



**Universidad de la República**

**Facultad de Psicología**

**Trabajo Final de Grado**

Modalidad: articulación teórico-clínica

---

**Algunas consideraciones sobre transferencia y contratransferencia  
en psicoanálisis a partir de una experiencia clínica.**

**Rosanna Borso Adanne**

C.I. 1.769.237-5

Tutor: Prof. As. Mag. Marcelo Novas

Revisora: Prof. Adj. Mag. Gabriela Bruno

Julio, 2022

Montevideo, Uruguay

## Índice

	<b>Página</b>
<b>Resumen.</b> .....	3
<b>Introducción.</b> .....	4
<b>Presentación de la experiencia clínica.</b> .....	5
<b>El encuadre en la entrevista.</b> .....	7
<b>El lugar del juego en la transferencia. Entrevista de juego.</b> .....	11
<b>Aspectos de la transferencia en psicoanálisis.</b> .....	19
<b>Aspectos de la contratransferencia en psicoanálisis.</b> .....	22
<b>Algunos aspectos del caso clínico en relación a la transferencia y contratransferencia.</b> .....	25
<b>Consideraciones finales.</b> .....	31
<b>Referencias bibliográficas.</b> .....	33

## **Resumen**

En el presente trabajo final de grado, bajo la modalidad de articulación teórico-clínica, se parte de una experiencia de intervención y se pretende explorar y reflexionar acerca del papel que tienen la transferencia, la contratransferencia y otros conceptos, en conversación con fragmentos de un caso clínico. En este trabajo, se toman como eje los lineamientos psicoanalíticos a partir de diversos autores.

Una de las preguntas que surge es: ¿Cuál es la importancia del concepto de transferencia y contratransferencia para el proceso terapéutico? Y esto, anudado a sus posibilidades y/o dificultades, dado el contexto de pandemia por covid-19 y la atención psicológica de manera virtual o híbrida.

Se finaliza con algunas consideraciones acerca de lo expuesto, las cuales pretenden dar una visión integradora e ilustrativa del entramado de la transferencia y la contratransferencia en la clínica psicoanalítica con niños.

**Palabras clave:** psicoanálisis – transferencia – contratransferencia – clínica infantil

## **Introducción.**

Este trabajo constituye, a modo de cierre, una síntesis de lo que ha sido mi trayectoria formativa en la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Es así que surge ligado a mi experiencia clínica en la Práctica de Graduación, titulada *Clínica Psicoanalítica con Niños*.

Los conceptos centrales de este trabajo, transferencia y contratransferencia, son parte de otros muy abarcativos, los que movilizan a la reflexión y a continuar en la búsqueda de distintas posturas teóricas dentro del psicoanálisis.

El trabajo se realiza basado en algunos fragmentos del caso clínico que conduje, que permitirá profundizar en determinados aspectos teóricos de la técnica psicoanalítica, como lo son el encuadre, la entrevista de juego, entre otros, con el fin de ser contrastados en el proceso que se llevó adelante con una niña de 10 años al momento de iniciar la atención, a la cual llamé *Ana*, en el marco de preservar la identidad de quien consulta, tal cual lo indica el posicionamiento ético del consentimiento informado. Es así que trataré de buscar un sentido posible de cómo afecta la ausencia de los padres a esta niña, y cómo atraviesan los aspectos transferenciales y contratransferenciales, al proceso clínico.

Para conectar los diferentes conceptos se señala que, tanto la transferencia como la contratransferencia son elementos que forman parte del encuadre, el cual puede ser pensado desde dos lugares. Al encuadre externo, se añade el encuadre interno del clínico, que a su vez está orientado o conducido por el análisis de la propia contratransferencia, que consiste en la internalización del encuadre de su propio análisis, el cual podrá servir como protección ante posibles *actings*.

Bleger (1964) dirá que se presentan dos encuadres, el que proponemos nosotros, y un segundo que proyecta el consultante. Este último será la compulsión de repetición, que va a repetir/actualizar algo de las primitivas relaciones de objeto; siendo la repetición misma, el mecanismo básico del mantenimiento del conflicto. (Bleger, 1964, p.3)

En lo referido a la consulta, Schoeder (2001) nos dice que podemos afirmar que la consulta se desencadena porque el niño emite un llamado, que evoca en mayor o menor medida un desamparo inicial. La madre, padre o tutor advierten ese grito y nos llaman. No es el niño quien llama. (Schoeder, 2001, pp.7-9)

Ana llega a través de su abuela, quien dice ver a la niña triste, angustiada, desganada, violenta en ocasiones, y con bajo rendimiento escolar: “*Gritaba, pegaba las cosas, se tiraba al piso, lloraba*”.

En las consultas sucedidas, los acuerdos de las variables que se mantienen estables, tal como plantea Bleger (1964), se hacen con el adulto referente y se comparten en líneas generales con la niña.

Es así que, planteado esto, me remitiré a presentar algunos aspectos del caso clínico de Ana, anudado a algunos conceptos teóricos, para luego adentrarme en el tema que aquí me convoca.

### **Presentación de la experiencia clínica.**

La práctica anual *Clínica Psicoanalítica con Niños*, se encuentra enmarcada dentro del Ciclo de Graduación del Plan de Estudio, y es parte del servicio de la Facultad de Psicología que brinda atención psicológica abierta y gratuita a la población.

En este caso, se lleva a cabo un proceso psicoterapéutico de carácter breve con objetivos limitados, con la niña Ana. En el marco de la consulta psicológica, definida por Bleger (1964) como una solicitud de asistencia técnica o profesional, se utiliza la herramienta de la entrevista psicológica para llevar a cabo el proceso. El autor la define como:

Una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma, es un técnico de la psicología que debe actuar en ese rol, y el otro -o los otros- necesitan de su intervención técnica. (Bleger, 1964/1985, p.3)

En este caso, dos estudiantes avanzadas asumimos el rol de psicólogas, en diferentes funciones: dirigí las entrevistas con la abuela y la niña, y mi compañera se encargó de la transcripción de las mismas.

Como parte del encuadre, definido por Bleger (1967) como “un “no-proceso” en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso” (Bleger, 1967, p.103), se acuerda un día y horario para las entrevistas con la abuela y para las posteriores con Ana, con una duración de 50 minutos, en principio por vía virtual de la plataforma Zoom, y luego en forma presencial en el Anexo de la Facultad de Psicología.

A modo de poder introducirnos en el caso clínico, desde una perspectiva psicoanalítica, haré referencia al concepto de *caso*, el que tiene que ver con una construcción, un recorte

sobre un punto de la experiencia clínica. Construir un caso desde el psicoanálisis, se trataría de situarse desde un *saber que no se sabe* (Mannoni, 1998) y es en función de este no saber que se irán tramando sentidos, construyendo hipótesis y tomando caminos que permitan ir más allá de lo manifiesto. Desde este caso, dado el tiempo acotado de intervención, en esos sentidos que se fueron construyendo, quedaron otros tópicos por armar.

Cada caso trata del relato de una experiencia singular, única que, al reconstruir el recuerdo de la misma, esta no va a ser del todo fiel, ya que el entrevistador va a recordar los encuentros con el paciente a través de su propia vivencia como clínico. También lo va a ajustar a la teoría que está validando, para luego redactarlo. En este proceso, el clínico participa con su deseo, luego va a recuperar de su recuerdo ese proceso, para finalmente escribirlo. En un caso, no se trata de revelar los aspectos biográficos del sujeto que está en el proceso, ni de presentar todo lo ocurrido en las sesiones, se trata de hacer una síntesis con el fin de excluir lo evidente, haciendo énfasis en lo que define su singularidad. (Gallo, 2012, p.81)

A su vez, Bassols (2002) citando a Tizio, dice que la presentación de un caso es lo que puede construirse de la particularidad de cada experiencia en la transferencia; no se presenta al paciente sino el relato que el analista hace de la cura. (Bassols, 2002, p.3)

Al momento de comenzar el proceso, Ana tenía 10 años y un hermano menor de 5 años. Desde que su padre los había dejado un día en la casa de la abuela materna, hacía aproximadamente ocho meses atrás, no volvió más a buscarlos y viven con la abuela desde ese momento. El padre era quien tenía la tenencia de sus hijos, ya que la madre presentaba problemas de adicciones y se encontraba en situación de calle. Dos meses antes del comienzo del proceso, le dan la tenencia de Ana y el hermano a la abuela, con una orden de restricción de visitas de sus padres. Ella manifiesta que se encuentra *“desbordada, que no puedo con todo”*. Viven en la casa de esta abuela, jubilada, encargada de los cuidados diarios de los niños.

Refiriéndome a las entrevistas realizadas diré que, en una de las primeras, se trabajó sobre el motivo de consulta con la abuela. La misma se presenta preocupada, por la adicción de ambos padres, por temor a *no poder* con la situación por rabietas y enojos que tiene Ana, según dice, además de algunas dificultades con la ortografía y la lectura. La consulta se realiza en forma virtual por videollamada. En la segunda entrevista con la abuela, nos habla de la separación de los padres de Ana, e indica que hace años están *“yendo y viniendo”*; quedando la tenencia de la niña a cargo del padre en ese momento.

Con el paso de las sesiones, el proceso terapéutico con Ana se va configurando. Las sesiones se estructuran de la siguiente forma: un primer momento se trataba de habilitar la palabra en Ana, como forma de que expresara lo que quisiera, fomentando un espacio de escucha seguro. Un segundo momento, generalmente, se destinaba al juego, lo que era a demanda de la niña y flexible en cuanto a la dinámica.

Ana siempre tuvo disposición para comenzar un relato, dibujar o jugar. En el encuentro se muestra permanentemente muy atenta a mí. También dispuesta a respetar límites y a realizar las propuestas. Al volver a la presencialidad, Ana tenía su caja de juegos compuesta por diversos materiales, de los que generalmente escogía un mikado para compartir conmigo, marcadores, lápices de colores o crayones para dibujar, y a partir de allí, hacer una historia. También se utilizaba el juego de roles.

Si bien la abuela se mostraba preocupada por *rabietas* y *enojos* que tiene Ana, no constituyeron un problema que se adhiriera al dispositivo clínico.

### **El encuadre en la entrevista.**

La entrevista es una herramienta fundamental para la clínica, porque es flexible y se puede adaptar tanto a lo que el consultante necesita, como a poder cumplir el objetivo de quien asume el rol de entrevistador/a.

Toda intervención clínica tiene lugar en el marco de una consulta psicológica que implica el encuentro del profesional con un otro, este se encuentra en la posición de un pedido de ayuda, explícito o no. Este encuentro, se ve facilitado por un encuadre que permite que tenga lugar un determinado vínculo, dando lugar a un espacio de producción de sentidos. (Contino, 2012/13, p.51)

Se parte del supuesto de que en la entrevista siempre hay un encuentro de subjetividades donde acontece algo novedoso. “Intervenir, lo que involucra al menos dos sujetos, los que inauguran una novedosa forma de encuentro para subjetivarse”. (Muniz, 2005, p.17) Estos encuentros sucesivos serán en cada caso diferentes y aportarán a la formación, que es permanente e inagotable, en distintas formas.

