceso de varios encuentros o un solo encuentro (ya sea porque asistió solo una vez o por fallecimiento) y otros registros a pacientes que fueron atendidos por otras duplas de compañeras/os. Desde esta contextualización me pregunto ¿qué tipos de transferencia se manifestaron? ¿En qué momentos y en qué pacientes? ¿Encontré diferencias en el vínculo transferencial según los encuadres? (piso y policlínica) ¿qué desafíos identifiqué en el manejo de la contratransferencia? Cuáles fueron los fenómenos transferenciales de mayor influencia en los pacientes? Y dado que en las intervenciones breves o focales las interpretaciones transferenciales son solo una de las herramientas de las que dispone el profesional ¿qué otra clase de intervenciones fueron necesarias? ¿Por qué?

### 3.4. Categorizaciones para el análisis de la transferencia

La distinción entre transferencia positiva y negativa, desde lo desarrollado por Freud (1912) en torno al dispositivo psicoanalítico clásico o posteriormente por Braier (1984) en el marco de las intervenciones breves, plantea la necesidad de una identificación y manejo diferencial ante cada una de ellas en el proceso de trabajo con el paciente.

Freud (1912) en su texto *“Sobre la dinámica de la transferencia”* refiere a la manifestación de una transferencia *positiva*, la cual subdivide en dos; una de sentimientos amistosos, tiernos y amorosos (susceptibles de conciencia) y otra de mociones o sentimientos de naturaleza *erótica* (que suceden a nivel inconsciente y dan cuenta de resistencias). Además menciona a la transferencia *negativa*, vinculada a sentimientos de hostilidad.

Por otra parte, Braier (1984) en *“Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica”* toma estas categorizaciones pero las ubica en un dispositivo en el que el carácter breve o focal de las intervenciones conlleva a una reconsideración del empleo de la transferencia. El autor señala a este respecto:

Deberá en suma propenderse al mantenimiento de una relación transferencial positiva sublimada a lo largo de toda la terapia (...) Los sentimientos transferenciales de idealización muy intensos pueden complicar y prolongar el tratamiento; cuando surgen es preciso disolverlos prontamente mediante la labor interpretativa. Lo mismo cabe decir respecto de la hostilidad y el erotismo transferenciales (Braier,1984, p.104)

Si bien esta categorización entre transferencia positiva y negativa es valiosa a los efectos del análisis, es necesario hacer una puntualización. La transferencia como *proceso* (Laplanche, J. y Pontalis, J., 2016) ocurrido desde el paciente hacia el profesional, está sometida a los vaivenes de una dinámica relacional. Entonces por ejemplo la identificación de fenómenos de transferencia positiva sublimada en un momento de la intervención, pueden o no tener continuidad, pueden transformarse o matizarse con otros fenómenos transferenciales. De cierta forma es deseable que esto suceda. La demasiada intensidad o mantenimiento de un determinado tipo de transferencia da pautas del funcionamiento psíquico del paciente pero también informa acerca de dificultades en el desarrollo de la intervención y de la necesidad de ajustes al encuadre. Etchegoyen (2009) plantea a propósito de esta distinción:

La clasificación de la transferencia en positiva y negativa según los contenidos es sin duda muy esquemática, porque las pulsiones o los afectos que se transfieren no son nunca puros (...) Esta clasificación, por otra parte, es puramente observacional, no dinámica, pero de todos modos es útil, nos orienta; y además refiere al paciente (Etchegoyen, 2009, p.120)

Respecto a la cristalización -mencionada más arriba- de un determinado tipo de transferencia, conviene quizá referir al riesgo de la identificación de fenómenos de transferencia idealizada. Esta da cuenta también de aspectos resistenciales en el sujeto, vinculados a mecanismos defensivos, por lo tanto la no variabilidad o aumento de su intensidad provoca una obturación al proceso en desarrollo. Maria del Valle Laguna (2013) aporta a propósito de la emergencia de este fenómeno transferencial:

El contexto analítico, es decir, la propia naturaleza de la relación terapéutica, la transferencia y los distintos elementos que configuran el setting, es un espacio creador y potenciador de la transferencia idealizada. Sabemos que en la mayoría de análisis hay una transferencia idealizada natural que va transformándose a medida que avanza el proceso (...) Sin embargo, con algunos pacientes la transferencia idealizada se hace persistente y se prolonga en el tiempo con características particulares. Me parece importante estudiarla para profundizar en su origen y conformación y para conocer posibles consecuencias clínicas importantes como son los análisis interminables, los impasses, las colusiones y las interrupciones (del Valle Laguna, 2013, p.5)

En las intervenciones en psicooncología a las que refiere este trabajo no se lograron identificar fenómenos de esta naturaleza, sin embargo elegí hacer mención de todas formas porque es justamente su ausencia la que nos puede brindar alguna reflexión. El aporte señalado por la autora plantea como condición del enquistamiento de este tipo de transferencia, su surgimiento y persistencia prolongada en el tiempo. Esto no es posible en el caso de las intervenciones de carácter breve, no sólo por las condiciones de temporalidad sino por su carácter focal, que desalienta la dependencia del paciente y el desarrollo de una neurosis de transferencia. El no surgimiento de fenómenos de transferencia idealizada quizá responda a las características propias de este dispositivo, lo cual queda abierto a posteriores análisis o investigaciones.

Además de las categorizaciones antes mencionadas, expongo el registro de algunos fenómenos de transferencia institucional ya que ésta complejiza el análisis y el manejo de los demás fenómenos transferenciales señalados, dando cierta visibilidad a los

atravesamientos que conectan al paciente con el contexto de intervención. Además del vínculo que éste establece con el/la psicólogo/a, el médico o enfermería, debe incluirse la relación del paciente con la institución, en la que también es posible identificar elementos importantes para la evaluación y diagnóstico: por ejemplo, la posibilidad de adherencia a tratamientos, conciencia de enfermedad o situaciones de vulnerabilidad o dependencia, así como comprender las nociones de pedido y demanda. Al igual que sucede en una consulta con el profesional, el paciente también deposita en la institución valores tales como confianza, descreimiento, enojo o agradecimiento.

Las palabras de Félix Guattari (1972) en su texto *“Psicoanálisis y transversalidad”* informan sobre un desafío de la institución respecto al paciente: *“Captar la totalidad de un sujeto enfermo, no implica solamente un intercambio de información entre los terapeutas, sino también que el entorno institucional, las actividades, el ambiente, etc, estén bajo la efectiva responsabilidad, del conjunto del personal tratante”* (p.81). A esta transferencia institucional determinada por representaciones sociales, modos de organización, funcionamiento administrativo e imaginarios respecto a las instituciones, el autor propone de forma opuesta y complementaria el concepto de *transversalidad* (1972). En búsqueda de la superación de una verticalidad y horizontalidad en las instituciones, ella ocurre cuando *“una comunicación máxima se efectúa entre los diferentes niveles y sobre todo en los diferentes sentidos”* (p.101). Es decir que la contextualización de nuestras intervenciones requiere el reconocimiento de la compleja red de atravesamientos a nivel institucional, de sus sentidos predeterminados y en construcción así como su influencia en el encuentro particular con el paciente.

Luego de la ejemplificación de casos de transferencia positiva, erótica, negativa e institucional, se expone el análisis de fenómenos contratransferenciales para explorar también aspectos de esta experiencia de formación y problematizar el ejercicio de nuestro rol. Inicialmente considerada por Freud (1910) de forma secundaria a la transferencia, la contratransferencia es definida como una *respuesta emocional* ocurrida en el profesional y que engloba aspectos inconscientes del mismo, un fenómeno que advierte de obstáculos en el proceso y cuyo exámen se orienta exclusivamente al espacio de análisis personal.

Sin embargo, algunos autores han contribuido posteriormente a su desarrollo teórico, reafirmando la complejidad del concepto y extendiendo sus alcances. Los aportes de Beatriz de León y Ricardo Bernardi (1999) en relación al *sentido restringido y amplio* de la contratransferencia, así como su vínculo con el concepto de *vulnerabilidad* (2000) resultan interesantes al momento de pensar la necesidad del análisis personal durante el cursado de esta práctica, nuestro grado de afectación y la dimensión ética en nuestro trabajo.

Otro enfoque que enriquece la consideración de la contratransferencia es el planteado por Daurella (2018), quien recoge lo expuesto sobre el término desde el psicoanálisis relacional.

