



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

*DISCUSIONES TEÓRICO-TÉCNICAS DEL MANEJO DE LA TRANSFERENCIA EN
LA PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA A PROPÓSITO
DE UN CASO CLÍNICO*

Autora: Carolina Sotelo Moyano
Académico Guía: Hugo Rojas Olea

(Santiago de Chile 2009)

***La ciencia moderna
aún no ha producido un medicamento tranquilizador
tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.
(Sigmund Freud)***

*Dedicada a mi papá y a mi mamá, por el gran sacrificio que hicieron
para que me convirtiera en profesional.
A mis hermanas, por su preocupación
y a mis tres tesoros, Agustín, Lucas y Trinidad por embellecer mi mundo cada día.
A Sergio, mi compañero incondicional,
por su contención, paciencia y su infinito cariño.
A Juan Carlos por su necesaria ayuda y disposición.
A Rodrigo, por su valiosa contribución al desarrollo
de esta investigación y su permanente apoyo.
A Mauricio por su constante estima, su confianza en mí y por
conseguirme los libros tan necesarios para este trabajo.
A mis amigas y amigos.
Rubén, Nicol, Esther, Pato, Lala.
Y a todos quienes realizaron un valioso y generoso gesto hacia mí:
por sus constantes palabras de aliento que tanto animaban mi corazón.*

Desde mi alma, muchas gracias.

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. INTRODUCCIÓN	6
3. OBJETIVOS	8
3.1 General	8
3.2 Específicos	8
4. CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	9
4.1 TERAPIAS PSICODINÁMICAS BREVES	9
4.1.1 Antecedentes Históricos	9
4.1.2 Definición	9
4.1.3 Modelos de Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica	11
4.2 TRANSFERENCIA: HISTORIA Y CONCEPTO	13
4.3 NEUROSIS DE TRANSFERENCIA	21
4.4 PSICOTERAPIAS BREVES DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA, TRANSFERENCIA Y NEUROSIS TRANSFERENCIAL	23
4.4.1 Psicoterapia Breve orientada al Insight	23
4.4.2 Psicoterapia Breve orientada al Apoyo	25
5. CAPITULO II: CASO CLÍNICO	28
6. CAPÍTULO III DISCUSIONES A PARTIR DEL CASO CLÍNICO	34
6.1 ANÁLISIS CASO CLÍNICO	34
6.2 MANEJO TÉCNICO DE LA TRANSFERENCIA A PARTIR DEL CASO CLÍNICO	36
6.3 MANEJO TEÓRICO DE LA TRANSFERENCIA A PARTIR DEL CASO CLÍNICO	40
6.3.1 Manejo de la Transferencia y resultados terapéuticos	41
6.3.2 Nuevas investigaciones acerca de la Transferencia	42
6.3.2.1 Operacionalizando la Transferencia	42
6.4 COMENTARIOS FINALES SOBRE EL MANEJO DE LA TRANSFERENCIA EN LA PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA	44

7. CONCLUSIONES 46

8. BIBLIOGRAFÍA 48

RESUMEN

La presente investigación está orientada a desarrollar algunas discusiones teórico – técnicas sobre el manejo de la Transferencia en la Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica.

Utilizando como metodología la revisión bibliográfica de los principales exponentes en esta materia, entre ellos Fiorini (1978), Braier (1981), Sifneos, (1979), Alexander y French (1965), Malan (1963), De Johnge, Rijnierse y Janssen (1994), De la Parra (2005), se expondrá el fenómeno de la transferencia como un aspecto inherente a las relaciones humanas y, por ende, no sólo como una herramienta esencial en el manejo terapéutico, sino también como un motor vital en el proceso de cura del paciente.

Bajo esta premisa, la transferencia puede manifestarse en este tipo de Psicoterapia Breve, pero requiere de un manejo, desarrollo y aplicación distinta en comparación con un análisis clásico. Para apoyar esta discusión, se expondrá un caso clínico rescatado de mi experiencia en la clínica psicoanalítica.

INTRODUCCIÓN

En primer lugar, cabe señalar que para la presente memoria se ha elegido la Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica y el manejo de la Transferencia como tema general, fundamentalmente producto de la gran inquietud que el tema me ha despertado, desde el momento en que inicié mi formación académica en el interminable camino de aprendizaje del Psicoanálisis.

El Psicoanálisis, en su forma más ortodoxa, es un método terapéutico que consta de una teoría y una técnica propia, y posee, generalmente, una indicación restringida a cierto tipo de pacientes, viéndose limitado por varios factores a responder las necesidades de sólo un sector de la población. Por esta razón es que han derivado de él, terapias que se orientan a contrarrestar el déficit del análisis clásico en dichos sectores, como son la psicoterapia breve orientada al insight, la psicoterapia orientada al apoyo, la psicoterapia de grupo y la psicoterapia de emergencia, todas modalidades de base psicoanalítica. Estos modelos se identifican y diferencian del psicoanálisis clásico fundamentalmente en lo que dice relación con su menor tiempo de aplicación y logro de objetivos, lo cual la convierte en un recurso técnico con características, posibilidades, limitaciones y riesgos particulares. Por ejemplo, los objetivos terapéuticos privilegiarán la superación de síntomas o situaciones críticas de la vida actual del paciente; su indicación clínica, será determinada por las capacidades y/oicas que requiere el paciente para tolerar este tipo de tratamientos; y su técnica interpretativa, que busca el insight, se caracterizará por no ser regresiva, sino más bien estará orientada a la realidad externa y actual de la vida del paciente.

El aumento de la demanda asistencial en la actualidad, sobre todo en el ámbito de la salud pública, ha planteado un desafío teórico y técnico importante a los profesionales de la salud mental correspondiente a esta área, ante el cual ha surgido como respuesta un creciente movimiento de investigación que tiene por objeto optimizar y actualizar los diversos métodos terapéuticos de la psicoterapia breve y definir un marco conceptual adecuado que la fundamente.

Para contribuir a estas nuevas investigaciones, en el presente trabajo se abordará uno de los pilares más importantes dentro del legado de Sigmund Freud, la *teoría de la transferencia*. Si bien esta teoría está sustentada a través de una inmensa reflexión que viene desplegándose desde hace decenas y decenas de años, lo cierto es que en el área de la psicoterapia breve aún queda mucho por descubrir. Por consiguiente, se

tratará a la Transferencia como un fenómeno que se convierte en una herramienta esencial plausible dentro de una psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, no dependiendo necesariamente de un lapso prolongado de tiempo para que ésta se manifieste en la terapia, como suele suceder en un análisis ortodoxo.

Respecto de lo anterior, y basándose en una revisión bibliográfica como metodología, el propósito de esta investigación es plantear cómo el manejo de la situación transferencial que se manifiesta en la diada terapeuta – paciente, puede llegar a convertirse en una valiosa y necesaria herramienta para superar los conflictos inconscientes que el paciente trae a la consulta. Independiente de las divergencias que pueden encontrarse en la literatura, esta investigación se limitará a exponer a aquellos principales autores que manifiestan, y que estoy absolutamente de acuerdo, que la cuestión de la transferencia debería ser objeto de una interrogación constante en el análisis y en la psicoterapia que tenga alguna orientación psicoanalítica y además, incentivar el manejo de este fenómeno, desde el comienzo del tratamiento, pero con las debidas indicaciones en cuanto a su desarrollo e interpretación. Así también, se expondrá un caso clínico rescatado de mi experiencia terapéutica, con el fin de contribuir a la discusión sobre el manejo de la transferencia y su aporte en la terapia breve de orientación psicoanalítica.

La principal proyección que pretende esta investigación teórica es poder contribuir a abrir nuevas interrogantes respecto a los modelos de psicoterapias psicoanalíticas breves, y a la vez aportar a la investigación en torno a la aplicabilidad de las teorías freudianas más importantes, dentro del manejo terapéutico actual en base a dichos modelos.

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Recopilar, sistematizar e integrar los aspectos teóricos y técnicos que implican el manejo de la Transferencia en la Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica, a propósito de un caso clínico.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1** Integrar y actualizar los aportes realizados por los principales autores sobre el manejo de la Transferencia en la Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica.
- 2.2** Describir las principales nociones de la Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica y señalar los principales modelos desarrollados.
- 2.3** Describir y conceptualizar la Transferencia y la Neurosis Transferencial dentro de la Teoría Psicoanalítica, con especial énfasis en el marco de la Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica.
- 2.4** Estudiar los efectos que tiene el manejo de la Neurosis de Transferencia a través de un caso clínico psicoanalíticamente orientado.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1. TERAPIAS PSICODINÁMICAS BREVES

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La psicoterapia breve está profundamente enraizada en la historia del psicoanálisis. La mayoría de los análisis dirigidos por Sigmund Freud en sus primeros años podrían, de acuerdo con los estándares actuales, describirse como terapias de corta duración. No obstante y coincidiendo con el cambio al siglo XX, los tratamientos comienzan a ampliarse a varios meses o años (Amaris, 2006). En 1920, sin embargo, Rank y Ferenczi, comienzan a estudiar la posibilidad de acortar el tratamiento analítico de su típica duración de varios años.

1.2 DEFINICIÓN

Al realizar una exhaustiva revisión en torno a la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, es posible señalar que los principales autores no proponen una definición única de ella, sino que en general tienden a identificarla, comparándola y diferenciándola del psicoanálisis y de la psicoterapia analítica de tiempo indefinido.