En este momento en el cual se da la intervención con Ana, se adiciona lo *novedoso* de la comunicación, que dada la situación sanitaria que nos atravesaba, se planteó un cambio en la forma de trabajo donde la mayor cantidad de consultas se dieron en forma virtual.

Este proceso comienza con un marco claro, en Facultad de Psicología, como un servicio de apoyo psicológico hacia la comunidad. En las primeras intervenciones, el encuadre está

mediatizado por la virtualidad de la plataforma Zoom. Referido a esto, me pregunto: ¿Qué ocurre cuando no es posible el encuentro corporal, el contacto físico no es posible y la tecnología es la única vía que habilita el encuentro? ¿Cuáles son los desafíos, beneficios y dificultades de trabajar en esta situación donde predomina la virtualidad como forma de comunicarnos para trabajar con el otro?

En este contexto de pandemia, las nuevas tecnologías tienen un rol importante, y si bien, aparentemente mejoran la comunicación, también pueden tener alguna debilidad, como es el estar frente a una pantalla y no ver ciertos aspectos.

Si bien estos encuentros virtuales exigen cierta movilidad en cuanto a lo espacio-temporal y lo tecnológico, la ubicación física no hace *el lugar* en el que transcurre. El espacio intrapsíquico de cada uno está presente con el sentir, el pensar, el asociar.

Esta movilidad en cuanto a lo tecnológico y otras debilidades, se confrontan a una serie de fortalezas, entre ellas, el desafío que implica el pensar en intervenciones diferentes, la disposición constante al cambio y sus procesamientos, a los que tenemos que adaptarnos, y por lo que es necesario encontrar estrategias que hagan efectiva la tarea. Esta nueva modalidad de trabajo puede traer frustraciones, tanto para el clínico como para ese otro que consulta, por ejemplo, cuando se entrecorta la comunicación, se distorsiona el sonido, queda congelada la imagen. Exige una adaptación para poder observar, desde la pantalla, nuevas cosas. Está presente, también, la cuestión de lo generacional; una ventaja es que en este caso la consultante es una niña, por lo cual tiene manejo y aceptación de la tecnología diferente: *“Me gusta jugar al veo-veo por Zoom”*.

Entonces, de lo que se trata en estos espacios de intervenciones breves y, en este caso, atravesado por la virtualidad, es de propiciar un espacio y tiempo de encuentro donde el paciente pueda sentir seguridad ante tanto cambio, desde el compromiso y la disposición para ese encuentro: *“Yo siempre voy a estar a esa hora en el Zoom”*.

Retomando el concepto de encuadre, algo a destacar que no es ajeno al mismo, es que en la instancia de estos encuentros, además de la transferencia que aparece entre el consultante y quien lleva adelante el proceso, hay otros atravesamientos, como por ejemplo que el consultante no elige con quién atenderse, ni la duración del tratamiento, que está pautado *a priori*. Es necesario establecer una serie de constantes y, para ello, la noción de encuadre es la que más se ajusta.



Quien utiliza por primera vez el término *setting*, equivalente del inglés a encuadre, es Winnicott. Años más tarde, Bleger (1967) retoma los aportes de Winnicott, refiriéndose al encuadre como:

El encuadre correspondería a las constantes de un fenómeno, un método o una técnica, y el proceso al conjunto de las variables. (...) Es así que dentro del encuadre psicoanalítico incluimos el papel del analista, el conjunto de factores espacio (ambiente) temporales y parte de la técnica (en la cual se incluyen el establecimiento y mantenimiento de horarios, interrupciones regladas, etc.) (Bleger, 1967, p.1)

Todo esto está presente en el encuadre, desde mi lugar como estudiante, con una línea de trabajo que plantea la exigencia de entrevistas previas con los padres o adulto referente, la abuela materna en este caso, con dos consultas previas, y la pre-entrevista. Al comenzar el trabajo con Ana se plantea el encuadre y se firma el consentimiento informado, en este caso por la abuela, ya que la paciente es menor de edad. Este documento asegura la atención psicológica, así como también salvaguarda los datos identificatorios de quien accede a un espacio psicoterapéutico, en el marco ético de la confidencialidad y secreto profesional.

Dado que los últimos encuentros fueron realizados en consultorios del Anexo de la Facultad, es conveniente dar visibilidad al cambio del encuadre que se tuvo que realizar, ajustándose el mismo, destacando que la clínica en instituciones está delimitada por reglamentos, normas y la aplicación de ciertos protocolos.

En cuanto al método utilizado para los encuentros, Ulloa (1964) citado en Bohoslavsky (1979), indica que la estrategia clínica debe incluir tres momentos: el ver, pensar y actuar. “En la estrategia clínica, reflexión y acción se encuentran unidas, de modo que mirar, pensar y operar conforman lo que Ulloa llamó “unidad de operación””. (Bohoslavsky, 1979, p.21)

Es así que me propongo utilizar los recursos del método clínico que propone Ulloa, adosados a la escucha clínica, tan importantes a la hora de realizar una observación. Esta escucha permite acercarme a varios aspectos del consultante, a observar la capacidad de *insight*, aproximarme a los recursos intelectuales y emocionales con que cuenta y repositonar el motivo de consulta manifiesto, aportando a la comprensión de los aspectos menos manifiestos de la problemática presentada.

En cuanto al motivo de consulta, me pregunto: ¿Cómo se relaciona el motivo de consulta traído por la abuela con cómo ésta se muestra en la primera entrevista? Es así que, en la primera entrevista, podemos vislumbrar sus ganas de hablar, emulando la sensación de que *ella puede con todo*. Sin embargo, teniendo en cuenta el motivo de consulta pienso que esto

tiene que ver con una forma de marcar esa rivalidad con su hija, todas esas denuncias que terminan con la tenencia de sus dos nietos.

Tomando los primeros encuentros, y volviendo a lo anterior, se ubica la realidad del encuadre: ¿qué implicó en las primeras consultas? Implicó que, a Ana su abuela le otorgue y organice para este trabajo en tiempos de pandemia, un espacio en el hogar que durante el tiempo de consulta fuera privado, acorde, adecuado, donde ella se sintiera cómoda y contara con los recursos necesarios: teléfono, computadora, hojas y colores.

A pesar que el encuadre fue explicitado se puede ver que, en los encuentros con la abuela, Ana aparece en el Zoom: *“Yo ya le digo que se vaya, [es] para presentarla”*. En esa presencia, que la abuela justifica y explica, se ve la ansiedad tanto de esta última como de la niña, y por minutos, el encuadre acordado se rompe. Asimismo, el encuadre se ve reforzado al final de cada entrevista recordándole el próximo día y horario a encontrarse.

En el tercer encuentro aparecen otras personas en el tiempo de la consulta, y Ana interrumpe la misma para atenderlas, al encontrarse sola: *“Me están tocando la puerta, ya vuelvo”*. En la siguiente consulta, el encuadre será afectado por el alimento, por la merienda que trae la abuela a ese espacio, fuera del horario de la misma, e interfiriendo en el desarrollo de la consulta. Posteriormente a esto, Ana no se presenta a la consulta que sigue donde la variable día y horario, no se respeta. Se puede ver que, la virtualidad de los encuentros trae aparejadas roturas de diversa índole al encuadre.

Volviendo al decir de Bleger (1967) citado en Schoeder (2010), el encuadre es una alianza con el paciente, que habilita el trabajo analítico. El poner límites entendidos como protección, es una condición para que una transformación pueda tener lugar. A su vez, en las rupturas, se pueden analizar aspectos inconscientes del paciente, quizás en tanto el encuadre no logre sostenerse, aparecerán núcleos y aspectos más primarios. (Schoeder, 2010, pp.7-11)

Se puede pensar que la ruptura del encuadre sucedió por las resistencias presentes, con una ambivalencia entre el pedido de ayuda que la abuela manifestó y sus resistencias al trabajo con Ana, que podrían haber movilizado la historia que las involucra a ambas, los conflictos con su hija, entre otros. Asimismo, si bien Ana, con respecto a faltar a la consulta dice haber extrañado, no verbaliza en profundidad cómo vivió ella esa ausencia. Sin embargo, su expresión será lúdica o en acto, dando cuenta de las ausencias vividas, de su lugar valorizado o no. Y de algún modo, se puede hipotetizar que tanto la abuela y la niña están repitiendo, en la ruptura del encuadre, algo de la conflictividad que atraviesan, con el mismo modo de resolver o no esos conflictos.

Un tiempo después, la Facultad se propone ir volviendo paulatinamente a la presencialidad de las prácticas clínicas. Esta modalidad presencial, se presenta como una posibilidad de trabajar otros aspectos, de implementar posibles juegos, donde el trabajo puede llegar a ser diferente y con más recursos. Pero es cierto también que, en este caso, es la Facultad quien va a generar que el encuadre sea modificado a los ojos de la abuela y la propia Ana, y donde las variables que estaban planteadas como constantes, sobre todo la forma virtual desde el hogar, el día y la hora, se vean modificadas.

En este espacio, en el acontecer de la consulta, que ahora pasa a ser presencial, se le da un sentido a la palabra, permitiendo elaborar una significación. Se le brinda ese espacio, un tiempo de encuentro íntimo, protección, seguridad y sostén, donde un otro se ofrece libidinalmente para investir y transformar el material que Ana trae en forma verbal, en el juego, con gráficos, y así significarlo devolviéndole en palabras vivencias que producen malestar: “R: ¿Y tú tenés miedo de que se enferme la abuela? A: Sí... ahora se le está curando un poquito”. Aquí se podría pensar en el rol del clínico, en la función materna que tanto necesita Ana, pudiendo expresar sus angustias y miedos. Una vez que es ofrecido este sostén -con lo que implica sostener-, podríamos pensar que la cura devendrá sola, movilizand las angustias que intranquilizan a la psiquis.