La autora menciona que transferencia y contratransferencia no se analizarán por separado ni la segunda a expensas de la primera, sino que ambas forman parte de un binomio en el que se entiende la relación analítica desde una dimensión intersubjetiva. La transferencia ya no se piensa en términos de desplazamiento sino en cómo *“el sujeto organiza la relación con el analista de acuerdo con todas sus experiencias y formas de respuesta, conscientes e inconscientes”* (Daurella, 2018, p.12). Por lo tanto, esto mismo se traslada a la conceptualización de la contratransferencia. A este respecto, la autora agrega:

Si seguimos el modelo de la transferencia como un patrón organizador que se activa en las relaciones del paciente (...) La contratransferencia del analista no es la respuesta a la transferencia del paciente, ni la expresión de la patología del analista, sino (...) la manera cómo el analista organiza su relación con el paciente de acuerdo con todas sus experiencias y conocimientos. Y juntas, transferencia y contratransferencia, forman un sistema intersubjetivo de influencia recíproca (Daurella, 2018, p.14)

Este aspecto es interesante para reflexionar respecto a los encuentros. La dinámica transferencia-contratransferencia en este dispositivo otorga una especial influencia al rol del psicólogo, no sólo desde el carácter propositivo en sus intervenciones sino en las posibilidades de respuesta frente a lo desplegado por el paciente. Nos invita entonces a problematizar la relación entre el espacio y la palabra, la que decimos, la que escuchamos y la que se construye. Referido a esto último, los aportes de Cecilia Greca (2017) también colaboran en problematizar el lugar que ocupamos en el desarrollo de un proceso de intervención. En su tesis de maestría, la autora advierte sobre la función de la escucha analítica en el dominio de la contratransferencia y retoma una puntualización del psicoanalista Jaime Fernández Miranda (2016) a este respecto:

“la escucha supone una afectación del analista por parte del paciente, una porosidad psíquica que hace que la palabra del otro invoque fantasmas, invista huellas y recuerdos, convoque jirones de teoría, suscite imágenes y asociaciones, fenómenos que podríamos agrupar bajo la denominación de contratransferencia. Ahora bien, la escucha analítica supone, como contrapartida, un profundo reconocimiento de la radical extranjería del paciente, lo que impide que las derivas del analista devengan construcción alienante, que aquello que es suscitado en el analista se derrame brutalmente sobre el paciente, que la interpretación sea seducción, intromisión, proyección, aplastamiento subjetivo del paciente” (Fernández Miranda, 2016).

Es decir que la formación y ejercicio en una práctica pre-profesional necesita en cada uno de los encuentros con el paciente del reconocimiento de su alteridad, lo que supone una vigilancia permanente a nuestra implicación y por ende, una discriminación entre lo que es propio, lo que deviene del sujeto y lo construido como resultante del vínculo profesional.

#### **4. Articulación teórico-clínica del concepto de Transferencia.**

En este apartado, a través de la selección y análisis de viñetas clínicas se ejemplifican fenómenos de transferencia positiva, transferencia erótica, transferencia negativa, transferencia institucional y contratransferencia. La información que se agrega sobre cada caso (sexo, edad, diagnóstico) únicamente figura a los efectos de complejizar y enriquecer el análisis.

Es importante aclarar que la segmentación según estos fenómenos transferenciales no plantea una asociación directa entre paciente-tipo de transferencia, sino que se estructura de esta forma con la intención de explorar las particularidades de cada fenómeno, su utilización y/o emergencia en un momento de la intervención así como las posibilidades que brinda en el desarrollo del proceso y ejercicio de nuestro rol.

En la presente articulación una misma intervención ilustra más de un fenómeno transferencial y también, un mismo tipo de transferencia es ejemplificado por más de una intervención.

##### **4.1. Transferencia positiva**

La transferencia positiva en las intervenciones breves o focales es aquella que conviene identificar y mantener durante los encuentros, desde el rol más activo y propositivo asignado al profesional, por ejemplo en cuanto a la diversidad de sus intervenciones.

No sólo desde lo *que* respondemos al paciente sino en nuestra forma de devolver la escucha, la cual puede manifestarse en una palabra, un gesto, una acción, o desde la flexibilidad de nuestro rol.

##### **Caso 4.1.1 (P: practicante/ pac. : paciente)**

*“P- Esas experiencias le generaron muchos cambios...”*

*Pac.- Por supuesto, rompí la coraza yo jamás permitía que nadie me viera llorar*

*P- ¿Por alguna cuestión suya?*

*Pac.- si mía, desde que mi mamá murió me encerré en la coraza*

*P- Como una forma de protección contra lo doloroso*

*Pac.- Si, aprendí a salir*

*P- Y qué cree que aprendió al salir ?*

*Pac.- Que uno tiene que buscar ayuda también. Yo la pedí el año pasado pero no se conseguía y me preguntaba por qué no recurrir a lo nuestro, la universidad, está ahí para nosotros....*

*Ahora estoy escribiendo otra obra*

*P- Ahh si? ¿Cómo se llama?"*

Como primer encuentro es importante identificar un motivo de consulta, comprender la situación actual de la persona como paciente oncológico y clarificar las problemáticas de mayor urgencia. Además supone detectar recursos positivos, redes de apoyo y posibles conductas de riesgo. En relación al vínculo es importante poder generar un buen rapport que permita la construcción de una alianza terapéutica, donde las preguntas a la vez que amplíen sentidos respecto a su padecimiento, habiliten un espacio de confianza y contención.

En este caso la capacidad de mentalización de la paciente, su posibilidad de historizar, sumado a que las preguntas devuelven la escucha pero también redirigen el encuentro hacia la exploración de recursos positivos, todo ello colabora al desarrollo de una transferencia positiva.

La paciente conocía el espacio de asistencia psicológica brindado en el INCA por estudiantes universitarios que realizan su práctica pre-profesional y ella es además docente universitaria. Esto nos permitió identificar cierta confianza previa en el servicio y comprender que en su caso, la manifestación de una transferencia positiva está relacionada a una historia de formación, vínculos y pertenencia. No solo en el primer encuentro, sino que contribuyó a sostener un proceso de trabajo y acompañamiento, una intervención que se desarrolló en 7 sesiones y que tenía como motivo de consulta:

*"P- Usted decidió buscar este espacio entonces..."*

*Pac. - Si, me pareció lo más correcto después de un montón de series de cosas y me dije que tenía que ver como empezar a sacarlas, ese es el tema, soy enferma oncológica y cuesta decir la palabra maldita, como le digo yo, asumir todo eso"*

Lo que en el primer encuentro parecía plantear una alianza como “favor” (“espero que les sirva a ustedes para poder recibirse”) pudo mutar, transformarse hacia el trabajo sobre las problemáticas de mayor urgencia en la paciente, pudiendo ubicarse ella desde otro lugar en relación a su demanda:

*“P- Estos espacios que hemos tenido, este séptimo encuentro evidentemente es el cierre que estamos haciendo con ud, preguntarle si quiere comentar algo quizás...”*

*Pac. - A mi me ha ayudado mucho, me ha sacado algo de la angustia, no la angustia entera, pero cuando hablo de xxxx, la voy a seguir extrañando siempre, pero me ha ayudado”*

#### **Caso 4.1.2**

Otro caso de transferencia positiva. El material clínico refiere a una intervención realizada en sala de internación, con un total de 6 encuentros. La paciente de 52 años, diagnosticada con cáncer de mama (y mastectomía de la mama izquierda) proveniente del interior del país, se había realizado tratamiento de QT (quimioterapia) y estaba ingresada en el INCA para realizarse tratamiento de RT (radioterapia). Esta primera viñeta se extrajo del registro correspondiente al encuentro Nro.2:

*“P- El espacio no es solo para conocernos, es también para ver el proceso, las expectativas, los vínculos, el volver...”*

*Pac. - Al abrazo.*

*P- Capaz que el lunes que viene podemos volver a pasar.*

*Pac. - Sí, porque ahí le puedo comentar despues de ver a la doctora*

*P- Claro, nos puede contar cómo se siente*

*Pac. - Sí sí, los espero”*

Es importante señalar que la paciente transitó todo su tratamiento de radioterapia sin acompañante, salvo visitas puntuales de xxxxx que reside en Montevideo y el contacto telefónico que mantenía con su familia, es decir que los vínculos que formaron parte de su cotidianidad eran todos nuevos. Este aspecto también influyó en los encuentros, ya que la regularidad de un espacio de escucha y acompañamiento pudo colaborar de alguna manera en “amortiguar” una distancia con rutinas, afectos e intereses previos.

