



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología

**TRABAJO FINAL DE GRADO**

Universidad de la República Uruguay

Producción empírica: Articulación teórico-clínica

*Claroscuro:*

*Transferencia y contratransferencia en el trabajo clínico con un paciente  
grave*

Lucía Fernández Goodson

C.I.: 4.923.989-0

Tutor: Asis. Mag. Paula Achard

Revisor: Prof. Adj. Amparo Bazterrica

*Aclaración: esta versión ha sido modificada para su publicación, con el objetivo  
de preservar los datos de identidad del paciente.*

## Índice

<b>Índice</b>	<b>2</b>
<b>Resumen</b>	<b>3</b>
Introducción	<b>4</b>
Presentación del caso “Maite”:	<b>5</b>
Contextualización de la viñeta	5
Primer momento - Entrevistas 1 a 9	5
Segundo momento - Entrevista 10	7
Tercer momento - Entrevista 11 al cierre	7
Marco teórico	<b>9</b>
Transferencia	9
Contratransferencia	10
Telepsicología	12
Análisis de la implicación	<b>13</b>
Análisis de la transferencia y contratransferencia	<b>16</b>
Primer momento - Entrevistas 1 a 9	16
Segundo momento - Entrevista 10	20
Tercer momento - Entrevista 11 al cierre	21
Consideraciones finales	<b>26</b>
Referencias bibliográficas	<b>28</b>

## Resumen

El presente Trabajo Final de Grado es una articulación teórico-clínica, que surge a partir de mi experiencia de práctica pre-profesional en la Policlínica Psicológica de la Facultad de Psicología, ubicada en el Hospital de Clínicas.

En él se analiza el material clínico del caso “Maite”, y se pretende reflexionar y profundizar en los aspectos vinculados a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, pilares fundamentales de la teoría psicoanalítica.

Se destaca que esta intervención fue en el contexto de la situación de aislamiento social, generada por la pandemia del COVID-19, por lo cual se recurrió a la implementación de videollamadas como alternativa a la consulta clásica, articulando la perspectiva psicoanalítica con el marco de la telepsicología.

**Palabras clave:** Transferencia - Contratransferencia - Psicoanálisis - Telepsicología

## Introducción

El presente Trabajo Final de Grado se enmarca en la experiencia desarrollada en la Práctica de Graduación “Intervenciones en el Hospital de Clínicas”, perteneciente a la Facultad de Psicología, Universidad de la República.

En el Hospital de Clínicas se encuentra la Policlínica Psicológica de la Facultad de Psicología. La atención de la Policlínica es llevada adelante por estudiantes que cursan los Ciclos de Graduación y Formación Integral de la Licenciatura en Psicología, bajo la supervisión de docentes del Instituto de Psicología Clínica.

El desarrollo de la atención clínica en dicha práctica, así como las conceptualizaciones trabajadas en el espacio de supervisión, se realizaron desde la perspectiva psicoanalítica. Asimismo, a raíz de la situación de aislamiento social generada por la pandemia del COVID-19, se recurrió a la implementación de videollamadas como alternativa a la consulta clásica, articulando la perspectiva psicoanalítica con el marco de la telepsicología.

En el contexto de esta práctica pre-profesional, y la inesperada y necesaria adaptación de la modalidad de atención clínica, se me fue asignado el caso clínico que utilizare para el desarrollo de este Trabajo. La práctica me enfrentó con un doble desafío, por un lado, por tratarse de mis primeras experiencias en la atención clínica y, por otro, por el aspecto innovador en la práctica clínica que implicó tener que realizarla en una modalidad diferente a la tradicional.

La modalidad elegida para la elaboración de este Trabajo es la de articulación teórico-clínica, y tiene como objetivo reflexionar y profundizar en los aspectos vinculados a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, pilares fundamentales de la teoría psicoanalítica. El interés por estos aspectos surge a partir de la reflexión sobre el caso clínico, las características del paciente y el material surgido de los encuentros.

En primer lugar, se realizará la presentación del caso mencionado con el que se trabajará a lo largo de todo el análisis. Posteriormente, se desarrollará el marco teórico a través del cual fue pensada la intervención, con especial énfasis en los aspectos referidos. En forma consecutiva se analizará el material clínico seleccionado, a la luz de los conceptos teóricos presentados. Para los fines del trabajo se dividirá el material clínico en tres etapas que, se considera marcaron significativamente la intervención.

## **Presentación del caso “Maite”:**

### **Contextualización de la viñeta**

El presente trabajo se servirá de los registros obtenidos durante la intervención en salud mental realizada de abril a noviembre de 2021 con una mujer que consultó en la Policlínica de Salud Mental del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, a comienzos del año.

El grupo de práctica en el contexto del cual se llevó adelante la atención de este caso clínico estuvo constituido por ocho estudiantes, pertenecientes al Ciclo de Graduación, y fue coordinado y supervisado por la docente Mag. María Teresita De Armas. La atención clínica se realizó de forma individual por videollamada, y los casos se fueron asignando a cada estudiante a medida que eran derivados desde el equipo de recepción.

## Marco teórico

El presente Trabajo Final de Grado, así como la Práctica pre-profesional que en él se analiza, están abordados desde una perspectiva psicoanalítica y en el marco de la telepsicología. Es por ello, que desde ese lugar, se considera pertinente presentar un marco teórico que nos acerque a los conceptos principales desde el cual se pensó la intervención.

### Transferencia

El *Diccionario de Psicoanálisis* de Laplanche y Pontalis (1969) la define como: “el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica” (p.239).

Como plantea Ida Macalpine (1950) no hay consenso acerca del uso del término transferencia. El mismo “se usa de formas diversas como “la transferencia”, “una transferencia”, “transferencias”, “estado de transferencia” y, a veces, como “relación analítica”” (p. 232), a lo largo de la literatura psicoanalítica.

Freud (1893-1895/1978) fue quien descubrió y desarrolló el término de transferencia a raíz de sus trabajos con Breuer en el caso de Anna O, desarrollados en *Estudios sobre la histeria*. En este momento, sus observaciones con respecto al vínculo entre el médico y el paciente lo llevan a entender a la transferencia como una resistencia hacia la figura del médico y al análisis. Aquí aparece la “primera acepción de la transferencia, ligada fundamentalmente al falso enlace y a la resistencia, ya que este fenómeno - al obstruir la continuación del recorrido - impide arribar a la cura” (Álvarez, 2012, p. 59).