En cuanto a lo que trae Ana a través del juego, va a ser en este jugar, repetir y elaborar como manifiesta Sammartino (2003), que la experiencia dolorosa pasa a ser una experiencia de goce al ser dominada por el juego donde el niño que vivió pasivamente la escena de sufrimiento logra a través de éste, vivirla en forma activa, así como demuestra Ana a lo largo de las consultas. Repite, juega y elabora, y es esa repetición lo que hace que pueda ligar la vivencia traumática. El juego entonces pasa a cumplir la función de simbolizante, a través de éste el niño tiene la oportunidad de poner en escena aquello que le molesta, que le produce dolor o sufrimiento, o también, sus deseos, sus éxitos y sus fracasos. (Sammartino, 2003, p.63)

Freud, en su texto *Recordar, repetir y reelaborar* (1914), plantea que el paciente no recuerda lo reprimido, sino que lo actúa, repite en vez de recordar. Lo que tiene que ser recordado no puede serlo, y en su lugar se repite, así se van construyendo los recuerdos. De esta manera, Freud va a relacionar la repetición con la transferencia, como una transferencia del pasado sobre el presente. (Freud, 1914, p.145)

### **El lugar del juego en la transferencia. Entrevista de juego.**

El vínculo transferencial se da en cada entrevista de juego, entre el niño y el clínico, posibilitando conocer al niño y de esta manera ir armando estrategias de trabajo. La

transferencia puede comenzar a darse cuando se logra que el paciente sienta el espacio de consulta como algo diferente a lo que es su vida cotidiana. En estas condiciones es que se pueden vencer las resistencias y así poder expresar sus conflictos. Ana va a trabajar, durante este proceso, con el juego, el relato, amigos invisibles, y gráficos.

Bonifacino (2017) tomando a Freire (1986), dirá que las entrevistas de juego son lo más adecuado y útil para la investigación del psiquismo infantil, si bien no es la única vía de acceso al mismo. (Bonifacino, 2017, p.3) ¿Podemos pensar que los juegos de los niños de hoy son similares a los observados por Freire? Diré que no son los mismos, puesto que el juego ha tenido cambios con la influencia de la tecnología digital, entre otros.

Además, lo que el clínico hace frente al juego del niño es diferente, el paradigma ha cambiado, favoreciendo la expresión del otro. Es el propio paciente quien tiene el saber. No se hacen interpretaciones tan “incisivas” como las propuestas por Klein.

De esta forma, el juego en la entrevista implica entrar en el mundo del niño y “dialogar en su propio lenguaje”. (Freire, 1986, p.6) Y hoy, a pesar de los cambios en algunos juegos, los niños expresan, a través de los mismos, sus conflictos, su mundo interno. El poder jugar sigue hablando de recursos simbólicos y, sabemos también, que el tipo de juego cambia en base a la conflictiva de cada niño.

Tanto en los juegos de los niños de hoy, como los niños de otros tiempos, se juega a esconderse para ser encontrado, con juegos de encastre, de construir y destruir, de roles. Todos ellos nos hablan de angustias, fantasías y conflictos que son propios de distintas etapas de la vida. Mediante el juego, el niño realiza una actividad que le va a permitir ir estructurándose, ir creando su mundo interno. Es parte de la estructuración psíquica del niño y, a través del mismo, se va haciendo con el otro.

En las consultas con Ana, ya volviendo a la presencialidad, se utilizó la caja de juego como una herramienta más, como intermediario para comunicarse con la niña. A su vez, Bonifacino (2017) tomando a Freire (1986) reflexiona acerca de las distintas formas de juego que despliegan los niños, en base a las etapas psicosexuales desarrolladas por Freud. Ana se encuentra ya finalizando la etapa de la latencia, y próxima a la pubertad. La autora plantea que en esta etapa priman juegos más repetitivos y estereotipados. (Bonifacino, 2017, p.2)

Siguiendo en la línea de Freire (1986), a medida que los niños se acercan a la pubertad, se observa una mayor inclinación por el dibujo y el uso de plastilina. La ventaja que hay con Ana, es que a estos juegos se suman relatos y gráficos muy enriquecedores a la hora de generar hipótesis para poder trabajar. Por ende, se puede considerar que la paciente

despliega un juego adecuado a su edad, el cual se observa muy organizado en la mayoría de las consultas.

En cuanto a los relatos, en una de las consultas, Ana hace una narración de una situación que ocurrió en la escuela: *“Había una vez una niña que estaba en la escuela... Le preguntó a la maestra: ¿vos ibas a regalarnos una cajita de colores? Sí, al final de la clase se los doy. La niña se fue a su casa y la madre le preguntó: ¿qué te sucede que estás tan contenta?”*

Es en este relato, a través del “regalo” que visualizo en el lugar de la maestra, aquellas ausencias que Ana podría estar poniendo de relieve con respecto a su madre. Se pone contenta al ser especial para la maestra, que la elige, le regala, no así su mamá. En esta ficción, la niña va a su casa con la madre y también tiene una hermana de su misma edad, por lo que, en ese relato, esa hermana puede condensar sus temores. Quizás esta haya sido la forma más adecuada que Ana encontró para poder desplazar sus miedos y angustias internas, desplazando su conflictiva y dando paso a sus fantasías.

Laplanche y Pontalis (1996), definen a la fantasía como un “guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, de un deseo inconsciente”. (Laplanche y Pontalis, 1996, p.138)

Me pregunto, entonces, ¿Qué pasa con Ana? Que si vive con la madre o ambas en situación de calle... ¿Lo que le pudiera pasar a “la niña” si también viviera con su mamá? En las primeras entrevistas no nombra a su mamá, en forma explícita y, ¿por qué no la nombra? Seguramente porque es una situación de mucha angustia para ella. Más adelante va a ir trayendo a su madre a los encuentros: *“... Con mamá no, no siento tanto sentimiento por ella... Cuando hablo con ella siento que no se está recuperando”.*

Si bien Ana cumplió 11 años durante este proceso, le gustan los juegos para niñas más pequeñas. En este caso, dado la pandemia se dificulta al comienzo, el trabajo de juego por Zoom, pensando qué sería importante y beneficioso, ya que los niños juegan para elaborar los conflictos, además de que les es gratificante. Necesitan jugar porque es saludable y placentero. “La ocupación preferida y más intensa del niño es el juego (...) toma muy en serio su juego, emplea en él grandes montos de afecto. Lo opuesto al juego no es la seriedad, sino la realidad efectiva”. (Freud, 1908 [1909], p.127)

En el proceso del juego, el “jugando” va marcando el camino hacia la elaboración psíquica, el niño puede elaborar conflictos, hacer activo lo que vivió pasivamente y producir nuevos sentidos. Freire (2017) va a decir que la actividad lúdica es efecto de un pensamiento

inconsciente y responde a leyes del proceso primario como los sueños y los actos fallidos. “(...) podremos comprender como a pesar de que sabe, no sabe de qué está hablando, es necesario poner en palabras sus juegos”. (Freire, 2017, p.1)

El despliegue del material que muestra el juego conjuntamente con el marco teórico va a permitir plantear hipótesis sobre la estructuración psíquica. El juego va a mostrar el mundo interno del niño. Además, aquí es importante la neutralidad, es decir, no realizar juicios valorativos de lo que ocurre en la entrevista. Condición necesaria, ya que posibilita el despliegue del discurso del niño.

Esto me lleva a repensar el término neutralidad. En referencia al mismo, traigo a Rosa en el texto *Intervenciones psicoanalíticas* (1994): “Tratamos de ser neutros sin lograrlo. La neutralidad, si es entendida como ausencia de todo elemento valorativo, es una ficción”. (Rosa, 1994, p.17)

Freud, en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912), va a proponer lo siguiente: “He decantado las reglas técnicas que propongo aquí de mi experiencia de años”. (Freud, 1912, p.111) Va a marcar como reglas técnicas, además de la asociación libre y el análisis del analista, la neutralidad y la abstinencia, que son aspectos de gran importancia a la hora de la práctica clínica.

En cuanto al método de la asociación libre, dirá: “Se exige al analizado que refiera todo cuanto se le ocurra, sin crítica ni selección previas”. (Freud, 1912, p.112)

Acerca del análisis del analista, en el mismo texto, con respecto al médico, Freud indica “exigirle que se haya sometido a una purificación psicoanalítica, y tomada noticia de sus propios complejos, que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece”. (Freud, 1912, p.115)

Con respecto a la abstinencia, en *Lo inconsciente* (1915), Freud sentencia: “La cura tiene que ser realizada en la abstinencia; sólo que con ello no me refiero a la privación corporal (...) hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados”. (Freud, 1915, p.168)

La regla de abstinencia deja al paciente con cierto nivel de frustración, lo que va a funcionar como motor del trabajo. Al impedir satisfacciones sustitutivas, va a ser la transferencia la vía regia para llegar a destrabar los deseos inconscientes, a través de la elaboración psíquica. (Freud, 1914, pp.240-245)

A partir de lo expuesto me pregunto, ¿es posible mantener la neutralidad? Si es desde el inicio de la pre-entrevista que nos estamos posicionando, si escuchamos desde nuestra subjetividad, desde nuestra historia. A propósito de ello, Hornstein (2018) indica: “Un analista trabaja mediante su disponibilidad afectiva y lo que por comodidad llamamos escucha (...) Mi escucha no es una mera aptitud auditiva”. (Hornstein, 2018, p.1)

Al decir de Lacan (1960/61): “Es claro que somos hombres, y como tales, afectados de mil maneras por la presencia del enfermo”. (Lacan, 1960/61, p.352). Claro está que nos vemos implicados desde el inicio con el paciente, desde nuestra escucha, el silencio, las preguntas, el cuerpo. Quien está en posición de clínico, intentará no emitir juicios de valor, y así ir favoreciendo y habilitando el discernimiento del lado del paciente, de lo más adecuado o no para sí mismo. Aun así, si bien la escucha podrá ser neutra de juicio, no lo será de nuestro deseo como clínicos.

La autora Schkolnik (1999) con respecto a la abstinencia, en su texto *¿Neutralidad o abstinencia?*, ante esta interrogante, expresa:

(...) Desde el momento en que hay continencia o abstinencia, hay deseo, y eso también es imprescindible para que haya análisis. La neutralidad, a mi modo de ver, evoca una situación de ausencia de deseo, desestimando así lo que constituye el verdadero motor del proceso de análisis. (Schkolnik,1999, p.9)

Va a plantear que la regla de abstinencia tiene que ver con la creación de un ámbito de privación por parte del analista, lo que significa no gratificar los deseos del consultante, promoviendo así el despliegue fantasmático a través de la palabra en el proceso analítico. Resalta que la privación en el analista no es tarea fácil. Tiene que ver con la posibilidad de no responder al paciente determinadas preguntas ni dar consejos, ni opiniones. (Schkolnik,1999, p.5)

La importancia de la abstinencia tiene que ver con que, si el clínico efectivamente logra aplicar la regla de abstinencia en un proceso analítico, el paciente podrá proyectar sus fantasías en él, favoreciendo el trabajo de análisis. La autora dice que si no se logra mantener esta regla se corre el riesgo de trabajar en un nivel consciente/preconsciente: “Pienso que la posibilidad de que surja un vínculo transferencial útil para el trabajo analítico, favorecedor de la emergencia del inconsciente, está estrechamente vinculada a la regla de abstinencia”. Haciendo mención al lugar del analista en un proceso de trabajo, la autora plantea que, “(...) ese lugar tan peculiar de alguien que no es ni familiar ni extraño, permite que el espacio

analítico se vuelva apto para que surjan elementos que responden a una lógica distinta a la del proceso secundario". (Schkolnik, 1999, p.6)

Esta regla de abstinencia hace referencia a la técnica en psicoanálisis que, como plantea la autora, configura una relación analista-consultante con determinadas características. En este sentido, el analista no debe ser distante ni presentar frialdad afectiva, pero tampoco puede vincularse como en una relación social en donde no estén claros los límites de uno y otro. Es fundamental para sostener el método contar con el propio análisis, el cual se constituye como una herramienta de trabajo para el analista.