El proceso que logró desarrollarse mostró que los fenómenos de transferencia positiva tenían que ver también en su caso con el lugar de soporte y apoyo con el que nos asociaba:

(2do encuentro)

*“P- Así que capaz en función de esto, hoy estamos a 10, quizás podemos continuar y retomar su interés de querer volver y el trabajo sobre su imagen, poder vernos el lunes próximo, el 24 y el 31...”*

*Pac. - El 31, si, así pueden ver si me dieron el alta o no, “ya está, se terminó”.*

*P- Ahí está, porque sería parte del proceso...*

*Pac. - Aparte los extraño, yo les digo “son dos que vienen de psicología conversas con ellos, te sentís bien”, porque uno como se desahoga.*

*P- Ahí está, sería bueno pensar en esto, poder acompañarla en estas semanas que nos quedan, trabajar preocupaciones, en relación a su tratamiento y también a partir de ciertas preguntas que nos quiera plantear”*

En esta oportunidad, la transferencia positiva además de servir como elemento diagnóstico colaboró en dinamizar el desarrollo de un proceso, la buena receptividad y escucha por parte de la paciente permitieron el trabajo sobre las problemáticas focales seleccionadas. A través de la propuesta de dos ejercicios breves con una escenificación sencilla, intentamos que pudiera visualizar y condensar preocupaciones, temores y ansiedades respecto a su imagen corporal y a lo incierto:

(Ejercicio 1, en encuentro Nro.3)

*“P- Y usted cómo se ve?”*

*Pac.- Hoy me veo bien, me saque unas fotos como pude para mandárselo a mis hijas, “que lindo mamá no estás pensando en hacerte la tinta”, no no, hasta que termine el tratamiento, veía como todos opinaban, ellos se emocionaron igual que yo*  
*P- Hagamos este ejercicio, imagínese que usted tiene un espejo y le tiene que decir a alguien que no la está viendo como es...*

*Pac. - No soy alta soy bajita, he engordado más de la cuenta, después le digo el tema del pelo, estoy cursando una enfermedad que se está tratando, me falta una mama que la estoy sobrellevando, después del tratamiento estoy pensando en una reconstrucción...”*

(Ejercicio 2, en encuentro Nro.4)

*“P- Pensando en el tiempo que le queda aquí (referido al tiempo de tratamiento de RT), le voy a proponer otro ejercicio, pensemos que hay dos sillas y enfrente está el futuro, que le gustaría preguntarle?”*

*Pac. - Si mi vida va a continuar distinta*

*P- ¿Qué sería distinta?*

*Pac. - En cuanto a lo físico*

*Pac. - ¿Llegue a lograrlo? ¿Lo supere?... que me depara en el futuro, me veo diferente pero logré mis expectativas?"*

Es necesario señalar que esta clase de intervenciones son posibles y resultan efectivas cuando existe una transferencia positiva consolidada que les da soporte y que habilita una apertura psíquica en el paciente.

Aparte de identificar estos fenómenos es importante cuidarlos en su intensidad y que ello no derive en sentimientos transferenciales de idealización, alimentándose por lo tanto la dependencia del paciente, aspecto que no sólo no se busca sino que se desalienta en este tipo de intervenciones breves o focales. ¿De qué manera? Remarcando, por ejemplo, aspectos del encuadre:

*"P- Bueno, eso le quería preguntar, un poco sobre la vuelta, los cuidados, los controles, estas intervenciones están terminando, queda una más, la del 31..."*

*Pac. - El 31 vengan por favor*

*P- Evaluar el proceso de estos encuentros, alguna duda, en principio nos veríamos una vez más.*

*Pac. - Los espero como todos los lunes"*

Luego, en relación al cierre de intervención y los fenómenos de transferencia positiva, en este caso fue importante al momento de la devolución resaltar aspectos valiosos en la paciente, punto que destaca Eduardo Braier (1984) al decir que en estas intervenciones de carácter breve *"el paciente debe emerger reconfortado y reafirmado en sus capacidades yoicas, y recuperando su facultad resolutive en las situaciones de conflicto"* (Braier, 1984, pp.48-49). Además buscamos mencionar aquellos aspectos que quizá suponen una dificultad o desafío constante, lo que evidencia en la transferencia el carácter diagnóstico mencionado anteriormente:

*P- "devolverle algunas observaciones, no solo positivas sino reconocimientos: esta fortaleza de la que habló, ha pasado por momentos no tan amables, complejos...después, el desafío de saber esperar en este tiempo, que para ud en el manejo de la ansiedad le fue difícil, pero bueno.... nosotros la hemos visto, la hemos escuchado, y más allá que uno sepa cosas de uno, está bien también que quien lo ve se lo diga no?"*

*Pac. - Es importante para uno estar contenida...*

*P- Nosotros queríamos reconocérselo.*

*Pac. - Bueno muchas gracias”*

La valoración que la paciente realiza del espacio es significativa en la medida que da cuenta de un efecto que trasciende al apoyo y acompañamiento brindado. Nos muestra una percepción que quizá pueda influir en sus decisiones de aquí en adelante en relación a su padecimiento:

*“P- Bueno, capaz nos vamos despidiendo*

*Pac. - Son encuentros importantes*

*P- a sí?*

*Pac. -Importantes y productivos, aprender cosas que estaban ahí y capaz no me daba cuenta”*

### **Caso 4.1.3**

En las siguientes viñetas se ejemplifica otro caso de transferencia positiva. Recoge material clínico de una intervención realizada en consultorio de policlínica, con un total de 6 encuentros. La paciente de 65 años, diagnosticada con cáncer de mama en 2022, intervenida quirúrgicamente, recibió además tratamiento de quimioterapia y radioterapia. Cabe mencionar que al momento del diagnóstico y luego ser operada, ocurre el fallecimiento de dos familiares cercanos (también por cáncer).

*“ Pac. - ¿Por dónde empiezo?*

*P- Por donde usted quiera, quizá por qué decidió consultar, empecemos por ahí...*

*Pac. - Hace años me atendí con psicólogos por una crisis de depresión muy grande, me psicoanalice años y luego me sentí bien”*

Respecto a la manifestación de la transferencia positiva en este caso, el punto de partida de la viñeta habla no sólo de la confianza depositada en un espacio sino también de la disponibilidad de la paciente, de su apertura y búsqueda de apoyo en un momento de vulnerabilidad y preocupación. Los diferentes “movimientos” realizados por ella durante los encuentros, la receptividad ante las intervenciones, así como el compromiso en la

asistencia, evidencian otro caso de cómo la transferencia positiva promueve el desarrollo de un proceso y el trabajo sobre las problemáticas focales:

*“P- También es un proceso...”*

*Pac. - Si, por ahora no estoy con ganas de hacer lo que hacía antes, aunque me encantaba mi trabajo, siempre me gustó, lo hacía con mucha dedicación, pero no estoy en condiciones de ayudar a alguien con muchas demandas y necesidades.*

*P- Y sus necesidades emocionales cuales son?*

*Pac. - Mis necesidades no se, ando media perdida, medio que ando... me psicoanalice tantos años y digamos que pongo de un lado lo negativo y de otro lo positivo, es lo que estoy haciendo últimamente*

*P- Hagamos ese ejercicio ahora a ver...*

*Pac- Por ej, el tema de que el cuerpo no te responde, negativo, pero lo positivo es que puedo hacerlo pero en un tiempo determinado más lento, ahí quizá lo solucioné. Con lo económico lo mismo, no gasto en cosas que no necesito. Ahí la voy llevando, pero no me gusta ser una carga para nadie*

*P- Usted siente que lo es?*

*P- No No No, soy muy de estar atenta por mi profesión entonces trato de equilibrar, si aceptar pero si puedo hacerlo lo hago. Mi cuñada siempre está ahí, pero no quiero que nadie deje de hacer cosas importantes en su vida para acompañarme, pero acepto si”*

A propósito de la manifestación de fenómenos de transferencia positiva en el primer encuentro y su importancia en la construcción del vínculo:

*“Pac. - Sí, veré de traerte algún material más, como las cartas y alguna foto*

*P- Bien, entonces le gustaría seguir viéndonos?*

*Pac. - Si, me hace bien tener un espacio que sea mío, y hay días como hoy que estoy bastante bien pero otros que estoy bastante complicada, viste que son procesos que vas haciendo tanto en el cuerpo como la cabeza. En mi período de curación de la operación fue normal, me sacaron dudas y todo.*

*P- Bien, nos vemos entonces”*

Además de identificar estos fenómenos fue interesante visualizar como el fortalecimiento de los recursos positivos, su explicitación al momento de intervenir o el dar el espacio para que la paciente verbalice aspectos de su proceso interno, todo ello también contribuyó a la consolidación de una alianza terapéutica:

*(Encuentro Nro.4)*

*“P- Si le quería comentar ahora que mencionaba la quimio, la radio y las reacciones que conllevan, y también ese momento familiar bastante complejo también, ha sido un proceso de adaptación que ha tenido varias etapas y usted ha asumido con mucha conciencia, no quita el dolor pero si reconocer esto y esa capacidad de poder adaptarse a situaciones difíciles*

*Pac. - Creo que tengo algunas fortalezas interiores*

*P- ¿Cómo cuáles? a ver...*

*Pac. - Mi fortaleza más importante es saber ver la realidad, la veo, me puede afectar más o menos, la de mi hermano fue horrible porque tenía claro que no iba a vivir mucho tiempo, fue espantoso. También trato de ubicarme en el equilibrio, el que uno necesita, en el caso de mi hermano que estuviera cerca de él, pudimos conversar. Cuando me pasó a mí, ese evaluar del momento más oportuno de hablarlo, tuve que esperar por eso tuve ansiedad y creo que lo manejé bien también no se”*