Más adelante, en *Fragmento de análisis de un caso de histeria*, en el *Caso Dora*, se observa como Freud (1905/1978) cambia su perspectiva, dejando de ver a la transferencia como un obstáculo y empezando a considerarla como una herramienta para acercarnos al inconsciente del paciente. Freud aquí habla de *las transferencias*, lo cual da cuenta de la amplitud de este término, y las considera como reediciones o recreaciones de vivencias anteriores, que se hacen presente en el análisis, en el vínculo con el médico.

“¿Qué son las transferencias? Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse

conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico". (Freud, 1905/1978, p.101)

A través del vínculo de transferencia, el paciente deposita en la figura del médico (analista) representaciones inconscientes, repitiendo en el espacio terapéutico formas de vincularse pasadas con figuras de su infancia (Freud, 1912/1980).

Como mencionamos, la perspectiva de Freud con respecto a la transferencia fue transformándose a lo largo de su obra. En *Recordar, repetir y reelaborar* Freud (1914/1980) menciona que el paciente, al no recordar su conflicto lo actúa. Dice "el analizante no recuerda en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace" (p.152).

Freud (1914/1980) entiende que, si el analista logra trabajar con los aspectos transferenciales del paciente, podrá acercarse a comprender el inconsciente de este. De esta forma, el análisis de la transferencia contribuirá a que el paciente deje de repetir en la situación analítica lo que le sucedió en el pasado, y comience a recordar.

Son muchos los autores que, a partir de Freud, han continuado pensando y escribiendo sobre este tema hasta el día de hoy. Mencionaremos algunos de ellos, más cercanos en el tiempo, al realizar el análisis de este fenómeno en el caso clínico.

## **Contratransferencia**

El terapeuta no deja de reaccionar frente a la actitud transferencial del paciente, y para nombrar este fenómeno se utilizó el término "contratransferencia". Para una mayor comprensión de este concepto, se abordarán algunos de los aportes teóricos que se han considerado relevantes sobre la contratransferencia. Se considera necesario iniciar también con Freud, quien hace pocas alusiones al concepto a lo largo de su extensa obra, pero establece las bases que permiten a autores posteriores desarrollar otros aportes para la comprensión del tema. Para Freud, la transferencia y la contratransferencia son dos procesos íntimamente ligados, que van a ir siempre a la par.

Dentro de los textos de Freud se destacan tres metáforas que él utiliza para hacer referencia a la actitud que debe tomar el analista en el trabajo con el paciente. Primero compara al analista como un espejo donde el paciente se ve reflejado. Sostiene que "El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo,

mostrar solo lo que le es mostrado” (Freud, 1912/1986, p. 117). Aquí el autor nos presenta a un analista que, para realizar un buen análisis, no debe implicarse.

Luego escribe la metáfora del cirujano, comparando al analista con un cirujano, capaz de optar por una actitud distante y neutral. El cirujano interviene en el paciente, pero deja por fuera sus sentimientos para realizar bien su trabajo (Freud, 1912/1986). Se ve aquí cómo se empieza a pensar en la idea del analista “neutral”, capaz de dominar sus afectos.

En otro trabajo, hace referencia a la metáfora del teléfono diciendo:

El médico debe ponerse en estado de valorizar para los fines de la interpretación, del discernimiento de lo inconsciente escondido, todo cuanto se le comunique, sin substituir por una censura propia la selección que el enfermo resignó; dicho en una fórmula: debe volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente como órgano receptor, acomodarse al analizado como el auricular del teléfono se acomoda al micrófono. (Freud, 1912/1986, p. 115).

Aquí se ve un cambio de posicionamiento con respecto al lugar del analista. El analista debe tener en cuenta todo lo que el paciente revela, sin que su propia censura deje de lado aspectos que el paciente trae. A su vez, se considera que el analista debe acomodarse al analizado, pues Freud deja ver que hay una comunicación entre analista y analizado, y “descubrimos el carácter relacional de la situación analítica” (Schroeder, 2000, p.10).

Si bien, como vemos, Freud fue modificando su perspectiva con respecto a la contratransferencia, siempre la considera como un obstáculo, que para realizar un buen trabajo el analista necesita poder dominar.

Nos hemos visto llevados a prestar atención a la ‘contratransferencia’ que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. Desde que un número mayor de personas ejercen el psicoanálisis e intercambian sus experiencias, 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 y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos. Quien no consiga nada con ese autoanálisis puede considerar que carece de la aptitud para analizar enfermos. (Freud, 1910/1986, p. 136).



Años más tarde, Heimann (1950) retoma el concepto de contratransferencia y la define como la totalidad de los sentimientos que el paciente despierta en el analista. A diferencia de Freud, Heimann entiende que la contratransferencia es un instrumento necesario para investigar los procesos inconscientes del paciente. A su vez, en otra de sus obras la autora sostiene que “la situación analítica es una relación entre dos personas” (1961, p.2). Para Heimann lo que diferencia esta relación de las otras, no es la presencia de sentimientos en el paciente, y la ausencia en el analista, sino el grado de sentimientos del analista y el uso que hace de los mismos.

Desde entonces se sigue reflexionando sobre el fenómeno de la contratransferencia. Bedó (1992) plantea en su *Panel Foro “Contratransferencia”* que una de las razones por las cuales se ha escrito poco durante largos periodos de tiempo sobre dicha temática, es la incomodidad que la contratransferencia produce en los analistas. De alguna manera, aceptar y analizar la contratransferencia obliga a los analistas a hablar de sí mismos, los expone. Este fenómeno “destrona al terapeuta de su sitio de privilegio, horizontaliza la relación terapéutica, el peso de la psicopatología ya no recae enteramente sobre el paciente” (Bedó, 1992, p. 376)

La mayoría de los autores actuales han abandonado la idea de que la contratransferencia es un obstáculo, y consideran que, si se presta atención a ella y se trabaja en el análisis personal, la contratransferencia puede ser un instrumento para la cura, que contribuye en la comprensión del paciente.

El analista debe estar atento a las respuestas contratransferenciales que le despierta el paciente, y utilizarlas como recursos para trabajar en el análisis personal o el espacio de supervisión. Estos recursos sirven para elaborar hipótesis que ayudarán al analista a comprender el inconsciente del paciente.

## **Telepsicología**

El término Telepsicología refiere a “la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación...Dentro de estos medios podemos incluir los dispositivos móviles, los ordenadores personales, los teléfonos, las videoconferencias, el correo electrónico, webs de autoayuda, blogs, redes sociales, etc.” (APA, 2013/2017)

En el contexto de la emergencia sanitaria por Covid -19 esta modalidad de atención emerge como un sustituto del encuentro presencial frente a la medida preventiva de aislamiento social, con el objetivo de poder continuar brindando atención psicológica.