Volviendo a los recursos que Ana utiliza durante el proceso, uno de ellos es el relato que involucra a amigos imaginarios. Aquí su texto hablado sobre un gráfico: *"Hice a Perri que parece un gato, pero es un perro, Chanchito que es un perrito parece un perro por la colita. Ellos van a una escuela, yo siento que lo que tienen ellos son como de verdad"*.

A Ana le gusta mucho dibujar, y lo propone siempre, sobre todo cuando se muestra escueta en muchas contestaciones. Con bastantes resistencias, sus dibujos en su gran mayoría son muy coloridos, defensivos, así como cuando trae cosas sobre su mamá, siempre son *lindas; buenas*.

Me hace pensar en esos aspectos disociados que aparecen. Por un lado, aparece lo bueno a través de la expresión gráfica y, ¿quizás lo malo se lo queda ella? ¿Sin poder mostrar-se, mostrar-lo?

*"Cuando estoy enojada, como rabiosa, pero relajada, sigo furiosa, pongo [música] más calmada"*. Logra abrirse más, mostrarse más. Relata diferentes situaciones, donde aparece la ira reiteradamente. Podemos pensar que la situación que vive, separada de sus padres, le genera mucho enojo, y sentimientos de soledad, además de tristeza como ha mencionado. *"Como que tengo a alguien, yo los siento, ellos me acurrucan... Yo los tengo que cuidar porque son mis hijitos"*.

Cabe marcar la importancia de dejar que el niño elija el relato, con qué jugar, no dirigirlo, y en esa elección y su desarrollo nos va a dar elementos para observar, analizar e hipotetizar. Hipótesis que después se irán corroborando o desechando, a medida que transcurre el proceso.

Press (2010) nos habla de un lenguaje lúdico, el cual consiste en evocar lo traumático a nivel inconsciente, y es a través de un proceso terapéutico, que se puede lograr simbolizar y posteriormente metabolizar. Es también en las entrevistas que se pueden detectar las



fantasías que el niño tiene en cuanto a la enfermedad, a la cura y el trabajo conjunto que se pueda ir realizando respecto a sus dificultades. (Press, 2010, p.5)

Con respecto al material clínico de Ana, me gustaría destacar cuando indica: “*Yo me sentí insegura*”, ya que me hace pensar en uno de sus síntomas, que ella llama “*los ataques de pánico*”, que se le pasan con “*un abrazo*”, que seguramente estén dados por toda esa inseguridad que vivió y vive aún, esa incertidumbre, por lo que quizás sea necesario recurrir a sus amigos imaginarios. Faltaría saber más acerca de esos síntomas, si continúan, en qué condiciones se dan. Vale aclarar que Ana fue a consulta con psiquiatra, fue medicada y luego se le retiró por cuenta de la abuela.

En otro momento indica: “*No saben con quién se van a quedar*”; nuevamente refiriéndose a sus amigos imaginarios. Esto hace volver a preguntarme qué pasará con la fantasía de esta niña, en cuanto a ella, en relación a sus padres, ¿va a volver con ellos?

A través de su discurso se observó, en reiteradas ocasiones que, frente al contacto con aspectos angustiantes de su historia, Ana se *corría* de ese lugar, desplazándose hacia aspectos que le son más placenteros, más satisfactorios, ya sea a través del juego, el relato, o el discurso, quedando así “resguardada” del dolor. El control fue uno de los mecanismos más eficaces para evitar el contacto con situaciones dolorosas.

Al preguntarle: “*¿Y cómo es eso de los enojos?*”, responde “*Perri es como una persona que se defiende, tiene cosas distintas*”. Es ella misma quien se percibe como distinta: “*siento miedo y pánico*”. Ana exterioriza sus angustias, sus miedos, pero cabe la pregunta, ¿con respecto a qué? Me pregunto qué pasará con la fantasía de Ana respecto a sus padres, en cuanto a dónde están, a que va a pasar con ella. ¿Se habrá hablado lo suficiente? En realidad, no lo sabemos. Otra hipótesis es, recordando lo que verbalizó en consultas anteriores, relacionado a su cuerpo, recordemos que está ingresando en la etapa de la pubertad, que también se le plantea la incertidumbre acerca de sus cambios corporales, hormonales.

En otra de las consultas, al preguntarle a Ana sobre una película de las emociones, ella trae el relato sobre *Intensamente*, y nos vuelve a mostrar sus recursos, su capacidad de comunicarse con un lenguaje muy rico: “*Alegría trata de motivar a Tristeza*”, frase que actuó como disparadora de su cuento sobre sus amigos imaginarios. Evaluando la presencia de esos amigos imaginarios, que quizá mostrara cierta inmadurez de Ana, podemos suponer que no, ya que es un recurso al que la niña recurre para sostenerse.

En cuanto a la creación de compañeros imaginarios, para Velludo (2016), “el fenómeno se ha asociado con varios aspectos positivos del desarrollo. Hay evidencias de que después de

la primera infancia, la fantasía se vuelve más privada y es más probable que los niños participen en fantasía cuando están solos o hay pocos amigos presentes”. (Velludo, 2016, p.117)

En el caso de Ana, el juego simbólico representado por estos amigos imaginarios, le posibilita asumir varios roles, en algún momento que la protejan, en otros ser la mamá, y así experimentar en forma activa esas emociones. *“Es como que tengo a alguien, yo los siento, ellos a veces cuando la abuela se duerme primero y no puede venir, ellos me acurrucan, y comen a la hora que tienen que comer”*.

Esa capacidad que se observa que tiene Ana para buscar alternativas a su realidad, que es un potencial que ella posee, seguramente la va a ayudar a lo largo de la vida. *“Siempre quiso tener un amigo, pero le hacían burla por su patita corta. Entonces él dijo voy a inventarme mis amigos imaginarios”*.

También en el relato de sus amigos imaginarios es que trae nuevamente su soledad, tema recurrente, cuenta que la abuela *no le ve sentido* a sus amigos imaginarios. *“Cuando estoy triste ellos hablan como nosotros”*. Posiblemente la niña está diciendo que se siente sola a la hora de compartir su mundo. Ana va a recurrir a tres amigos imaginarios, y tal vez se identifique con *Chanchi*. Cuenta que ellos le dicen *que no se ponga triste o enojada*, las dos emociones que también estaban en el personaje de su cuento. *“Es como que tengo a alguien... cuando a veces estoy triste y no quiero contar me encierro donde hablaba contigo y ellos me escuchan y me entienden”*. Tiene a *alguien* al igual que en este espacio. Acá se puede pensar que en esos amigos imaginarios está desplazada mi persona como su psicóloga. Entonces me pregunto, ¿debemos pensar que está diciendo que no tiene a nadie? ¿o debemos pensar en la ausencia de su madre? *“Ellos me acurrucan”*, podría hablar de esa necesidad de mamá.

*“Como que tengo a alguien, yo los siento, yo los tengo que cuidar porque son mis hijitos”*. Acá, se puede encontrar su sentimiento respecto a que una madre debe cuidar a sus hijos, y pienso en cómo se sentirá ante su realidad de no ser cuidada por su madre. Habla de abandono materno. *“Chanchi me gruñe cuando me olvido de darle de comer”*, le *gruñe* a la mamá por falta de alimento, el cual puede representar el amor materno. *“Chanchi a veces está alegre o enojado, quizás triste y no me quiere contar”*. Se puede pensar que habla de sí misma, y no quiere contar sobre su tristeza, pero sin embargo la trae a la consulta a través de esos amigos imaginarios. *“Me ocultan que tienen deberes”*, acá se puede ver que habla de ella, no es la primera vez que trae algunas dificultades con los deberes. Y trae una vez más a su madre: *“cuando yo vivía con mamá, a veces los ocultaba y los hacía en la escuela”*.

Con respecto a las interpretaciones que anteceden, de algunos fragmentos del material clínico, cabe destacar que según Ungar (2015), no hay una forma de interpretación correcta. Si el analista logra construir una idea de lo que acontece en la relación transferencial y va entendiendo la contratransferencia, sin quedar ligado a hechos o razones literales, podría lograrse una construcción que pueda funcionar. (Ungar, 2015, p.15)

Ungar (2015) entiende a la interpretación como una invitación a trabajar, con una actitud “pudorosa” a la hora de interpretar, haciéndolo a través de palabras como “*a mí me parece*” o “*podríamos pensar*”, ubicando al analista en un lugar de no saberlo todo y de indagación. (Ungar, 2015, pp.16-17)

Esta idea permitió pensar sobre las consultas que se desarrollaron con Ana, donde resultó necesario dar lugar a intervenciones y algunas interpretaciones, las que posibilitaron, gracias a poder dar cuenta de la relación transferencial y contratransferencial como plantea Ungar (2015), unificar los aspectos significantes de las vivencias pasadas de Ana con el presente analítico, a través de los procesos transferenciales, y sumando la apertura a nuevas posibilidades que permitieron identificar lo repetitivo y reelaborarlo. Esto, adecuado, y en la medida de las posibilidades del proceso breve que se llevó a cabo.

### **Aspectos de la transferencia en psicoanálisis.**

Es Freud quien va a revelar el concepto de transferencia y va a ir modificándolo a lo largo de su obra. Es uno de los conceptos fundamentales para poder trabajar en la clínica, que Freud elabora a partir de su práctica, de sus estudios sobre la histeria.