La paciente si bien tenía incorporado como recurso de afrontamiento la escritura, era algo que había dejado de hacer desde el fallecimiento de sus familiares cercanos. Luego, al comienzo de la intervención fue un hábito que retomó por iniciativa propia. Otra consideración posible es que este comportamiento sea también de cierta forma una proyección del registro realizado por mi compañera de dupla durante los encuentros, el fenómeno transferencial también podría explicarse desde este aspecto. Esto más allá del valor en sí mismo y para ella, también adquiere significación en la medida que decide traerlo al espacio y compartirlo, lo que habilita a que la transferencia positiva siga operando como motor de un proceso:

*“P- Y ha vuelto a escribir?*

*Pac. - Si, estuve haciendo un resumen de la vez pasada (lo muestra en una hoja)*

*P- Ah... hizo una especie de paralelismo.*

*Pac. - Si, siempre hago lo mismo, puse lo negativo y lo positivo*

*(Lo leo junto con ella, un cuadro cronológico de los sucesos que se fueron dando como la muerte de xxxxxx con aspectos positivos y negativos que sacaba de la situación)*

*Pac. - Esto es la realidad y tiene diferentes matices, entonces pongo lo que me afectó directamente y lo positivo”*

La intervención comprendió 6 encuentros en total, el último realizado a los 15 días del 5to, a modo de seguimiento. Esta instancia de cierre y devolución también da cuenta del valor diagnóstico de la transferencia positiva; ya que permitió explorar e identificar recursos positivos (como su capacidad reflexiva, ánimo resiliente) para luego ser reconocidos y reforzados, también habilitó a valorar momentos e intensidad de emociones, temores y manejo de esperas. Acerca de la valoración que realiza la paciente en esta última instancia:

- *Pac.- “yo planteo algunas cosas acá que a mi flia no la planteo con detalle de repente”(…) , “Me encuentro más contenida, menos ansiosa que desde la primera vez”(…) “Yo vine específicamente por el tema de los duelos, fui descubriendo en esa preocupación que era una imagen que había que llorar”*
- *“Pac. - Y aceptar lo que pasó, que cuando lo estaba aceptando pum, la enfermedad / P- Con esto que comenta que fue casi en simultáneo, ¿No habla de una fortaleza muy grande?/ Pac. - Si, yo veo que tengo una energía importante, que me sale de adentro. Te voy a ser muy sincera, yo ahora no se que va a pasar, pero en el caso de que tenga que hacer otra quimio, mi organismo no es el mismo, Yo no soy físicamente la misma persona, yo valoro todo lo positivo, pero soy consciente de esa parte también. Por eso yo me doy cuenta y me limito”*

#### **4.2. Transferencia erótica**

En el siguiente apartado, el material clínico ejemplifica un caso de transferencia erótica. En las intervenciones breves o focales, el trabajo con la transferencia necesita de especial énfasis tanto en la emergencia de una transferencia erótica como en una transferencia negativa. Ambas denuncian o advierten sobre resistencias del paciente y por ende, de posibles dificultades en el desarrollo del proceso, provocando por ejemplo, un bloqueo en el rol del psicólogo o comprometiendo pautas básicas del encuadre.

El trabajo de transcripción y estudio de los registros, la determinación de los focos de tratamiento, el intercambio previo y posterior a los encuentros junto al análisis en el espacio de supervisión se constituyen en instancias claves que hacen que el surgimiento de estos

fenómenos de transferencia erótica puedan identificarse y “desactivarse” desde las posibilidades de nuestro rol.

Las viñetas fueron extraídas del registro de una intervención realizada por dos compañeras A (compañera de C. Graduación) y L (compañera de C.Integral) con una duración de 4 encuentros, en sala de internación. El paciente, de 58 años, diagnosticado con cáncer de próstata, óseo, vejiga y riñón.

#### **Caso 4.2.1**

Encuentro Nro.2:

*Pac. - Yo quiero dedicarme a los niños, a los abuelos... a vos por ejemplo (mirando a L), Por ejemplo, te deja un novio y estas mal, vas para lo de xxxx (refiriéndose a sí mismo) y te encontras con personas más grandes que vos que te van a aconsejar para bien, vas a estar con los caballos, a disfrutar, poder hablar y compartir cosas... vas a un lugar sano.*

*A: Y xxxx, dígame una cosa, ¿qué significan los caballos para usted?*

Vemos como la intervención de mi compañera (A) apunta a continuar explorando y ampliando sentidos en relación al relato del paciente.

En el tercer encuentro y a raíz de otro tema, vuelve a dirigirse a L reforzando en el discurso cierta intención de acercamiento y búsqueda de seducción:

Encuentro Nro 3:

*Pac. : “ Justo vino el otro día la doctora y le dejé una copia para que la lean el domingo en misa. Porque es un mensaje de confirmación. Hay tanta gente vacía porque tiene miedo de hablar o expresarse. Hay mucha gente ahogada. Entonces me puse a escribir y me salió este mensaje. ¿Qué te pareció? (dirigiéndose a L)*

*L- Muy lindo la verdad, en línea de todo lo que usted nos ha dicho de encarar las situaciones desde la esperanza, desde depositar la fe en algo que uno siente verdadero.*

*Pac. - En la parroquia he hecho una amistad preciosa con muchas personas, invité a un grupo de peregrinas a pasar un fin de semana en mi campo de retiro. Quedaron como enloquecidas”*

L responde al paciente con una devolución que rescata aportes que él mismo ha marcado como relevantes en encuentros anteriores, es decir, devuelve una escucha que permite continuar el desarrollo de la entrevista. De todas formas, más adelante:

*Pac. “¿Así que vos sos estudiante de psicología? (mirando a L)*

*L: Si, somos las dos.*

*A: Somos estudiantes avanzadas de psicología, estamos haciendo la práctica cerca de terminar la carrera”*

En este caso la respuesta de A viene a complementar la contestación de L y a su vez a reforzar el encuadre, dejando claro el rol y la dinámica de trabajo en dupla; por lo que el fenómeno de transferencia erótica es desactivado. Igualmente, al momento de cierre y devolución de la entrevista:

*A: “Bueno, muy bien xxxx, muchas gracias por su tiempo otra vez, es un gusto hablar con usted.*

*Pac- Igualmente. ¿Querés que te dé mi número de teléfono?*

*A: Como no (toma un cuaderno para anotar y escribe lo dictado por xxxx)*

*Pac. - Páselo después a ella (refiriéndose a L). Porque si un día querés charlar, no tengas duda que uno está. A veces es lindo contarme cómo van los estudios, todas esas cosas. Parece que no, pero la energía se transmuta. Y la amistad debe quedar.*

*A: Bueno, lo estaremos visitando próximamente. Que pase bien.”*

En este caso el agradecimiento de A (al comienzo de la viñeta) da cuenta sin embargo de una actuación, porque se responde de alguna manera al fenómeno de transferencia erótica manifestado.

#### **4.3.Transferencia negativa**

Las siguientes viñetas clínicas ejemplifican un caso de transferencia negativa. Es importante mencionar algunos aspectos: constituye una intervención en sala de internación y que surgió como pedido desde enfermería no desde la planilla de derivaciones con la que trabajamos. El personal planteaba que si nosotros, como practicantes de psicología podíamos ver al paciente y “hacer algo” que pudiera mejorar el relacionamiento que tenía con todo el personal que lo atendía, sobre todo con ellas (enfermeras); acusando hostilidad

y comportamiento confrontativo permanente. El paciente de 68 años, diagnosticado con cáncer de recto. Los fragmentos que seleccioné corresponden al primer encuentro:

#### **Caso 4.3.1**

*P- ¿ Es lo que usted rescata?*

*Pac. - Lo veo, yo me duermo y veo lo que está pasando, yo no soy consciente, me llegan ideas que no son mías, es como una enseñanza viste.*

*P- ¿Qué enseñanza ha tenido últimamente?*

*Pac. - Pah, tengo un lío, porque estos días no tuve tiempo pa descansar, como hoy, depende de que aparezca sola esta idea, la idea no fue mía, de que te sirve hablar con una psicóloga, con estos boludos.*

*P- ¿Usted cree que nosotros (señalandonos) somos unos boludos?*

*Pac. - Si, yo te voy a decir porque, así la lastimo más todavía (hablándole a mi compañero y refiriéndose a mi)”*