Todas las psicoterapias breves dinámicas han nacido y están basadas en el psicoanálisis como procedimiento terapéutico y como teoría del funcionamiento dinámico del hombre sano y enfermo. Para Alexander y French (1956), este tipo de psicoterapia integra los mismos aspectos esenciales del psicoanálisis: "...basada en principios psicodinámicos, cuyo intento es conducir al paciente hacia un ajuste más satisfactorio con su ambiente, y ayudar al desarrollo armónico de sus capacidades" (p.42).

Una definición de psicoterapia breve podemos encontrarla en Florenzano (1984), quien señala que las psicoterapias breves o focales "se limitan, en general, a explorar o resolver un área específica de conflicto intrapsíquico, cuidadosamente seleccionada, en cuanto a su relevancia para las molestias del paciente, como por la factibilidad de elaborarla en un lapso breve" (p. 47).

A su vez Malan (1963), uno de los principales exponentes de la psicoterapia breve, la define como: Una relación que establece terapeuta y paciente - cuyo propósito –

por lo menos no expreso -, es permitir a éste (paciente), comprender sus genuinos sentimientos, traerlos a la superficie y experimentarlos. Para este fin, el terapeuta aplica su saber teórico, guiado siempre que sea posible, por su conocimiento de sí mismo; así consigue identificarse con el paciente y lo que por esta vía llega a entender, lo ofrece en interpretaciones, las que constituyen su principal instrumento terapéutico. (p. 104).

En 1968, Garner, citado por Small (1972), la define como el “tratamiento en el que la extensión y frecuencia de las entrevistas, así como la duración total de la interacción se ajustan al mínimo para obtener las metas más viables para el paciente” (p. 36).

Migone (1985), la define como una técnica terapéutica basada estrictamente en la teoría psicoanalítica clásica, con algunas variaciones en el método, tales como establecer un límite temporal. Reich y Neenan (1986) también hacen referencia respecto al tiempo, pero agregan que esta modalidad terapéutica utiliza la racionalización temporal como una parte integral del tratamiento.

Por otra parte, Heiberg (1975), señala que el denominador común en los distintos modelos de psicoterapias breves de orientación analítica, es la utilización de un foco, un intervalo limitado de tiempo y el marco de referencia basado en la teoría psicoanalítica. En ese contexto, Rogawski (1982), agrega que estos métodos comparten además un criterio de selección para sus pacientes, y una postura activa y flexible por parte del terapeuta.

Figueroa (1982), delimita este tipo de psicoterapia como un procedimiento curativo especializado que, a través de medios psicológicos, resuelve afecciones de naturaleza emocional, de tipo físico o psíquico, por medio del establecimiento deliberado y planificado de metas a través de una relación terapéutica controlada.

Existen modificaciones que se han introducido en este tipo de psicoterapia y que van más allá del procedimiento habitual psicoanalítico. Figueroa (1986), esquematiza dichas modificaciones de la siguiente manera: a) Dejar de lado algunos elementos fundamentales (por ej. la asociación libre), b) Interpretación de la dinámica de sólo algunos aspectos de la enfermedad, colocándolos como focos de análisis e intervención, c) Rol activo y directivo del terapeuta, d) Introducir nuevas herramientas

como la delimitación anticipada de la fecha de término, empleo del consejo y de la prohibición.

El método clínico de este tipo de psicoterapia a la luz de Marzi, 2006, citado por Laverde (2007), es un método intersubjetivo basado en la relación vivencial y cognitiva de la pareja analítica. En palabras de este autor, el proceso analítico “es una condición que se activa a través del vínculo que sostiene la pareja analista – analizado, basada en los conceptos primarios del psicoanálisis: inconsciente dinámico, fantasía, transferencia, contratransferencia, que le otorgan una dimensión a la realidad psíquica” (p. 120).

1.3 MODELOS DE PSICOTERAPIAS BREVES DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Al campo de la Psicoterapia Breve entrarían todas aquellas intervenciones especializadas diseñadas bajo la aspiración y esfuerzo por obtener el cambio terapéutico propuesto en un tiempo de tratamiento breve. No son tratamientos eventualmente cortos, sino modelos especialmente diseñados para que en un lapso de tiempo “breve” alcancen ciertos efectos deseables en el paciente. (Crespo, 2000).

Como expuso Wallerstein (1988), existe suficiente consenso, después de un debate arduo lleno de sutiles dificultades, en considerar a este tipo de tratamiento como una variedad de psicoterapia, compuesta por numerosos procedimientos ubicados en un amplio espectro que va desde un polo estricto en que se ejecutan técnicas rigurosas y exclusivas, a otro que lentamente se va difuminando en una postura de apoyo. Esta sucesión la exponen claramente Figueroa (1994) y Florenzano (1992), quienes plantean que las psicoterapias dinámicas pueden ser situadas en un continuo, que va desde el psicoanálisis, la psicoterapia de orientación psicoanalítica, la psicoterapia expresiva de apoyo, la psicoterapia breve dinámica, hasta la psicoterapia de apoyo de base dinámica.

Winokur y Dasberg (1981) señalan dos tipos de psicoterapia breve de orientación analítica que pueden ser distinguidos por su diferencia con la terapia analítica de largo plazo. Por un lado, la psicoterapia que incorpora fuertes elementos directivos y de apoyo al paciente, orientada a reducir o eliminar la ansiedad y otros síntomas, de manera que el paciente pueda restablecer su equilibrio emocional y, eventualmente, intentar modificar alguna de sus conductas. Su estrategia básica consiste en

establecer un vínculo reasegurado, protector y orientador por parte del terapeuta hacia el paciente. Sus intervenciones principales son de tipo sugestivo-directivo, ayudando al paciente a enfrentar más adaptativamente sus problemas e incluso interviniendo en el manejo de su entorno. Entre estos tipos de terapias orientadas al apoyo se encontrarían las proposiciones de Wolberg (1965) y de Bellak y Small (1978). Y por otro lado, existe aquella psicoterapia que utiliza más elementos de la técnica analítica tradicional orientada al insight o al esclarecimiento. En este caso, su estrategia fundamental consiste en “establecer una relación de indagación, centrada en esclarecer las conexiones significativas entre la biografía, la transferencia de vínculos básicos conflictivos a las relaciones actuales y los síntomas” (Fiorini, 1978 p. 53). Las intervenciones comúnmente empleadas aquí, son las aclaraciones, confrontaciones e interpretaciones.

Los principales modelos de psicoterapia breve son:

- 1) La psicoterapia breve de Habib Davanloo (S.T.D.P)
- 2) Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedad de Peter Sifneos (S.T.A.P.P)
- 3) La Psicoterapia de Tiempo Limitado de James Mann (T.L.P)
- 4) Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado de Strupp y Binder (P.D.T.L)
- 5) La psicoterapia expresiva de Héctor Fiorini

2. TRANSFERENCIA: HISTORIA Y CONCEPTO

“La teoría de la transferencia es uno de los mayores aportes de Freud a la ciencia y es también el pilar del tratamiento psicoanalítico”.

(Etchegoyen, 2002)

“Übertragung” (Transferencia por Falsa Asociación) 1895

Cuando Breuer refirió su tratamiento de Anna O. a Freud a fines de 1882 mencionando su trágico desenlace con aquella paciente, y luego de reflexionar sobre lo sucedido y plantear el mismo Freud que los episodios sentimentales eran inherentes a la histeria, se comenzó a sentar con ello las bases de una teoría de la transferencia.

En las historias clínicas de los *Estudios Sobre la Histeria* (1895d), se observan características singulares de la relación que se establece entre psicoterapeuta y su paciente, especialmente en el caso de Elisabeth von R. Freud escribe en el capítulo IV de este libro, en “Sobre psicoterapia de la histeria”, la idea de la transferencia (trasferencia) “como una singular relación humana entre el médico y el enfermo a través de un enlace falso”. (Etchegoyen, 2002, p. 102).

Este enlace falso sería un tipo de resistencia externa, proveniente de la relación del enfermo con su psicoterapeuta. Aquí el paciente otorga a la figura del médico representaciones (displacenteras) que emergen durante la tarea. A esto Freud le llamará *Übertragung* (transferencia), señalando que ésta se lleva a cabo por medio de una conexión errónea, equivocada.

Freud (1895d) expone un ejemplo convincente para explicar este concepto: Origen de un cierto síntoma histérico era, en una de mis pacientes, el deseo que acariciara muchos años atrás, y enseguida remitiera a lo inconsciente, de que el hombre con quien estaba conversando en ese momento se aprovechara osadamente y le estampara un beso. Pues bien, cierta vez, al término de una sesión, afloró en la enferma ese deseo con relación a mi persona; ello le causa espanto, pasa una noche insomne y en la sesión siguiente, si bien no se rehúsa al tratamiento, está por incompleto incapacitada para el trabajo. (Freud, 1895d, AE, 2, p. 306-7).

Y agrega Freud: “Desde que tengo averiguado esto, puedo presuponer, frente a cualquier parecido requerimiento a mi persona, que se han vuelto a producir una transferencia y un enlace falso”. (Freud, 1895d, AE, 2, p. 307). Freud se da cuenta que la transferencia sería uno de los principales instrumentos de la técnica psicoanalítica, constituyéndola como un fenómeno constante dentro de la terapia.

James Strachey nos lo cuenta así en la introducción de este volumen: Ya en las últimas partes de este libro se había topado con otro obstáculo que se levanta en el camino del investigador, *la transferencia*. Tuvo un atisbo de su formidable poder y tal vez incluso, comenzó a advertir que no sólo era un obstáculo, sino que sería otro de los principales instrumentos de la técnica psicoanalítica. (Freud, 1893-1895, AE, 2, p. 12).