Freud, en *Estudios sobre la histeria* (1895), en un primer momento habla de transferencias describiéndolas como una “*mésalliance*”, un enlace falso: “La transferencia sobre el médico acontece por enlace falso”. (Freud, 1895, p.88). Asimismo, continúa diciendo:

(...) en virtud de la compulsión a asociar, el deseo ahora presente fue enlazado con mi persona, de quien era lícito que la enferma se ocupara; a raíz de esta *mésalliance* —yo la llamo enlace falso— despierta el mismo afecto que en su momento esforzó a la enferma a proscribir ese deseo prohibido. Desde que tengo averiguado esto, puedo presuponer, frente a cualquier parecido requerimiento a mi persona, que se han vuelto a producir una transferencia y un enlace falso. (Freud, 1895, pp.306-307)

El paciente va a depositar en el médico, representaciones del pasado que van a surgir a lo largo del análisis. Freud (1926) llamó en principio, a esta transferencia, “*enlace falso*”, y es a través de la misma que va a sustituir a una persona del pasado por la persona actual del

analista; le va a depositar un afecto, un deseo, que está relacionado con recuerdos pasados inconscientes. “La única salida posible de la situación de la transferencia es la reconducción al pasado del enfermo, tal como él lo vivenció efectivamente”. (Freud, 1926, p.213)

En un segundo momento, Freud hace una teoría más amplia de la transferencia y la define: “son reediciones, recreaciones de las emociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que hacerse conscientes, (...) es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico (...) no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico”. (Freud, 1905, p.101)

Entonces, la transferencia sería la proyección que realiza el paciente a partir de sus vivencias pasadas, de manera inconsciente, sobre el analista. Freud (1914), va a explicitar que el paciente va a actuar lo reprimido, lo no recordado. Dice que este lo representaba como una acción, lo repetía sin tener idea de que lo hacía. Por lo tanto, la transferencia era la repetición, que además de producirse sobre el analista, se producía también en distintas áreas de la vida cotidiana del paciente, de manera inconsciente. Los deseos y sentimientos, que primariamente estaban ligados a figuras de peso en los primeros años, se proyectaban a la figura del médico. Esa libido insatisfecha se va a dirigir hacia el analista.

Esta «transferencia» pronto reemplaza en el paciente al deseo de sanar y pasa a ser, mientras es tierna y moderada, resorte impulsor del trabajo analítico en común. Más tarde, si se ha hecho apasionada o se ha trocado en hostilidad, se convierte en el principal instrumento de la resistencia. (Freud, 1925 [1924], p.40)

Para Laplanche y Pontalis (1996), la transferencia también se trata de repeticiones: “...el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos (...) dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad”. (Laplanche y Pontalis, 1996, p.439)

Freud (1914) en uno de los ensayos, va a establecer la diferencia entre una transferencia *positiva* y una *negativa*. Con respecto a ésta última, solamente pudo ver en ella un obstáculo para la cura analítica. En esta diferenciación de la transferencia, es necesario poder distinguir la transferencia de sentimientos tiernos de la de sentimientos hostiles. “Es preciso decidirse a separar una transferencia «positiva» de una «negativa», y tratar por separado ambas variedades de «transferencia» sobre el médico”. (Freud, 1914, p.102)

Freud planteaba, en cuanto a la transferencia negativa, una pronta resolución para que no interfiriera en la cura. La misma refiere a sentimientos más hostiles, de rechazo, que no tienen que ver con la figura del clínico, sino con las *imago*s infantiles. En cambio, la transferencia

positiva, facilita el trabajo terapéutico y posteriormente se va a conceptualizar como alianza de trabajo cuando adquiere aspectos conscientes, lo que permite trabajar y hacer que se *mueva* el tratamiento.

Referido a esto, Lacan, (1960/61), propone no diferenciar en el sentido de una transferencia negativa y una positiva. Dirá que estos términos son del nivel del discurso cotidiano en el que nos referimos a la transferencia. Es así que, entonces, tendrá en cuenta que la transferencia “está situada en posición de sostén de la acción de la palabra”. (Lacan, 1960-61, pp.200-201) Implicará entonces al Otro, en esa relación analítica, y más que como repetición, la transferencia es ese espacio entre el sujeto y el Otro. Dirá Lacan:

Con lo que el amor está relacionado es con la pregunta planteada al Otro acerca de lo que pueda darnos (...) darse cuenta de la relación que vincula al Otro, a quien se dirige la demanda de amor a la aparición del deseo (...) El Otro es algo de la naturaleza del objeto. (Lacan, 1960/61, p.198)

La transferencia del paciente va a facilitar o dificultar el trabajo de la alianza terapéutica. Cuando se comenzó a trabajar en esta intervención breve, fue importante hacer saber a Ana el porqué de la consulta, disminuyendo sus ansiedades: “¿Sabes para qué estamos acá?”. Inmediatamente va a aparecer su pedido, su demanda, puesto en palabras: “Para que me ayuden con mis rabietas”, poniéndose en juego la escucha, la observación.

Siguiendo a Guerra (2014), lo fundamental es el “trabajo en presencia”, es decir, en tanto el niño se expresa (ya sea mediante el juego, los gráficos o en forma verbal), durante la consulta sabe que el clínico está allí, observando, escuchando, desde su asimetría y abstinencia, que son la base de la transferencia, ya que más allá de que esté en silencio, está presente. (Guerra, 2014, p.12)

Es así que elegí comenzar el primer encuentro con la realización de un dibujo libre, para que fuera más distendido y, además, muchas veces en el dibujo libre surge una dinámica interesante de contenidos psíquicos latentes. Ana, dibujó una cara triste, donde en su reactivo verbal trae a su familia, sus padres, plantea que el padre está en un “lugar medio raro”, y que “con mamá no tengo tanto sentimiento por ella”.

En consultas más adelante, relata: “me estoy portando mejor, me estoy calmando”, y aquí pienso en el poder de la palabra, tan importante y terapéutico, pero ¿por qué? Porque tiene que ver con el relato que el paciente va pudiendo construir sobre él mismo. Es necesario tiempo, para escuchar al paciente y para que él mismo se escuche. Hablar, en sí, ya es terapéutico. La palabra organiza, cura, da un nuevo sentido a lo que nos pasa.

Volviendo a lo transferencial del proceso, en una de las consultas trae unos gráficos en tonos de grises remarcados, inusuales con respecto a lo habitual que suele reproducir en consulta, más coloridos y defensivos. Por ello, me planteo la interrogante acerca de: ¿será que en estos dibujos que trae quiere mostrar ese desorden que se vio en toda esa consulta? ¿Tendrá que ver con lo transferencial y es cómo me lo está transmitiendo? Abro la línea de interpretación a que se podría estar sintiendo “entendida pero no tan tranquila”.

### **Aspectos de la contratransferencia en psicoanálisis.**

Freud, introduce a la contratransferencia como concepto técnico en 1910 por primera vez, y la menciona expresamente solo pocas veces en su obra, no elaborando una teoría acerca de la contratransferencia. Posteriormente la toman otros autores para así elaborar una teoría.

Bedo (1991) va a decir que la contratransferencia ha sido vista en un comienzo por Freud como un obstáculo, destinado a ser dominado mediante su propio análisis, y no como instrumento. (Bedo, 1991, p.67) Pasados los años, se comienza a comprender a la contratransferencia como un instrumento que puede ser utilizado para entender la relación analista-consultante. Se le da un valor indispensable como instrumento de la técnica.

Los conceptos de transferencia y contratransferencia, sobre todo el primero, pasan de ser un obstáculo a ser, como menciona Schoeder (2000), un auxiliar poderoso para el psicoanálisis. “La transferencia pronto se convertirá en el auxiliar más poderoso para el psicoanálisis, el obstáculo se transforma en instrumento”. (Schoeder, 2000, p.4)

De León de Bernardi (1999) citando a Racker (1948), dirá que “en su visión la contratransferencia puede “intervenir” o “interferir” en el proceso analítico”. (De León de Bernardi, 1999, p.4)

Por otra parte, el analista deberá disponer de una atención parejamente flotante, esto es, de su bagaje contratransferencial, ya que se podrán dar situaciones en el espacio analítico que, en relación a las vivencias del paciente, puedan conectar consciente o inconscientemente con las del clínico. (De León de Bernardi, 1999, pp.2-4)

Es así que entiendo que, a lo que se refieren los autores, es a lo que el analista proyecta en el paciente, de forma inconsciente. De ahí la importancia del propio análisis, el conocerse, y poder trabajar su propio inconsciente. Nuestro análisis nos permite conocer y comprender algunos procesos inconscientes tanto del paciente, como los propios, lo cual es beneficioso para el proceso que estemos llevando a cabo. En este sentido, Laplanche y Pontalis (1996) definen a la contratransferencia como el “conjunto de las reacciones inconscientes del

analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste”. (Laplanche y Pontalis, 1996, p.84)

Siguiendo esta línea, Freud (1926) será determinante al decir que,

(...) exigimos que todo el que quiera ejercer en otros el análisis se someta antes, él mismo, a un análisis. Sólo en el curso de este «autoanálisis» (como equivocadamente se lo llama), cuando vivencia los procesos postulados por el análisis en su propia persona, adquiere las convicciones que después lo guiarán como analista. (Freud, 1926, p.186)

Sin embargo, Lacan (1960/61) expone que, si bien se consideró en un primer momento que la transferencia tendría la misma naturaleza que la contratransferencia; de lo que se tratará esta última será “de los sentimientos experimentados por el analista en el análisis, que están determinados a cada momento por sus relaciones con el analizado”. (Lacan, 1960/61, p.218)

Por otro lado, Schkolnik (1999) plantea que el concepto de contratransferencia ha sido trabajado desde diversos enfoques, destacándose su papel en la cura como elemento fundamental en la labor del analista. Al igual que Schoeder (2000), la autora considera que “(...) es necesario subrayar la importancia de este movimiento pulsional en el analista, que no debe ser frenado, porque desempeña un papel fundamental en el proceso de análisis, aunque requiera una permanente labor de autoanálisis”. (Schkolnik, 1999, pp.6-7)

Si bien Freud (1910) la plantea como ese obstáculo que debe ser removido, dice que nadie puede ir más allá de sus puntos ciegos, por lo cual, considera que se debe exigir al analista, el conocimiento de sí mismo como un requisito indispensable para operar como tal. Dirá que cada analista llega sólo hasta donde le permiten sus propios complejos y resistencias interiores y, por lo tanto, le da importancia al análisis propio. “Hemos notado que cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis”. (Freud, 1910, p.136)

La contratransferencia es un proceso inconsciente el cual hay que analizar para ver si proviene de la transferencia que realiza el paciente o si viene de cosas propias, lo que lleva al analista a preguntarse, al decir de Schoeder (2000): “¿Qué es lo que el otro siente hacia mí que provoca dentro de mí esta respuesta emocional?” (Schoeder, 2000, p.11) Nuevamente surge aquí la importancia del análisis personal y los espacios de supervisión, teniendo en cuenta que los momentos en los que surgen respuestas contratransferenciales por parte del

clínico, son claves para comprender el inconsciente del paciente. Y además estas instancias sirven para elaborar más hipótesis, así como para corroborarlas o descartarlas.

Considero que es importante que quienes estemos en lugar de clínicos, tengamos nuestro propio espacio de análisis, más allá de que podamos observar y observarnos en esta tarea analítica, que podamos dar cuenta de momentos donde es difícil la interpretación, la escucha, o mantener la atención flotante. Son lugares diferentes, en los que nos ubicamos, cuando estamos en nuestro propio análisis.