Luego de habernos presentado sostuvo durante toda la entrevista esa actitud, puntualmente conmigo, que desde un comienzo replicaba las manifestaciones referidas por enfermería: hostilidad sostenida, destrato, necesidad de confrontar continúa. Mis intervenciones (“a qué se refiere con...” o “a ver, qué significa que...?”) que intentaban a la vez ampliar sentidos y recentrar el desarrollo del encuentro eran mal recibidas y contestadas (“es esto que te acabo de decir!”):

*“ Pac. - Lo importante que te sirva a vos*

*P - El que puede hablar de su enfermedad es usted*

*Pac. - No estamos hablando de la enfermedad*

*P- ¿De qué ?*

*Pac. - De la vida, si vos no te pones a hablar de vos con un paciente, yo soy esto , es una imagen diferente, aquí cambia (...) Si este muchacho no cree que seas buena persona (refiriéndose a mi compañero), está atrás como un perro.*

*P- ¿Y usted necesita que hablemos de nosotros?*

*Pac. - Si, no me agarres como un paciente un rato, haceme sentir humano, yo tengo un piloto automático que se llama para mi humildad, yo no pienso lo que hago yo siento lo que hago, para mi es natural, no hay nada que me detenga a mi.*

El “no me agarres de paciente un rato, haceme sentir humano” desde lo contratransferencial fue difícil de escuchar y sin duda fue algo que me interpeló en mi rol. Sin embargo en el análisis también hay que considerar su valor de enunciación, es decir, el

dónde y el para *quién*. El fenómeno de transferencia negativa conmigo era una forma en la que el paciente respondía por su funcionamiento, a un contexto médico en el que inevitablemente todos los vínculos que lo rodeaban le recordaban su condición de paciente, su vulnerabilidad, su debilidad y deterioro. Contrapuesto a esto, el paciente se presentaba con su discurso desde cierta superioridad y omnipotencia, sin plantear (al menos no de forma consciente) preocupaciones o dificultades que permitieran definir la existencia de un paciente psicológico y la posterior construcción de una demanda. Este aspecto se mantuvo en los 5 encuentros de la intervención. En los momentos que intentábamos indagar acerca de temores, angustias o inquietudes referidas a su diagnóstico, evolución o tratamientos en su situación actual, el paciente respondía nuevamente de forma hostil y desviando el desarrollo del encuentro hacia creencias existenciales expuestas como verdades absolutas.

- Encuentro 1: *“Yo bien, no tengo problemas psicológicos, yo me levanto cansado, mi problema es físico, yo lo único que pretendo es vivir sin sufrir, si sufro me muero, vamo y vamo”*
- Encuentro 2: *“yo estoy preparado psicológicamente hace tiempo, no me causa ningún tipo de pánico”*
- Encuentro 3: P- *“¿Y usted como hijo cómo fue?/ Pac - Excelente, mi mamá tenía un don...”*
- Encuentro 4: Pac. - *“No soy un ser humano común, están todos parados donde yo quise que estén parados”, P- “Ya sabe como lo podría manejar/ Pac. - Ya lo he hecho/ P- ¿Qué hace?/Pac. - Yo, ordenarle a mi cerebro que haga lo que quiero”*
- Encuentro 5: *“P- Si ha tenido dificultades para manejar las emociones/ E- Las emociones las tengo claras”*

En el 4to encuentro al llegar a la habitación, el paciente estaba acompañado por una de sus hijas, que aún no nos conocía. Al entrar nos presentamos con ella, mi compañero se sienta en el sillón de acompañante y yo a los pies de la cama. Antes de retirarse, el paciente mira a su hija y le dice, señalándome: *“ellos son los que me van a sacar la demencia...yyy...pero¿ves? Es mujer!”*

Los fenómenos de transferencia negativa cuando emergen en las intervenciones breves o focales, nos advierten sobre aspectos resistenciales que desde el rol de psicólogo conviene intervenir “desactivándolos”. La decisión no necesariamente implica recoger lo dicho por el paciente y confrontar, en el caso de este paciente menos aún ya que la conducta confrontativa y hostil era justamente su forma de vincularse con el equipo de salud. Es decir, intervenir haciendo un señalamiento quizá sólo contribuía a que ese comportamiento se reforzara, constituyéndose además como una actuación contratransferencial de esa hostilidad.

Por lo tanto, decidí estar atenta pero no responder a esos momentos y de forma complementaria buscar la continuidad en el desarrollo de la entrevista trayendo aspectos de sus reflexiones que se relacionaran con su padecimiento y situación actual.

#### **4.4. Transferencia institucional**

La siguiente viñeta ejemplifica un caso de transferencia institucional y corresponde a una intervención realizada en consultorio de policlínica (ya tomada en el apartado de transferencia positiva). La paciente de 77 años, diagnosticada con cáncer de pulmón, conocía el espacio de atención psicológica brindado en el INCA por estudiantes avanzadas/os que realizan su práctica pre-profesional:

##### **Caso 4.4.1**

*“P- Y qué cree que aprendió al salir ?*

*Pac.- Que uno tiene que buscar ayuda también. Yo la pedí el año pasado pero no se conseguía y me preguntaba por qué no recurrir a lo nuestro, la universidad, está ahí para nosotros”*

Al presentarnos como practicantes de Facultad de Psicología que formamos parte del equipo de salud, es un aspecto que como vemos, también impacta al momento de identificar en ella el fenómeno de transferencia institucional. Esta se evidencia, otra vez, más adelante, en el mismo encuentro:

*“Pac- Solo espero que les sirva a ustedes para poder recibirse*

*P- Eso es secundario en realidad.*

*Pac- No lo es, es la vida de ustedes gurisas*

*P- Sí ,pero el espacio es de usted .*

*Pac- Sí, pero también pienso en ustedes el día de mañana verlas recibidas ayudando a los demás.*

*P- Bueno, alguna vez un señor dijo que a pesar de los avances nada podía reemplazar un par de palabras amables...hoy hablo de sus palabras amables... así*

*que lo que le quería devolver es sobre las herramientas que trae, que elige para afrontar la situación, usted nombró cosas importantes: la palabra, el trabajo creativo del cual elige rodearse y bueno la gente que la acompaña. A partir de esto le preguntó si le gustaría que nos veamos en otra ocasión, el miércoles que viene...*

*Pac- Si ustedes me bancan...*

*P- Claro que sí, y no se trata de bancar.”*

A continuación se ejemplifica otro caso de transferencia institucional, aportando elementos de valoración diagnóstica, que influyen al momento de decidir la estrategia clínica. La intervención fue realizada también en consultorio en policlínica y citada en el apartado de transferencia positiva con otra viñeta clínica seleccionada.

La paciente de 65 años, diagnosticada con cáncer de mama en 2022, manifiesta al inicio de la consulta:

#### **Caso 4.4.2**

*“ Pac. - ¿Por dónde empiezo?*

*P- Por donde usted quiera, quizá por qué decidió consultar, empecemos por ahí...*

*Pac. - Hace años me atendí con psicólogos por una crisis de depresión muy grande, me psicoanalice años y luego me sentí bien”*

Este aspecto es especialmente importante y corresponde a las primeras líneas, de la primera entrevista. La paciente y su experiencia previa de análisis ya suponen el traslado de una confianza a un nuevo espacio de escucha dado por sus efectos positivos, lo que nos advierte de un fenómeno de transferencia institucional.

En ese proceso anterior adquirió formas de comunicar sus padecimientos, herramientas para el afrontamiento, terminología específica referida al espacio, tiempos de espera en relación a la demanda, que se manifestaron sobretodo en los primeros encuentros con nosotras. Esto supuso un desafío, ya que implicó tomar de ello lo positivo pero resituar al nuevo proceso y construirlo desde un aquí y ahora particular.

La dimensión institucional en la atención y el impacto en la singularidad del paciente es visibilizada en parte en el encuentro con nosotras, por lo que el análisis de este fenómeno transferencial es insustituible y complementario a las demás categorizaciones expuestas.

#### **4.5. Contratrtransferencia**

Las intervenciones nos enfrentaron -a algunos por primera vez- al trabajo con pacientes en diferentes momentos, no sólo respecto a su afección oncológica sino también a su situación socioeconómica (escasez o falta de recursos en alimentación, transporte, o acceso a necesidades post quirúrgicas), recursos personales al momento de asimilar o tomar decisiones, la existencia y calidad de sus redes de apoyo así como respecto a su “punto de partida” en relación a una demanda. El contexto nos hizo reflexionar acerca de nuestra implicación y los riesgos de la sobreimplicación.

En algunas ocasiones los pacientes fueron hostiles, estaban malhumorados, respondían mal, no hablaban o simplemente no buscaban un espacio de acompañamiento; cuestión esta que debió y debe ser respetada. Es decir, estaban allí como pacientes oncológicos pero no pudieron constituirse como pacientes psicológicos. Esto si bien puede ser pensado desde el análisis de fenómenos de transferencia negativa también supuso un desafío a nivel contratrtransferencial, sobre todo en las primeras intervenciones, cuando las expectativas o imaginarios respecto a la práctica se encontraron con la asimilación del rol y la realidad concreta de un trabajo en territorio. Ante las actitudes mencionadas necesitamos pensar qué nos pasa y qué de nosotros se pone en juego.