## Análisis de la implicación

Repensar la práctica profesional desde el rol del psicólogo, nos lleva a plantearnos el concepto de implicación, en un constante vínculo con el otro. Como propone Lourau (citado por Acevedo, 2001), es posible realizar una distinción entre dos categorías de esta implicación: práctica e institucional. Por otro lado, Ardoino (1997) realiza la misma clasificación bajo los términos de implicación libidinal y social o institucional.

El concepto de implicación comprende no solo a los sujetos que se relacionan, sino también a las instituciones que lo habilitan. Por lo tanto, es fundamental posicionarnos en un lugar de análisis de nuestras implicaciones, de las cuales no podemos desprendernos, pero que corresponde hacer un uso adecuado de las mismas sin que estas pongan en riesgo la práctica profesional.

De igual modo, implicarse no es comprometerse, tampoco lo es añadirse a las situaciones del otro sino acompañarlo desde una distancia óptima que le permita la realización de sus propias respuestas, siendo el puente entre su demanda y las distintas opciones o recursos (tanto personales como institucionales o sociales) que tiene para satisfacerla.

El análisis de la implicación puede entenderse como un conjunto de relaciones que existen entre un actor y el sistema institucional, de tal manera que este interjuego de relaciones nos invita a plantearnos interrogantes. No es menor la importancia de cuestionarnos el lugar en que nos posicionamos.

Como parte del análisis de nuestras implicaciones en las prácticas preprofesionales, entiendo que ha sido de suma importancia participar de espacios de supervisión y de psicoterapia personal, en donde al exponer nuestras perspectivas frente a un otro, se abría la posibilidad de “mirar el mundo con “nuevos ojos” y pensarlo desde nuevos esquemas” (Acevedo, 2001).

En lo personal, realizar una práctica de intervención con un paciente, me generaba muchas expectativas. Considero que es una experiencia necesaria dentro de la formación, más aún para quienes estamos interesados en continuar nuestra práctica profesional en clínica. Sin embargo, estaba presente el miedo, y me surgen constantes cuestionamientos respecto a si estaba preparada para trabajar con un paciente, y si contaba con las herramientas teóricas necesarias.

Como mencionamos la modalidad virtual en la atención, a causa de la pandemia por COVID - 19, implicó un nuevo desafío en la atención en Salud Mental, en donde fue necesario poder generar y sostener el vínculo terapéutico con el paciente a través de la pantalla. Al desafío habitual de tener que lograr un vínculo terapéutico con un paciente y por primera vez, se agrega el que, en esta ocasión, debía establecerse en las condiciones de un encuentro virtual. En lo personal, ya había vivenciado esta experiencia desde el otro lado en mi propio espacio psicoterapéutico, lo que había sido una experiencia positiva. Posiblemente la propia experiencia favorable, desde el otro lado del vínculo, llevó a una actitud de buena disponibilidad para tener que abordar la tarea de esta manera. Descubrí la cercanía que se puede tener incluso a través de una videollamada, pudiendo lograr el establecimiento de un buen vínculo terapéutico, cuando el psicoterapeuta tiene una escucha atenta, se acerca o aleja de la cámara, o realiza cambios en el tono de voz y presta la debida atención. Fue de mucho interés poder vivenciar la experiencia, en esta oportunidad, desde el otro lado.

Resulta interesante de la Telepsicología descubrir cómo con esta modalidad de trabajo nos acercamos a la intimidad del paciente, en una manera diferente a lo que sucede en una modalidad más convencional. A través de una videollamada podemos llegar a conocer su casa, como vive, e incluso, a alguno de sus familiares, como sucedió con mi paciente, que durante las entrevistas, en ocasiones estaban presentes sus hijos más pequeños, quienes dormían o jugaban alrededor de su madre mientras ella conversaba conmigo. Si bien, podemos discutir sobre lo adecuado o no de esta situación y si es lo más saludable para los niños, la misma pone en evidencia nuevos aspectos que será necesario tener en cuenta para el encuadre de trabajo, pero que a su vez también nos brinda información a analizar.

En muchas ocasiones la videollamada era vivenciada por mi parte como un “visitar” a mi paciente, y que ella me recibiera en su hogar en las condiciones tal cual estaba en ese momento. A veces me atendía más animada, sentada en lo que parecía ser la cocina, con altavoz y mucha luz; y otras veces, teníamos la videollamada mientras ella estaba sentada en la cama, con auriculares puestos y con aspecto poco arreglado. Particularmente, pude observar que esto variaba en función de su estado de ánimo, y de las diferentes etapas en el proceso de intervención. Indudablemente la tecnología, con el aporte de nuevas modalidades de trabajo, le otorga a la consulta clínica elementos que no se podrían observar en la consulta tradicional.

Con respecto a esto Carlino (2020) escribe

Cuando el analizante se comunica desde su propio medio habitacional, se lo percibe en su “propia salsa”. En ocasiones surge un impedimento que lleva a que la sesión transcurra a

partir de un diferente lugar, ya sea desde el trabajo, ya de un gimnasio y transpirado, ya desde un parque público desde donde se halla una señal de wi-fi y un lugar adecuado. Estos *settings* analíticos ocasionales, en lugar de entorpecer, pueden desestabilizar el piso de las resistencias surgiendo así una mayor espontaneidad y transparencia. Desde diferentes “salsas” pueden surgir diferentes facetas.

En el momento en que nos planteamos la necesidad de contar con otros recursos para el abordaje de una paciente con estas características, nos enfrentamos a las dificultades inherentes al sistema de salud. Dada la situación de pandemia, era aún más dificultoso de lo habitual acceder a un equipo de atención en salud mental que estuviera disponible para tomarla como paciente en ese momento. Fue muy frustrante en estas primeras etapas de mi experiencia con la clínica, encontrarme con las características del sistema de salud y sus grandes fallas. No había lugares para derivar, ni números en policlínica para acceder a las consultas con psiquiatra. Las carencias en el sistema de salud me dejaron sosteniendo en forma solitaria, más allá del espacio de supervisión, a una paciente grave y en riesgo. Me sentí cansada y presionada, entre las exigencias y demandas constantes de mi paciente, y las exigencias de cumplir con mis responsabilidades en la práctica de formación. También muchas veces sentí que me faltaban herramientas teóricas, sobre todo de los aspectos psicopatológicos, para poder comprender y trabajar con esta paciente.