En el 2º Congreso de Audepp *Intervenciones psicoanalíticas*, Guerra (1994) dice que la contratransferencia no se entiende solamente como aquellas vivencias que se despiertan en el terapeuta como producto de la proyección de los contenidos inconscientes del paciente, sino también como la transferencia de parte del terapeuta de determinadas emociones, hacia el “*lugar del terapeuta*”, que es lo que transfiere cada uno al lugar que se busca asumir trabajando como terapeuta. (Guerra, 1994, p.543)

Algunas expresiones de Ana, como “*los extraño*”, refiriéndose a los padres, promovieron en mí, el deseo de que Ana pudiera verlos. Pero al poder ubicarme en un lugar adecuado, ya que pude dar cuenta que removía mi propio sentir frente a mis propias pérdidas, permitió no obturar el proceso. Son situaciones que movilizan, y es importante que el clínico, cuando detecte algo de esto, situaciones que no puede manejar, o no sabe cómo hacerlo, logre identificar cuánto del paciente y cuánto de sí mismo hay.

Al finalizar una de las primeras consultas me sentí como atrapada, cansada, agotada; sentimientos que solo después, al *pensar-me*, pude develar a qué cosas mías correspondían.

Con esto pude darme cuenta que hay veces que estas situaciones que se presentan, se pueden resolver tomándolas como material para trabajar en la consulta, y otras será necesario llevarlas al propio análisis o a la supervisión. En esta oportunidad, fue en mi análisis donde pude dar y darme cuenta de que lo relatado tocaba puntos que me involucraron.

El propio análisis es una herramienta importante, ya que podemos observar la forma de trabajar de nuestro propio analista. Y a su vez, al ir resolviendo nuestros conflictos y resistencias, se pueden comprender mejor los procesos inconscientes, tanto del paciente como los propios.

Me surgieron algunas interrogantes acerca de con qué recursos cuenta el clínico cuando se presentan temas que afectan sus aspectos internos. En algún momento sentí la necesidad de darle un abrazo a Ana, aquellos más difíciles y angustiantes de su relato, pero cuando



pude ver lo que me conducía a pensar eso, me sirvió para no actuarlo, y solo acercarme hacia ella, y “trabajar en presencia”, al decir de Guerra (2014).

Podemos sentir que el encuentro con un paciente produce algún tipo de inquietud, pero si solo me quedo con esa sensación, no voy a poder avanzar, sino que me generará un obstáculo para poder seguir trabajando. Si en cambio, me cuestiono acerca de eso que me produjo, seguramente pueda encontrar elementos que me permitan comprender con mayor claridad lo que está sucediendo en el consultante, en su inconsciente, que es la base de la interpretación y el trabajo clínico.

En una consulta, aún virtual, Ana refiriéndose a un proceso anterior, manifiesta: “*como despedida, casi lloro*”, a lo que intervine diciendo: “*las ibas a extrañar*”. Contratransferencialmente me sentí sorprendida, y logró “desordenarme” al hablar de la culminación del proceso, lo que generó un final de la consulta un tanto abrupto, minutos antes de la hora.

Me parece importante destacar la dificultad a la que hice frente a la hora del cierre de este proceso. El pasaje por esta experiencia movilizó en mí diferentes emociones, sin embargo, el propio proceso, la supervisión y mi análisis, sostuvo y permitió, en algún punto, pensar sin que la escucha fuera obturada.

Cuando en las últimas consultas surgió el tema del cierre, se lo fui anticipando con el fin de poder ir trabajando esto: R: “*Nos van quedando pocos encuentros juntas*”. Ana se queda un momento en silencio. R: “*¿Cómo te sentís?*” A: “*Triste porque no te voy a poder ver más y estoy feliz porque te conocí e hice cosas contigo*”. Y más adelante: “*¿Y por qué no tenemos siempre la misma psicóloga?*” “*¿Y ahora me tengo que ir?*”

Se pudo notar, en el transcurso de las últimas consultas, la dificultad de mi parte para ser clara con algunas ideas que le quería transmitir y, a su vez, el intento de Ana de no querer dejar de concurrir a las sesiones, lo que seguramente le reeditaba otras pérdidas y abandonos anteriores. Fue en las distintas consultas referidas al cierre donde más se pudieron identificar momentos transferenciales y contratransferenciales. Las emociones presentes en esos momentos oscilaban entre la tristeza y la alegría, entre cuestionamientos a estos procesos breves y el trabajo cumplido.

### **Algunos aspectos del caso clínico en relación a la transferencia y contratransferencia.**

Como lo he venido plasmando en estas líneas, la transferencia y la contratransferencia son el pilar del tratamiento psicoanalítico. A partir de fragmentos del material clínico que se

obtuvo en las consultas con Ana, propondré una articulación teórico clínica de ambos conceptos, realizada teniendo en cuenta la perspectiva de mi rol como psicóloga practicante, dando cuenta de las características de los aspectos que se fueron poniendo en juego en este pasaje por la clínica.

Para dar comienzo a las entrevistas, en principio se va a dar una apertura, donde el entrevistado y el entrevistador comparten el espacio y ambos *ponen el cuerpo* en la consulta, lo cual provoca en esa apertura, un cierto grado de ansiedad y su correlato corporal. Es importante que el clínico esté atento y sea receptivo, estableciendo una distancia óptima que le permita escuchar y vivenciar lo transferido por el consultante. Acá lo que va a predominar es todo aquello que el paciente produce como primera impresión en la entrevistadora. Esta va integrando con los conocimientos que ya tiene, y va armando las primeras hipótesis, las que se irán confirmando, o no, a lo largo de los encuentros. "(...) Poder formular hipótesis sobre la situación (...) en el transcurso de nuestro trabajo éstas pueden ser confirmadas, revisadas, descartadas o modificadas". (Albajari, 1996, p.34)

Antes de consultar, cada paciente va a depositar la fantasía de ser comprendido y contenido por el clínico. Esta entrega por parte del paciente, y el poder ser parte de los relatos de vida del mismo, enriquece la vida del terapeuta a través de esas vivencias, permitiéndole incorporar nuevos discursos sobre sí mismo, sobre su paciente y también va a redundar sobre futuros pacientes, que éstos a su vez se verán beneficiados del aprendizaje obtenido a través de la práctica.

En cuanto al trabajo con los padres, o adulto referente del niño, como es este caso, es importante en la clínica el trabajo de la transferencia, ya que depende, entre otras cosas, la continuidad en el proceso con el paciente. Esto va a implicar el lugar en el que va a ser ubicado el terapeuta, lugar que irá transformándose, que puede ir desde la figura de un juez a la de alguien que le *solucionará* de hecho todos los conflictos.

Janin (2004) dice con respecto a esto, que el analista va a ser puesto o bien como padres de ellos mismos, o como modelos, o como jueces:

(...) Repetirán con nosotros los deseos e ideales que juegan con su hijo, y esta repetición nos posibilitará ir desanudando, en el aquí y ahora de la transferencia, lo que se pone en juego con el niño. Así, podremos ser maltratados, desoídos, temidos o amados. (Janin, 2004, p.15)

Las autoras Muniz y De Armas (2018), se refieren a esto en cuanto los padres colocan al analista en un "*lugar de experto*", que los pueden ayudar a solucionar aquello con lo que ellos

no pueden. “Los padres por lo general ubican al psicólogo en un lugar de experto que los puede ayudar en un momento en que ellos sienten que no están pudiendo con algunos temas”. (Muniz, De Amas, 2018, p.47)

Estos aspectos van a ser percibidos por el niño: “*Después de la consulta es un amor*”, nos manifiesta la abuela de Ana, donde este mensaje previo merece atención, ya que se tomó como un posible reconocimiento a que el espacio de consulta estaba siendo positivo para la niña quien, en el marco de una alianza terapéutica, estaba encontrando el espacio como un lugar donde era escuchada.

Ana logra conectar en las consultas y percibo que se muestra receptiva, y se puede ver como aspecto transferencial, aquello de sí que repite en el vínculo: “*Lo que hago me cuesta mucho*”. Puedo inferir que, para Ana, le cuesta y es difícil su vida, por lo que quiere sentirse importante y que “la elijan”, como quizá sea su fantasía de haber sido elegida por mí como paciente, tal como manifiesta en una de las últimas consultas: “*¿Dan a elegir con quien trabajar?*”. Posiblemente esa es la vivencia con la que tiene que luchar, el que no la elijan.

Dio Bleichmar (2005), en cuanto a la transferencia de los padres con el clínico, señala que ésta va a influir en la transferencia con el niño, ya que son los padres con quienes mantiene una dependencia afectiva y vital.

El niño mide al analista con un ojo puesto en la madre o padre, y otro en el analista (...) la dependencia del niño del juicio de los padres (...) como el analista se halla a merced de la transferencia de los padres, sin tener posibilidades de intervenir a menos que ellos participen de alguna forma en el proceso. (Dio Bleichmar, 2005, p.459)

Si bien en este caso no se cuenta con los padres, sino que, con la abuela, ésta ha estado muy presente desde el embarazo de la madre, y respecto a eso quisiera destacar su enunciado: “*Le quise interrumpir el embarazo, me pidió de rodillas, yo pensé que iba a cambiar*”. Esto llamó mi atención en su momento, dado que cuando la madre de Ana quedó embarazada de ella, se trataba de una mujer mayor que podía decidir por sí misma la continuidad o no, de su embarazo. Sin embargo, esta abuela quiso interferir en esa elección, lo que me llevó a pensar en la incidencia que podría tener este vínculo primario de la abuela con la madre de Ana. Así es que, en la búsqueda de respuestas acerca del síntoma de la niña, será la abuela quien tratará de conceder un saber hacia mi persona como psicóloga practicante, lo cual pienso que hizo que la transferencia pudiera trascender con Ana. En este proceso con la abuela, me fui encontrando con reediciones respecto a conflictos pasados,

modos de vincularse con su propia hija, insatisfacción propia, los que se van a actualizar y se verán reflejados en los síntomas de la niña: *“Tiene cosas igual a su madre en esa edad”*.

Luego de más avanzado el proceso, una de las consultas comienza con Ana notoriamente ansiosa, verborrágica, y al final se vio que lo que generaba tal estado, fue un comentario de la abuela de volver a la presencialidad, y esto lo asociaba con una experiencia terapéutica anterior, donde el volver a la presencialidad implicaba el cierre de esa intervención terapéutica: *“La abuela me dijo que nos íbamos a ver”*.