La experiencia de formación y aprendizaje implicó asumir la realidad con la que trabajamos y entender que lo problemático, lo desadaptativo y lo doloroso también forma parte de nosotros (como seres humanos) y emergió puntualmente durante los encuentros, desde lo transferencial y contratrtransferencial. Tanto en el paciente como en nosotros como practicantes supuso identificarlo, problematizarlo en el colectivo y a nivel de dupla para luego volver al espacio de encuentro desde otro lugar.

Además, el espacio de análisis personal también colaboró en trabajar los fenómenos contratrtransferenciales, evitar la sobreimplicación y reflexionar sobre nuestro rol:

La siguiente viñeta fue extraída del registro de una intervención realizada en consultorio de policlínica (un sólo encuentro) . El paciente, de 85 años, diagnosticado con cáncer de próstata.

##### **Caso 4.5.1**

*“Pac. - No, yo soy divorciado y viudo, tengo dos más en Buenos Aires del primer matrimonio, pero ellas están bien. Te estoy contando lo del último periodo con ésta.*

*P- Con xxxxxxxx (nombre propio)*

*Pac.- Si , ella. Y todos mis... no es que tenga envidia, pero fue cosa de suerte de mis hermanos también.*

*P.- ¿Por qué suerte?*

*Pac.- Es que a los otros le salieron bien las hijas. Uno de mis hermanos se fue de gerente a xxxxxx y ellas quedaron solas y se recibieron. Y las mías ¿qué? No llegaron a nada”*

En este primer encuentro el paciente, mientras hacía una valoración de su vida se refería a sus hijas y esposa desvalorizándolas y responsabilizándolas de algunas decisiones o experiencias que había atravesado, evidenciándose no sólo desde lo dicho sino acentuándose desde lo paraverbal. En el momento identifiqué la molestia que me generaba, lo que me permitió resituar el encuentro y seguir adelante escuchando al paciente.

En la viñeta seleccioné un momento en el que pretendía que el paciente continuara su relato y que pudiera ir ubicando personas significativas en él, por eso sustituí el “ésta” por el nombre propio en mi intervención.

Posteriormente, en mi espacio de análisis personal descubrí otro sentido en mi intervención, quizá no consciente. El sustituir la referencia del paciente por el nombre propio pudo ser también una forma de manifestar mi molestia por cómo se refería a las mujeres. Es decir, fue un modo de *actuar la contratransferencia*.

Otra intervención que ejemplifica este fenómeno fue realizada también en consultorio de policlínica, por una dupla de compañeras. El material clínico es tomado del primer encuentro. La paciente de 44 años, diagnosticada con cáncer de mama, manifiesta como motivo de consulta:

#### **Caso 4.5.2**

*“P.- xxxx, ¿cuál es el motivo de su consulta?*

*Pac.- tal vez tendría que haber consultado antes pero no lo hice, no me siento bien, no tengo ganas de salir, a veces obligada salgo. No me siento con ganas de nada, paso encerrada ..... (silencio) ... angustiada”*

Al comienzo de una intervención, las primeras palabras aportadas por el paciente constituyen un valioso material ya que informan acerca de un padecimiento y también sobre su posicionamiento frente al mismo. En esa condensación del discurso (acompañado del

registro paraverbal) el paciente jerarquiza hechos, personas y decisiones, es decir, realiza una primera tarea de focalización. No sólo lo qué dice, sino cómo y qué forma da a la secuencia narrativa nos advierte sobre miedos, ansiedades y preocupaciones centrales y además abre un primer acercamiento a pautas de su funcionamiento psíquico.

Por esta razón es que prestar una escucha atenta y dar continuidad al discurso, permite por un lado explorar estos sentidos que se despliegan y a su vez, recoger elementos de evaluación diagnóstica para el diseño y desarrollo de una estrategia de intervención.

La forma en que devolvemos la escucha sucede a partir de lo traído por el paciente, pero también da cuenta de riesgos o dificultades en el manejo contratransferencial:

*“Pac.- no le estaba dando importancia, no quería asumir lo que me pasa*

*P: y qué es lo que le pasa?*

*Pac.- el cáncer, una vez me derivaron al psicólogo y fui 1 vez a la unión y me quedaba lejos, no tenía ganas y deje de ir, el psicólogo me dijo que me acompañaba en el proceso, pero me negaba a ir, no tenía fuerzas, me sentía mal y no tenía quien me acompañara ..... silencio)... me sentí sola con el tratamiento*

*Llora*

*Pac.- mi esposo me acompaña, mi madre no vino a visitarme, me dijo que no se quedaba porque ella tiene una vida ... y ella ni siquiera trabaja ... llora .... (continúa explicando las excusas de la madre para no acompañarla)*

*P: la acompaña alguien más además de su esposo*

*Pac.- en la cooperativa donde estamos, las compañeras me han acompañado ... me operaron y solo ellas, mi madre y mi esposo sabían, nadie más .. mi madre ni siquiera me preguntó y ella sabía que me iban a operar .... Llora con mucha angustia*

*P: (le acerco unos pañuelos y le digo que se tome su tiempo)”*

Vemos como la primera intervención “¿y qué es lo que le pasa?” da continuidad al desarrollo de la entrevista pero además permite acceder a valoraciones como conciencia y vivencia de enfermedad, posibilidad acerca de la adherencia a tratamientos así como identificar redes de apoyo y comprensión de malestar subjetivo central.

Sin embargo, la última intervención “(le acerco unos pañuelos y le digo que se tome su tiempo)” corta esa continuidad y de alguna manera refuerza el gesto referido en el relato de la paciente (indiferencia de la madre) constituyendo una actuación de la contratransferencia.

Otra intervención que me interpeló desde el registro contratransferencial, la realizamos en sala de internación. En este caso, la contratransferencia está vinculada especialmente a la recepción de un padecimiento y manejo de la vulnerabilidad (del paciente y de nosotros como practicantes). El paciente de 66 años, diagnosticado con cáncer de pulmón (QT, CP), ingresado al INCA por dolor no controlado e infección respiratoria y derivado a nuestro espacio por alteraciones del humor, sueño, hipersensibilidad y angustia.

Nos encontramos con su esposa en el pasillo y es quien nos guía a la habitación. El paciente se encontraba acostado, con la tele prendida. Ingresamos, nos presentamos, mi compañero se sienta en el sillón de acompañante y yo a los pies de su cama:

### **Caso 4.5.3**

*“Pac. - Y yo le dije a la doctora o salgo con las dos patas adelante o caminando (llora)*

*Pac. - ... pero siempre te remueve todo*

*P- ¿Qué le remueve?*

*Pac. - Y... nunca estás preparado”*

El paciente con plena conciencia de enfermedad y pronóstica, estaba en una fase de la enfermedad en la que ya no eran posibles ni recomendables más intervenciones o tratamientos (QT, RT) sin embargo su atención enfocada en cuidados paliativos (manejo del dolor y control de síntomas) incluyó también un espacio de escucha, apoyo y acompañamiento psicológico. Al recepcionar su angustia, comprendimos la distancia entre la conciencia y vivencia de la enfermedad; el manejo racional de la información sobre su pronóstico era simultáneo a la angustia y el dolor por el propio morir, manifestándose en la hipersensibilidad y dificultades para descansar. El reconocimiento de su vulnerabilidad me hizo pensar posteriormente en mi propia vulnerabilidad, en los límites y posibilidades de nuestro trabajo:

*“Pac. - Yo sintiéndome bien, si me siento mal aprieto el botón (se incorpora y me agarra la mano)”*

El registro de este momento, su análisis posterior en dupla y supervisión, me hizo reflexionar sobre lo simbólico de ciertos registros paraverbales y de su concordancia o no con lo dicho. Además sobre los efectos a nivel contratransferencial, el impacto de algunos

hechos que a la vez que hablan del paciente también funcionan como “resorte” de nosotros mismos. El análisis de la contratransferencia y la vulnerabilidad en nuestro rol deja planteada la influencia de factores internos y externos (*de León y Bernardi, 2000*) que necesitan identificarse y jerarquizarse de forma permanente.

Por otra parte, considerando la contratransferencia y su manejo respecto a la demanda del paciente, agrego fragmentos de otra intervención (primer y único encuentro) realizada por compañeros, en consultorio de policlínica. La paciente de 53 años, diagnosticada con cáncer de pulmón y secundarismo encefálico.