Transferencia de “Representaciones Inconscientes” (1900)

En “Acerca del cumplimiento del deseo” (*La interpretación de los sueños, 1900a*), Freud emplea el concepto de transferencia para dar cuenta del proceso de elaboración onírica. El deseo inconsciente no podría llegar nunca a la conciencia ni burlar los efectos de la censura si no adscribiese su carga a un resto diurno pre-consciente. Para Avenburg (1969, citado en Etchegoyen, 2002) “la transferencia no es otra cosa que utilizar al analista como resto diurno, en sí mismo indiferente, como soporte del deseo inconsciente y su objeto infantil” (p. 104). Jacques – Alain Miller, 1979, citado en Etchegoyen (op. cit.), también piensa que el término aparece en la interpretación de los sueños y sólo después toma su significado más especializado: “Allí es donde Freud habla por primera vez de transferencia de sentido, desplazamiento, utilización por el deseo de formas muy extranjeras a él, pero de las cuales se apodera, que carga, que infiltra y que dota de una nueva significación” (p. 104). En este escrito, la transferencia aparece tratada desde dos puntos de vista: a) Lo que se transferiría sería la intensidad del deseo inconsciente entre dos representaciones; b) La transferencia necesitaría esta fuerza pulsionante de que disponen los deseos reprimidos. Para que una representación inconsciente pueda acceder al pre-consciente, le transfiere su intensidad a una representación pre-consciente inofensiva, dejándose así encubrir por ella. Acá se trata el concepto como un fenómeno intrapsíquico que opera entre dos representaciones: “La representación inconsciente como tal es del todo incapaz de ingresar en el pre-consciente, y que sólo puede exteriorizar ahí un efecto si entra en conexión con una representación inofensiva que ya pertenezca al pre-consciente,

transfiriéndole su intensidad y dejándose encubrir por ella. Este es el hecho de la *trasferencia*". (Freud, 1900-1901, AE, 5, p. 554). A partir de sus tratamientos psicoanalíticos, por ejemplo en "Fragmento de un análisis de histeria" (1905e), y "Puntuaciones sobre amor de transferencia (1915a) utilizará el concepto de transferencia como el proceso de "trasferir a un objeto contemporáneo sentimientos que el individuo aplicó originalmente —y sigue aplicando en forma inconciente— a un objeto infantil". (Freud, 1900-1901, p. 554).

La Transferencia como Poderoso Instrumento en el desarrollo de la cura" (1905 [1901])

En el epílogo del *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (caso Dora), publicado en 1905 (pero escrito en 1901), Freud desarrolla todas las ideas de transferencia que luego concretará en su publicación de 1912. El autor señala que la neurosis deja de producir nuevos síntomas; pero su poder, que no se ha extinguido, se vuelve a crear en estructuras mentales especiales de tipo inconsciente, a las cuales debe darse el nombre de *transferencia*.

Freud (1905 [1901]) señala: "En el curso de una cura psicoanalítica, la neoformación de síntomas se suspende, (de manera regular, estamos autorizados a decir); pero la productividad de la neurosis no se ha extinguido en lo absoluto, sino que se afirma en la creación de un tipo particular de formaciones de pensamiento, las más de las veces inconscientes, a las que puede darse el nombre de transferencias. (Freud 1905 [1901] AE, 7. p. 101).

Estas transferencias corresponden a impulsos o fantasías que se hacen conscientes durante el desarrollo de la cura, y a experiencias psicológicas que se reviven en el presente y que se reencarnan en la figura del médico.

Freud (op, cit.), responde claramente a la interrogante de la transferencia: "¿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. Hay transferencias de estas que no se diferencian de sus modelos en cuanto al contenido, salvo en la aludida sustitución. Son entonces, para continuar con el símil, simples reimpresiones, reediciones sin cambios. Otras proceden con más arte; han experimentado una moderación de su contenido, una *sublimación*, como yo lo digo, y hasta son capaces de devenir conscientes apuntalándose en alguna particularidad real de la persona del médico o de las circunstancias que lo rodean, hábilmente usada. (Freud 1905 [1901] AE, 7. p. 101).

Luego, Freud se pregunta si la cura analítica es la que crea las transferencias, a lo cual responde negativamente, señalando que sólo las revela y que en otros lugares también se producen curaciones de neurosis, pero gracias al médico, no a la técnica. Una característica exclusiva del psicoanálisis es la utilización no sólo de las transferencias tiernas y amistosas, sino también de aquellas hostiles, haciéndolas conscientes para aprovecharlas en el desarrollo de la cura.

Si bien es cierto Freud señala que el fenómeno de la transferencia puede llegar a complicar y obstaculizar la marcha de la cura y la labor del médico como una resistencia muy fuerte, la producción de las transferencias sería “el más poderoso auxiliar para la cura, cuando se logra colegirlas en cada caso y traducírsela al enfermo”. (Freud, op. cit., p. 103). Con esto, Freud plantea por primera vez la importancia de la transferencia en el proceso terapéutico del psicoanálisis.

Transferencia como “Lugar de las Resistencias” (1912)

Freud, en “Sobre la dinámica de la transferencia” (1912), propone una explicación teórica del fenómeno de la transferencia, poniéndola en relación con el tratamiento y la resistencia. Según esto, el origen de la transferencia ha de buscarse en ciertos modelos que resultan de la disposición innata y de las experiencias de los primeros años de los sujetos. En esta publicación, Freud considera a la transferencia como un fenómeno esencialmente erótico, dado por una serie de comportamientos que han de repetirse constantemente a lo largo de la vida de las personas, o bien cambiar frente a experiencias nuevas.

Etchegoyen (2002) señala: Si la necesidad de amor de un individuo no se encuentra enteramente satisfecha en su vida real, dicha persona estará

siempre en una actitud de búsqueda, de espera, frente a quienquiera que conozca o encuentre; y es muy probable que ambas porciones de la libido se aplicará a esta búsqueda en forma racional y realista, mientras que la otra lo hará con la sola lógica del proceso primario, en busca de descarga” (p. 111).

Es así como el analista perfectamente podrá recibir esa libido insatisfecha dentro de un tratamiento psicoanalítico. En cuanto a su naturaleza, Freud tendrá la misma opinión de manera transversal en toda su obra: la transferencia es la misma en el análisis que fuera de él; no debiendo atribuirse al método sino a la enfermedad, es decir, a la neurosis.

Con respecto al tratamiento, Freud reafirma lo que ya había expuesto en 1905 al señalar que este no crea la transferencia, sino más bien la *descubre*, todo esto como un fenómeno espontáneo y no como un efecto del análisis, ya que esto último es el método que se utiliza para descubrir y analizar la transferencia. A su vez, Etchegoyen (2002) propone que la transferencia es, en sí misma, la enfermedad: “cuanto más transferimos el pasado al presente más equivocamos el presente por el pasado y más enfermos estamos, más perturbado está nuestro principio de realidad”. (p. 120)

Para que surja la neurosis, la libido se hace inconsciente, alejándose de la realidad y alimentando las fantasías del sujeto. El tratamiento psicoanalítico consiste en seguir a la libido en este proceso regresivo, para hacerla nuevamente accesible a la conciencia y ponerla al servicio de la realidad, debiendo vencer este proceso la introversión y la regresión. Es allí cuando las fuerzas que impulsaron los procesos patológicos se vuelven en contra del analista, con el fin de que el conflicto que causa sufrimiento a la conciencia no sea develado. La transferencia es entonces una herramienta que el paciente emplea para resistirse, para evitar el recuerdo, (aquí Freud habla de la transferencia en función del recuerdo), siendo la ocurrencia transferencial la que condiciona la resistencia más fuerte, ya que es difícil para el paciente reconocer algo que está presente en el momento, (considerando la transferencia en función del deseo). Sin embargo, como plantea Etchegoyen (2002), “esta explicación es tan válida como la contraria, es decir, que el deseo surgido en la transferencia reactiva el recuerdo, como decía el mismo Freud en 1985” (p. 113). Cuando se requiere recuperar el recuerdo patógeno, la transferencia opera como la mejor distorsión, ya que en la medida que aumenta la resistencia a dicho recuerdo, el analizado establecerá una transferencia para evitar el acto de recordar. En ese sentido, para el

paciente siempre será más difícil confesar un deseo presente dirigido al analista, que recordar el hecho de haberlo experimentado con otra persona en el pasado.

Etchegochen (1988), señala que la transferencia posee una doble vertiente, ya que por un lado constituye un obstáculo para la labor analítica (resistencia), pero a la vez es también un agente de cura, pues al revivirse experiencias de origen infantil en la relación con el analista, las mismas pueden ser elaboradas en el tratamiento. Si bien la transferencia se pone al servicio de la resistencia sirviendo de obstáculo para el trabajo analítico, simultáneamente es un instrumento para la cura en el sentido de que permite captar en el instante los elementos del conflicto infantil. De este modo, “es el proceso sobre el que se estructura la cura analítica”. (Laplanche y Pontalis, 1968, p. 439).