Nos preguntamos si un estudiante de grado se encuentra en las condiciones adecuadas, aun teniendo supervisión, como para asumir el tratamiento de un paciente con esta gravedad. Pacientes con estas características tornan a la experiencia de práctica en una tarea de mucha exigencia para quienes se enfrentan con sus primeras experiencias en la clínica.

Por otra parte, este tipo de experiencias constituyen una oportunidad para tomar contacto con los desafíos de la clínica actual, y tener que encontrar la forma de llevar adelante la intervención, en el contexto de la realidad de la situación de atención en Salud Mental en nuestro país, más aún a nivel de las instituciones públicas.

# Análisis de la transferencia y contratransferencia

## Primer momento - Entrevistas 1 a 9

Desde el primer encuentro y aun en lo previo, quedan en evidencia los rasgos de personalidad de Maite y su forma de relacionarse con el otro. Es llamativa su particular insistencia por iniciar las consultas, cuando reclama telefónicamente que no ha sido contactada, lo que nos lleva a preguntarnos sobre sus urgencias, y las expectativas que tenía puestas en la intervención.

Como se menciona, en las primeras entrevistas se presenta con un relato que era masivo e ininterrumpido, sin las pausas habituales del intercambio donde se habla, y se da lugar a la respuesta del otro. Desde mi lugar, era imposible introducir alguna palabra. Hablaba tanto durante las entrevistas, que yo no sabía dónde ni cómo intervenir. Mi percepción era que no me escuchaba y que ella simplemente evacuaba en mí todo lo que sentía. Consideramos que en esta forma de manifestarse en los encuentros conmigo, ella estaba mostrando su forma de relacionamiento con el otro, su vida afectiva dominada por sentimientos intensos difíciles de modular, debiendo ser satisfechos en el instante o en su defecto expulsados inmediatamente (Marcelli & Braconier, 2005)

Por otra parte, es notoria la mención de ella en forma reiterada de que contaba conmigo, quedando en evidencia que Maite buscaba alguien donde depositar su malestar a la vez que manifestaba una expectativa de alivio importante a partir del primer encuentro. Durante una entrevista expresa varias veces *“ahora te tengo a vos”*, evidenciando el inicio del establecimiento de un vínculo transferencial positivo. Entendemos que, a través de este vínculo transferencial, Maite reedita conmigo vínculos y experiencias de sus etapas tempranas. Al decir *“ahora te tengo a vos”*, de alguna manera nos remite a pensar que hubieron momentos en los cuales no hubo un otro *“vos”*, a quien *“tener”*, es decir disponible para ella y con quien contar.

También quedan de manifiesto en este vínculo sus aspectos de ambivalencia cuando, en la misma entrevista, hablando de una tercera persona dice *“a mí una pendeja no me va a venir a decir qué hacer”*. Dentro del contexto de lo relatado, puede entenderse que también estaba refiriéndose a mi persona. Al mismo tiempo que está diciendo que cuenta conmigo, mostrando una transferencia positiva, se muestra hostil haciendo referencia en forma despectiva a mi edad, menor a la de ella y aparecen sus aspectos de desconfianza.

Durante esta primera etapa, Maite explicita una preocupación constante porque su hija no habla y miedo a que pudiera ocurrirle algo adverso en el ambiente extrafamiliar, cuando tenga que ir a la escuela, y que, al no poder relatarlo, no pueda pedirle ayuda. Refiere también, la presencia de sentimientos de culpa con relación a lo que le sucede a la niña, revelando su creencia de que, de alguna manera, ella lo ha provocado. Relaciona temporalmente la muerte de su madre con el nacimiento de esta hija.

Se destaca que su movimiento inicial al acercarse al servicio es para que reciba atención la hija, y en ese pedido, quien la recibe, al percibir en ella mucha angustia, le ofrece agendarla para que también reciba atención. Sí bien entendemos lo positivo de que esté atenta a las necesidades de su hija, queda aquí a la vista que Maite no podía percibir sus propias dificultades, ni conectarse con su dolor.

Nos preguntamos si en esta forma de presentación, nos está trayendo a ella misma, niña, frente a un *otro* adulto que la cuide. Nos llamó mucho la atención en ese momento su particular preocupación de que algo pudiera sucederle en el ámbito de la escuela a su hija y no pudiera ser comunicado. Esto nos llevó a preguntarnos si esta particular preocupación estaba relacionada únicamente con la situación de su hija, o si tenía que ver con sus propias vivencias tempranas.

Otro de los temas a lo que hace referencia en ese momento es que, en días previos a la primera entrevista, en un contexto de mucho enojo, en medio de una discusión, había echado a su pareja del hogar constituido por ambos, y seguidamente en el contexto del mismo conflicto se pelea con su hermana y la bloquea de Whatsapp. Respecto a esto dice: *“mi hermana me culpa, ella lo recibe en su casa...desato una furia con ella”*.

En el relato de esta pelea, aludiendo a una separación anterior con esta pareja, dice *“con esta pelea última reflató todo...hubieron meses de tranquilidad en los que estuvo dormida la bestia”*.

Estas descripciones que ella hace de sus afectos y accionar en sus vínculos, ilustran claramente los aspectos de impulsividad mencionados en la viñeta clínica. Aparece la ira intensa, con dificultad para modularla y que la lleva al ataque.

Refiriéndose a la angustia que le podían generar los hechos de su pareja en el periodo que estaban separados ella expresa: *“Yo quiero saber todo. Yo necesito saber. No quiero saber en cuotas, quiero saber todo. Tragarme todo junto. De última te tengo hoy a vos, y lo hablo con vos”*. Muestra aquí la omnipotencia, ya percibida en otros momentos, como pudiendo con todo, aun con sentimientos muy intensos que le generaron algunos acontecimientos, pero también alude a la idealización del espacio terapéutico, donde en conjunto conmigo podría afrontar *“todo”*.

