

Universidad de la República - Facultad de Psicología

Aproximación al quehacer del psicólogo en la clínica

Montevideo, 30 de octubre de 2014
Estudiante: Carolina Barrós
Tutora: Rosa Zytner

Resumen

Este trabajo pretende aproximarse a algunos conceptos principales del quehacer del psicólogo en la clínica. Se sustenta en la teoría psicoanalítica como marco teórico.

El psicólogo clínico se ocupa de la investigación, comprensión e intervención de las condiciones que pueden generar malestar a las personas en diversos contextos en los que puedan tener lugar. Interviene en las dimensiones, individual, grupal, familiar, institucional y comunitaria, incluyendo distintas franjas etarias.

También trabaja en los diversos niveles de atención, como ser: prevención y promoción de salud, consulta y orientación psicológica, psicodiagnóstico, intervenciones en crisis, psicoterapia y otros.

Se aborda, desde distintos autores y perspectivas, la importancia de la relación psicólogo-paciente para la consolidación de la situación y el proceso clínico. También se plantea la necesidad de un encuadre clínico y sus características, que marcan la asimetría en esta relación y permiten el despliegue transferencial, detectando y conteniendo la regresión del paciente.

Se describe el concepto de encuadre interno en el psicólogo, útil para sostener la situación clínica y manejar los posibles fenómenos que puedan aparecer en ella.

Se definen los conceptos de transferencia y contratransferencia, fenómenos de gran importancia en psicoanálisis y en la clínica, ya que muestran el funcionamiento psíquico e inconsciente de los integrantes del proceso clínico, y junto con los otros conceptos, consolidan la alianza de trabajo.

Se destaca la importancia del análisis personal del psicólogo para poder realizar el trabajo en la clínica como observador y participante, logrando sostener y llevar adelante el proceso clínico.

Palabras clave: Psicólogo clínico / Relación psicólogo-paciente / Alianza de trabajo

Índice

1. Introducción	1
2. Marco Teórico	3
2. 1. Relación psicólogo-paciente	6
2. 2. Encuadre clínico	10
2. 3. Transferencia	18
2. 4. Contratransferencia	22
2. 5. Alianza de trabajo	27
3. Conclusiones	30
4. Referencias bibliográficas	32

1. Introducción

“Me pides que yo sea quien no soy
o quien no me gustaría ser
para poder ser tú quien eres.
Me pides que yo sea tú
para poder verte en mí.
Me pides que yo sea yo
y que te vea
para tú poder ser.”

E. Korovsky

Setiembre, 1989.

El presente trabajo pretende aproximarse a algunos de los conceptos principales del quehacer del psicólogo en la clínica. Éste se ocupa de la investigación, comprensión e intervención de las condiciones que pueden generar malestar o sufrimiento a las personas en los diversos contextos en los que puedan tener lugar.

Aborda las dimensiones, individual, grupal, familiar, institucional (público y privado) y comunitaria, incluyendo las distintas franjas etarias. También trabaja en los diversos niveles de atención, como ser: prevención y promoción de salud, consulta y orientación psicológica, psicodiagnóstico, intervenciones en crisis, psicoterapia, entre otros

El marco teórico fundamental elegido en esta oportunidad para la comprensión del trabajo clínico, en los distintos ámbitos, es el **Psicoanálisis**. Importa su premisa fundamental de la existencia del inconsciente para el entendimiento de lo que sucede en la clínica con el consultante, permitiendo un mayor conocimiento de los procesos psíquicos e **inconscientes**.

Los diversos conceptos que se abordan en este trabajo, se han mantenido mayormente con el paso del tiempo sin dejar de desarrollarse y evolucionar constantemente. Esto se aprecia a través de distintos autores como Alizade (2002), Baranger, W. y M. (1969), Etchegoyen (1991), Freud (1856-1939), Laplanche y Pontalis (1987), Liberman (1962), Mannoni (1979), Meltzer (1967), Racker (1981), Heimann (1950) entre otros.

Por lo tanto, el desarrollo de estos puntos de vista persigue el objetivo de mostrarle al lector que a pesar de que la obra freudiana constituye el punto de partida para la comprensión de la clínica, existen en la actualidad nuevas adquisiciones que permiten rehacer tramos e iniciar nuevas direcciones, sin que se produzcan, al decir de

Bleichmar (2007), capturas esterilizantes. Es decir, se pretende recuperar parte del movimiento y evolución de los conceptos, para ofrecer nuevas respuestas a cuestiones no resueltas en el tronco matriz de la obra.

Por lo cual estas son algunas de las interrogantes que se buscan esclarecer: ¿Cuáles son los puntos más importantes a tener en cuenta a la hora de pensar y plantear el encuadre clínico? ¿Cómo éste se relaciona con el encuadre interno del psicólogo clínico? ¿Qué tan necesario es el análisis personal del psicólogo y de qué formas influye para el trabajo en la clínica? ¿Cómo se vinculan actualmente los conceptos de transferencia y contratransferencia?, ¿Qué relación tienen con la vivencia del análisis personal del psicólogo? De acuerdo a la importancia de la relación psicólogo-paciente, ¿cómo es posible mantener un vínculo asimétrico sin interrumpir la simetría de la alianza de trabajo?

Antes de definir en profundidad la interrelación de los conceptos que permiten comprender el trabajo del psicólogo en la clínica, es necesario hacer una breve introducción de los mismos.

En primera instancia, una de las tareas del psicólogo es limitar el **encuadre clínico** para promover una comunicación profunda con el consultante. El encuadre se constituye como el aspecto más estable del trabajo clínico, e incluye: el rol del psicólogo, factores espacio-temporales, honorarios, establecimiento y mantenimiento de los horarios, vacaciones, entre otros.

Algunas de estas constantes dependen del psicólogo y su posición en la clínica, pero otras, dependen también del sujeto que consulta, haciendo necesaria la puesta en común de ambos. Se genera entonces, una **relación psicólogo-paciente** indispensable para la clínica psicoanalítica.

Existen diversos puntos de vista en relación a este vínculo, en este trabajo se plantean algunos de ellos con el fin de comprender el lugar que ocupa el psicólogo en la clínica. Por ejemplo, los Baranger, W. y M. (1969) plantean el concepto de **situación clínica**, entendido como la presencia de dos personas ligadas y complementarias, involucradas en igual medida en el mismo proceso dinámico. (p. 129) Al decir de Racker (1981), “el analista no es el único que ‘opera’; el analizado tiene que ‘co-operar’.” (p.15)

Se observa entonces, la importancia de que psicólogo y paciente mantengan una actitud activa a lo largo del proceso clínico, en una verdadera tarea compartida. Esto permite que el primero conduzca a cambios psíquicos en el segundo y, en algunas ocasiones, que el primero también experimente dichos cambios. Sin embargo, es

preciso destacar que la relación psicólogo-paciente se entiende como asimétrica, dando lugar a otros planteos en relación a este vínculo.

Por lo tanto, esta asimetría coloca al psicólogo en el lugar de observador y participante del proceso clínico, buscando entender e interpretar simultáneamente al paciente. Si bien se tendrá en cuenta el papel que cumple la **interpretación** en la clínica, no es un concepto que se analice profundamente en este trabajo.

Sin embargo, se aborda el vínculo **transferencial-contratransferencial**, en el que el psicólogo es el depositario de las figuras importantes del paciente conformando el desenlace transferencial, que impregna su tarea en la clínica y su contratransferencia tendiendo además, a la formación de una **alianza de trabajo**.

En concordancia con los distintos autores, también se puede afirmar que el psicólogo necesita tener un grado suficiente de madurez emocional, trabajado y adquirido en su **análisis personal**. En este sentido, Liberman (1962) describe que en el trabajo clínico el psicólogo toma contacto con experiencias propias que provienen de su historia personal -incorporadas y asimiladas a su "yo"- incluyendo las vividas en el correr de su propio análisis, como las experimentadas con sus consultantes. (1962, p. 18) Es posible afirmar entonces que el psicólogo clínico construye su **encuadre interno** entrando en conexión con su inconsciente, lo que lo ayuda a posicionarse en el trabajo en la clínica.

Debido a la permanente interacción entre los conceptos anteriormente señalados – relación psicólogo-paciente, encuadre clínico, transferencia, contratransferencia y alianza de trabajo-, se apunta a una aproximación teórica de cada uno de ellos, para describir distintos aspectos del trabajo del psicólogo en la clínica.

2. Marco Teórico

"Si no estuviéramos convencidos
de que la conciencia verdadera
beneficia al analizando,
¿quién de nosotros emprendería un análisis?"
(Baranger M. y W., 1969, p.253)

A continuación se introduce al **Psicoanálisis** como marco teórico fundamental en la clínica. Para ello, se alude al artículo de Freud (1912/1991b) "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico", como uno de los textos que marcan algunas reglas que pueden extenderse al trabajo actual del psicólogo en la clínica. El autor plantea que uno de los aspectos básicos para el trabajo en la clínica es la **escucha**,

alejando la capacidad de fijarse ante cualquier injerencia consciente, entregándose por entero a las “memorias inconscientes”, desde la denominada “atención flotante”. (p. 112)

Por su parte, Heimann (1950) sostiene que es necesario que el psicólogo en su escucha evite preocuparse por temas particulares, permaneciendo receptivo a la significación de los cambios de tema y de las secuencias del discurso del paciente. También es importante percibir el significado manifiesto y latente de las palabras del mismo, las alusiones e implicancias, las pistas provenientes de encuentros anteriores, las referencias a situaciones infantiles escondidas detrás de la descripción de relaciones actuales, entre otros. (p. 2)

Siendo la premisa fundamental del psicoanálisis la existencia del **inconsciente**, es importante señalar que el psicólogo utiliza el suyo en la clínica como órgano receptor de los retoños inconscientes del paciente. Se pretende que el profesional, valore el discurso manifiesto de éste, logrando visualizar lo inconsciente escondido en el discurso latente.

Es importante entonces, que se produzca una relación psicólogo-paciente en la clínica para que este último le transmita al psicólogo, nuevas ediciones de antiguos conflictos actualmente inconscientes. Le corresponde al psicólogo clínico utilizar el discurso del paciente en su totalidad, sin sustituir ninguna parte por una censura propia. Esto demuestra la importancia de la lectura de la contratransferencia del psicólogo y del análisis previo del mismo.