Para Etchegoyen (1988 y 2002), existe claramente una discordancia que se ha venido gestando desde los comienzos del desarrollo de la teoría de la transferencia, ya que hay analistas que consideran a la transferencia exclusivamente como una resistencia al recuerdo, mientras otros postulan que los recuerdos sirven únicamente para explicarla. En otras palabras, existe una corriente analítica que utiliza la transferencia como una herramienta para recuperar el pasado, y otra que recurre al pasado para explicar la transferencia. Lo que a primera vista pudiera considerarse como una dicotomía, en realidad no lo es, pues en sí misma la transferencia es, a la vez, pasado y presente. Al ser el inconsciente atemporal, la cura del paciente pasaría por redefinir ese pasado y presente, es decir, por otorgarles en cierta forma un grado de temporalidad. El analista debe hacer que el pasado y el presente se unan en la mente del analizado, para que así pueda superar las represiones y disociaciones que tratan de disgregarlos.

Al finalizar este escrito de 1912, Freud da algunas luces del rumbo que tendría la investigación de la transferencia al señalar que, en la medida que el tratamiento se interna en el inconsciente, las reacciones del paciente revelan las características del proceso primario, llevándole éstas a valorar sus deseos como reales y actuales y siendo esos deseos tomados y ubicados por el analista en la historia de vida del paciente.

De esta manera, Freud abre un nuevo tema de investigación de vital importancia: la transferencia como un fenómeno repetitivo, en donde el análisis de ésta permite

transformar la repetición en memoria. Así, la transferencia pasa de constituir un obstáculo, a ser el mejor instrumento de la cura.

Transferencia como "Repetición" (1914)

En el artículo publicado en 1914 y titulado "*Recordar, repetir y reelaborar*", Freud introduce el concepto de *neurosis de transferencia*. Al respecto señala que, en la primera etapa del análisis, se produce en el paciente una calma, traducida en una disminución, e inclusive, en una desaparición de los síntomas, pero que no corresponde en ningún caso a la cura, pues lo que verdaderamente ha ocurrido es una trasposición del fenómeno patológico en el tratamiento con el analista. Lo que antes era una neurosis de la vida cotidiana del paciente, ahora se transforma en una neurosis que tiene como punto de partida el análisis y el analista. A este proceso que se da en forma espontánea al comienzo del tratamiento Freud lo llamará neurosis de transferencia, adscribiéndolo a un mecanismo denominado repetición. Los fenómenos patológicos que se daban en la vida del paciente comienzan ahora a operar en la transferencia; algo vuelve del pasado y se instala en el presente.

Transferencia: "Más allá del principio del placer" (1920)

En "Mas allá del principio del placer" (1920), la teoría de la transferencia se enriquece a partir de la reflexión que hace Freud sobre el placer y la naturaleza humana. En el tercer capítulo de este escrito, el autor afirma que la transferencia está motivada por la compulsión a la repetición, y que el yo la reprime al servicio del placer. Este fenómeno estará ahora al servicio del instinto de muerte, ya que en vez de crear nuevos vínculos, los destruye. En palabras de Etchegoyen (2002), "la transferencia ahora aparece al servicio del instinto de muerte, esa fuerza elemental y ciega que busca un estado de inmovilidad, una situación constante, que no crea nuevos vínculos ni nuevas relaciones, que lleva, en fin, a un estado de estancamiento" (p. 123). La transferencia pasa a ser entonces lo resistido; el yo, que se opone a la repetición, la reprime porque la repetición es para él lo aniquilante, destructivo, y amenazante. En la repetición transferencial existe un impulso (muchas veces displacentero), que tiende a repetir las situaciones del pasado más allá del principio del placer. El hecho de que estos impulsos tiendan a repetirse llevará a Freud a postular que el instinto de muerte es un factor pulsional en la transferencia al que el individuo responde mediante una

resistencia movilizada por el principio del placer, es decir, por la libido, la cual en si no explicará la transferencia, sino más bien la resistencia a la misma.

Para Freud, la transferencia debe ser continuamente analizada. Una vez que ésta haya sido resuelta, el paciente adquiere verdadera convicción de las construcciones que en él se hicieron. Esa convicción es compartida también por Etchegoyen (2002), quien señala además que el paciente tiene “todo el derecho que sea así, porque sólo la transferencia le demuestra que realmente repite las pautas de su pasado: todo lo demás no pasa de ser una mera comprensión intelectual que no puede llegar a convencer a nadie” (p. 120).

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LA TRANSFERENCIA

Freud, en su quinta conferencia publicada en 1910, realiza un importante resumen sobre sus ideas acerca de la transferencia, definiéndola fundamentalmente a partir de tres parámetros: la realidad y la fantasía, el consciente y el inconsciente, y el presente y el pasado. La vida emocional que el paciente no puede recordar es revivida en la transferencia, momento en el cual debe ser resuelta. La transferencia es una peculiar relación de objeto de raíz infantil, de naturaleza inconsciente y por tanto irracional, que confunde el pasado con el presente, todo lo cual que le otorga su carácter de respuesta inadecuada, desajustada e inapropiada, ya que, por ser un fenómeno del inconsciente, pertenece a la realidad psíquica, a la fantasía, y no a la realidad fáctica. Esto quiere decir que los sentimientos, impulsos y deseos que aparecen en el presente y en relación con una persona (objeto), no pueden explicarse en términos reales de esa relación, sino en términos de lo que se refiere al pasado. La transferencia es lo irracional, lo inconsciente, lo infantil de la conducta, que coexiste con lo racional. (Etchegoyen 2002).

En su 27° conferencia dedicada a la transferencia (1916-1917), Freud entrega algunas indicaciones técnicas y características de este fenómeno. En primer lugar plantea que la transferencia surge desde que el paciente inicia el tratamiento, fase en la cual él es el verdadero impulsor del trabajo analítico. El terapeuta no debe ceder ante las demandas de afecto u odio del paciente derivadas de este proceso, sino más bien, debe acogerlas y utilizarlas a su favor como una herramienta para reconocer el conflicto inconsciente del paciente. La etapa de la transferencia es superada cuando se demuestra al paciente que sus sentimientos no provienen de la situación presente y

no tienen relación con la figura del médico, sino que son manifestaciones de sucesos ocurridos con anterioridad. De esta manera la transferencia se transforma en el mejor instrumento de la cura ayudando a “desplegarse los más cerrados abanicos de la vida anímica” (Freud, 1916-1917, AE, 16, p. 403). Cuando ello ocurre, ya no se está tratando con la enfermedad original del paciente sino con una enfermedad recién creada y recreada que sustituye a la original, llamada *neurosis*. Los síntomas originales adquieren significado, se incorporan y se vinculan a la transferencia con un sentido nuevo, en que la figura del médico pasa a tener una importancia fundamental ya que se sitúa al centro del conflicto en calidad de objeto.

3. NEUROSIS DE TRANSFERENCIA

La transferencia tiene esta importancia extraordinaria, lisa y llanamente central para la cura, en las histerias, las histerias de angustia y las neurosis obsesivas, que por eso se reúnen con justo título bajo el nombre de “*neurosis de transferencia*”.

(Freud, 1916-1917, AE, 16, p. 404)

Freud introdujo el concepto de neurosis de transferencia en dos trabajos publicados en 1914. En “Recordar, repetir y elaborar”, lo define en un sentido técnico como una modalidad especial del desarrollo psicoanalítico según la cual la enfermedad originaria se transforma en una nueva, la cual se canaliza a través de la figura del terapeuta en el tratamiento psicoanalítico:

Freud (1914) se refiere: Y caemos en la cuenta de que la condición del enfermo del analizado no puede cesar con el comienzo de su análisis, y que no debemos tratar su enfermedad como un episodio histórico, sino como un poder actual. Esta condición patológica va entrando pieza por pieza dentro del horizonte y del campo de acción de la cura, y mientras el enfermo lo vivencia como algo real-objetivo y actual, tenemos nosotros que realizar el trabajo terapéutico, que en buena parte consiste en la reconducción al pasado. (Freud, 1914, AE, 12, p.153).

Adelantando el mismo concepto, ya en 1905 en el epílogo de Dora, Freud había señalado: “En el curso de una cura psicoanalítica, la neoformación de síntoma se suspende (de manera regular, estamos autorizados a decir, pero la productividad de la neurosis no se ha extinguido en lo absoluto, sino que se afirma en la creación de un tipo particular de formaciones de pensamiento, las más de las veces inconscientes, a las que puede darse el nombre de *Trasferencia*”. (Freud, 1905, AE, 7, p. 101).

Etchegoyen (2002) señala que Freud se refiere a la neurosis de transferencia como un efecto especial de la iniciación de la cura psicoanalítica en que cesa la producción de nuevos síntomas y surgen, en su reemplazo, otros nuevos que convergen hacia el analista y su entorno.

Para Freud, en *Introducción al Narcisismo* (1914), la neurosis denota una concepción psicopatológica (histeria de angustia, histeria de conversión y neurosis obsesivas), contraponiéndose a las neurosis narcisistas en que la libido siempre está desplazada sobre objetos reales o imaginarios, en lugar de estar retirada sobre el yo. Por esta razón, para el autor este tipo de neurosis carecía de capacidad de transferencia, quedando por ello fuera de los alcances del método psicoanalítico. En este periodo, explica Rojas (2008), se producen importantes cambios sobre los modelos psicopatológicos: “esta segunda concepción de la psicopatología supone en la base un profundo trastorno del punto de vista “económico”, al interior de la teorización metapsicológica, como consecuencia de la introducción, en la problemática de la pulsión sexual, de la distinción entre “una libido de objeto” y una “libido narcisista”. (p. 10).