Estos aspectos descritos, junto con la presencia importante de angustia, la ambivalencia en los vínculos, con pasajes abruptos de la idealización a la desvalorización del otro y las vivencias depresivas, nos hacen pensar en que Maite presenta rasgos de personalidad de tipo borderline (Marcelli & Braconier, 2005). Queremos puntualizar aquí que, el hablar en término de rasgos nos permite comprender el modo de funcionamiento psíquico de Maite y no estamos necesariamente definiendo la presencia de un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Otto Kernberg (1967,1975) acuñó el término organización borderline de la personalidad para abarcar a un grupo de pacientes que mostraban patrones característicos de debilidad del yo, operaciones defensivas primitivas, y relaciones de objeto problemáticas...Dentro de los rasgos claves que describe en esta condición se encuentran las manifestaciones no específicas de debilidad del yo, donde la capacidad para demorar la descarga de los impulsos y modular los afectos como la ansiedad está debilitada. (Gabbard, 2002)

En los momentos en los que Maite estaba más angustiada aumentamos la frecuencia de las intervenciones a dos veces por semana. Se encontraba desbordada en cada encuentro, a veces incluso pasaba toda la consulta llorando, pero también estaba muy enojada. Mi percepción en ese momento era que Maite era impenetrable, y me provocaba fuertes sentimientos de impotencia, llegando a experimentar la sensación de estar de manos atadas. Era difícil devolverle algo de lo que yo percibía a través de sus expresiones, o hacerle una pregunta que la hiciera pensar. No escuchaba.

Contratransferencialmente, durante las primeras entrevistas, me generaba inquietud y malestar conocer todo lo que esta mujer había vivido y me estaba transmitiendo, y también me surgían fuertes deseos de ayudarla. Sin embargo, con el transcurso de varios encuentros, donde repetitivamente me enfrentaba a la situación de espectadora pasiva de su sufrimiento, comencé a sentirme agobiada, y por momentos, desesperanzada. Esto me llevó a trabajar en mi propio análisis lo que estaba sintiendo. Una de las líneas que surgieron de este trabajo fue cuestionarme si el agobio que yo estaba sintiendo estaba relacionado con el agobio que Maite estaba viviendo.

Para Paula Heimann (1950) “las emociones despertadas en él (analista) son mucho más cercanas al núcleo del problema que su razonamiento, o, para ponerlo en otras palabras, su percepción inconsciente del inconsciente del paciente es más aguda y anticipatoria que su concepción consciente de la situación” (p. 2)

Luego de varias semanas de iniciado el proceso, Maite envía al número de Whatsapp que utilizaba para la clínica, un mensaje un sábado. Lo veo recién al prender el celular, tres

días después, momentos antes de la siguiente entrevista. Al llamarla, para iniciar la entrevista no responde, situación que nunca había ocurrido previamente. Aproximadamente a los diez minutos envía un mensaje de texto diciendo que la volviera a llamar. Al comenzar la entrevista expresa *“me tenes abandonada”*.

Al rato, se queja de sentirse sobrecargada y dice *“¿a mi quien me cuida?”*, expresiones todas que evidencian sus vivencias tempranas de abandono, actualizadas a partir de mi ausencia de respuesta a su demanda fuera del encuadre, en el contexto del vínculo de transferencia.

Más adelante, en otra entrevista en la que continuaba en esta situación de angustia intensa, expresa ideas de darse muerte diciendo *“me he llegado a pensar en matarme. X (la hija que no habla) no tenía que tener una mamá así. No siento que me pueda parar”*.

Le señalo nuevamente, como en muchos otros momentos, la importancia de mirarse y pensar en ella. Que era necesario poner límites a su sufrimiento, y que juntas podemos buscar de qué manera, ya que yo estaba para acompañarla.

Nos preguntamos si al referirse a que su hija *“no tenía que tener una mamá así”*, también está tomando contacto con sus vivencias de niña y la mamá que tenía. También nos lleva a pensar si sus ideas de darse muerte surgen a partir del dolor que implica ponerse en contacto con estos afectos y vivencias tempranas, a la vez, que creer que ella tampoco está siendo una buena madre para su hija.

Al analizar la respuesta que yo le doy en ese momento, queda en evidencia que transferencialmente yo le respondo en función de sus propios sentimientos de abandono y necesidad de sostén. Sus expresiones de muerte me generaron mucha preocupación y alarma, entendiendo que este era un momento de gran riesgo para Maite. Al mismo tiempo una situación de este tipo constituía un gran desafío en mi formación, por lo cual llevé todo esto al espacio de supervisión.

Se había planteado ya desde el principio la importancia de consultar con un psiquiatra, que evaluara la necesidad de incorporar tratamiento farmacológico para disminuir el nivel de sufrimiento, de angustia y de impulsividad ya que su malestar le estaba generando una repercusión importante en todas las áreas de su vida cotidiana. Dentro de esta consideración, estaba también contemplado el bienestar de sus hijos, que según lo que ella nos relataba, inferimos que los niños estaban siendo afectados por el estado psíquico de su mamá. En el caso del niño pequeño, desde el principio Maite comentaba que le demandaba mucho, que siempre lloraba y que ella *“no lo aguantaba más”*. Esta expresión al referirse a su tarea como madre, sumada a otras similares, nos hacen pensar que el tener que contener a otro le generaba un monto de angustia tal, que la desbordaba aún más. El niño



necesitaba una madre presente y disponible, que le transmitiera seguridad, lo calmara y lo cuidara, pero en ese momento, ella no podía cuidarse ni calmarse a sí misma.

Por último, y no menos importante, la sugerencia incluía la posibilidad de que, con la indicación de un fármaco, se lograra disminuir parcialmente el nivel de angustia, mejorando así las condiciones psíquicas para poder avanzar en el abordaje psicoterapéutico.

Maite estaba muy ambivalente respecto a consultar con psiquiatría, manifestando que anteriormente había tenido una experiencia negativa. Por otra parte, si bien estaba interesada en la intervención terapéutica, su actitud continuaba vez tras vez limitándose a expresar todo su malestar, como la primera vez, sin recepcionar lo que se le devolvía y sin ninguna modificación. Mi percepción era que no colaboraba en el proceso. Nos preguntamos si esta actitud de ella era consecuencia de una rigidez defensiva muy importante, o parte de un ataque envidioso donde para ella era intolerable recibir algo bueno del otro.

## **Segundo momento - Entrevista 10**

Como se ha mencionado, en la intervención que realizamos en conjunto con la docente/supervisora, al formularle a Maite las diferentes opciones que manejamos para abordar su situación, la enfrentamos a tener que tomar sus propias decisiones sobre su vida, y a tener que pensar sobre qué movimientos estaba dispuesta a hacer. La formulación de las diferentes opciones estaba relacionada, además de lo vinculado al abordaje terapéutico, con otros planteos que ella estaba realizando, como, por ejemplo, la posibilidad de retornar a su país de origen con sus hijos, y/o realizar una denuncia por violencia de género contra su pareja, para lo cual nos solicitó asesoramiento.