Por ello Freud (1912/1991b) señala, que es lícito exigirle al psicólogo el sometimiento a una “purificación psicoanalítica” que lo contacte con sus propios complejos y resistencias, ya que cualquier represión no solucionada de él mismo, puede perturbar el momento de aprehender lo que el paciente le ofrece en la clínica. (p. 115)

Otro aspecto que describe, es el **factor personal** del trabajo del psicólogo clínico. Racker (1981) en concordancia, sostiene que este factor depende del carácter, la capacidad de comprensión y la contratransferencia de cada psicólogo. Plantea también, que cada paciente “crea” un psicólogo clínico diferente (p.44) dejando en evidencia la subjetividad del psicoanálisis en la clínica.

Una concepción contemporánea del psicoanálisis, puede ser la de Baldassini (2008) que lo describe como un medio que invita a habitar el texto. El psicólogo y el paciente se ven impulsados a encontrarse con ellos mismo, a sumergirse en su propia historia recorriendo en ocasiones senderos obstruidos y rechazados. (p.142)

En este encuentro creativo, entre psicólogo y paciente, la escucha y la mirada se

apropian del espacio. Es el marco psicoanalítico, llamado **encuadre clínico**, el que permite que se abran puertas para que circule la palabra.

Otra concepción reciente es la de Pérez (2008), que señala que el trabajo del psicólogo consiste en invitar al paciente a la aventura que representa el proceso clínico. ¿De qué manera? Dejando emerger las ocurrencias a través de la palabra. No obstante, surgen una variedad de obstáculos que interfieren en el hablar, unido al desconcierto que suele aparecer "...como frente al espejo: reconocemos las propias facciones, pero si suspendemos el momento mirando fijamente el rostro que el espejo devuelve, en un instante nos sobresalta la enigmática expresión de un desconocido, nuestra identidad convencional se desarma." (p.41) Freud (1912/1991b), ya jerarquizaba la función del clínico como espejo con la finalidad de mostrar al paciente sólo lo que le es mostrado.

Desde el punto de vista de Liberman (1962) se puede afirmar, que el psicólogo clínico que utiliza al psicoanálisis como referente teórico -ya sea en un proceso psicodiagnóstico, una psicoterapia o en una consulta psicológica- mantiene "una actitud de búsqueda", debido al constante enfrentamiento con problemáticas a las cuales debe objetivar, teniendo que disociarse él mismo. Por un lado es investigador que capta y registra, por el otro, es participante cada vez que interpreta. (pp. 1-4)

Por su parte Laplanche y Pontalis (1987), plantean que es tarea del psicólogo clínico guiar al paciente o consultante a comprender la composición de sus formaciones psíquicas. (p.317) Precisamente Freud (1912/1991b) indica, que el psicólogo clínico puede llegar a modificar las manifestaciones patológicas del paciente, descubriendo situaciones en la vida de éste -traumas, recuerdos, conflictos-, enriqueciendo, ampliando y reorganizando su personalidad. (Etchegoyen, 1991, p.27) ¿Es posible que en algunas ocasiones se modifique la personalidad del psicólogo clínico?

Se observa que el psicoanálisis, está interesado en la maduración emocional de las personas mediante la superación de las perturbaciones evolutivas de la personalidad, permitiendo a los sujetos una mejor adaptación a la realidad. Por lo tanto el psicólogo clínico, aborda tanto los aspectos histórico-vivenciales como la situación en el aquí y ahora del consultante, trabajando en conjunto con él.

El interés del psicoanálisis de promover cambios psíquicos en el paciente, -¿y por qué no en el psicólogo?- se produce de forma simultánea y sucesiva en el proceso clínico como la exploración de una "isla desconocida". Es en ese paso a paso, que se construye el trabajo en la clínica: espacio en construcción constante. (Baldassini, 2008, p.145)

Otra noción de la función del psicoanálisis en el psicólogo clínico, puede ser la de Mannoni (1979) que plantea:

Ahora bien, el psicoanalista no agrega algo nuevo. Permite encontrar una salida a las fuerzas emocionales veladas que están en conflicto, pero el que las debe dirigir es el paciente mismo... El psicoanálisis es y sigue siendo el punto de impacto de un humanismo que se beneficia (...) con el descubrimiento de los procesos inconscientes, que actúan sin que el sujeto lo sepa y limitan su libertad. (p. 11)

Se pretende destacar de esta cita, la importancia de la presencia activa del paciente en el proceso clínico, asociada al vínculo con el psicólogo en la clínica. Otro aspecto, entonces, que contribuye a destacar la relación psicólogo-paciente que se describe en el próximo punto.

2. 1. Relación psicólogo-paciente

Para abordar este punto, se introduce al especialista en espacio escénico, Javier (1989) con el texto "La creatividad en la obra del escenógrafo Saulo Benavente". La siguiente cita refiere a parte de la escenografía de la obra de teatro argentina "Cremona".

...Armando Discépolo: "patios tortuosos". Los elementos decorativos, los colores, la luz y la acción propiamente dicha aportarán lo suyo para lograr esa calidad, pero la base ya está echada para que lo tortuoso surja desde los cimientos. Sobre esta estructura irán apareciendo elementos escenográficos (...) que hacen coincidir la imagen aportada por la escenografía con una imagen del conventillo real. Pero esta coincidencia es solo aparente: aunque haya elementos que se asemejan, la estructura no es la misma, el juego de los elementos es diferente, los colores también. Son precisamente esos elementos los que crean el fenómeno verosimilitud-magia de esa 'realidad otra' que es el espectáculo. (p.54)

Se puede vincular a lo expresado por Giorgi (1992) sobre el rol del psicólogo:

El actor representa un papel que "le es dado". (...) El personaje es creado, es producido y cobra sentido dentro de una estructura dramática que lo incluye y lo trasciende. En ese espacio recortado por las sobredeterminaciones el actor desarrolla su arte y realiza su 'interpretación'. Interpretación que deberá ser

aceptada por el director y condicionada por el desempeño de otros 'personajes' que comparten la escena. (p.5)

Estas citas pretenden destacar simbólicamente, el trabajo del psicólogo en la clínica como escenógrafo, actor y director. Pero no quiere decir que solamente a éste le pertenezca el lugar del saber, sino que ambos, paciente y psicólogo, irán descubriendo juntos lo que se sucede en el proceso clínico. Cabe preguntarse entonces, este lugar de escenógrafo, actor y director, ¿le pertenece a ambos?

Arzeno (1997) plantea, con respecto a los lugares, que el psicólogo clínico se rige por determinadas reglas de **asimetría** para realizar su trabajo. Su rol en la clínica, es el del poseedor de conocimientos e instrumentos que ayudan a descifrar las problemáticas del paciente.

Para dar origen a esta relación asimétrica entre psicólogo y paciente, es necesaria la existencia de una situación clínica delimitada por reglas específicas. Esta situación se puede definir, como la particular relación entre dos sujetos que se proponen la exploración del inconsciente de uno con la participación técnica del otro.

Para comprender el trabajo del psicólogo en la clínica, es necesario distinguir los términos de situación clínica y proceso clínico. La diferencia entre estos, radica en que el primero tiene referencia espacial, donde algo tiene expresión, y el segundo temporal debido a su evolución en el tiempo.

Haciendo referencia a ésta distinción, Etchegoyen (1991) plantea que el psicólogo puede percibir la situación clínica como **estructura** o como **campo**. El primer caso refiere a un encuentro que se construye por la relación entre psicólogo y consultante, donde uno cobra sentido en relación al otro, y el segundo, refiere a que en él transitan líneas de fuerza que los ubica a ambos en un campo de interacción. Se puede decir entonces, que la situación clínica y la relación psicólogo-paciente permiten la evolución del proceso clínico.

Por su parte Baranger M. y W. (1961-62), describen a la situación y el proceso clínico introduciendo los conceptos de **campo** y de **baluarte**. El primero, refiere a una situación nueva, ahistórica, donde todos sus componentes se ligan estrecha y dinámicamente. El segundo, a un fenómeno del campo construido por el paciente y ligado a las limitaciones del psicólogo clínico que contribuye con su creación.

Entonces, los autores consideran que cuando el campo se cristaliza alrededor de un baluarte, el psicólogo queda posicionado más sensiblemente a determinadas situación transferidas por el paciente. Por lo tanto, es importante que el psicólogo, tenga en

cuenta los momentos o situaciones que contienen un significado especial para el paciente, pudiendo servirle como base para guiar sus intervenciones.

Se puede decir, que entienden al concepto de situación clínica, como un campo bipersonal que se forma sobre una fantasía inconsciente que no pertenece solamente al paciente, sino a ambos como pareja. Se vuelve a afirmar entonces, que la relación psicólogo-paciente permite construir el trabajo en la clínica.

Algunos autores, como Bion (1966), Liberman (1969), Baranger, M. y W. (1969), llaman a esta relación psicólogo-paciente en situación clínica: **pareja analítica**. Otros, como Etchegoyen (1991), lo creen discutible. La idea, pues, no es enfrentar los autores entre sí, sino, tener en cuenta los distintos puntos de vista. En lo personal, no se especifica una opinión en particular, simplemente se pretende realizar un acercamiento en relación a este concepto.

Desde el punto de vista de Liberman *et al* (1969), para que se forme la pareja analítica entre psicólogo y paciente, es necesario que el primero tenga un yo idealmente plástico. Según lo planteado por Etchegoyen (1991), si esto es así, se refuta la idea de pareja ya que cuanto más plasticidad tenga el yo del psicólogo mejor será la pareja analítica. Citando al autor, la buena pareja la forma siempre el mejor psicólogo, dejando en evidencia el vínculo asimétrico del trabajo en la clínica. (Etchegoyen 1991, p.52)

Por otro lado Baranger M. y W. (1961-62), explicitan que el trabajo clínico no se trata solamente de entender la fantasía inconsciente del paciente, sino, de acceder a “algo” que se construye en una relación de pareja implicando una renuncia a la omnipotencia de parte del profesional. Sin embargo Etchegoyen (1991), al estar en desacuerdo con este concepto expresa, haciendo referencia al baluarte, que “el mejor analista es el que mejor salva las asechanzas continuas e imprevisibles del proceso [clínico], el que mejor desarma los baluartes” (p. 52)

Es interesante el punto de vista del psicoanalista poskleiniano Bion (1962), que vincula la pareja analítica con la capacidad **rêverie**. Ésta última en relación al vínculo madre-niño, refiere al estado mental anhelado en la madre para estar en sintonía con las necesidades del bebé.