Laplanche y Pontalis (1968) la definen como neurosis artificial, modalidad en la cual tienden a organizarse las manifestaciones de la transferencia. Se constituye en torno a la relación con el analista y representa una nueva edición de la neurosis clínica; su esclarecimiento conduce al descubrimiento de la neurosis infantil”. (p. 251)

Renik (1990), plantea que debe entenderse como una secuencia sucesiva de transferencias, que conforma un todo coherente y que culmina con la vivencia del paciente y su visión del analista como un rival ambivalente. En cambio para Migone (1985), la neurosis transferencial es una “reacción transferencial más regresiva e inapropiada en la que el análisis se convierte en la principal preocupación en la vida del paciente”. (p. 624).

En síntesis, el psicoanálisis se orienta al desarrollo de la neurosis de transferencia, que reemplaza a la neurosis original del paciente, para que por medio de la disolución, puedan ser resueltos los conflictos infantiles del mismo (Braier, 1981).

Sigmund Freud, en su escrito sobre transferencia (1912), la define como positiva o negativa de “mociones eróticas reprimidas”, las cuales provocan resistencias en el paciente, y las contrasta con la transferencia “no chocante”, aquella que subsiste una vez removidas dichas resistencias. Este último tipo de transferencias serán para el proceso psicoanalítico, las portadoras del éxito (De la Parra, 2005). Sin embargo, para que la neurosis transferencial se desarrolle y resuelva exitosamente (y así alcanzar la cura analítica), requiere como condición básica la posibilidad de regresión por parte del paciente, de manera que este pueda manifestar al analista las representaciones ligadas a las figuras significativas de su infancia temprana y, de este modo y mediante las interpretaciones del analista, pueda llevar a cabo el trabajo elaborativo que le permita un profundo insight con relación a sus conflictos.

4. PSICOTERAPIAS BREVES DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA, TRANSFERENCIA Y NEUROSIS TRANSFERENCIAL

La neurosis transferencial pareciera ser un fenómeno que sólo se presenta en un psicoanálisis más clásico. Si bien es el impulsor de la cura, también es el causante de la extensión del tratamiento a meses, incluso años. A pesar de aquello, importantes exponentes de la psicoterapia breve lo indican como un elemento relevante en el proceso terapéutico, inherente a la relación que se establece entre terapeuta – paciente, y que debe ser considerado desde el comienzo del tratamiento.

4.1 PSICOTERAPIA BREVE ORIENTADA AL INSIGHT

Malan (1980), representativo exponente de la Psicoterapia Breve Dinámica, especialmente de la terapia orientada al insight, plantea que la persona que desee iniciarse en este tipo de psicoterapia observará muy pronto cómo los pacientes tienden a producir ciertos sentimientos hacia el analista, lo cual a menudo revela que dichos sentimientos se dirigen verdaderamente a alguien que formó parte del pasado en el paciente. Este autor señala que este fenómeno de la transferencia posee una importancia enorme y decisiva para la psicoterapia dinámica

La orientación teórica en este tipo de intervención se adhiere a la teoría clásica psicoanalítica del impulso y la defensa, otorgando especial importancia al complejo de Edipo en la formación del desarrollo normal y patológico (Rasmussen y Messer, 1986). Este modelo terapéutico consiste en exponer al paciente su conflicto edípico en las distintas formas que se manifiestan las fantasías agresivas y libidinales concomitantes, desenterrando el conflicto y aliviando sus efectos patógenos.

En cuanto a la técnica, este tipo de psicoterapia propone establecer un foco que guíe o sirva de referencia para todo el proceso. Malan (1974) define el “foco dinámico” como “la interpretación esencial en la cual debe fundarse la terapia” (p. 258). Esta interpretación se construye gradualmente en las primeras entrevistas a través de interpretaciones de prueba que consideran los factores precipitantes, experiencias traumáticas tempranas o patrones repetitivos que apuntan a un núcleo conflictivo infantil en el paciente. Davanloo (1992), el más activo de los terapeutas, propone establecer un foco que capture lo medular del conflicto nuclear, como una condensación de la psicopatología del paciente. Podría existir entonces un foco único o focos múltiples: un foco edípico, uno centrado en duelos y separaciones y un foco centrado en síntomas obsesivos. Este autor elabora un foco basado en impulsos libidinales y agresivos, sin declararlo explícitamente al paciente, pero volviendo insistente y exhaustivamente a él durante el tratamiento según sea necesario a través de confrontaciones y un tenaz uso de la transferencia. Es parte de su estrategia presentar al paciente un foco en términos comprensibles para él, pero que mantenga relación con el conflicto reprimido. El foco se formula en términos de un sentimiento consciente que alude al “sufrimiento crónico” del paciente, por lo que se constituye en elemento empático y cargado de sentido emocional para el paciente, el cual calma su self dañado, aliviándole la ansiedad y promoviendo con esto una la transferencia positiva. (Rasmussen y Messer, 1986).

En cuanto a la técnica, existe consenso en que la intervención debe estar orientada a interpretar las resistencias, trabajando inmediatamente con la transferencia y expandiendo este recurso a las otras relaciones pasadas y presentes en la vida del paciente. Para Davanloo (1992), este modo de intervención tiende a ser provocativo, marcado por las confrontaciones y preguntas, desafiando las defensas del paciente y provocándole con esto, sentimientos de disgusto y rabia. La forma en que el paciente expresa estos sentimientos (silencios, sonrisas, etc.), es tomada luego como material importante para interpretar la transferencia.

Peter Sifneos (1984), también exponente de este modelo, enfatiza por su parte el valor de la alianza terapéutica en la cual se fomenta un clima favorecedor de aprendizaje y se utiliza la transferencia positiva, la que es interpretada tempranamente. Las intervenciones predominantes son las confrontaciones, clarificaciones provocadoras de ansiedad y las interpretaciones, tendiendo siempre a focalizar éstas sobre el conflicto edípico.

La psicoterapia dinámica de tiempo limitado (P.D.T.L.) propone como estrategia principal la cuidadosa y sistemática elaboración de las transacciones interpersonales entre paciente y terapeuta. En la exploración de estas transacciones aparecen los modos conflictivos de relacionarse que posee el paciente, llegando progresivamente a focalizarse en ellos. El paciente va descubriendo gradualmente que en su relación con el terapeuta se encuentran las mismas dificultades que lo llevaron a consultar. (Baeza, 1991)

En comparación con los otros modelos, la P.D.T.L. hace un mayor uso de la relación terapéutica para lograr el cambio. El terapeuta permite que en la sesión se despliegue, como en un escenario, los patrones de interacción interpersonal que tiende a establecer el paciente. Haciendo uso de su contratransferencia y auto-observando su contra-actuación, el terapeuta identifica la posición que a él le corresponde dentro de las demandas del paciente.

4.2 PSICOTERAPIA BREVE ORIENTADA AL APOYO

Autores como Luborsky, 1984, Rockland, 1989, De Johnge, Rijnierse y Janssen 1994 citado en De la Parra (2005), le han dado a la psicoterapia psicoanalítica de apoyo una identidad propia, con una teoría de la técnica, teoría del cambio e indicación específicas.

Esta teoría sugiere un modelo de desarrollo infantil donde las personas que están a cargo del infante tienen gran importancia en su desarrollo. Sin embargo, estas personas pueden ocasionar experiencias traumáticas que dejan fallas en la estructura básica de la mente del individuo. La patología no dependería del conflicto, sino más bien de la falla en el desarrollo por alteraciones en la relación primaria, correspondientes a las etapas preverbales del desarrollo infantil en que el infante no

está en condición de considerar al otro. La técnica entonces, irá orientada a desarrollar una relación reparatoria y una experiencia emocional correctora. Para que esto suceda, la estrategia del terapeuta es ponerse al lado del paciente para que éste lo vea como objeto real, lugar desde el cual dará a conocer las consecuencias de sus defensas maladaptativas, la acción de sus relaciones patológicas internalizadas y como éstas se muestran al terapeuta, para así “exportarlas” al espacio extratransferencial.

Johnge et al. 1994, citado en De la Parra (op.cit.), plantea que este apoyo será psicoanalítico “cuando inspirado en la teoría psicoanalítica gratifica algunas necesidades arcaicas o propende a su represión” (p. 301). En este tipo de terapia se intenta por una parte reconstruir un vínculo significativo con el terapeuta, y por otra, rescatar otros objetos internos del pasado o extratransferenciales. La mejoría del paciente entonces correspondería a la acción curativa de la instalación de objetos buenos dentro su mundo interno. Para esto, la transferencia y la contratransferencia serán utilizadas estratégicamente con el objetivo que el paciente pueda instalar relaciones objetales protectoras dentro de su mundo interno, corrigiendo así sus funciones cognitivas a través de un mejor funcionamiento yoico.

En esta terapia la cura no se realiza mediante el insight (autoconocimiento), ni tampoco haciendo consciente al paciente de sus conflictos o del modo en que se producen los cambios, sino que a través de la experiencia emocional dada por la técnica de apoyo del terapeuta y enfatizando el reforzamiento de defensas adaptativas así como también el fortalecimiento de la alianza terapéutica. La decisión estratégica de no analizar las defensas tiene por objetivo no provocar el debilitamiento y el colapso de un paciente frágil. Las técnicas de apoyo toman en cuenta el conocimiento de estas defensas, cómo se presentan en la transferencia y la forma en que se interviene según ese conocimiento. Rockland, 1989, citado en De la Parra (2005) refiere las estrategias generales que este autor recomienda: “1. Gratificar selectivamente derivados de impulsos (opinar, responder preguntas, aceptación dosificada de llamadas telefónicas, etc.); 2. Apoyar, reforzar y estimular algunas defensas adaptativas (intelectualización, proyecciones benignas, por ejemplo “esto que se le ocurre tiene que ver con el maltrato recibido”, etc.). 3. Desincentivar defensas maladaptativas; 4. Promover identificaciones tanto conscientes como inconscientes con el terapeuta, con el objetivo de modificar funciones yoicas y superyoicas...” (p. 302).