Dio Bleichmar (2005) también entiende que, dado que son los padres lo que hacen posible la creencia en el saber del analista, que éstos se hallan incluidos en el vínculo transferencial, por lo que la transferencia del niño está vinculada con la de los padres: *“(…) La necesidad de trabajar con los padres ya que la transferencia parental se halla presente en el vínculo terapéutico”*. (Dio Bleichmar, 2005, p.460)

Schoeder (2001), va a conceptualizar un campo analítico con niños, en el que incluye las fantasías inconscientes de los padres como determinantes en la creación de las fantasías inconscientes de los niños en el campo analítico. El trabajo con los padres, para el autor, va a complementar la comprensión de lo transferencial y contratransferencial entre el niño y el clínico. (Schoeder, 2001, p.11). De esta manera, la *situación transferencial* se va a centrar en la articulación del discurso del niño y el de los padres, o en este caso, el de la abuela.

La escucha es un instrumento de suma importancia en la clínica, pero cuando se trata de la clínica con niños, se va a dar, por un lado, la escucha al niño y a su vez a sus padres o referentes. Kahane (2017) va a decir:

La escucha, de las transferencias y resistencias, de las repeticiones, del síntoma (...) de las funciones parentales, de las posibilidades de los padres de diferenciar lo que pertenece al hijo de lo que les es propio o es producto de transmisiones transgeneracionales, escucha siempre exenta de juicios de valor. (Kahane, 2017, p.7)

Es desde la escucha que se logra sostener y contener a esta abuela, y se va a ir conformando una alianza terapéutica. En palabras de Dio Bleichmar (2005): *“El desafío del terapeuta se centrará en la capacidad para crear una relación de alianza, trabajando en contacto con la contratransferencia parental”*. (Dio Bleichmar, 2005, p.421)

La transferencia se puso en juego desde la primera llamada, y fue teniendo sus transformaciones, dando lugar a comprender a esta abuela que se encontraba angustiada y, según sus palabras, *“muy desbordada”*. Probablemente esta primera entrevista con la abuela

generó efectos en Ana, quien según esta *estaba ansiosa por conocernos*. Esto me hizo pensar en la demanda de la niña, quien va a depositar en esta intervención los medios para ser escuchada, para tener un espacio propio y poder desplegar su angustia. Y es acá donde me pregunto: ¿Qué fantasías tendrá Ana? ¿Qué espera de estos encuentros con la psicóloga? ¿Con qué expectativas llega? En los primeros encuentros comienza a abrirse ese espacio. Ahora será Ana quien se ubique como la protagonista de su historia, va a ser quien tenga la palabra, el saber.

Janin (2014) va a decir que todos los casos son distintos, cada niño llegará a la consulta con sus propias dificultades, pero quizá lo que va a haber en común entre esos niños, es la búsqueda a través de la consulta y del vínculo transferencial de "(...) alguien que no ataca y a la vez un adulto que sostiene las diferencias". (Janin, 2014, p.9) La transferencia, es esa mirada distinta que le brinda el analista, y que hará espacio y lugar a ese niño a ser reconocido como sujeto en ese vínculo.

Cuando comenzamos los encuentros presenciales, como ya se mencionó, se armó una caja de juegos para Ana. En el primer encuentro va a optar por unos animales y armar una historia. Cabe resaltar que le gustan los relatos, las fábulas y hacer dibujos. Sin embargo, en los siguientes encuentros, lo que elige sistemáticamente es una caja de mikado para compartir el juego conmigo. La transferencia va a habilitar movimientos en Ana quien, a través de la disponibilidad que se le brinda en este espacio, se sentirá reconocida y escuchada. Y, asimismo, al igual que los movimientos en el juego de palitos del mikado, se va dando, con la ayuda de "otro palito", el logro de sus propios movimientos e historias fabuladas: "*Ay, Dios, siento que voy a mover algo, este, que no está tocando ninguno...*".

Al principio del juego del mikado, Ana perdía algunas partidas y, a pesar de haber atravesado varias pérdidas, se mostraba con buena disposición a la derrota. Fue una forma de empezar a aceptar algunas situaciones.

En ocasiones, a pesar de lo creativa que se mostraba, se vio cómo esperaba a que fuera mi persona quien le propusiera, le facilitara, donde se vislumbra ese vínculo transferencial. Ana busca esa mamá que cuida, que acompaña, que guía hasta en los juegos. *R: "¿A qué te gustaría jugar?" A: "No se me ocurre ningún juego"*. Ana se muestra con una actitud expectante ante lo que le pueda ofrecer. Es así que opté por intentar *salir* de ese lugar de mamá que resuelve, y no actuarlo. Más adelante, y a lo largo del proceso, es Ana quien elige: "*Juguemos al mikado*".

Más adelante, entre gráficos y relatos, introduce a su madre en la intervención. Cuenta un episodio agresivo donde es ella, la niña, quien se pone en el lugar de defender a su hermano

más pequeño de la agresión de su madre: *“Me pongo delante de él”*. Y es en ese lugar donde está, donde la ponen siempre. Ese enojo, disgusto, que tanto repite, siente que no tiene un lugar desde el entendimiento, en esa casa, la de su abuela, siente que no la habilitan. Inmediatamente después de ese relato tan angustiante, pasa a dibujar y, al preguntarle cómo se sentía responde, únicamente: *“bien”*. El no seguir indagando en este punto fue clave para que pudiera sentirse contenida en este espacio donde se pretendió respetar sus tiempos y acompañarla en sus silencios.

El vínculo transferencial que se estaba dando en ese espacio, abrió la posibilidad de que Ana comenzara a poner en palabras sus angustias, sus miedos e incertidumbres. *“Sería un muñeco que no es normal, sería artístico... Para mí el dibujo depende de mi día, o un muñeco enojado, o depende de mi emoción, este que tiene la boca con miedo, ahí yo sentía nervios, no es nervios como de angustia, nervios y alguna cosa más, siento miedo y pánico”*.

En esta intervención breve, puedo afirmar que Ana se pudo apropiarse cada vez más del espacio. En las entrevistas, no faltaba el jugar al mikado, dedicando juntas, en cada consulta, un tiempo para ese juego, lo cual le permitió ir ganando confianza. *“Hoy me siento más confiada”*, refiriéndose al juego.

Volviendo al relato de Ana, resultó muy angustiante para ella hablar sobre su madre: *“Mi mamá tenía las uñas tan largas y pellizcaba a mi hermano y yo le decía, no lo pellizques. Ella me pegó con esta parte de la mano...”*. Además, sobrellevar la incertidumbre de si va a volver a esa familia o no, lidiar con esa necesidad de reestablecer el vínculo, el extrañar y *“no acordarse de sus caras”* (refiriéndose a sus padres), cuestión que no le resulta fácil, más aún, considerando el no saber dónde están, dónde viven. Al principio no mencionaba el tema, pero fue a partir de las producciones gráficas, relatos y las verbalizaciones, que Ana logró traer a la consulta algunos recuerdos de su mamá. *“R: ¿Y por qué estaba enojada esa hadita? A: Estaba triste porque extrañaba a sus papás. R: Y a ti te pasa eso, ¿qué extrañas a tus papás? A: Mucho, pero casi ni me acuerdo de la cara, pero ahora no me acuerdo mucho. R: ¿Y qué es lo que sí recuerdas? A: Los nombres”*.

¿Qué se pudo aportar desde este lugar? Que fuera un espacio donde pudiera simbolizar algo de todo esto, estos enojos, lo que le está pasando, infiriendo que es por el no estar con los padres, que es por miedo a que la abuela esté enferma, que es el miedo a que la abuela se muera, entre tantos otros. El análisis en este proceso breve, fue un espacio para que Ana, como sujeto, pudiera simbolizar y poner en palabras eso que aparecía reiteradamente en forma de acto. Y esto, sin lugar a dudas, a partir de la transferencia como impulsora del trabajo clínico, y a su vez, del manejo de la contratransferencia como engranaje del andamiaje analítico.

## **Consideraciones finales.**

En este trabajo, he intentado dar cuenta de la importancia que tiene la transferencia y la contratransferencia, como herramientas para ejercer la práctica psicoanalítica, tomando como base los desarrollos teóricos y también clínicos de Freud, siendo un punto de partida para muchos otros autores. Tal como lo señaló Freud (1925 [1924]), la transferencia es un elemento “inevitable”, y es necesario trabajar con él. “Un análisis sin transferencia es una imposibilidad”. (Freud, 1925 [1924], p.40)

Las herramientas técnicas de la clínica psicoanalítica se constituyen como elementos fundamentales para lograr un buen proceso psicoanalítico. Es importante resaltar el lugar que Freud le dio a la transferencia, tomándola en primer lugar como un obstáculo y luego como motor de la cura.

La práctica de intervención con Ana me permitió constatar que el trípode psicoanalítico de la profundización en la teoría psicoanalítica, sumado a la supervisión y el proceso de análisis personal, sostuvieron mi tránsito por esta experiencia. Y en relación a Ana, me hace pensar que, al habilitar la palabra, proponer un espacio de escucha y de juego co-construido, permitió, además, que apareciera lo más genuino de ella, con sus miedos y ambivalencias, donde lo que había quedado congelado pudiera expresarse.

A modo de conclusión, en el rol de estudiante de la Práctica de Graduación en particular, y de la Facultad de Psicología, en general, quiero destacar la importancia de dar alternativas para poder dar respuesta a los pacientes ante esta situación compleja por la que, al inicio, nos vimos atravesados, de la que todos somos parte y nos cabe una responsabilidad ética, social y académica. El impacto psicológico del covid-19 sobre la población ha sido y está siendo significativo. A pesar de eso, valoro que la experiencia haya sido positiva, que a pesar de la realidad que se vivió, se pueden generar espacios de reflexión y de encuentro con el otro. Todo esto requirió de inventiva, y de un esfuerzo importante, de mi rol como estudiante, de la docente a cargo y de los propios consultantes, ya que al comienzo rondaba la incertidumbre de si realmente volveríamos a los espacios presenciales.

Todo el trabajo me implicó un gran esfuerzo de pensamiento, cuestionamiento y compromiso, y el llevar adelante este proceso con Ana, fue uno de mis primeros acercamientos al trabajo clínico en el consultorio. El tránsito por ese proceso fue un gran aprendizaje, como también el posicionarme desde la perspectiva de la psicología clínica, en el marco de referencia de la teoría psicoanalítica.

Para el análisis de las distintas consultas, fue fundamental el abordaje teórico para posteriormente pensar intervenciones y estrategias, si bien es sabido que no hay una única forma de abordar dicha teoría. Es en estos quehaceres que se va adquiriendo el denominado estilo clínico propio, el cual está atravesado, fundamentalmente, por experiencias y vivencias que son propias del estar en situación.

Así también puedo concluir en considerar la dificultad que implica aproximarse a la comprensión de lo que surge en transferencia, y así poder hacer un trabajo de análisis para abordar y trabajar con el paciente.