Más específicamente, es necesario que la madre le devuelva al bebé las experiencias emocionales - sentimientos de amor y odio- sin metabolizar para que puedan ser pensadas por el mismo, transformando la soledad en compañía, el hambre en satisfacción, el dolor en placer.

La relación con el concepto de pareja analítica, radica en que el psicólogo en la clínica

puede “percibir” algo del paciente sin que éste sea consciente aún, pudiendo el primero captar la resonancia de lo proyectado del segundo.

La capacidad de rêverie no varía según el tipo de paciente, sino más bien, se refiere a una manera general del psicólogo de entender, de comprender, de interpretar, de trabajar en la clínica. Etchegoyen (1991) plantea, a partir de este concepto, que el psicólogo clínico recibe al paciente tanto más cuanto más rêverie tiene, en otras palabras, cuanto mejor clínico es. (p. 53) Es oportuno destacar, que esta capacidad también se aproxima a los conceptos de transferencia y contratransferencia, fenómenos de gran importancia para el trabajo clínico desarrollados más adelante.

Por otro lado, es relevante mencionar al concepto de holding (sostén) trabajado por Winnicott (1955), ya que a pesar de que se aleja del término “pareja analítica”, tiene una relación importante con la situación clínica y la idea de rêverie.

El concepto de holding, es fundamental en el cuidado infantil y se basa en sostener física y emocionalmente al yo inmaduro del bebé para que su desarrollo emocional temprano y su continuidad existencial, sean satisfactorios. La relación de éste concepto con la situación clínica, corresponde a que una de las tareas del psicólogo es sostener al paciente, imitando el proceso natural de cuidado materno, mediante un sostén físico relacionado al encuadre clínico y emocional desde lo inconsciente.

Por lo tanto, el concepto de “pareja analítica” constituye una responsabilidad compartida entre paciente y psicólogo que se estructura, entre otras cosas, por el compromiso de ambos en la situación clínica. Ello significa, que es necesario que el consultante se esfuerce por comunicarle sus pensamientos al psicólogo clínico, mientras este último, intenta entender al primero, ayudándolo a resolver sus conflictos. Meltzer (1967) afirma ésta responsabilidad compartida, ya que para que el psicólogo clínico conduzca y estimule los procesos inconscientes del paciente generando un dinamismo en su pensamiento verbal, es necesario que éste último se comunique. (p.20)

En paralelo a lo que sucede en la situación clínica, es posible que el psicólogo se encuentre en constante conocimiento de sí mismo, debido a que los instrumentos que utiliza, son, su inconsciente, su personalidad y su ética. Esto deja en evidencia, que en el trabajo clínico existe una estrecha relación entre la técnica y la ética, siendo ésta última, un requisito fundamental para el trabajo clínico y no directamente una aspiración moral del profesional. (Etchegoyen, 1991, p.27)

Con respecto a lo planteado sobre la relación psicólogo-paciente, se puede destacar la importancia de que el psicólogo la comprenda como un encuentro entre dos personas,

que tienen la intención de involucrarse en un proceso dinámico con determinadas reglas necesarias para la producción del proceso transferencial-contratransferencial y no como un encuentro de una persona frente a un personaje neutral o una persona frente a sí misma. En concordancia con la opinión de Meltzer (1967), se puede afirmar que es parte de la tarea del psicólogo, “sumergirse” en el proceso clínico así como el músico se sumerge en su instrumento, confiando en el virtuosismo de su mente en las profundidades. (p.19) Pero de acuerdo a la relación clínica, ¿no es también necesario que el sumerja el paciente?

2. 2. Encuadre clínico

“El encuadre es la lámina del Rorschach sobre la cual el paciente va a ver cosas, cosas que lo reflejan.”
(Etchegoyen 1991, p.486)

En este punto se propone hacer una aproximación a algunas de las características del concepto de **encuadre clínico**, necesario en los diversos ámbitos de la clínica.

Freud (1912-13/1991b) en sus textos “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico” y “Sobre la iniciación del tratamiento”, define los acuerdos a los que hay que llegar con el paciente para dar lugar a la experiencia singular de la situación y el proceso terapéutico. Como este trabajo pretende abarcar los distintos niveles de salud en donde trabaja el psicólogo clínico, es que se hace referencia a lo descrito por Bleger (1989) sobre el encuadre clínico.

El autor establece que para llevar a cabo el proceso clínico, es indispensable que se establezca un encuadre, es decir, una parte fija. Se incluye dentro del mismo el rol del psicólogo, los factores espacio-temporales, los honorarios, el establecimiento y mantenimiento de los horarios, las vacaciones, entre otros. (p.237)

Agrega que la situación clínica, así como se relaciona con el proceso clínico y con la relación psicólogo-paciente, también incluye un encuadre, es decir un ‘no-proceso’. Éste último contiene las constantes dentro de cuyo marco se da el proceso clínico, por lo que añade a modo de ejemplo, que ningún proceso puede producirse si no hay carriles marcados por donde pueda transcurrir, siendo estos carriles el encuadre clínico. (p.237)

A pesar de que el encuadre es la parte fija de la situación clínica, es necesario que el psicólogo tenga en cuenta que éste precisa movimiento y elasticidad. Pero a diferencia de las variables del proceso clínico, se modifica lentamente con autonomía y no en

relación directa con el proceso. Esto se relaciona con lo planteado por Etchegoyen (1991), de que el encuadre ilumina el recorrido del proceso clínico sin determinarlo. (pp.481, 482) Es precisa esta observación, ya que es importante que el psicólogo pueda diferenciar lo que amerita el vínculo con el consultante de las características que forman parte del encuadre.

Desde el punto de vista de Zac (1971) en relación al encuadre clínico, se plantean tres tipos de constantes: las absolutas, las relativas y dentro de las segundas, las que dependen del psicólogo y las que dependen de la pareja psicólogo-paciente.

Las constantes **absolutas** se relacionan al concepto de encuadre clínico planteado por Bleger (1989), que apunta a la creación de un espacio donde el inconsciente del paciente pueda expresarse. Dentro de las constantes **relativas** que dependen del psicólogo clínico, se involucran principalmente algunos rasgos de la personalidad, la ideología científica, el lugar donde se encuentra el consultorio, el tipo y estilo de los muebles, entre otros.

Por otro lado se encuentran las constantes relativas, que dependen de la pareja psicólogo-paciente donde se incluyen, en otras cosas, el momento de fijar la hora y día de los encuentros clínicos, el momento de establecer las vacaciones. En autor señala que las constantes relativas, una vez fijadas en la situación clínica, no tienen que ser modificadas ya que pueden alterar la estabilidad del encuadre.

Algunas de las constantes-variables que señala el autor, van a generarse naturalmente iniciado el encuentro clínico, otras más adelante y otras quizás nunca, pero es necesario que todas sean respetadas ya que son las que determinan el trabajo y la ética del psicólogo clínico. (Etchegoyen, 1991, pp.471, 472)

Se puede decir entonces, que para que el psicólogo pueda realizar su trabajo en la clínica, es necesario que se defina el encuadre mediante la comunicación entre psicólogo y paciente. Se pretende que queden claros los objetivos, las expectativas y las dificultades que puede presentar el proceso clínico, permitiendo evitar equívocos o ambigüedades en el curso del mismo, como por ejemplo un mal entendido en relación a los honorarios, a las vacaciones, entre otros. Etchegoyen (1991) plantea, que la base del acuerdo inicial puede utilizarse cuando surgen estas ambigüedades. (p.77)

Compartiendo la opinión del autor, se puede decir que en el trabajo clínico, lo más importante es hacer valer el espíritu de lo pactado entre psicólogo y paciente. Se hace hincapié entonces, en las constantes relativas que derivan de la pareja psicólogo-paciente, siendo pertinente que el profesional tenga en cuenta y pueda reconocer sus movimientos contratrtransferenciales, que pueden desatarse debido a los acuerdos

recíprocos con el consultante. (pp. 471-472)

Plantea un ejemplo de un caso, donde se ve representada esta situación con un paciente al que le va a informar su plan de trabajo a comenzar ese año, incluyendo las vacaciones de invierno y las del próximo de verano. El paciente le pregunta, si él ya sabía cuándo iban a ser las vacaciones escolares de invierno, a lo que el autor le contesta, que el organizó su calendario sin tener en cuenta el feriado escolar. El paciente furioso le contesta “< ¡Ah sí! ¡Claro! (...) ¡Por supuesto que usted, que es tan omnipotente y que ya con los años que tiene no va a tener chicos con edad escolar, se toma las vacaciones cuando se le ocurre. Y sus enfermos, que revienten! >.” (p.234) El autor le responde que tiene razón, reconsiderando las fechas nuevamente.

Señala entonces, que pudo haberle interpretado muchas cosas al paciente, pero primero debía reconocer la justicia de su reclamo. Al decir de Greenson (1969) pasar por alto la observación del paciente o responder con una interpretación, puede poner en riesgo el encuadre, además de ser un error técnico y ético del psicólogo clínico. (Etchegoyen, 1991, p.224)

Por lo tanto, es importante el mantenimiento del encuadre clínico, ya que un mal manejo de la situación puede llevar al profesional a quedar expuesto por un acting-out innecesario, poniendo en riesgo la transferencia del paciente y la alianza de trabajo establecida.

Además de los derechos, obligaciones y riesgos que se plantean en el encuadre clínico, es importante señalar que existen algunos factores que demuestran la diversidad de formas de llevar adelante el trabajo en la clínica. Estando de acuerdo con lo planteado por Freud (1912-13/1991b), se puede afirmar una diferencia entre estilo y técnica debido a la forma de ser de cada uno.

También de acuerdo con el autor, Etchegoyen (1991) sostiene que la técnica es universal y el estilo varía. (p.78) Algunos ejemplos podrían ser, la forma en que se recibe a los consultantes, el cómo darles entrada al consultorio, cómo saludar, cómo sentarse, etc.

Igualmente se puede relacionar con el estilo, el hecho de que cada psicólogo trabaja con su inconsciente, poniéndose en contacto con su mundo interno. Es mediante la formación de un encuadre propio, que logra llevar adelante el arte de su trabajo clínico.

Más recientemente Alizade (2002), se encarga específicamente de profundizar en esta necesidad del psicólogo de formar un encuadre propio, que le permita adentrarse lo más libremente posible en el discurso del consultante. Por lo cual expresa, que para

aventurarse en los terrenos del inconsciente y en las profundidades del aparato psíquico, existe una condición fundamental: la libertad interior.