En cuanto al manejo de la transferencia, este autor plantea la utilización de una transferencia inconsciente, así como también de los rasgos de personalidad para determinar con ello el estilo de intervención. Dicho manejo se realiza manteniendo una transferencia positiva a través de una relación real, y de gratificaciones parciales hacia el paciente. Si llegase a aparecer una transferencia negativa habrá que: a) Intervenir rápidamente; b) Llamar la atención sobre la discrepancia entre los sentimientos negativos hacia el terapeuta y la realidad de la relación de trabajo, (“Ud. Está enojado conmigo olvidándose que lo que nos compete es ayudarlo para que esté mejor”); c) Llevarlo a la situación extratransferencial (“fíjese que lo que alega en mi contra es lo que reclama contra su jefe”). (p. 303).

En este tipo de modelo de psicoterapia breve generalmente no se trata de hacer que el paciente se adapte a alguna técnica, sino por el contrario, es la técnica la que debe adaptarse a él. La psicoterapia dinámica se instala dentro de una relación específica de ayuda; la técnica enmarcada en este modelo terapéutico buscará preservar esta relación y llevarla a cabo a través de las resistencias y las distorsiones de la transferencia, guiada en todo momento por la observación de éstas y la auto-observación de la contratransferencia del terapeuta.

CAPÍTULO II: CASO CLÍNICO

(M. 22 AÑOS)

M. es un joven estudiante universitario que solicita una consulta psicológica por recomendación psiquiátrica, tras diagnosticársele “Trastorno de Angustia y Crisis de Pánico”, en febrero de 2008. El médico le indicó un tratamiento con benzodiazepinas, pero M nunca lo comenzó por miedo a la dependencia que puede generar su organismo con este fármaco.

El paciente es el menor de tres hermanos. Nació y vivió junto a su familia en la ciudad de Iquique hasta los 18 años, cuando se trasladó a estudiar a Santiago. Mientras cursaba primer año su madre, una adicta a la cocaína por años, fue procesada por narcotráfico y hasta hoy está reclusa en un centro penitenciario en la ciudad de Santiago, cumpliendo una condena de 12 años. A su padre nunca lo conoció. Por esta razón, el joven estuvo desde pequeño al cuidado casi exclusivo de su abuela, quien, a pesar de ser igualmente consumidora de drogas, fue la persona más presente en su vida. Era ella quien se ocupaba de su alimentación, vestuario y educación. Además, el paciente es padre de una niña, nacida de una relación amorosa que se mantiene hasta el día hoy y que comenzó cuando cursaba 3° año medio.

Durante los primeros cinco meses de terapia, las sesiones se sucedieron a razón de una vez por semana.

M. es de contextura mediana, tez blanca y alta estatura. De apariencia afable, pasiva, de mirada cansada, da la impresión que le costara mantener sus ojos abiertos. A la primera sesión, llega 15 minutos después de la hora acordada. Cuestionado acerca de su retraso, me explica que al momento de salir de su casa había mucho viento, y que por ello tuvo que llamar a una compañera para que lo acompañara a la facultad. El paciente refiere haber experimentado diversos miedos desde pequeño: a los temblores, al viento, a los animales. Estos miedos desaparecieron en su etapa adolescente, pero reaparecieron en conjunto con los episodios de angustia antes señalados. Como terapeuta le aseguré que si bien era cierto con el transcurso de las sesiones podría llegar a lograr mitigar ese tipo de situaciones, también era importante cumplir con el tratamiento previsto por su psiquiatra. Ante esto, M reiteró su negativa.

M. relata que su primer episodio de angustia lo vivió en Noviembre de 2007, en pleno período de exámenes. Recuerda que se encontraba en su cama durmiendo, cuando de madrugada despertó abruptamente con una sensación de ahogo, taquicardia y palpitaciones, sudoración y un miedo inexplicable al fracaso frente a los exámenes. A partir de ese día, este fenómeno volvió a repetirse con una frecuencia de al menos tres veces por la semana. Comenta que sentía mucho miedo de que estos episodios se intensificaran y le preocupaba que pudieran provocarle una baja de rendimiento en la universidad. Por esta razón señaló que su objetivo al asistir a la terapia consistía en eliminar dichos miedos, antes de comenzado el nuevo período de exámenes.

En la segunda sesión, cuando se solicita al paciente que exponga pormenores de su vida, comenta espontáneamente aspectos de la relación con su madre, a la cual no ve desde que ingresó a la universidad. M. señala que extraña su compañía y que esta situación le provoca muchísima tristeza, pues siempre ha tenido una buena relación con su madre, a quien considera como una mujer que se ha dedicado a cuidarlo. Sin embargo, llama la atención que no entrega mayores antecedentes al respecto; no recuerda momentos con ella, ni anécdotas, ni detalles como por ejemplo la última vez que hablaron por teléfono. Este fenómeno se repetirá durante las tres sesiones siguientes, tiempo a través del cual voy deduciendo que la relación que tiene con su madre no es verdaderamente profunda como señala.

Pasado el primer mes, el paciente comienza a llegar a la hora indicada, se muestra muy amable, relata con entusiasmo los días de clase y cuenta que los miedos han disminuido, en comparación al momento en que inició la terapia. En ese periodo de la terapia, M. decide tocar el tema de la relación con sus hermanos y la relación de su familia con el narcotráfico. Consultado sobre la vinculación que él tiene con el tema, él responde que su madre siempre lo ha protegido de ese ambiente, que la compra, venta y consumo de droga se realizaba fuera de casa, y que él nunca se enteró hasta cuando llegó a la enseñanza media. Señala que su niñez fue como todo niño, su abuela se preocupaba mucho por él, iba a la escuela y tenía amigos. Sin embargo, nuevamente no entra en mayores detalles. Además sostiene que él no es consumidor de cocaína, pero reconoce su adicción a los cigarrillos.

Durante las sesiones siguientes, le sugerí que me comentara sobre la relación con su pareja. Al respecto me cuenta que al ingresar a la Universidad, ella permaneció en

lquique estudiando, por lo cual debieron mantener su relación a través de mails y llamadas telefónicas, reuniéndose sólo durante las vacaciones de invierno y verano.

Al preguntarle sobre su hija, dice tener sentimientos encontrados. Aunque por un lado sentía que la quería mucho, en los momentos que ha estado con su pareja le hubiese gustado que la niña fuera llevada a otro lugar. Al respecto, llama la atención que al solicitarle detalles de la relación con su hija, el paciente comentaba algún vago episodio y luego evocaba recuerdos de su propia niñez: cuando jugaba con sus compañeros, cuando la profesora lo felicitaba por su tarea, cuando aprendió a andar en bicicleta, cuando salía de paseo con sus compañeros de kínder. Así se sucedieron las cuatro sesiones siguientes; el paciente contó pormenores de su infancia con lujo de detalle, no dando cabida a otro tema. Para M, pareciera que la terapia se había convertido en un lugar que le otorgaba la posibilidad de contar lo que nunca había podido expresar, como si aquellos recuerdos hubieran permanecido silentes hasta ese momento.

A principio del cuarto mes de trabajo terapéutico, la sesión tuvo que ser suspendida por reunión extraordinaria del equipo de psicólogos. A la sesión siguiente, el paciente llega 30 minutos adelantado. Se ve molesto, comenta que en la última semana la angustia se ha intensificado, y que no tenía a quien recurrir. El paciente pasó de ser una persona muy carismática y comunicativa a comportarse de una forma muy poco expresiva, cabizbajo, incluso a veces un tanto agresivo. Ese mismo día me comentó que había peleado con su pareja, ya que ella aún sabiendo horarios en que él habituaba llamarle, no estaba en casa. A ese hecho el paciente expresa estar molesto conmigo, por la cancelación de la sesión anterior, ya que para lo dejé de lado al utilizar la hora de la terapia en la realización de una actividad extra-programática. .

En una ocasión, M. me comenta sobre sus relaciones interpersonales, y se refiriere específicamente a un par de amistades en la universidad. Al respecto señala sentirse molesto por considerar que ellas habían dejado de prestarle la atención que él necesitaba por el momento de crisis que estaba pasando, ya que cada una permanecía ocupadas de su respectiva vida en pareja. A partir de éste y sumado a sus últimos comportamientos, infiero que el paciente estaba repitiendo conmigo el mismo patrón de conducta que había tenido con las demás mujeres. En ese contexto, la terapia se convertía en un ambiente propicio donde él podía tomar consciencia de su repetición conductual a través de las futuras interpretaciones transferenciales de este

comportamiento, esto con el objetivo de curar su carencia maternal, hallar la explicación a sus miedos y mejorar la relación con su hija y con las mujeres en general.

Pasado el quinto mes se decidió aumentar la frecuencia de las sesiones dos veces por semana, esto con el fin de fomentar la relación terapeuta – paciente y aprovechar la utilización de la transferencia que el paciente comenzaba a manifestar en la terapia.