La situación planteada por Maite me había llevado a buscar redes de contacto para trabajar de forma interdisciplinaria con el MIDES u otros servicios de ayuda a mujeres en situaciones de violencia. La situación requirió que me informara al respecto, y me comunicara con diferentes organismos en busca de apoyo. En los reiterados encuentros, Maite demandaba ser ayudada para resolver su situación crítica en el vínculo con su pareja y su situación económica, generando como respuesta múltiples movimientos por mi parte para la búsqueda de diferentes opciones de resolución. Sin embargo, se destaca que frente a las posibilidades que se le presentaban ella no tomaba en consideración las propuestas y

ya no existía el interés por aquellos temas que en otro momento había planteado como urgentes.

Al tomar conciencia de estos aspectos de ella, desde el equipo, entendimos necesario devolverle lo observado, señalando sus contradicciones, y restableciendo el encuadre, transmitiendo los límites de mi accionar y función. El objetivo fue poner límites a la paciente, enfrentándola con el hecho de que a partir de sus decisiones, los movimientos pertinentes tenían que ser de ella, y que mi función consistiría en acompañarla en el accionar necesario y sostenerla en el camino que decidiera transitar.

Dicho de otra manera, la introducción de la figura de la docente/supervisora y su intervención llevó a una nueva formulación del encuadre, funcionando como un tercero que introduce los límites necesarios. Esto contribuyó a organizar el pensamiento ambivalente de la paciente y favoreció el movimiento de simbolización, disminuyendo la violencia actuada.

Consideramos que este encuentro fundamental, a partir del cual se genera otra forma de trabajo terapéutico, se dio a partir de lo que traía Maite en lo previo, lo que me generaba contratransferencialmente y lo analizado en conjunto en el grupo de supervisión.

En el proceso analítico encontramos momentos de diferente significación. Los que me han resultado más relevantes son aquellos en los cuales se produce un intrincamiento entre las vivencias del paciente y las del analista. En estos momentos se intensifica la comunicación analítica: ya sea el diálogo verbal, el gestual, diversas manifestaciones del inconsciente ocurridas en la sesión, lapsus, fantasías, el relato de los sueños, los fenómenos de identificación proyectiva e introyectiva entre otros. Estos momentos de intrincamiento, verdaderos nudos en los que se activan los aspectos transferenciales y contratransferenciales en la relación analítica, proporcionan la base del proceso analítico. (de León de Bernardi, 1996)

### **Tercer momento - Entrevista 11 al cierre**

A partir de ahí, los encuentros empezaron a ser mucho más fructíferos. Me encontré con otra versión de Maite, con mayor apertura, que podía reflexionar, ser autocrítica y pensar estrategias de autocuidado.

Se empieza a ver como Maite empieza a salir de la ilusión mágica y a conectarse con el dolor de la desilusión. Reconoce y se hace cargo de los efectos que producen su accionar, disminuyendo los aspectos proyectivos pulsionales. Dice: *“es una cuestión de hace mucho conmigo. Necesito hacer ya un basta. Yo quiero eso para mí y me cuesta. Tengo que luchar con la estupidez que pienso y sacarme un poquito de casa”* y luego agrega *“cuando tocas el piso nadie te va a salvar”*.

Más adelante, en la etapa de cierre del proceso ella trae este momento como *“haber tocado fondo”*, y dice *“me parece que cuando caes no te queda otra que levantarte”*.

Le vuelvo a mencionar en el desarrollo de estos encuentros si había pensado en la opción planteada por Teresa de ser derivada con un psicoterapeuta con experiencia, que pudiera sostener en el tiempo el espacio terapéutico, y ella vuelve a decir que no quiere. Haciendo alusión a esto, agrega: *“yo no lo siento como una gran oportunidad”*.

¿Su respuesta tiene que ver con su dificultad para separarse? ¿La propuesta planteada hará resurgir en ella vivencias de abandono? Destacamos que a partir del encuentro en conjunto con la docente/supervisora, y en el cual se le hace dicha propuesta, la observo esforzándose por tener una actitud activa en el proceso, más acorde a lo que se le planteó en ese encuentro. Da la impresión de que se instalará en el lugar de la paciente idealizada.

En las videollamadas se la ve más animada, fuera de la cama y en un espacio más luminoso. También es de destacar que empieza a incorporar conductas de autocuidado. Logra mirarse hacia ella misma, y apropiarse de su “yo mujer”. Ejemplos de esto son, los encuentros en los que me cuenta que después de varios años se había comprado en la feria un jean y estaba contenta por ello, y cuando conversamos sobre sus ganas de teñirse el pelo, algo que había hecho regularmente por muchos años, pero que había dejado de hacer porque le daba culpa invertir dinero y tiempo en algo para ella.

Luego de varios encuentros, empezamos a trabajar el cierre, porque terminaba la práctica. En ese momento irrumpen nuevamente aspectos violentos, pero de todas formas permanece una versión de Maite que se conecta con la tristeza y sus dificultades en manejar sus enojos.

Luego de una pelea con su pareja ella dice: *“otra vez mi ira causó efecto. Quería volver a comentarte sobre pedir medicación. Es demasiado, no lo puedo manejar. ¿Por qué el exceso? De la bronca pegue con la mesada y me quedaron los dedos violetas. En ese momento no lo puedo manejar, es como que sale otra persona. ¿Cómo se trabaja?”*, luego agrega *“estoy triste porque no me contuve”*.

Destacamos como ha pasado de una primera etapa en la cual no podía reflexionar sobre sí misma, ni escuchar lo que el otro le decía, a poder visualizar sus dificultades, interrogarse

qué las origina y pedir ayuda para resolverlas. Resulta interesante la verbalización de tristeza frente a contactar con que no ha podido contener sus impulsos.

Maite necesitaba empezar a relacionar sus enojos, sus estallidos de furia, con el dolor que sentía por aquellos momentos en su vida donde sintió que no la contuvieron y que la dejaron sola. Era importante darle un contenido a su angustia, que se expresaba en enojo, y poner palabras allí donde estuvieron ausentes.

En el contexto de la transferencia, ella logra empezar a verbalizar muchos momentos de su vida temprana donde experimentó sentimientos de no ser escuchada, de no ser mirada ni tenida en cuenta, con vivencias de desamparo y abandono. Por ejemplo, relata que estuvo hospitalizada de pequeña en dos oportunidades por desnutrición, a la vez que se pregunta cómo fue posible que sus padres hubieran permitido que llegara a esa situación. También se refiere a su etapa escolar como un periodo con fuertes sentimientos de soledad y desamparo. Cuenta que se sentía agredida y no entendida por sus compañeros y una docente, lo que al relatarlo a su mamá ella le quitaba importancia. Agrega que sus compañeros le preguntaban si era huérfana.