Ésta, entre otras cosas, se encuentra entre el respeto por la ortodoxia y los beneficios directos del trabajo clínico. (pp.110-11) Afirma que “el superyó benévolo confiere al [psicólogo clínico] el permiso psíquico indispensable para moverse con soltura en el encuadre posible, sin autorreprocharse que ‘eso’ no es análisis ni tener que ocultar o avergonzarse de sus decisiones estratégicas terapéuticas.” (p. 111)

La autora propone entonces, el concepto de **encuadre interno**. Articulado con el encuadre externo ambos conforman el instrumento fundamental para llevar adelante el trabajo clínico.

Es relevante hacer referencia, que el encuadre interno tiene un lugar prioritario en el trabajo del psicólogo clínico. Para que este último pueda incorporarlo, es necesario que alcance un acercamiento y entendimiento de sus conflictos psíquicos, experiencias de vida y condiciones de su persona mediante el análisis personal.

Compartiendo su punto de vista, se afirma la importancia de que el psicólogo en su análisis, logre comprender y asimilar distintos puntos ciegos de su propio ser inconsciente. También se aspira, que logre entender el arte de la asociación libre y la dinámica transferencial, logrando superar las resistencias, elaborando y transformando cambios en la personalidad.

Por lo tanto, cuando el –futuro- psicólogo clínico lleva años de terapia, logra aprehender y aprender-se dominando el terreno psíquico personal, que incluye ponerse en contacto con la parte neurótica, con los aspectos psicóticos y las posibles perturbaciones del carácter en la personalidad. (p.116) Es probable que a partir de este proceso –que no tendría por qué darse por finalizado, lo que no quiere decir suspendido- el psicólogo interesado en trabajar en los ámbitos de la clínica, logre hacerlo satisfactoriamente. Se espera entonces, que el análisis personal le devuelva al psicólogo, una mayor eficacia clínica viéndose reflejada en el trabajo con el paciente, donde se despliega entrelazado con su estilo este laboratorio teórico-clínico-experiencial.

Explicita también, que la presencia consciente del encuadre interno en el psicólogo, es directamente proporcional a la pasión analítica, el talento clínico y la salud mental. Estando de acuerdo con lo planteado, se considera a estas tres características, entrelazadas, siendo necesaria la presencia consciente de ellas, para poder comprender y llevar a cabo el trabajo en la clínica.

La autora describe ocurrentemente que el trabajo del psicólogo clínico: “...oficia de

brujo, de adivino. Mera apariencia: por debajo pulsán los efectos producidos por su propio análisis. La creatividad del [psicólogo] flexibiliza y adapta el marco externo del encuadre al momento y la situación particular de cada [proceso clínico].” (p.120)

En síntesis sobre este concepto, se puede decir que se trata de una conquista psíquica pertinente en todo psicólogo clínico, que conduce a organizar su mente para enfrentarse al quehacer en la clínica. El encuadre interno, pretende emerger en los momentos en que los inconscientes interactúan, dando lugar a nuevos cambios y avances en la maduración psíquica y emocional del paciente. Es entonces, un marco intersubjetivo interactivo depositado en el psicólogo, que se activa en el intercambio con el paciente o consultante dándole, al mismo tiempo, un espacio propio al profesional.

Así como el psicólogo logra incorporar el encuadre interno en su propio análisis, es lógico que el paciente, avanzado el proceso clínico, también logre incorporar su propio encuadre interno. Es probable que esto permita que se vayan enriqueciendo los lazos inconscientes de la dupla psicólogo-paciente, aumentando -en ambos- la eficacia en el campo clínico.

Etchegoyen (1991) plantea desde otro punto de vista el concepto de encuadre clínico, describiéndolo como la **actitud mental** del psicólogo, es decir, la disposición y compromiso de éste de trabajar con el paciente.

Señala que el proceso clínico, puede no ser tarea fácil para el paciente, debido a que esta exploración asume un carácter real e inmediato, despertando resistencias, provocándole muchas veces angustia. Tampoco tiene por qué ser fácil para el psicólogo, ya que se encuentra en un lugar de observador imparcial y comprometido, donde la forma de participar en el campo clínico es mediante los datos de observación que derivan del paciente.

Por lo tanto, el autor afirma que el psicólogo clínico en cada caso, apunta a escuchar lo que dice el paciente, lo que estipula la teoría y lo que le informa la contratransferencia. Define entonces al encuadre, como una actitud mental del psicólogo, más precisamente, la actitud mental de introducir el menor número de variables posibles en el proceso clínico. (p. 476-477)

A modo de ejemplo, plantea que si sucede que en el momento en que se va a saludar al paciente justo este trastabilla, es conveniente que el psicólogo trate de hacer algo de la forma más discreta posible para que éste no se caiga. Y aclara “...no he modificado mi encuadre; internamente mi encuadre es el mismo, hacerlo pasar sin exponerlo a ningún estímulo extemporáneo y por tanto perjudicial para el proceso. Por

esto es que el encuadre debe concebirse fundamentalmente como una actitud ética.”
(p.477)

Se puede decir que este punto de vista del encuadre, a pesar de que puede ser controversial, se asemeja al concepto de encuadre interno ya que refiere a una libertad interior en el psicólogo clínico que le permite actuar con seguridad y transparencia frente al paciente o consultante. Es importante destacar, la importancia de que el psicólogo pueda manejar la situación clínica sin afectar el método y sin mostrar inseguridad ante una falla personal, pudiendo subsanarla y analizarla, lo que no quiere decir que éste puede cometer errores en determinadas situaciones.

Esto indica, nuevamente, la importancia de la presencia del encuadre interno en el psicólogo para el trabajo en la clínica. Dicho por el autor, la importancia de la actitud mental del psicólogo en la clínica.

Retomando a Bleger (1989) y a su definición del encuadre clínico, se plantean ciertas situaciones que son necesarias que el psicólogo tenga en cuenta para el trabajo en la clínica. El encuadre como no-proceso, funciona como marco que delimita las constantes del proceso clínico. Sin embargo este marco puede alterarse, pasando a integrar el proceso clínico como variable del mismo.

Puntualiza entonces, que muchas veces, las alteraciones del encuadre clínico generan en el paciente la abertura de nuevas puertas, dando acceso a problemáticas hasta ese momento mudas. Gracias a la experiencia psicoanalítica personal, se puede plantear en esta ocasión un ejemplo al respecto. Luego de seis años de terapia, una inesperada modificación del espacio físico de encuentro con el psicólogo, puso en juego el propio encuadre interno. Esto provocó luego, nuevas manifestaciones psíquicas a nivel onírico, simbolizando problemáticas en ese momento estáticas –o mudas-. Es importante que el paciente sienta el sostén del encuadre clínico, del profesional y del propio encuadre interno, para poder trabajar y profundizar las manifestaciones psíquicas planteadas por este tipo de situaciones, permitiendo utilizarlas a favor del proceso clínico.

Por otro lado, en concordancia con lo que afirma Etchegoyen (1991), es preciso aclarar que el psicólogo clínico no tiene la libertad técnica ni ética de modificar el encuadre en busca de determinadas respuestas. Siendo así, se desacreditaría todo tipo de análisis interpretativo sobre el paciente, debido al uso omnipotente del lugar de saber creándose también, una dificultad en la lectura de la transferencia y la contratransferencia. (pp. 479,480)

En relación a estas modificaciones en el encuadre, se aconseja no suponer la forma

de reaccionar del paciente frente a estas alteraciones. Plantea por ejemplo, que si un paciente tiene avidez, no es pertinente que el psicólogo modifique el encuadre recurriendo a la técnica activa de aumentar o disminuir el número de sesiones, en todo caso bastaría con analizarla. Otro ejemplo podría ser la cuestión de los honorarios, un aumento o disminución de éstos no sería apropiado utilizarlo como fundamento del material del paciente, sino por los datos de la realidad financiera del momento.

Por lo tanto Bleger (1989), destaca como una de las tareas principales del psicólogo, prestar suma atención a los momentos en que se presenta la **mudez** del encuadre clínico. Refiere a los casos, donde el paciente no realiza ningún comentario sobre éste, aceptándolo por completo generando un encuadre totalmente estático, pudiendo ocultarse así, la situación más regresiva atrapada por la defensa más poderosa. (p.239)

Se considera importante señalar, que a pesar de que la forma de llevar adelante el proceso clínico es mediante un encuadre estable, es inevitable que el paciente llegue tarde a un encuentro o que el psicólogo esté resfriado, no teniendo por qué afectar el marco del trabajo en la clínica. La cuestión es, ¿y si estos factores se vuelven constantes? ¿Podrá el psicólogo darse cuenta si se está involucrando contratransferencialmente? ¿Llegará el día en que todo psicólogo en formación comprenda al análisis personal como parte fundamental del proceso de aprendizaje?

Por otro lado y compartiendo opinión con el autor, se afirma la coexistencia de aspectos psicóticos y neuróticos en la personalidad del sujeto. Apoyándose en esta premisa, describe la diferenciación del proceso y no-proceso clínico.

Explica que en los comienzos de la relación madre-hijo, el yo y no-yo se fusionan en una misma unidad. El no-yo, funciona como continente del yo dándole posteriormente lugar a diferenciarse. En los casos de personalidad psicótica, esta simbiosis permanece constante.

En relación al proceso clínico, la parte no-diferenciada de la personalidad tiene su correlato en el encuadre, continente donde se desarrolla dicho proceso. Por lo tanto, el autor plantea que se puede observar en el campo clínico, la parte **neurótica** de la personalidad que nota la presencia del encuadre, -como el darse cuenta si la sesión fue más larga o más corta, si comenzó unos minutos antes o después, sabe a la próxima sesión si hay una planta que antes no estaba, etc.- Y la parte **psicótica**, que aprovecha el no-cambio del encuadre para proyectar la relación indiscriminada con el psicólogo clínico.

Se observa que no se sustituyen entre sí, es decir, mientras la parte neurótica

verbaliza, la parte psicótica aprovecha la inmovilidad del encuadre para quedarse muda. Por lo tanto, la psicosis muda se pliega con el encuadre, la parte del proceso clínico que no dialoga. (1989, p.88)

Plantea entonces, que el marco reproduce las técnicas de maternalización más tempranas, permitiendo al psicólogo cooperar con el paciente en la búsqueda de progresos a nivel individual, psíquico, social y personal. Al mismo tiempo este encuadre clínico que pretende generar confiabilidad, invita a la regresión del paciente a expresarse. (Winnicott, pp. 374-381)

Diversos autores conceptualizan una relación entre regresión y encuadre clínico. A continuación, se hará una aproximación al concepto de regresión desde distintos puntos de vista vinculándolo luego, con el encuadre clínico.