En las próximas tres sesiones, el paciente no asiste a la terapia, dando aviso la secretaria pasados 30 minutos de la hora fijada, y preguntando si me encontraba en el box. A partir de esto, infiero que el paciente necesitaba tener la certeza de que una persona (en este caso una mujer) se preocupara por él, sobreviviera a cualquier adversidad causada por el mismo y permaneciera firme apoyándolo; deseando sentir a su vez que había alguien esperándolo. Estas interpretaciones fueron comunicadas en la sesión siguiente, expresándole que la terapia era un lugar reservado para él, que la hora no iba a ser ocupada por otra persona y que estaría esperándolo dentro del box los 45 minutos por si llegara a sufrir algún percance que lo retrasara. Ante esto, el paciente reaccionó con un largo y profundo llanto y permaneció así hasta el final de la sesión.

En las reuniones siguientes, M. nuevamente llevó material de su infancia, dibujos que había hecho cuando niño, su carpeta de kínder, fotos de compañeros, de cumpleaños. El paciente se comportaba como un niño mostrando su vida por primera vez; el lugar donde aprendió a andar en bicicleta, las veces que se cayó, las peleas con sus compañeros, incluso habló de su primera relación sexual. En ocasiones llegaba a la consulta un tanto enojado, en otras triste o bien alegre, ante lo cual yo demostraba completa comprensión.

A mediados del sexto mes (28a sesión), M. llega a la consulta informándome que había vuelto su angustia. Explica que el detonante de ese estado fue haber recordado un episodio que, hasta ahora, no habíamos abordado, ocurrido en la celebración de su cumpleaños número 11. Cuenta el paciente que aquel día su madre llegó muy tarde a la casa, lo saludó y se fue a dormir. Recuerda que eran aproximadamente las 3 o 4 de la mañana cuando sintió un ruido muy fuerte; era un sismo, el movimiento no cesaba y M. decidió correr a la habitación de la madre. Al entrar no la encontró en su cama, así que optó por quedarse sentado esperando que apareciera. Una vez que el sismo

terminó, y al ver la luz encendida, caminó hacia el baño. Al abrir la puerta, que ya estaba entreabierta, se encontró con la imagen de su madre consumiendo cocaína. Entonces se quedó mirándola por mucho tiempo, hasta que el miedo lo venció y acudió a ella pidiéndole consuelo por la situación que acababa de vivir. Su madre lo miró ignorándolo, cerró la puerta tras lo cual M. volvió a la cama de ella, lugar en el cual amanece solo al día siguiente.

A raíz de esto, se ahondó el tema de las crisis, las cuales a esas alturas se sucedían a razón de una vez cada quince días. Comenta que los miedos predominaban en la madrugada, concluyendo él mismo que el estado de angustia podría estar conectada con la experiencia que relató anteriormente.

Ese día se realizó una síntesis de todo el material expuesto hasta este momento, concluyéndose que el miedo vivido a los 11 años nunca pudo ser contenido por su mamá, suceso que posiblemente había regresado al presente en la madrugada de Noviembre del año pasado, día en el cual su hija cumplía 11 meses de edad. En ese sentido se comenta al paciente que, probablemente, el miedo más grande que tenía era que la niña pasara por los mismos acontecimientos que él mismo sufrió: la figura de un padre ausente, que no estuviera cerca para compartir con él sus cosas importantes y que en momentos de miedo no tuviera a quien acudir. A lo anterior se agrega otra interpretación: la crisis coincidía también con su periodo de exámenes ya que, en cierta forma, aunque esto simbolizaba dar un paso más en su carrera, a un año más lejos de su hija.

En las próximas sesiones, nos dedicamos a interpretar conscientemente el conflicto con la madre. Al revelarse el fenómeno transferencial de forma natural, era necesario comenzar a enfocarla en provecho terapéutico hacia el paciente. De esta forma, las sesiones siguientes estarían enfocadas a hacer consciente su repetición conductual frente al sexo femenino, revelando su carencia materna como se refiere en el siguiente diálogo:

T (Terapeuta): "Tengo la impresión que tu madre no estuvo tan presente como lo planteaste al principio de la terapia". "¿Te has dado cuenta que pasaste cerca de tres meses hablándome de tu infancia, me traías hasta tus dibujos de kínder, y cada vez que te preguntaba por tu hija, volvías a entregarme pormenores de tu vida infantil?". Añado: "No pudiste compartir con nadie aquellos valiosos momentos ¿verdad?".

Ante estas afirmaciones, el paciente agacha la cabeza y nuevamente se sumerge en llanto. Tras un largo rato, interrumpe su silencio diciendo:

M: “No recuerdo a mi mamá cuando niño, no recuerdo cumpleaños con ella, no recuerdo graduaciones, no recuerdo el primer día de clases con ella, no recuerdo nada, estuve abandonado siempre, cuando tenía miedo debía quedarme en mi pieza, ella me exigía que no podía entrar a su pieza, cada vez que tenía susto lloraba solo y sabiendo que ella estaba al lado en la otra habitación, cuando quería abrazarla en el día me decía que no la molestará... sólo recuerdo a mi abuela”.

A partir de lo anterior, se analiza la dependencia que el paciente desarrolla con el sexo femenino, comentándole que posiblemente esté buscando mitigar su carencia por intermedio de las mujeres que van apareciendo a lo largo de su vida. En ese sentido, me refiero a varios episodios que dan cuenta de aquello: cuando nació su hija, él estaba acostumbrado a que le prestaran toda la atención, por eso tenía sentimientos ambivalentes hacia ella; le recuerdo también las amistades de la universidad y finalmente le comento lo ocurrido la vez que se molestó por la cancelación de la sesión, las llamadas hacia la secretaria, etc.

Ese día concordamos en que la terapia debía ir concluyendo paulatinamente. Para esto se le sugiere asistir a la sesión cada quince días, y pasado el primer mes, reducirlo a una sola vez al mes, con el objetivo de ir desatando la relación terapéutica que habíamos construido.

En Diciembre de 2008 se realizó la última sesión. El paciente comenta no haber tenido crisis alguna a pesar de la gran carga académica que demandaban los exámenes de fin de año. M comenta que por primera vez, después de tres años, decide visitar a su madre a la cárcel. Al finalizar, recibí de su parte un pequeño presente en forma de agradecimiento, como si con éste quisiera expresarme, desde una mirada muy Kleiniana: “toma, ahí está mi chupete, ya soy grande”.

En Mayo y Agosto de 2009 se establece nuevamente contacto con el paciente. M. y comenta que los episodios angustiantes habían cesado.

CAPÍTULO III: DISCUSIONES A PARTIR DEL CASO CLÍNICO

“Cuando uno se adentra en la teoría de la técnica analítica, llega a la intelección de que la transferencia es algo necesario. Al menos, uno se convence en la práctica de que no hay medio alguno para evitarla, y que es preciso combatir a esta última creación de la enfermedad como se lo hace con todas las anteriores”.

(Freud, 1905 [1901], EA, 7, p. 102).

1. ANÁLISIS CASO CLÍNICO

El tratamiento para el caso clínico expuesto en el capítulo anterior consistió en la aplicación de una terapia breve de orientación psicoanalítica, de una duración de 35 sesiones, y en la cual los principales focos terapéuticos fueron: contener al paciente en su estado de angustia y disminuir sus miedos, reconocer la carencia generada por uno de sus progenitores y su comportamiento dependiente frente a personas de género femenino.

Aunque al principio de la terapia el paciente, en una actitud defensiva, actuó reticente a contar algunos pasajes de su vida, así como también a entregar material de su historia familiar., a poco andar comenzó a colaborar con el proceso terapéutico. Cuando ocurrió el episodio de la cancelación de la sesión, el paciente se mostró deprimido, angustioso, y altamente demandante. En ese momento, comenzaron a aparecer en él miedos más intensos de la mano de un supuesto sentimiento de abandono. Tomando en consideración estos antecedentes, se aumentó la frecuencia a dos sesiones por semana, para considerar la utilización del fenómeno transferencial en beneficio del paciente y como una importante herramienta de cura.

La psicoterapia consistió en ir analizando los conflictos conscientes e inconscientes que aparecían durante la primera etapa del análisis. A través del apoyo, así como también de las interpretaciones y consejos que se le indicaba luego de cada material llevado durante los primeros meses, el paciente comenzó a disminuir paulatinamente algunos síntomas propios del estado angustioso en que se encontraba. Sin embargo, estos cambios conductuales y emocionales sólo fueron evidentes hacia el final del tratamiento, cuando el proceso terapéutico comenzaba a enfocarse en la transferencia y su neurosis transferencial. Dichos rasgos transferenciales comenzaron a utilizarse

como una forma de ejemplificar el funcionamiento dependiente del paciente frente a las relaciones interpersonales, para darle sentido a sus sentimientos angustiosos que lo llevaron a padecer los más diversos miedos y a poder ayudarlo a develar el conflicto de abandono con su progenitora, (por ejemplo, cuando se le muestra que ocupa cerca de seis sesiones en contar episodios de su niñez, no accediendo a las peticiones de contar otros momentos), etc. El hecho de que la dependencia y demanda por parte del paciente hayan sido enfrentadas con una reacción contenedora y auxiliante por parte del psicoterapeuta, ayudó a corregir la influencia poco afectiva original de la madre. Luborsky (1984), Rockland (1989); Johnge et. Al (1994), dan cuenta de la importancia que tiene esta reacción en el proceso curativo del paciente, al proponer que el terapeuta debe realizar, si el proceso lo amerita, una acción reparatoria de las relaciones interpersonales importantes de la infancia del paciente a través de la gratificación de algunas de sus necesidades arcaicas. Esta instalación de nuevos objetos nuevos actuará como un fenómeno curativo en el mundo interno del paciente.