Durante esos relatos, mis pensamientos fueron hacia aquellas interrogantes que me generaban su particular preocupación respecto a que le sucediera algo a su hija en el ambiente escolar y no pudiera comunicarlo.

En palabras de Nasio (2017) “la especificidad del analista consiste en sentir la vieja emoción traumática que el paciente ya no siente hoy, y que, sin embargo, está allí, está en él, oculta detrás de la emoción manifiesta...siendo psicoanalista, siento, detrás de la tristeza, el odio sordo provocado por una antigua decepción dolorosa, vivida como una injusticia. Me identificó entonces con la niña o con la joven adolescente de ayer, decepcionada y rencorosa.” (pp.29)

En los últimos encuentros dice: *“te pude escuchar, reconocer que no soy la perfección como creía que era”*, pudiendo correrse de la idealización narcisista.

Para Maite era importante pasar por la experiencia de que alguien se preocupara por ella, la mirara y la pensara. Que alguien estuviera sumamente interesado en saber quién era ella y que sentía. Con relación a esto, ella expresó varias veces, sobre el final del proceso, que le había quedado grabada mi pregunta, reiterada muchas veces, “¿Vos qué sentís?”.

Dice: *“vos me parabas y me decías “vos que sentís?”. Que se yo...el “qué se yo” le tengo que dar un nombre. Con otros psicólogos me pasaba que me escuchaban lo que pasaba y no lo que sentía. De veras, preguntas mucho “¿qué sentís?”*.

Recién en ese momento, a pesar de tener presente la frecuencia con la que le realizaba esta pregunta, concientice que Maite necesitaba que yo sé la formulara, para, a partir de eso, poder mirar hacia sí misma, prestarse más atención, descubrir que sentía y cuestionarse. Eso implicaba empezar a conectar con su propio deseo. Para eso, primero necesitaba a alguien que inicialmente lo hiciera por ella, y de esa forma la habilite.

En palabras de Nasio (2017) para que se logre despertar el propio deseo del paciente, la premisa absoluta es que nosotros tengamos el firme deseo de vivir lo que él vive interiormente. “el analista debe, ante todo y sobre todo querer entrar en el mundo interior y silencioso del paciente, tener el deseo de saber cómo él se percibe interiormente, e incluso como él se ignora.” (p. 32). Esto, según el autor, lleva a alcanzar un nivel profundo de escucha.

“En suma, la premisa insoslayable que preside toda escucha terapéutica es tener el ferviente deseo de deslizarse en el mundo interno del hombre, de la mujer, del joven o del niño que nos habla. Si el psicoanalista no se siente agujoneado por esa voluntad de ir hacia el otro, de penetrar en su universo íntimo, de sentir lo que el otro siente en su interior y descubrir porque sufre, no pasara nada. En cambio, si el analista se siente estimulado por el deseo de entrar en el otro y lograr reavivar la llama extinguida de su paciente, podemos estar seguros de que el analizante, sensible a este impulso hacia él, será más receptivo y estará más dispuesto a seguir avanzando.” (Nasio, 2017, p. 33)

Si bien desde el inicio de la intervención fue explicitado el periodo de tiempo de trabajo en conjunto, dos meses antes de finalizar los encuentros acordamos con Maite la fecha del cierre. Durante ese último tiempo ella iba llevando la cuenta regresiva de cuantos encuentros nos quedaban y lo mencionaba al iniciar cada encuentro.

En la penúltima entrevista dice *“Me vas a extrañar, si pude con esta loca...Te toco lo peor, no sé lo que hiciste”*. Vemos cómo en esta expresión Maite hace alusión a los sentimientos de angustia por la próxima separación, pero los deposita en mí. Al mismo tiempo, transmite el tener una percepción de sí misma menos omnipotente y con mayor reconocimiento de sus dificultades.

En ese momento recibo sus palabras como cierto reconocimiento al proceso realizado y a mi persona. En una segunda lectura del material clínico me surge la pregunta de si sus expresiones al mismo tiempo no son manifestación de cierta hostilidad hacia mí.

Durante todo el proceso fue una preocupación por mi parte, y también hablado en el espacio de supervisión, los tiempos de la intervención, limitados por la práctica de Facultad. Más allá de las características del funcionamiento de Maite, me cuestioné aún más durante

esas últimas entrevistas, cómo ella estaba procesando esta finalización predeterminada y si de alguna forma no la llevaba a reeditar sus vivencias de abandono.

En la misma entrevista dice *“Este año fue una cosa de criticarme en todos los sentidos, y dejar de creer que era perfecta. Y ver que soy chiquitita”*.

Cerrando ese encuentro y refiriéndose al próximo (último) Maite pide *“no me tire flores”* y agrega *“Odio las despedidas. ¿Vos estás preparada para que yo esté sola? Estoy sola en la vida. Algo me atajabas”*.

En el último encuentro Maite hace referencia a distintos puntos trabajados, a modo de síntesis. Usando la imagen de un soldado, expresa que le habían puesto un gorro (de soldado) que ya no quería tener más, aludiendo a su reacción habitual a salir a pelear en forma impulsiva frente a cualquier frustración.

También reconoce su dificultad para mirarse y pensarse, conectándolo con las características de las mujeres de su familia. *“Cuesta pensar en mí. Viene de arriba, de mi abuela. Mi mamá lo único que hacía era ponerse las cremas. Era última. Por eso el rubio”*. Con esto último hace referencia a su cambio de actitud reciente, ya mencionado, frente a su cuidado personal.

Resulta significativo de los últimos encuentros la expresión *“Conmigo te consagraste. Va creciendo empoderado el árbol”*, la cual ilustra como Maite pudo apropiarse del proceso y tomar lo trabajado a favor de su salud.