#### **Caso 4.5.4**

*“P- ¿Puede contarme cómo llegó acá, a esta consulta psicológica?”*

*Pac.- Me han mandado varias veces, porque yo llegué de xxxxx en diciembre para tratarme el cáncer acá. En xxxxx dejé a mi niña pequeña y eso me afecta bastante. Y a pesar de que estoy atendida, siento que no me dicen las cosas, me siento perdida y eso me va causando depresión. No me explican. Si fueran claros, yo estaría más tranquila”*

En la manifestación del motivo de consulta podemos identificar el miedo y la preocupación junto a la vivencia de inestabilidad por la falta de control sobre su problemática central, que nuclea su conciencia de enfermedad, el alejamiento sostenido con figuras significativas y dificultades económicas.

Esto supone un desafío a nivel contratransferencial ya que desde nuestro rol somos sólo una parte del abordaje en su proceso de *salud-enfermedad-cuidado* (*Stolkiner, 2021*), es decir, trabajamos con su malestar subjetivo en un dispositivo de intervenciones breves y muchas veces la demanda del paciente excede a estas posibilidades y nuestro deseo de ayudar o aliviar un padecimiento termina por desdibujar un encuadre.

Durante este primer encuentro, vemos que la paciente culmina con una pregunta varias de sus intervenciones, reforzándose la demanda planteada al comienzo:

- *“Pac.- Me hicieron exámenes en el Maciel incluso y me dijeron que todo estaba bien, pero ¿cómo continúo yo con la diarrea?”*
- *“Pac.- Yo digo: me iré a morir, porque ¿cómo aguanto yo con el estómago así?”*
- *“Pac.- No sé. Cuando me pongo muy nerviosa, me pega directo en el estómago, pero no sé. Y yo mantengo el miedo, ¿será que tengo cáncer en el estómago?”*

- *“Pac.- Me lo guardo. Él me dice que tengo que entender que tiene una familia y que está muy ocupado. Y yo me mantengo callada, ¿qué voy a hacer?”*
- *“Pac.- Entonces... Mi miedo es que vengo con este malestar de estómago y me van a hacer quimio y radio semanal. ¿Las iré a aguantar?”*
- *“Pac.- Yo también tomo muchas pastillas y se lo comenté al oncólogo, porque siento dolor en los riñones, ¿no será por las pastillas? Y él me dijo: no, no, tranquila. Entonces uno piensa, ¿en qué estoy metida?”*
- *“Pac.- Y tampoco tengo quién me mande dinero, porque la que me mandaba de xxxx, le envía para mi hija que quedó en xxxxx. La de xxx no trabaja y la de xxxxx tampoco, entonces dependo de él. ¿Qué voy a hacer? Aguantar, hasta donde se pueda”*

Una demanda tan enfática y reiterada interpela inevitablemente nuestro rol ¿qué podemos hacer? ¿Qué devolver al paciente en una situación así? ¿Qué intervenciones serían adecuadas? ¿qué elementos resultan significativos para una valoración diagnóstica y una focalización? y desde nuestro lugar ¿cómo evitar la sobreimplicación pero a su vez recepcionar de la mejor manera un padecimiento?

Beatriz de León y Ricardo Bernardi (2000) aportan algunas reflexiones importantes al respecto de esta última interrogante y el manejo de la contratransferencia:

Una observación más cuidadosa puede mostrar, que, como en el deterioro de los materiales físicos, este trabajo cotidiano expone a micro impactos, fisuras y líneas apenas perceptibles de desgaste, allí donde creíamos que éramos invulnerables (...) El examen de la contratransferencia puede alertar al analista respecto a estas situaciones, cumpliendo un papel preventivo (de León y Bernardi, 2000, p.35)

Es decir que el análisis de la contratransferencia no sólo brinda elementos referidos al psicólogo en el desarrollo de la intervención, sino que también colabora en el resguardo de su ejercicio profesional y el cuidado de sí. Los autores antes mencionados además puntualizan sobre los elementos de *resiliencia personal* (como la mentalización y simbolización) y el lugar del *sostén social* (familia, amigos y relación con colegas) como factores protectores ante situaciones difíciles o demandantes con las que el profesional trabaja y agregan *“lo que realmente importa no es sólo cómo es la contratransferencia en un momento dado, sino lo que el analista hace con ella”* (de León y Bernardi, 2000, p.41)

## Consideraciones finales

*“Recapitulando: iniciativa personal del terapeuta, individualización, planificación, focalización, flexibilidad, definen parámetros específicos de la psicoterapia breve y confieren a esta técnica una estructura propia”*

(Fiorini, 1999, p.30)

La transferencia como concepto psicoanalítico y las consideraciones sobre su uso tienen raíces en un dispositivo en el que ella es condición fundante (trabajo *en* transferencia) ; ahora , desde las intervenciones breves o focales su significación está dada por su valor diagnóstico y dinamizador (trabajo *con* la transferencia). La utilización que se hace de la transferencia es otra, porque el dispositivo es otro.

En las intervenciones con pacientes oncológicos, el análisis de la transferencia colabora en la tarea de explorar y comprender la realidad psíquica de la persona y cómo la enfermedad afecta su ser y estar en el mundo. Desde una actualidad, lo que se manifiesta en el encuentro con un otro y cómo se manifiesta informa acerca de quién es, pero también, sobre riesgos o potencialidades en el afrontamiento de un malestar.

Por lo tanto, el concepto de transferencia en las intervenciones breves o focales ha necesitado de una reubicación. En esta modalidad terapéutica, los objetivos están dados según la selección de ciertos focos, los cuales responden al trabajo sobre las problemáticas de mayor urgencia en el paciente. Una temporalidad pone énfasis en su aquí y ahora, y en el desarrollo de un proceso de tiempo acotado. No se persigue un cambio estructural en el paciente ni la elaboración y resolución de conflictos primarios, entonces el trabajo no es *en* transferencia sino *con* la transferencia.

Considerando los espacios de intervención, en la atención a pacientes en sala el manejo de *las transferencias* supone considerar especialmente al vínculo con el equipo de salud, aunque quienes asisten a consultorio en policlínica también refieren a su relacionamiento con el personal médico, enfermería y asistente social. El paciente internado se encuentra a priori apartado de una cotidianeidad, su cotidianeidad; y a su vez incluido en un nuevo espacio que inevitablemente le remite a su condición. Esto impacta por ejemplo al momento de identificar pautas relacionales, el paciente puede referir a médicos o personal de enfermería con agradecimiento, calidez y receptividad, pero también en ocasiones con hostilidad, descreimiento, enojo o deseo de confrontar. Todas estas formas pueden relacionarse a pautas vinculares interiorizadas o también constituir una forma de respuesta a un entorno médico. Aquí los fenómenos de transferencia institucional se visibilizan en los encuentros y además de informarnos sobre el paciente, evidencian la complejidad de una red de atención. Esta dimensión se explora en el encuentro al valorar conciencia y vivencia

de enfermedad, allí aflora la jerarquización que el paciente hace de sus vínculos y la forma en que los incluye o no en sus decisiones. Así mismo, se pueden reconocer recursos de afrontamiento positivos y aquellos desadaptativos al momento de atravesar una situación de internación, la aceptación de cambios en una rutina con controles y visitas pautadas, junto al manejo del estrés y la distancia con afectos más cercanos.

En un contexto de intervención que tiene un encuadre afectado por la oscilación e intermitencia de los pacientes o por la gravedad en su evolución y diagnóstico, el trabajo sobre la muerte y el propio morir fue un aspecto que emergió en la consideración de los fenómenos extra-transferenciales (Braier, 1984) y que en algunos casos se constituyó como uno de los focos de la intervención. Los pacientes hablan de su temor, su angustia o su aceptación respecto a la muerte incluyendo siempre a otros en el relato (consciente o inconscientemente) ya sea por ser algo hablado y discutido, algo negado y que genera conflicto o también algo que preocupa más por los demás que por sí mismo. Poder captar la significación de estos vínculos y recentrarla en función de las posibilidades de un aquí y ahora del paciente, es parte del manejo de la transferencia.

Las especificidades de un encuadre y las características generales de la población que asiste a consultorio de policlínica, condicionan el registro y la emergencia de los fenómenos transferenciales. En este contexto los pacientes tienen mayor grado de autonomía y en general un mejor pronóstico, concurren estando en tratamiento de forma ambulatoria (QT, RT) algunos con diagnóstico reciente, recidiva o inclusive en etapa de remisión. Los pacientes son quienes se movilizan, los que piden y se anotan al espacio de consulta psicológica, esto pone en evidencia dos condicionantes: por un lado, al ser el paciente quien concurre se identifica al menos una predisposición para la construcción de una demanda. Pero además hay que considerar otro aspecto, la disponibilidad de este espacio de escucha no necesariamente trae consigo un motivo de consulta vinculado a su afección oncológica. En gran parte de las intervenciones, los pacientes asisten movilizados por situaciones en las que el diagnóstico de cáncer queda muchas veces en un segundo lugar, momentos de extrema vulnerabilidad (desde lo social, lo económico y lo vincular), duelos no elaborados o vivencias traumáticas que se actualizan.