El Diccionario de la Real Academia define la **regresión** como “retrocesión o acción de volver hacia atrás”, pudiendo concebirse desde un sentido lógico, espacial o temporal. En relación al psicoanálisis, Freud (1900/1991c) introduce el término en “La interpretación de los sueños” indicándolo como un mecanismo de defensa. Explica el carácter fundamental del sueño, desde una concepción tópica del aparato psíquico formado por una sucesión de sistemas (consciente-inconsciente). Describe entonces, que los pensamientos del sujeto en estado de sueño se ven obligados a cambiar el recorrido de percepción a motilidad, teniendo que regresar a la percepción, opuesto a lo que sucede en estado de vigilia.

Laplanche y Pontalis (1983) abordan la regresión desde el punto de vista tópico, formal y temporal. Pero para no desviar el tema y centrar su relación con el encuadre clínico, alcanza con citar la primer definición: “Dentro de un proceso psíquico que comporta una trayectoria o un desarrollo, se designa por regresión un retorno en sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente” (p.357)

Con respecto a su relación con el encuadre clínico, se describen los puntos de vista de algunos autores que plantean distintas visiones, dando lugar a interrogantes respecto a las diversas formas de visualizar a los conceptos en la situación clínica.

Por su parte, Baranger, M. (1969), Rolla (1972) y Zac (1971) entre otros, distinguen la **regresión patológica** de la **regresión operativa**. Refieren a la regresión patológica, como el mecanismo defensivo que trae el paciente a la clínica y la regresión operativa, como de gran utilidad para el proceso clínico, debido a que se encuentra al servicio del yo.

Sin embargo, para Etchegoyen (1991) existe una sola regresión, la que viene con la

patología del paciente. Al ser ésta parte de la enfermedad, es el encuadre el que la denuncia, la detecta y la contiene, dándole el lugar para expresarse. Por lo tanto, plantea que el encuadre clínico no está diseñado para promover la regresión del paciente, al contrario, está para descubrirla y contenerla. (p.499) Plantea entonces que es necesario, que el psicólogo se ponga en contacto con esta parte regresiva del paciente en los distintos momentos del proceso clínico.

Por otro lado Loewald (1970), apunta que el psicólogo clínico es utilizado por el paciente como nuevo objeto. Por lo que el primero contribuye a encaminar el yo del segundo, para reelaborar su desarrollo entorpecido por las problemáticas internas. (Etchegoyen, 1991, p.503) Esta concepción, equivaldría a la regresión utilitaria planteada por los autores, siendo entonces observada e interpretada por el psicólogo en busca de una posible mejora en los procesos psíquicos del paciente.

Compartiendo la opinión de Liberman (1976) y Macalpine (1950), se afirma la importancia del ambiente clínico para la producción de la regresión transferencial, partiendo de que los comportamientos del paciente en el campo clínico, dependen directamente de los comportamientos del psicólogo hacia él. Se puede decir, que el encuadre clínico, le brinda al paciente un espacio, un tiempo junto a la presencia del psicólogo clínico, posibilitando hacer la experiencia de ser.

En síntesis sobre este punto, se puede señalar que el marco del proceso clínico, crea el ámbito para el desarrollo de la transferencia en su dimensión de sentimiento y palabra, de experiencia con el saber y el conocer. Es decir, el encuadre clínico crea un espacio interior de simbolización, es el escenario donde el paciente representa ante el otro, el psicólogo clínico. (Casas de Pereda, Gil, Schkolnik, 1980, pp. 50-51)

2. 3. Transferencia

“La transferencia al permitir
la repetición descubre la ausencia,
creando el espacio de la desilusión.”
(Casas de Pereda et al., 1980, p. 54)

El psicoanálisis describe a la **transferencia** como un fenómeno inherente al ser humano en relación con otros. Por eso Freud (1912/1991f) señala, que el fenómeno no aparece sólo en la clínica, sino que se encuentra presente en muchas otras situaciones.

La diferencia radica, en que la transferencia en el campo clínico se descubre, se revela y se aísla a partir de una relación especial, entre psicólogo y paciente, que traspasa

toda medida racional. (Paciuk, 1980, pp. 55-56)

Según lo expresado por el autor, en el transcurso de sus tratamientos terapéuticos, el amor de sus pacientes hacia él, de forma sexual o sublimada, lo hizo entrar en confusión. Logrando vencer la tentación de adjudicar estos sentimientos de los pacientes a la irresistibilidad de su persona, es que logra comprender al fenómeno de la transferencia.

Es importante señalar, que el psicólogo, se encuentra con que lo que pasa con el paciente en la clínica, pasa con otro, es decir, hay otro entre ambos. Por lo cual, ya en “Estudios sobre la histeria” refiere a la transferencia como una “*mésalliance*”, un **enlace falso**.

Plantea que cuando el paciente produce la falsa conexión, que engaña y se engaña, al mismo tiempo emerge algo de la verdad. El paciente demuestra ante el clínico, algo que no es, diciendo lo que es, representando una **repetición** que está en relación con el rechazo, que ya había realizado en el pasado del deseo prohibido. Esta repetición desplazada, correspondiente y relacionada con afectos infantiles, refiere a los sentimientos dirigidos originariamente, a los primeros objetos de amor y odio, de deseo y temor, siendo entonces transferidos al psicólogo en el proceso clínico.

Más adelante puntualiza, que cuando un elemento inconsciente del paciente se presta a ser transferido al psicólogo clínico, se produce una asociación inmediata expresada con los signos de la **resistencia**. Por lo tanto, la transferencia actúa en el “entre” de la pretensión de la resistencia y la pretensión del proceso clínico, mediante los actos y ocurrencias del paciente.

Es relevante destacar, que en un primer momento el fenómeno de transferencia fue considerado un **factor perturbador** para el proceso clínico. Sin embargo, la transferencia en la actualidad del psicoanálisis, es considerada un elemento sumamente valioso e **imprescindible** para el trabajo del psicólogo clínico. Citando a Paciuk (1980) “En un nuevo giro genial, el ‘obstáculo’ que representa la falsa conexión se transforma en manos de Freud: la transferencia ahora puede ser analizada en lugar de actuada.” (p. 56)

Es importante señalar, que la transferencia puede expresarse de distintas formas en el proceso clínico. Es necesario que el psicólogo intente interpretarla, teniendo en cuenta que puede ser positiva o negativa. Es decir, los elementos **transferenciales positivos** se observan, por ejemplo, en la disposición a colaborar del paciente, la confianza con el psicólogo clínico, entre otros. Se reflejan entonces, los antiguos sentimientos de cariño y confianza hacia los objetos originarios. Pero por otro lado, también puede

integrarse la **transferencia negativa** que incluye la hostilidad, desconfianza y desprecio “hacia el profesional” en la clínica.

Se considera que de forma negativa o positiva, la transferencia re-edita los impulsos, sentimientos y procesos infantiles, intentando superar las resistencias y otros mecanismos defensivos. Por lo tanto se considera a ambas, de igual utilidad para el trabajo del psicólogo en la clínica.

En concordancia con Casas de Pereda, et al. (1980), se puede describir a la transferencia, como las reediciones y recreaciones de emociones y fantasías, que se despiertan y se hacen conscientes en el campo clínico. Afirman, que la singularidad característica que entraña este fenómeno, es la sustitución de una persona anterior por la persona del psicólogo clínico. Por lo tanto, toda una serie de sucesos psíquicos anteriores, cobran vida de nuevo pero no revivida como algo del pasado, sino como vínculo actual con el psicólogo clínico. (p. 48)

Se puede puntualizar, que esta repetición vivida desde otro escenario, habla de una continuidad, es decir, lo actual remite a sus raíces, representando ellas, la instancia que da sentido a lo actual haciéndolo trascender. Es oportuno destacar a Paciuk (1980), ya que afirma que el pasado al que se dirige la transferencia no es el final de una cadena, porque nunca fue un ya hecho concluso. El pasado en su momento, contenía ambigüedades tal como lo actual, que no hace sino desplegar algunas de ellas.

Compartiendo lo descrito por el autor, se plantea que en el proceso clínico lo actual no repite lo pasado, le enseña al sujeto algo de sí mismo de ese pasado, que en su actualidad no sabía. Es decir, lo que transfiere el paciente, son las expectativas no satisfechas, las relaciones no logradas que por distintas razones en su actualidad, se hacen presentes en la escena de la clínica. (p. 63)

Retomando a Casas de Pereda, et al. (1980) se describe a esa “otra escena” desarrollada en la situación clínica, como un espacio que posibilita a ese “algo” del inconsciente que se haga presente. Se puede decir, que la transferencia se expresa mediante un disfraz, un engaño y al mismo tiempo refleja la verdad. Tal como sucede en el sueño, figura el deseo como cumplido, intentando elaborar esa parte del entramado inconsciente. (p. 53)

En concordancia con lo planteado, Etchegoyen (1991) describe la transferencia como una peculiar relación de objeto de raíz infantil de naturaleza inconsciente, que confunde el pasado con el presente, dándole así su carácter de respuesta inadecuada, desajustada e irracional. Explica la transferencia como parte de la realidad psíquica, es

decir, de la fantasía y no de la realidad fáctica. Por lo tanto, los impulsos, sentimientos y deseos que emergen en la situación actual y en relación a una determinada persona-objeto, -en este caso el psicólogo clínico- es preciso explicarlas mediante los aspectos que refieren al pasado, y no por los aspectos reales de la situación presente. (p.99)

Por lo señalado hasta el momento, es relevante citar lo planteado por Schkolnik (2013) en la actualidad:

El trabajo del psicólogo clínico en el marco de la transferencia transita por esa brecha que se abre entre la fantasía, el sueño y la vigilia. Paciente y [psicólogo] se instalan en el escenario con un texto manifiesto, aparentemente conocido, pero en el transcurso del [proceso clínico] ambos se sorprenden al ir encontrando otro texto que rompe con la coherencia del anterior. (p. 22)

Afirma entonces, que psicólogo y consultante forman parte de un nuevo escenario que los involucra en una relación, que vuelve imprescindible la discriminación de éstos para sostener la situación asimétrica de la clínica. Una vez encaminado el proceso clínico, se condensan y confunden la propia escena de la clínica con la de la infancia del paciente. ¿No están en juego también las escenas de la infancia del psicólogo clínico? Quizás esto se relacione con la contratransferencia, pero entonces, ¿es posible separar estos fenómenos en el transcurso del proceso clínico?