Racker (1969) va a plantear que, el poder comprender la transferencia del analizado depende de la capacidad del clínico para poder identificarse con el niño, con sus objetos internos y, sobre todo, siendo consciente de esas identificaciones. (Racker, 1969, p.229)

Por otra parte, Ferro (1999), refiriéndose a la historia y el mundo interior del paciente, dirá que: “No deja de producirme cierta pena por lo que entonces no comprendí, a pesar de las indicaciones del paciente”. (Ferro, 1999, p.3) Sin dudas, me siento muy identificada por este decir del autor, ya que hay muchas cosas que “escaparon” a mi saber y práctica, y fueron otras tantas las veces que me lo cuestioné.

Para finalizar, quisiera plantear que luego de distintas lecturas y reflexión teórico clínica, se me interponen nuevas interrogantes que en mí resuenan. A saber, dado que la contratransferencia es la comunicación de “inconsciente a inconsciente”, ¿sería posible dejarla por fuera del proceso? Creo que no, ya que no hubiera sido posible operar clínicamente. Y a su vez, ¿se podrá integrar totalmente la contratransferencia como instrumento en un proceso terapéutico? ¿De qué manera?

Desde la perspectiva psicoanalítica que venimos manejando, la contratransferencia se transforma en una herramienta útil que nos permite entender al paciente, a la vez que nos guía durante la sesión, funcionando como una caja de resonancia a partir de la atención parejamente flotante.

El egreso que se aproxima es solo el inicio para continuar formándome, aprendiendo y sorpremiéndome con cada sujeto que busque, mediante el trabajo clínico en conjunto, una forma de aliviar el sufrimiento a través de la palabra.



## Referencias bibliográficas

- Albajari, V. (1996) *La entrevista en el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Bedo, T. (1991/1992) *Transferencia*. En: 1º Congreso de Audepp. Imp. Iris Ltda. DL 255908: Montevideo.
- Bleger, J. (1964/1985) *La entrevista psicológica, su empleo en el diagnóstico y la investigación*. Ficha editada por el Departamento de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras.
- Bleger, J. (1967) *Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico*. Recuperado de: <http://www.fepal.org/images/2002REVISTA/espanol/bleger.pdf>
- Bleichmar, D. (2005) *Manual de psicoterapia de padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, H. (2014) *La Contrtransferencia*. En: Curso de especialista universitario en clínica y psicoterapia. Madrid: Elipsis.
- Bleichmar, S. (1984/2008) *En los orígenes del sujeto psíquico -del mito a la historia-*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bohoslavsky R. (1968) *¿Qué es la Psicología Clínica?* Buenos Aires: UNBA.
- Bohoslavsky, R. (1979) *Palabras iniciales*. En: Orientación vocacional, la estrategia clínica. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bonifacino, N. (2017) *Comentarios al texto «La entrevista de juego», de Mercedes Freire de Garbarino*. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (124) pp. 180-185 ISSN 1688-7247.
- Casas de Pereda, M.; Gil, D.; Schkolnik, F. (1980) *Entre la repetición y la ausencia*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (60) ISSN 1688-7247.
- Contino, S. (2012/13) *Proyecto de Prof. Adj. Inst. Psic. Clínica*. Proyecto de aspirante al cargo de Prof. Adjunto del Instituto de Psicología Clínica, aprobado por sesión del Consejo de la Facultad, 30 de octubre de 2013. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

- Contino, S. (2015) *Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
- De Armas, M. T. (2018) *La entrevista con padres*. En: Muniz, A. (comp.) *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. Montevideo, Uruguay: Publicaciones-Comisión Sectorial de Enseñanza, Universidad de la República.
- De León, B. (1999) *Contratransferencia, comunicación analítica y neutralidad*. En: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea)* (89) ISSN 1688-7247
- Etchegoyen, H. (1985/2004) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Ferro, A. (1999) *El juego: Personajes, Relatos, Interpretaciones*. En: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea)* (90) ISSN 1688-7247.
- Freire de Garbarino, M. (1986) *La entrevista de juego*. En: Freire de Garbarino, M., Weigle, A., Casas de Pereda, M., Braun de Bagnulo, S., Cutinella de Aguiar, O., Altmann de Litvan, M. et al., *El juego en psicoanálisis de niños* (pp. 1-46). Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay. (Trabajo original publicado en 1976)
- Freire, M. (1986) *A.P.U. Laboratorio de psicoanálisis de niños. Compilación. El juego en Psicoanálisis de niños*. Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. Vol. I
- Freud, S. (1992) *Epílogo*. En: J. L. Etcheverry (Trad.) *Obras completas* (Vol. 7, pp. 98-107). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905[1901])
- Freud, S. (1992) *El creador literario y el fantaseo*. En: J. L. Etcheverry (Trad.) *Obras completas* (Vol. 9, pp. 123-135). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1908[1907])
- Freud, S. (1992) *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. En: J. L. Etcheverry (Trad.) *Obras completas* (Vol. 11, pp. 129-142). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910)
- Freud, S. (1991) *El uso de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis*. En: J. L. Etcheverry (Trad.) *Obras completas* (Vol. 12, pp. 83-92). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1911)

- Freud, S. (1991) *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En: J. L. Etcheverry (Trad.) Obras completas (Vol. 12, pp. 107-119). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912)
- Freud, S. (1991) *Recordar, repetir y reelaborar*. En: J. L. Etcheverry (Trad.) Obras completas (Vol. 12, pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914)
- Freud, S. (1992) *Lo inconsciente*. En: J. L. Etcheverry (Trad.) Obras completas (Vol. 14, pp. 153-213). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915)
- Freud, S. (1992) *Presentación autobiográfica*. En: J. L. Etcheverry (Trad.) Obras completas (Vol. 20, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1925[1924])
- Freud, S. (1992) *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial*. En: J. L. Etcheverry (Trad.) Obras completas (Vol. 20, pp. 165-234). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926)
- Gallo, H. (2012) *Estudio de caso, entrevista investigativa y Clínica del caso en psicoanálisis*. En: Moreno, M., Orejuela, J., Salcedo, M. Abordajes psicoanalíticos a inquietudes sobre la subjetividad. (pp.67-85) Facultad de Psicología. Universidad de San Buenaventura. Cali, Colombia: Editorial Bonaventuriana.
- Guerra, V. (1994) *Intervenciones terapéuticas breves en la primera infancia: Transferencia e interpretación*. En: 2º Congreso AUDEPP. Intervenciones psicoanalíticas. Montevideo: Editorial Fin de Siglo.
- Guerra, V. (2014) *Ritmo, mirada, palabra y juego: hilos que danzan en el proceso de simbolización*. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (119).
- Hornstein, L. (2018) *Escucha y práctica analítica*. En: Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (126) ISSN 1688-7247.
- Janin, B. (2004) *Los padres, el niño y el analista: encuentros y desencuentros*. En: Cuestiones de Infancia. Revista de psicoanálisis con niños, Vol.9 Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales, Buenos Aires. Recuperado de: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/204>
- Janin, B. (2011) *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Noveduc.

- Janin, B. (2012) *Las Intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños*. Revista 53 Sepypna. Buenos Aires: Noveduc.
- Janin, B. (2014) *La clínica psicoanalítica con niños en la actualidad: desafíos y perspectivas*. Recuperado en: <https://beatrizjanin.com.ar/conferencias/conferencia-mardelplata-2011-2-la%20clinica-psicoanalitica-con-ninos-en-la-actualidad-desafios-y-perspectivas.pdf>
- Kahane, S. (2017) *El niño y sus padres*. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (124): 57-70 ISSN 1688-7247.
- Lacan, J. (1960-61/2020) *El Seminario. Libro 8. La Transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (1996/2004) *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Mannoni, M. (1998) *Un saber que no se sabe. La experiencia analítica*. Recuperado de: [https://dlscrib.com/download/un-saber-que-no-se-sabe-la-experiencia-anal-iacute-tica-maud-mannoni\\_58fe5e86dc0d60396a959ecc\\_pdf](https://dlscrib.com/download/un-saber-que-no-se-sabe-la-experiencia-anal-iacute-tica-maud-mannoni_58fe5e86dc0d60396a959ecc_pdf) <https://dlscrib.com/download/un-saber-que-no-se-sabe>.
- Muniz, A. (2005) *Conceptualizaciones acerca del diagnóstico y la intervención psicológica. Aportes para un abordaje complejo de la cuestión*. En: Muniz, A. (comp): Diagnósticos e Intervenciones. Tomo III. Montevideo: Psicolibros.
- Muniz, A. (comp.) (2002) *Diagnóstico e Intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y Clínicos en la práctica psicológica (Vol. 1)*. Montevideo: Psicolibros.
- Press, S. (2010) *La eficacia terapéutica de la entrevista de juego*. En: VI Congreso y XVI Jornadas de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay 19, 20 y 21 de agosto de 2010. Desafíos del psicoanálisis contemporáneo.
- Press, S. (2012) *Psiquiatría infantil y psicoanálisis. Aportes del psicoanálisis a la psiquiatría de niños y adolescentes*. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (114).
- Racker, H (1969/1990) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosa, J. (1994) *Apertura*. En: 2º Congreso AUDEPP. Intervenciones psicoanalíticas. Montevideo: Editorial Fin de Siglo.
- Sammartino, M.E. (2003) *Jugar, Repetir y Elaborar*. Trabajo presentado en la V Jornada del Centro A. Campo de la Societat Catalana de Rorschach y métodos projectius.

- Schkolnik, F. (1999) *¿Neutralidad o abstinencia?* En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (126). ISSN 1688-7247.
- Schoeder, O. (2000) *El Sujeto y el Objeto de la Contratransferencia*. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (126) ISSN 1688-7247.
- Schoeder, D. (2001) *Conceptualizando el lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*. Montevideo: Universidad de la República (Uruguay). Unidad de formación permanente para Graduados.
- Schoeder, D. (coord.) (2010) Fernanda Bertúa, Patricia Francia Martha Gómez, Ana Lía López Ema Ponce de León. *El concepto de encuadre*. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis (1956-2010) y en la Biblioteca de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. En: Pluritemática. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 2010; 111: pp. 203-227.
- Tizio, H. (2002) *La presentación de casos, hoy*. En: Bassols, M. Brignoni, S. Cena, D. Esqué, X. Palomera, V. Tizio, H. Vilà, F. Zaidel. III Jornada Clínica de la Sección Clínica de Barcelona, 15 de Junio de 2002. Discusión sobre el Seminario de casos del SCFB, celebrado en Barcelona, España. Recuperado en: <https://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=169&rev=26&pub=1>
- Ulloa, F. (1973) *Psicología clínica de adultos*. Buenos Aires: Editorial Sigla.
- Ungar, V. (2015) *El oficio de analista y su caja de herramientas: la interpretación revisitada*. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (121) ISSN 1688-7247.
- Velludo, N. B.; Souza, D. H. (2016) *Ele me deixava especial: Amigos imaginários, suas funções e atitudes parentais*. Psicologia em Estudo, vol. 21, núm. 1, enero-marzo, 2016, pp. 115-126 Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Brasil.