Estas dos condicionantes influyeron en el manejo de la transferencia. La predisposición está dada por diferentes razones y los motivos de consulta también son diversos, por lo que el logro de un buen rapport y la construcción de una alianza terapéutica requiere de devolver siempre una escucha atenta, recepcionar un malestar pero a la vez registrar aspectos relevantes que permitan una evaluación y un posterior trabajo a partir de los focos definidos. Respecto a la transferencia positiva, en ambos espacios de intervención permite mantener el trabajo durante el proceso, sostener un encuadre y reforzar recursos propios positivos en el paciente. Este fenómeno transferencial va más allá de la receptividad o amabilidad del

paciente durante los encuentros, refiere también en esta modalidad de intervención a la posibilidad de construcción de una demanda y de una real apropiación del espacio, que se traduce en diferentes momentos y acciones: el compromiso del paciente de asistir, el reparar sobre una pregunta que le planteamos, el implicarse en ejercicios sencillos propuestos durante los encuentros, el generar pequeños “movimientos” que afectan positivamente a su situación actual y la forma en que responde a determinados señalamientos o devoluciones.

Los fenómenos de transferencia erótica y los fenómenos de transferencia negativa responden a la manifestación de resistencias y dan pautas acerca del funcionamiento psíquico del paciente. Ya sea en forma de hostilidad, desconfianza, incomodidad o intentos de acercamiento (búsqueda de seducción) es importante identificarlos e inclusive cotejarlos con el resto de la evaluación realizada, preguntándonos ¿en qué momentos emergen estos comportamientos, dichos o actitudes? ¿Responden a otras formas de relación o son propias del encuentro con nosotros? Tienen que ver con ciertos “mojones” en su discurso o con nuestra forma de respuesta?

Además del análisis es importante “desactivar” estos fenómenos transferenciales en los momentos que surgen, a través de diferentes formas de intervención (señalamiento, pregunta, interpretación, recapitulación), también desestimando (según la frecuencia o intensidad) y dando continuidad a la narrativa o recurriendo a reforzar aspectos del encuadre (horario, trabajo en dupla, objetivos del espacio, privacidad). En caso de persistir o de cristalizarse como modalidad durante los encuentros, cabe preguntarse sobre la construcción de la demanda, más aún, sobre la constitución o no de paciente psicológico. En el caso de las intervenciones breves o focales que realizamos este aspecto es condición necesaria del proceso, durante la recepción y exploración los fenómenos transferenciales también nos brindan información acerca de esa posibilidad. No siempre el paciente oncológico que recibimos será paciente psicológico.

Por otra parte, el manejo de la contratransferencia supone para nosotros como practicantes un proceso de adaptación y de interiorización de nuestro rol; trabajar en un centro de referencia en la atención a pacientes oncológicos implica la asimilación de una dinámica institucional, además del conocimiento del cáncer como enfermedad multifactorial y la consideración sobre los alcances de la psicooncología.

Todo esto influye en cómo nosotros receptionamos y “metabolizamos” esta experiencia de formación y más específicamente, lo que nos sucede en el encuentro con el paciente. El espacio de supervisión y el análisis personal son apoyos necesarios e insustituibles para que el registro contratransferencial sea también un insumo y no un obstáculo en el proceso de la intervención.

Finalmente, la identificación y análisis de los fenómenos transferenciales permite reconocer en la transferencia un elemento fundamental para la valoración diagnóstica del paciente, colaborando en orientar las intervenciones así como también en la construcción y continuidad de un proceso.

En este trabajo final de grado el análisis de la transferencia pretendió contribuir a la reflexión sobre el concepto desde la propia contextualización de un servicio y además estimular nuevas interrogantes que -ya sea en espacios de supervisión o en la producción de conocimiento individual y colectiva- nos alienten a complejizar nuestra formación y a mejorar nuestras prácticas.

## Referencias bibliográficas

- Alvarez, I. (2012). *La transferencia: un recorrido en la obra de Freud y Lacan*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Bustos, A, Viana, Á. (2016). *Deseo del analista, la Transferencia y la interpretación. Una perspectiva analítica*. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 97-112.  
<https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8060>
- Bleger, J. (1967) *Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico*. En: Simbiosis y ambigüedad, Paidós, Buenos Aires, 2001)
- Braier, E. (1981). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Edic. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático. Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. 1a ed . - San Luis : Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L
- Daurella, N. (2018). *Transferencia y contratransferencia desde la perspectiva del psicoanálisis relacional: a la búsqueda de la responsividad óptima*. *Revista Internacional Psicoanalítica Aperturas*, 59(27), 1-21. Recuperado de:  
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0001041>
- De León, B y Bernardi, R. (2005). *Contratransferencia y vulnerabilidad del analista*. En S,Lewkowicz y S,Flechner (Eds), *Verdad, realidad y el psicoanalista: contribuciones latinoamericanas al psicoanálisis* (pp. 23-43). Asociación Psicoanalítica internacional.
- De León, B. (1999). *Contratransferencia, comunicación analítica y neutralidad*. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 99-109
- Del Valle Laguna, M. (2013). *Sobre la transferencia idealizada: su expresión, funciones y niveles en el proceso analítico*. *Temas de psicoanálisis*. Sociedad Española de Psicoanálisis. Recuperado de:  
<https://www.temasdepsicoanalisis.org/2013/01/09/sobre-la-transferencia-idealizadas-u-expresion-funciones-y-nivelesen-el-proceso-analitico-1/>
- Etchegoyen, R. H. (2009). *De la transferencia y la contratransferencia. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (pp. 91-270). Amorrortu editores. (Obra original publicada en 1986).
- Fernández Miranda, J (2016). "La escucha y la transmisión. Apuntes para un pensamiento psicoanalítico". (Texto inédito).

- Fiorini, H. (1999). *Teoría y técnicas de Psicoterapias*. Cap 2: Psicoterapia dinámica breve. Aportes para una teoría de la técnica. Edic. Nueva Visión , Buenos Aires.  
[https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25759w/S5\\_R2.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25759w/S5_R2.pdf)
- Freud, S. (1991). *Sobre la dinámica de la transferencia*. En: Obras Completas, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1991). *Recordar, repetir, reelaborar*. En: Obras Completas, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992). *Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905 [1901])*. En: Obras Completas, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S.(1986) *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica (1910)*, en Sigmund Freud. Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1999) *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica(1919[1918])* En: Obras completas, vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galain, A. (2018). *Manual de habilidades avanzadas de la comunicación para estudiantes de Medicina del segundo trienio* . Cap 11: Cómo hablar acerca del cáncer. Montevideo: Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza.
- Greca, C. (2017) *El concepto de contratransferencia en la obra de Freud y Lacan. Reflexiones sobre su lugar en la teoría y su valor clínico en psicoanálisis*. Tesis de maestría, Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de:  
<https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/23576/Tesis%20Greca%20Cecilia.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Guattari, F. (1976 [1972]). *Psicoanálisis y transversalidad*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores
- Lacan, J. (2009). *Intervención sobre la transferencia*. En Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2008). *Seminario 8. La transferencia (1960-1961)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2010). *Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1964)*. Buenos Aires: Paidós
- Laplanche, J.& Pontalis. (2016) *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Martín-Cabré, L. (2011). *La contribución de Ferenczi al fenómeno de la contratransferencia*. *Revista Psicoanálisis*, Nro.9, Lima, Perú.
- Moscoso, M. (2013) *La evaluación y tratamiento psicológico en psicooncología: una experiencia en la Universidad de South Florida*. En: Memorias de las Jornadas de Psicooncología, 2009-2012 Encuentros, retos y esfuerzos compartidos. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Miari, A y Fazio, V. (2017). *Perspectivas y abordajes de la demanda de urgencias en salud mental: psicoanálisis y psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-067/939.pdf>
- Prieto, A. (2004). *Psicología Oncológica*. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual.
- Requena, A. P. (2021). *La contratransferencia: "Desde la Otra silla."* Norte de Salud Mental.
- Rojas, G. (2006). *Estrategias de intervención psicológica para pacientes con cáncer de mama*. Rev. Med. Clin. Condes; 17(4): 194 - 97
- Rojas, C; Gutiérrez, Y. (2016). *Psicooncología. Aportes a la Comprensión y la Terapéutica*. Nueva Mirada Ediciones Talca, Chile(29-83)
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina. Ed: Noveduc libros
- Tato, G. (2006). *Mensajes del cuerpo. Enfoque psicosomático del enfermar*. Montevideo, Uruguay. Ed: Trilce.
- Winnicott, D.W. (1971) *El odio en la contratransferencia(1949)*, Revista de Psicoanálisis (APA), Vol. 28 (2), pp.433-447.