El carácter de intimidad que genera la experiencia clínica, pretende enfrentar al sujeto a revivir situaciones que remiten a las partes más desconocidas de sí, generando "...conexiones nuevas para viejas vivencias que anudadas a las actuales impiden a esas lagunas transformarse en mares intransitables." (Schkolnik, 2013, p.22)

Se vuelve a verificar, la importancia del análisis personal del psicólogo para poder conectarse y conectar al paciente, con estas vivencias transferidas desde la infancia, sin involucrar a este último, en su marco contratransferencial. Estas vivencias que se reeditan en la clínica, pueden tener sus precedentes, en diversos factores de la situación clínica.

Por su parte Liberman (1962), destaca como factores relevantes el espacio-ambiente, los honorarios, las interpretaciones acertadas o no, el día y hora de la semana que se realiza el encuentro clínico, entre otros. Todos estos estímulos pueden ser los desencadenantes en el paciente de fantasías transferenciales, siendo también utilizados, para la expresión de las mismas en el proceso clínico.

Estando de acuerdo con lo señalado por Férenczi (1975), se agrega que los motivos más simples e insignificantes, pueden ser suficientes para influir en la transferencia.

Se puede destacar, la actitud generosa, comprensiva, “paternal” del psicólogo, una palabra menos amistosa, un señalamiento sobre la puntualidad del paciente; también ciertas características físicas del psicólogo, sus gestos, su nombre pueden producir efectos transferenciales, convirtiendo al profesional en un “révenant” que hace resucitar en el paciente las figuras desaparecidas de su infancia. Al igual que los autores descritos, relaciona la transferencia con el sueño, ya que las personas, los objetos y los acontecimientos, son también evocados por detalles minúsculos.

Es importante destacar, en relación al quehacer del psicólogo desde los distintos niveles de salud, que estos factores también dependen del tipo de situación y proceso clínico. Por lo tanto, se puntualizan a grandes rasgos, algunas de las formas de trabajar con el fenómeno planteado.

Si se trata de una **psicoterapia**, la transferencia se instala y se trabaja a través de la formación de una neurosis de transferencia. En la mayoría de los casos, los psicoanalistas denominan transferencia al terreno en el que se desarrolla la “cura psicoanalítica”, caracterizándose ésta por la instauración, interpretación y resolución del fenómeno planteado. La neurosis artificial constituida, es donde tienden a organizarse las manifestaciones de la transferencia.

Por otro lado, la **consulta psicológica** también permite el despliegue transferencial. Se considera que el encuadre clínico y la relación psicólogo-paciente, conceden el espacio para que se vehiculicen viejas fantasías y deseos, otorgándole a estos fenómenos, una cualidad distinta a la que pudiera tener en otros ámbitos.

Se puede observar, que la transferencia tiene lugar en los diversos terrenos de la clínica, solamente que su expresión y su lectura es diferente. El psicólogo clínico en la consulta psicológica, puede observar las manifestaciones transferenciales, como elementos reveladores de pautas históricas de relación, actualizadas en los nuevos vínculos del paciente.

Se puede inferir en relación a esto, que en una consulta psicológica el profesional trabaja en transferencia, mientras que en un proceso psicoterapéutico se trabaja a ella y en ella, con la instalación de una neurosis de transferencia. Por lo tanto, es importante que el psicólogo tenga en cuenta éste fenómeno y sus distintas expresiones en los diferentes ámbitos de la clínica.

2. 4. Contratransferencia

“...¿qué es lo que, en términos generales, acontece en el analista frente al analizado?”

La primera respuesta que puede darse es:

todo lo que puede acontecer
en una personalidad
frente a otra.”

(Racker, 1981, p.234)

Es preciso señalar, que también es mérito de Freud (1910/1991g) haber definido la relación clínica, no solamente desde la perspectiva del paciente sino también del profesional. Es decir, como una relación bipersonal, recíproca, de transferencia y de **contratransferencia**.

El autor descubre que el trabajo del clínico, es interferido por impulsos y sentimientos hacia el paciente, alejados de la principal función, de comprender e interpretar las resistencias y los complejos infantiles de éste. Describe entonces, al fenómeno contratransferencia como el conjunto de las reacciones inconscientes del psicólogo frente a la persona del paciente y, especialmente, frente a su transferencia.

Se observa que este fenómeno, se “vive” en la experiencia de la clínica junto al consultante, enlazado con su correspondiente transferencia. Siendo otra razón por lo que se considera necesario el encuadre interno del psicólogo, que le permita dar cuenta del fenómeno vivenciado en él.

Es importante destacar, que en un comienzo el autor la considera como un obstáculo, y que como tal, es necesario que sea removido. Plantea que la experiencia prueba que nadie puede ir más allá de sus puntos ciegos, afirmando nuevamente la necesidad de que el psicólogo clínico, tenga el mayor conocimiento posible de su contratransferencia y su vencimiento.

Sin embargo este fenómeno, encierra en sus pliegues gran parte de las polémicas actuales del psicoanálisis, tanto a nivel teórico como técnico y a su articulación. Algunas de las interrogantes que se pensaron al escribir este punto son: ¿Será que hay que vencer a la contratransferencia, o quizás analizarla para comprender lo que sucede en el paciente?, si el clínico tiene que permanecer en una atención flotante para conectarse con el inconsciente del paciente a través del suyo, ¿cómo puede dejar de lado sus pensamientos? ¿Es posible la objetividad ante la diversidad de los consultantes de la clínica?

Las interrogantes sobre el concepto de la contratransferencia, que no fueron resueltas en los inicios de la comprensión de la clínica, son profundizadas más adelante desde otros puntos de vista que enriquecen a la clínica psicoanalítica. Pero igualmente, estando de acuerdo con Etchegoyen (1991), se puede decir que:

Antes que se pudiera descubrir la contratransferencia como un problema de la praxis [y actualmente como un instrumento de gran utilidad] y se lograra formularlo teóricamente era necesario que las premisas de la técnica cambiaran, que se comprendiera mejor la hondura y complejidad del fenómeno transferencial, los alcances y límites de la interpretación, la trascendencia del encuadre y mucho más. (pp. 240-241)

Por lo tanto, es en los años 50' que la idea de contratransferencia comienza a considerarse concretamente. Uno de los aportes que más se destaca para la teoría de este fenómeno, es planteado por Racker (1981), que expresa que la contratransferencia tiene un recorrido histórico similar al de la transferencia, debido a que también se la consideró en un comienzo como un **obstáculo**, y luego como un instrumento técnico de gran importancia. La describe como una respuesta emocional a la transferencia del paciente, que relata el sentimiento de éste hacia el profesional. (pp.33, 34)

En concordancia con el autor, se afirma que en cuanto se acepta que la relación psicólogo-paciente es lo esencial para el trabajo en la clínica, es pertinente adjudicar un significado central, también, a la contratransferencia. Entre los diversos motivos que señala, considera en primer lugar al hecho de que es a través de ella, que el psicólogo siente y puede comprender lo que el paciente siente y hace frente a sus instintos hacia el psicólogo clínico. (p.96) Por lo tanto, plantea que si el psicólogo pretende liberar al paciente de sus represiones, es necesario que esté dispuesto a aceptar no sólo la vivencia transferencial, sino también, la vivencia contratransferencial correspondiente.

Otro aporte contemporáneo de suma importancia, con el que se concuerda, es el de Heimann (1950). Plantea que la respuesta emocional del psicólogo hacia su paciente o consultante dentro de la situación clínica, representa una de las herramientas más importantes para el trabajo clínico. Describe, pues, a la contratransferencia como un **instrumento** de investigación en el inconsciente del paciente.

La autora recalca, que la meta del trabajo del psicólogo clínico, no es convertirlo en un cerebro mecánico que produzca interpretaciones sobre la base de un procesamiento meramente intelectual, sino que pretende habilitarlo para sostener los sentimientos generados en él, en oposición a descargarlos –como sí lo hace el paciente-, utilizándolos como parte de sus instrumentos para la tarea clínica. Compartiendo la opinión, se vuelve a afirmar, que si un profesional intenta trabajar en la clínica sin consultar sus sentimientos, es probable que sus interpretaciones sean pobres. (p. 2)

Por lo tanto, una vez que el psicólogo en su propio análisis, se pone en contacto con sus conflictos y ansiedades infantiles, es posible que consiga posicionarme en la clínica de una forma más satisfactoria, sin imputar a su consultante lo que a él le pertenece.

Se verifica entonces, que las emociones surgidas en el psicólogo clínico, son de gran importancia para el paciente, siendo utilizadas como un recurso más de introversión en los conflictos y defensas inconscientes del mismo. Mediante los aportes de los autores mencionados, se puede puntualizar que la contratransferencia es un instrumento sensible que puede ser muy útil para el desarrollo del proceso clínico.

Otra concepción que introduce un punto de vista distinto a este punto, es la de Money-Kyrle (1956), que permite observar el lugar del psicólogo como paternal. Introduce entonces, el concepto de **contratransferencia normal** que refiere a que el psicólogo en la clínica, asume un papel parental complementario al del paciente. Ya que la transferencia consiste en reactivar los conflictos infantiles, plantea que la condición más conveniente a la contratransferencia, es la parental.

El autor entiende el término normal referido a la norma, y no en relación a que el proceso sea sublimado y libre de conflicto. Sin profundizar en esta concepción, es preciso aclarar, que este punto de vista plantea a la contratransferencia, instrumentada a partir de una doble identificación con el sujeto y su objeto.

Es relevante que el psicólogo, se coloque en los dos lugares para poder llevar a cabo su trabajo en la clínica. Aclara también, que este doble mecanismo se realiza por la identificación proyectiva del yo infantil del psicólogo en el paciente, y por la identificación introyectiva de la figura parental. Por lo tanto, señala que el conflicto contratransferencial del psicólogo clínico, no sólo proviene de su propio inconsciente sino también de lo que el paciente le proyecta. (Etchegoyen, 1991, pp. 252-253)

Se observa entonces, que así como se plantea al encuadre clínico como contenedor de las emociones del paciente, a la capacidad revêrie del psicólogo como lo que lo mantiene en sintonía con el primero, el concepto de holding basado en el sostén emocional del yo inmaduro del consultante, ¿no es lógico también comprender al rol del psicólogo desde un punto de vista parental?