La transferencia es un efecto de la repetición, es su producción más directa, más imprevisible... Porque, sabemos desde Freud que existen dos clases de repeticiones: la primera, que él puso al descubierto en Más allá del principio de placer, es una repetición sistemática, mortífera, dogmática, que le hace el juego a la pulsión de muerte... Y existe también una repetición ligante, accesible a nuevos objetos, abierta a la renovación, a lo imprevisto, y que le hace el juego a la pulsión de vida. Esta repetición permite integrar nuevos materiales a los fantasmas anteriores y encuentra su satisfacción en esta renovación y en la ligazón que ella opera. Con la repetición ocurre lo mismo que con la rueda del molino: o bien gira para moler el grano, integrando paralelamente en estos nuevos aportes de trigo; o bien gira simplemente por el placer de girar, para moler... nada, o concretamente, para molerse a sí misma, ya que en este juego termina por encontrar su placer en el desgaste, en la autodestrucción. (Bonnet, 1996, pág. 17)

## Consideraciones finales

Se considera que la transferencia y la contratransferencia son elementos fundamentales para el trabajo en la clínica desde una perspectiva psicoanalítica. Esto se pudo observar claramente en el caso clínico expuesto, en el cual el tener en cuenta la presencia de estos fenómenos y su análisis, posibilitó el desarrollo de un proceso favorable a la salud de la paciente.

Maite necesitaba que alguien se preocupara por ella, que la mirara y que la pensara. Alguien que la acompañara en su búsqueda de opciones para su bienestar y el de su familia, y que estuviera disponible. A su vez, necesitaba a alguien que pusiera límites de una forma firme y amorosa, acompañándola en el proceso de aceptar lo no posible. Al igual que en un niño, la puesta de límites es una forma de cuidado y contribuye a que logre mayor organización psíquica.

De alguna manera, hablar de estas necesidades nos lleva a pensar en la existencia de carencias tempranas y la falta de alguien que se ocupara de ella y la cuidara como en un rol materno. Transitar la experiencia de ser mirada, escuchada, transmitiéndole que me importaba ella y lo que le pasara, dio lugar a que ella empezara a hacerlo por sí misma, y a partir de eso, con sus hijos. Maite logró a través del vínculo de transferencia experimentar la vivencia de ser cuidada. Era importante para ella sentir que estaban los ojos puestos en ella, y que valorizaba su sentir. Necesitaba que le diera lugar a su deseo y a su palabra.

Esta experiencia en la práctica me llevó a reflexionar sobre cómo en la clínica a través del vínculo terapéutico y de la palabra podemos apuntalar a otro y ayudarlo a posicionarse en su vida de una manera diferente. Esto muestra la necesidad que tenemos los seres humanos del otro para la vida, siendo una de las funciones más importantes el que nos amparen. Maite había sufrido mucho desamparo en su infancia, con situaciones muy violentas para una niña, que la habían llevado a defenderse de su desamparo, dejando de tomar contacto con los afectos que este le generaban y mostrándose hostil, agresiva y prescindente del otro.

Vemos cómo a partir del vínculo terapéutico ella logra movilizar sus defensas, recordar y poner en palabras sus vivencias tempranas dolorosas y darse cuenta de sus propias dificultades, queriendo modificarlas. Beatriz de León (2010) plantea que en determinadas etapas el principal trabajo del analista es el de buscar ofrecer una comprensión humana y tolerante que permita el establecimiento del vínculo y del encuadre. El encuadre posibilita interrogarse acerca del posicionamiento con respecto a sí mismo y a los demás.

A pesar del corto tiempo, preestablecido por fuera de las necesidades individuales de Maite, consideramos que el proceso constituyó una buena experiencia para ella, la cual podrá oficiar de antecedente para buscar ayuda nuevamente y estar disponible para otro proceso terapéutico. Esto último, sin dejar de tener en cuenta, los movimientos ya iniciados por ella a partir de esta intervención.

Retomando las ideas de Bonnet (1996) tenemos en cuenta que no existe la repetición únicamente ligante o mortífera. Estas están siempre asociadas y a lo que podemos aspirar es a plantearnos de qué modo se pueden aliar de tal forma que salga ganando la repetición de vida. Hipotéticamente consideramos que Maite, a través del vínculo de transferencia logró “que las cosas se inclinen del lado de la ligazón, más que de la fijación sin salida” (p.19).



## Referencias bibliográficas

- Acevedo, M. (2001). La implicación. Luces y sombras del concepto lorauniano. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires – Facultad de Ciencias Sociales Equipo de Cátedras del Prof. Ferrarós. Obtenido de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/mja%20la%20implicaci%F3n.pdf>
- Alvarez, I. (2012). La transferencia: un recorrido en la obra de Freud y Lacan. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.
- American Psychological Association. (2017). *Guía para la práctica de la Telepsicología*. España: Consejo General de la Psicología. (Trabajo original publicado en 2013)
- Ardoino, J. (1997). La implicación. *CONFERENCIA IMPARTIDA EN EL CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE LA UNIVERSIDAD*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bonnet, G. (1996). *La transferencia en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Breuer, J. y S. Freud (1978). Estudios sobre la histeria. En: *Obras completas*. Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu (1893-1895)
- Carlino, R. (2020). Cyberanálisis: consideraciones actuales. *Topia*, 88, págs. 22-23. Obtenido de [file:///C:/Users/jkarlen/Downloads/revista\\_topia\\_88\\_abril\\_2020\\_la\\_era\\_de\\_la\\_d\\_e\\_presion.pdf](file:///C:/Users/jkarlen/Downloads/revista_topia_88_abril_2020_la_era_de_la_d_e_presion.pdf)
- de León de Berlandi, B. (1996). Problemas del campo de la transferencia – contratransferencia: perspectiva actual y vigencia de nuestras raíces. *Revista uruguaya de psicoanálisis*.
- de León de Bernaldi, B. (2010). Transferencia, contratransferencia y vínculo: enfoque clínico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 111, 168 - 181. Obtenido de <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/924>
- Freud, S. (1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En: *Obras completas*, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu, (Trabajo original publicado en 1905)

- Freud, S. (1980). Recordar, repetir y reelaborar. En: *Obras completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu, (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1986b). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En: *Obras Completas*. Vol.12. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1991). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu, (Trabajo original publicado en 1912).
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Heimann, P. (1950). Acerca de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4. Obtenido de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040105.pdf>
- Heimann, P. (1961). Contratransferencia. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, 4(1), 137–149. Obtenido de <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/836>
- Macalpine, I. (1950). El desarrollo de la transferencia. *Affectio Societatis*, 16 (30), 225-263.
- Marcelli, D., & Braconier, A. (2005). *Psicopatología del adolescente: manual. 2a ed.* Barcelona: Masson.
- Nasio, D. (2017). *Sí, el psicoanálisis cura*. Buenos Aires: Paidós.
- Schroeder, D. (2000). El sujeto y el objeto de la contratransferencia. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, 92, 137–158. Obtenido de <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1433>