Es importante señalar para la comprensión del concepto, lo recalcado por Sandler et al. (1973). Plantean que existe una ambigüedad en el término, ya que el prefijo “**contra**” puede ser entendido en dos sentidos que de hecho se tienen en cuenta: opuesto y paralelo. El primer significado es lo que se opone, por ejemplo dicho y contradicho, ataque y contraataque. El segundo, se emplea como lo que hace el

balance en busca de un equilibrio, por ejemplo punto y contrapunto.

En el trabajo clínico las dos acepciones operan continuamente. Cuando se refiere al fenómeno en el primer sentido, quiere decir que así como el paciente tiene su transferencia, el psicólogo tiene la suya. En el segundo sentido, se establece un balance, un contrapunto que surge del comprender que la reacción de uno, no es independiente de lo que viene del otro.

Desde otra perspectiva, Etchegoyen (1991) describe al término, como el contrapunto musical donde hay primero un canto al que responde un contracanto. Puntualiza, que llamar a un fenómeno transferencia y al otro contratransferencia implica que el proceso clínico se inicia con el primero. (p.244)

Por lo señalado y en concordancia con lo planteado por Morató de Neme (1989), se destaca a la transferencia-contratransferencia, como dos conceptos difíciles de ver por separado debido a que se dan conjuntamente en el proceso clínico. (p.70) “...transferencia y contratransferencia representan dos componentes de una unidad dándose vida mutuamente y creando la relación interpersonal de la situación [clínica]” (Racker, 1981, p.95)

Bernardi y de León (2000) plantean otro aspecto relevante para el trabajo del psicólogo clínico en relación a este término. Afirman que el fenómeno transferencial-contratransferencial, además de verse como un camino que conduce a representaciones en la realidad psíquica del paciente y el psicólogo, también indica los modos de relacionamiento operantes entre ambos. (p. 51)

Como opinión personal, se observa que el describir a la contratransferencia y plantear lo que puede suceder internamente en el psicólogo, permite sacar al profesional del lugar del saber absoluto y de omnipotencia. Este avance en el psicoanálisis se considera de gran importancia, porque hace más evidente la necesidad del análisis personal del psicólogo para el trabajo en la clínica.

Por lo tanto, es relevante citar a Grunberger (1979) desmitificando al rol del psicólogo, poniendo en evidencia sus características reales:

...se desenvuelven y se desenvuelven bien, no porque hayan sido sometidos a un análisis completo con elaboración y resolución de todos sus conflictos, sino porque han aprovechado su aprendizaje para familiarizarse con el funcionamiento del Inconsciente o más bien para liberarse de ciertos obstáculos y abrirse a una disponibilidad y una receptividad específicas, un don

que poseían desde siempre. Porque si el psicoanálisis posee un aspecto científico, es antes bien un arte. (p.187)

En síntesis sobre la contratransferencia, se puede decir que las distintas concepciones desarrolladas a lo largo del tiempo, -algunas de las cuales se mencionan aquí- permiten alejar la postura ideal del psicólogo que se mantiene incontaminado al margen del proceso clínico.

La contratransferencia existe, es utilitaria y no tiene por qué no existir. Es pertinente que el profesional la tenga en cuenta, y deje de lado el mito del trabajo en la clínica impersonal.

2. 5. Alianza de trabajo

Este último punto, verifica que no todo lo que sucede en el proceso clínico es transferencia-contratransferencia, sino que hay algo más. El concepto de **alianza de trabajo** –o alianza terapéutica- fue desarrollado por distintos autores con diferentes perspectivas, por eso se describen algunos de los puntos de vista que se consideraron más relevantes para la aproximación al quehacer del psicólogo en la clínica.

Es relevante hacer referencia, a lo descrito por Sterba (1934) sobre la conformación de la alianza de trabajo entre psicólogo y consultante. Para ello, parte del modelo freudiano de 1912, donde se establece a la transferencia como resistencia. Por lo tanto, plantea para la formación de esta alianza de trabajo, el postulado del yo destinado a disociarse en el proceso clínico. Una parte del yo colabora con el psicólogo, es decir, la que está vuelta hacia la realidad, mientras la que otra parte es la que se le opone, comprendiendo los impulsos del ello, las defensas del yo y los dictados del superyó.

Se puede decir, que esta disociación del yo del paciente, se debe a una **identificación** con el psicólogo clínico. Es necesario que este último, adopte una actitud de observación y reflexión frente a los conflictos relatados por el paciente, intentando generar en él un carácter identificatorio con el psicólogo, para lograr activar la capacidad de observación y crítica de su propio funcionamiento, disociando su yo en dos partes. (Etchegoyen, 1991, p. 209)

Es importante destacar, que además de las dos vertientes planteadas de la transferencia, el autor plantea, que surge un tercer factor determinante que deriva de la actitud “correctora” del psicólogo. Es decir, al interpretar el conflicto transferencial, el clínico pretende contraponer los elementos yoicos que se conectan con la realidad, y

los defensivos que buscan tapar algún deseo reprimido.

Se puntualiza entonces, que el psicólogo logra así, una disociación dentro del yo del paciente que le permite construir una alianza, contra la sobrecarga energética instintiva y la represión que habita en el paciente. Se puede decir, que la parte del yo que se orienta hacia la realidad y se identifica con el profesional, es el filtro a través del cual pretende pasar el material transferencial que el yo, debido a su función sintética, va progresivamente asimilando. Por lo tanto, se comparte la idea de que el trabajo del psicólogo, se basa en superar las resistencias de transferencia que interceptan el avance del proceso clínico.

En relación a lo descrito por el autor, cuando el clínico logra interpretar la resistencia de transferencia, es que contrapone al yo del paciente con la actividad reprimida que se ha reeditado en la transferencia. De esta forma, pretende ayudar al yo del paciente que se encuentra amenazado por su ello, ofreciéndole la posibilidad de una identificación que satisface la prueba de realidad, necesaria para el yo.

Es importante señalar, que el psicólogo clínico hace posible esta identificación, gracias a que observa la situación psicológica, devolviéndole al paciente a través de la interpretación, con una actitud y habla intrínseca al trabajo del clínico. Es también pertinente, que el psicólogo se muestre ante el paciente con total transparencia, demostrando su compromiso con la tarea y con el paciente mismo, invitándolo a identificarse con él. (Etchegoyen, 1991, pp. 210, 211) De esta forma, puede consolidarse la alianza de trabajo con el fin de lograr avances en el transcurso del proceso clínico.

Estando de acuerdo con la doctora Zetzel (1974), que afianza el concepto de alianza de trabajo, se puede afirmar que es la base indispensable para el trabajo en la clínica, junto a la relación positiva y estable entre el psicólogo y el paciente, permitiendo que sea posible la situación y el proceso clínico. (Etchegoyen, 1991, p.216)

Es preciso destacar a Greenson (1965-1967), ya que anteriormente también describe a la alianza de trabajo, como el rapport relativamente racional que tiene el paciente con el psicólogo. La presenta entonces, como un fenómeno transferencial no neurótico desexualizado y desagresivizado.

Por lo señalado, se puede decir, que se forma la alianza entre el yo racional del paciente y el yo racional del psicólogo desde que se produce la identificación con la actitud y trabajo de este último, vivenciado por el paciente desde el primer encuentro. El autor recalca también, que la alianza de trabajo depende en igual medida del paciente, del psicólogo y del encuadre clínico.

Éste último, al estar formado por diversidad de constantes que promueven, entre otras cosas, la regresión y colaboran con la conexión de los aspectos infantiles del paciente, es que se puede destacar que la alianza de trabajo contiene elementos racionales e irracionales. (Etchegoyen, 1991, p. 220) Por ejemplo, dentro de lo que caracteriza la actitud y conducta del clínico, un elemento que puede reforzar la alianza de trabajo, es la transparente admisión por parte del psicólogo de sus errores técnicos, sin implicar ningún tipo de confesión contratransferencial.

Por lo tanto, la alianza de trabajo parece estar íntimamente relacionada con los distintos aspectos planteados en este trabajo. Se observa, que este concepto junto con el de contratransferencia, refuerzan la posibilidad de alejar el ideal del psicólogo neutral, evidenciando una evolución en la comprensión del vínculo clínico.

Otro aspecto relevante de la alianza de trabajo, es que genera una simetría en la relación psicólogo-paciente, sin embargo, en el momento que el primero interpreta la relación se vuelve asimétrica. Es preciso aclarar, que no es pertinente que el psicólogo utilice la asimetría de la relación clínica para manejar aspectos de la alianza de trabajo, ya que se situaría en un lugar autoritario, lejos de ser lo que se pretende para el trabajo del psicólogo clínico. (Etchegoyen, 1991, p. 234)

Parece no ser tarea fácil separar estos fenómenos de la situación clínica, ya que el límite entre estos es muy difuso, debido a que se producen sincrónicamente en el proceso clínico. Esto reafirma la complejidad del trabajo del psicólogo y la necesaria formación y práctica que amerita el quehacer en la clínica.

Así como se planteó que la alianza de trabajo depende del psicólogo, del paciente y del encuadre, constituyendo elementos racionales e irracionales, es importante que el psicólogo preste suma atención a la diferencia de los aspectos transferenciales del paciente, con los aspectos que conforman la alianza de trabajo, debido a la posible existencia de una "falsa alianza".

Por lo tanto, resulta interesante abordar el concepto de **pseudoalianza de trabajo** descrito por Rabih (1981), al que Etchegoyen (1991) dedica un párrafo de su libro.

Es a partir de las observaciones clínicas de Greenson (1967), Sandler et al. (1973), entre otros, que se percibe la posible confusión entre la alianza de trabajo y la transferencia. Puede suceder entonces, que la alianza repose en elementos libidinales y en menor medida agresivos, cuando otras veces la alianza misma se pone al servicio de la resistencia, impidiendo el desarrollo de la neurosis de transferencia o de la mera expresión de las manifestaciones transferenciales. Debido a esto, Rabih (1981) plantea que es preciso que el psicólogo, preste suma atención a los indicadores

clínicos que pueden sacar a la luz una posible pseudoalianza de trabajo.

Se observa y se verifica, la relación de este concepto con el de la mudez del encuadre clínico, planteado en este trabajo, debido a que el autor toma la idea de Bion (1957) con respecto a la parte psicótica de la personalidad, para explicar esta pseudoalianza que se caracteriza por la “aparente” colaboración del paciente. Una vez que se expresa la parte psicótica de la personalidad, la pseudoalianza de trabajo esconde bajo una fachada de colaboración, sentimientos hostiles y tendencias narcisistas que tienen como finalidad, atacar el vínculo obstaculizando el trabajo clínico.

Es de suponer que esta pseudocolaboración del paciente, provoque en el psicólogo una sobrecarga contratransferencial. Estando el trabajo del profesional, amenazado por ese otro que conforma la relación clínica, es necesario que éste, sin paralizarse, pueda atender esta compleja situación utilizando uno de los pocos indicadores que le quedan en el momento para detectar el conflicto y poder interpretarlo ajustadamente. Dicha aliada, es la contratransferencia. “Si el conflicto contratransferencial se hace dominante, es posible que la pseudocolaboración del [paciente] encuentre su contrapartida en las pseudointerpretaciones del [psicólogo clínico].” (Etchegoyen, 1991, pp. 226, 227)

Se puede decir con respecto a lo planteado, que actualmente y luego de años de evolución y desarrollo del trabajo del psicólogo en la clínica, es que se le da énfasis a la participación y subjetividad del profesional, oponiéndose a la demarcación rígida entre sujeto y objeto, entre observador y observado. Quedan en un segundo plano las dicotomías de real-irreal, verdad, no-verdad, importando entonces, el reconocimiento de la existencia de verdades múltiples que se construyen socialmente. Se piensa que afortunadamente el psicoanálisis, con el creciente predominio del pensamiento relacional, se aleja de la postura idealizada del psicólogo respecto a la abstinencia y relación con el consultante, ofreciendo una gama más amplia para la flexibilidad técnica.

3. Conclusiones

Para concluir este trabajo, resulta relevante destacar algunos de los principales aspectos del quehacer del psicólogo en la clínica, que se derivan del análisis teórico realizado anteriormente.

El hecho de plantear el psicoanálisis como marco teórico, permite pensar el trabajo en la clínica, desde una concepción de **subjetividad producida** mediante una relación establecida entre psicólogo y paciente, y no simplemente como mera naturaleza

humana.

La fuerza de esta teoría, reside no sólo en la racionalidad de sus enunciados sino también, en su capacidad **clínica transformadora**. Este marco teórico permite comprender la materialidad de los sujetos psíquicos en la clínica, aislando las variables que los componen, especificándose bajo los modos inconscientes que los originan.

El psicoanálisis permite al psicólogo pasar de las operaciones simples del entendimiento, es decir, del entender los discursos manifiestos del paciente, a la comprensión de hechos entrelazados, de sistemas de acción y reacción. Ello implica penetrar en la intencionalidad latente, inconsciente de los fenómenos psíquicos.

Ser psicólogo clínico no amerita solamente una organización conceptual respecto a los aconteceres de la clínica, sino también, una modificación de actitudes y el desarrollo de aptitudes, mediante la construcción de un modelo interno de interpretación y acción en los ámbitos de la clínica. Se espera que el psicólogo, tenga presente sus aspectos inconscientes, cognitivos, actitudinales y contratransferenciales mediante la creación de un encuadre interno.

Es importante que el profesional apunte a la construcción de una capacidad clínica operativa en un campo interaccional, donde se despliega una dialéctica entre los sujetos que forman parte del proceso clínico. Éste implica también la presencia constante del mundo interno y externo de los participantes comprometidos en el mismo, haciendo fundamental la lectura correspondiente del vínculo transferencial-contratransferencial.

Uno de los puntos que más se pretenden destacar, es el quehacer conjunto del psicólogo y el paciente, conformando una relación que apunta a determinados logros instrumentales y operacionales, que permitan promover modificaciones en ambos. Esto no los coloca en el mismo lugar en la situación clínica, sino que se produce una relación distinta, particular, no convencional y asimétrica. Es gracias a la existencia del encuadre clínico que esta relación se justifica, sin embargo, el concepto de alianza de trabajo permite comprender al vínculo clínico desde una perspectiva simétrica, planteando un punto de vista diferente y enriquecedor para la comprensión del trabajo en la clínica.

El encuadre, por tanto, permite al psicólogo realizar una lectura lo más clara posible de los fenómenos que transcurren en la clínica. Forma parte de su tarea delimitarlo y respetarlo, habilitando entre otras cosas, que el paciente desarrolle su transferencia y el propio psicólogo su contrapunto musical, su contratransferencia.

Vale aclarar que el encuadre, también ayuda al psicólogo a cumplir su papel, estando el primero íntimamente relacionado con su encuadre interno, adquirido y formado en su análisis personal que le permite un acercamiento y comprensión de su mundo interno, de sus mecanismos y conflictos inconscientes. Un buen proceso clínico personal, permite al psicólogo clínico tener la libertad de pensar, sentir y expresar lo necesario frente al paciente o consultante.

Por lo tanto, se le da un papel primordial al análisis personal del psicólogo, el conocimiento y acercamiento a su inconsciente le permite conocer la complejidad de su entramado en su propio proceso clínico, desde el lugar de paciente. Es probable que mediante un arduo trabajo terapéutico, el psicólogo logre alcanzar una libertad interior, que le permita realizar su quehacer, con total transparencia y seguridad ante el paciente para luego conformar juntos la alianza de trabajo.

Por lo tanto esta alianza, es producto del encuentro clínico y está influida por las características y la historia personal de los integrantes del proceso clínico, sustentada en el vínculo transferencial-contratransferencial, haciendo relevante la dimensión relacional en el trabajo clínico.

Por último, es relevante hacer énfasis en la capacidad de descubrimiento psíquico del que puede gozar el psicólogo, junto a la posibilidad de seguir comprendiendo y desarrollando nuevas cuestiones en la evolución de la humanidad.

4. Referencias bibliográficas

- Alizade, A. M. (2002). *Lo positivo en psicoanálisis. Implicancias teórico-técnicas*. Buenos Aires: Lumen.
- Anzieu, D. (1988). *El autoanálisis de Freud y el descubrimiento del psicoanálisis*. México: Siglo veintiuno.
- Arzeno, M. E. (1997). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Baldassinni, A. (2008). Habitando la clínica. En *IX Jornadas de Psicología Universitaria* (pp.137-147). Montevideo: Psicolibros.
- Baranger, W., y Baranger, M. (1969). *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman.
- Bazterrica, A., Dubourdieu, M., y Sabiene, L. (1998). Ya no es de papel. En *IV Jornadas de Psicología Universitaria* (pp. 500-501). Montevideo: Psicolibros.
- Bernardi, B. d. (2010). Transferencia, contratransferencia y vínculo: enfoque clínico. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 111, 168-181.

- Bleger, J. (1989). *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2007). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Topia.
- Carro, S., y de la Cuesta, P. (2007). *Introducción a las teorías psicológicas*. Montevideo: Psicolibros.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Danis, J. (1969). El psicólogo y el psicoanálisis. *Revista argentina de psicoanálisis*, 1(1), 75-82.
- Etchegoyen, R. H. (1991). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fenichel, O. (1982). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Barcelona: Paidós.
- Férenczi, S. (1975). *Transferencia e introyección*. París: Payot.
- Freud, S. (1991a). Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología. En *Obras completas* (Vol. 15, pp. 309-325). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1915-1916).
- Freud, S. (1991b). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras completas* (Vol. 12, pp. 107-144). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1912-1913).
- Freud, S. (1991c). El método de la interpretación de los sueños. Análisis de un sueño paradigmático. En *Obras completas* (Vol. 4, pp. 118-141). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1900).
- Freud, S. (1991d). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras completas* (Vol. 12, pp. 159-174). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1912-1913).
- Freud, S. (1991e). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras completas* (Vol. 12, pp. 145-158). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1912-1913).
- Freud, S. (1991f). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras completas* (Vol. 12, pp. 96-106). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1912).
- Freud, S. (1991g). La transferencia. En *Obras completas* (Vol. 15, pp. 392-407). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1915-1916).
- Freud, S. (1992). Estudios sobre la histeria. En *Obras completas* (Vol. 2, pp. 23-151). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1893-1895)
- Giorgi, V. (1992). Prólogo. En *El psicólogo: roles, escenarios y quehaceres* (pp. 5-13). Montevideo: Roca Viva.
- Green, A. (1995). *El lenguaje en el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Grunberger, B. (1979). *El narcisismo*. Buenos Aires: Trieb.
- Hauser, A. (1969). *Introducción a la historia del arte*. Madrid: Guadarrama.
- Heimann, P. (1950). Acerca de la contratransferencia. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Javier, F. (1989). *La creatividad en la obra del escenógrafo Saulo Benavente*. Buenos Aires: Leviatan.
- Jung, C. G. (2008). *La Psicología de la transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Korovsky, E. (1989). Contratransferencia somática. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 70, 63-68.
- Laplanche, J., y Pontalis, J. B. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- León, B. d., y Bernardi, R. (2000). *Contratransferencia*. Buenos Aires: Polemos.
- Liberman, D. (1962). *La comunicación en terapéutica psicoanalítica. Aplicaciones de la teoría de la comunicación al proceso transferencial*. Buenos Aires: Eudeba.
- Mannoni, M. (1979). *La primera entrevista con el psicoanalista*. Barcelona: Gedisa.
- Meltzer, D. (1967). *El proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Money-Kyrle, R. E. (1965). Psicoanálisis y Ética. En *Nuevas Direcciones en Psicoanálisis* (pp. 408-412). Buenos Aires: Paidós.
- Nemé, R. M. (1989). Notas acerca de la transferencia-contratransferencia. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 70, 69-74.
- Paciuk, S. (1980). Transferencia: la temporalización. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 60, 55-66.
- Pereda, M. C., y Daniel Gil, F. S. (1980). Entre la repetición y la ausencia. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 60, 47-54.
- Pérez, C. D. (2008). *Tiempo de despertar, lecturas de un analista*. Buenos Aires: Planeta.
- Racker, H. (1981). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Saibene, L. (1998). Des... En... Volver... Se. En *IV Jornadas de Psicología Universitaria* (pp. 11-12). Montevideo: Psicolibros.
- Schkolnik, F. (2013). Entre el sueño y la vigilia. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 116, 21-34.
- Servillo, P. A. (2002). *Actitud psicológica*. Montevideo: Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. Taller de 2º ciclo. (Serie Fichas de estudio N° 4.).

Sopena, C. (1980). Amor de transferencia. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 60, 31-46.

Ulloa, F. (1975). *Psicología clínica de adultos*. Buenos Aires: Paidós.

Vallespir, N. (1989). La transferencia "Entre la re-petición y el duelo". *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 70, 83-95.

Winnicott, D. W. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.