Cruz Roche (1989), también se refiere a la importancia de la relación que se establece entre terapeuta – paciente, explica: Tener una actitud receptiva, comprensiva y empática que tiene el terapeuta respecto a su paciente, especialmente para los aspectos más desconocidos de éste, los más primitivos e infantiles, permite que ciertas necesidades emocionales muy arcaicas se vean aceptadas, reconocidas, y en cierto modo satisfechas a través de la comprensión y la interpretación; necesidades que en el pasado histórico del paciente habían quedado insatisfechas. De este modo se pueden volver a poner en marcha algunos aspectos detenidos del desarrollo emocional, que habían quedado paralizados al no encontrar un ambiente facilitador suficiente. Así puede continuar ese desarrollo emocional progresivo y manteniendo que es, a nuestro entender, el aspecto más básico de la salud mental. (p. 178).

En general, el caso clínico presentado ilustra el restablecimiento y rescate de las relaciones objetales, así como también la puesta en marcha en el paciente de sus funciones yoicas. Queda de manifiesto cómo la carencia afectiva y la falta de niñez son reemplazadas por experiencias emocionales más adaptativas gracias a la actitud afectiva y contenedora del terapeuta, en cierto modo el papel de la madre en la mente del paciente era reemplazada por la satisfacción de las demandas inconscientes a través de mejores experiencias en el aquí y ahora.

2. MANEJO TÉCNICO DE LA TRANSFERENCIA A PARTIR DEL CASO CLÍNICO

Si bien en psicoanálisis la estrategia básica consiste en favorecer el desarrollo de la neurosis transferencial, lo que requiere de un nivel importante de regresión por parte del paciente y de la actitud neutral del analista para ser pantalla de las proyecciones de éste, lo cierto es que en el caso clínico expuesto anteriormente, se han manifestado rasgos importantes de transferencia y neurosis transferencial, sin la necesidad de una regresión severa del paciente, ni la prolongación del tratamiento, ni tampoco manteniendo la neutralidad frente al sujeto. Ejemplos de estas manifestaciones transferenciales podemos encontrarlas en: la fijación por querer expresar episodios de su niñez a través de la comunicación verbal y la exposición de objetos que identificaban su infancia (fotos, recuerdos, dibujos, etc.) manifestando una regresión leve en la terapia; la molestia expresada por la cancelación de la sesión, sus cambios de humor y los reiterados retrasos después de lo sucedido, los llamados telefónicos para corroborar que la sesión no había sido ocupada por otro paciente, etc. Como se puede apreciar, el paciente comienza a relacionarse con el terapeuta siguiendo las mismas pautas de relaciones emocionales anteriores, convirtiendo a este último en el objeto privilegiado de su atención emocional y transfiriendo sobre él los aspectos conflictivos de su anterior vida afectiva.

Fiorini (1978), Braier (1981), Malan (1963 y 1983), señalan que las modificaciones fundamentales en el manejo de la transferencia dentro de una psicoterapia breve se orientan a no intensificar la relación terapeuta – paciente, con el objeto de no generar una neurosis transferencial excesiva que pueda llegar a convertirse en una fuente de resistencias de muy difícil disolución, con esto, se evita la dependencia del paciente hacia el terapeuta tal como sucede un análisis clásico. Lo anterior se consigue por medio de una mayor orientación hacia la situación actual del paciente, en la cual los sentimientos transferenciales que surgen durante el tratamiento son llevados a la luz lo más pronto posible por la vía de las interpretaciones, fomentando siempre y por sobre todas las cosas, una transferencia positiva, tal como se realizó en este caso con el paciente en cuestión. De lo contrario, este paciente posiblemente quede aún más prisionero de una conducta inapropiada por consecuencia del desarrollo de un alto nivel de dependencia al que ni el terapeuta tiene acceso.

Este manejo no excesivo de la transferencia en la psicoterapia permite la posibilidad de una mayor intelección tanto del terapeuta como del paciente y, por lo tanto, otorga una mayor interpretación de los conflictos. Esta interpretación, debe relacionar los diversos contenidos mentales expresados a través, entre otras cosas, de la transferencia del paciente, muy fundamentalmente de la situación mental actual del paciente con su pasado, y sobre todo del pasado infantil. Además, plantea Armengol (1995), el terapeuta debe guardar memoria a cerca de lo que el paciente ya ha expresado, relacionarlo y vincularlo si le parece prudente.

Malan (1983) en su publicación titulada *Psicoterapia Individual y la Ciencia de la Psicodinámica*, plantea que la psicoterapia dinámica en su máxima expresión se propone llegar, por debajo de la defensa y de la angustia, al sentimiento oculto, para luego reconducirlo del presente a sus orígenes en el pasado, para cumplir con estos objetivos, estos tipos de terapia procura la comprensión del conflicto del paciente a parte de la interpretación de la transferencia, a través de su comportamiento, de sus palabras, de la contratransferencia, volviéndose estos métodos instrumentos esenciales del terapeuta. Esta comprensión se promueve para que el paciente se vuelva capaz de enfrentar lo que realmente siente y para que sea capaz también de darse cuenta que las crisis o los estados de angustia no son tan penosos o peligrosos como teme, esto con el objeto de reelaborar su comportamiento dentro de una relación personal. Así el paciente terminará por adquirir la aptitud de aplicar sus reales sentimientos en diversas relaciones de manera constructiva, con lo cual su conducta será adecuada. El manejo de la transferencia especialmente, en este tipo de terapias, persigue provocar cambios psicodinámicos profundos y persistentes en el paciente y no meras modificaciones sintomáticas o superficiales que desaparezcan pasado un tiempo, dicho de otro modo, el manejo transferencial persigue que el paciente no sólo sea capaz de tratar de una manera nueva y adecuada esa situación inmediata, sino otras semejantes que se le presenten en el futuro.

Tal como afirma De la Parra (2000), la experiencia clínica ha demostrado que en el campo de las terapias psicoanalíticas son dos los factores de cambio más importantes: por un lado, el llamado "insight" (autocomprensión intuitiva y emocional como respuesta a una interpretación por parte de un profesional), y por otro, la relación que se establece en la díada terapeuta – paciente. En las terapias orientadas al insight, por ejemplo, se busca el develamiento del conflicto mediante la expresión de los sentimientos ocultos no conscientes del paciente. La principal herramienta técnica de

esta modalidad será la interpretación, dentro de la cual los demás elementos técnicos (señalamientos, confrontaciones, preguntas), guiarán esta intervención. Generalmente los pacientes, plantea Holm (1991), se encuentran sumidos en sus conflictos no siendo capaces de descubrir las reales oportunidades de una liberación de sus síntomas. A través de las interpretaciones del desarrollo de la transferencia, para este autor, se trata de ayudar al individuo a clarificar su situación y a desarrollarla activamente, se trata de resolver un "... pasivo sometimiento a las angustiosas experiencias internas y externas en beneficio del aumento de las posibilidades (internas y externas) de acción... (p. 5).

Para Sánchez – Barranco A. y Sánchez – Barranco P. (2001), lo importante radica en saber manejar dentro de unos márgenes adecuados el fenómeno transferencial y no provocar una neurosis de transferencia que sea difícil de controlar. Para estos autores los principales aspectos técnicos fundamentales de la psicoterapia dinámica breve en cuanto al manejo de la transferencia y la neurosis transferencial son:

- a) Aprovechar tempranamente los sentimientos de transferencia positivos que el paciente experimenta. La neurosis de transferencia se estima como una construcción defensiva, por lo que se confronta e interpreta en cuanto da la cara cualquier atisbo de ella. (Ocasionalmente se analiza algún sueño muy significativo, pero esto nunca es un tema de especial relevancia en tipos de psicoterapias breves dinámicas).
- b) Mantener una actividad terapéutica activa con el fin de que el paciente no encuentre en el terapeuta un mero objeto para transferirle su neurosis infantil.
- c) Determinar un foco dinámico y mantener el trabajo, en lo posible, permanentemente en él. En la técnica de la psicoterapia breve de Davanloo, 1992 citado en Sánchez Barranco (2001), por ejemplo, el trabajo con los pacientes dependerá de acuerdo al conflicto que presenten, ya sea de origen edípico, de duelo o de conflictos múltiples. Así en sujetos con un foco edípico evidente, la característica más importante es usar fuertes confrontaciones de las resistencias y de los fenómenos transferenciales. Si se trabaja con pacientes portadores de focos de duelo o focos múltiples, los cuales pueden estar afectados por una psicopatología severa - fobias u obsesiones crónicas, etc.- Davanloo (op. cit.) recomienda actuar más lentamente, procurando que se

reorganicen ciertas defensas del yo y se establezca una buena alianza terapéutica, después de lo cual puede efectuarse el trabajo de la confrontación y de la interpretación transferencial.

- d) Utilizar reiteradamente las confrontaciones y esclarecimientos de los conflictos que provocan angustia.
- e) Enlazar los sentimientos experimentados con personas claves del pasado con los sentimientos transferenciales.
- f) Evitar las regresiones, controlándolas si se ocasionan con el adecuado trabajo técnico.

Estudios sobre el resultado terapéutico en los pacientes, autores como De la Parra (2005), y Álvarez (2004), concuerdan que la interpretación de la transferencia puede ser beneficiosa si se le interpreta y desarrolla en bajas dosis. Este último autor sugiere que se detecte la influencia de modelos interpersonales no funcionales y sus correspondientes comportamientos no adaptativos y ver como eso influye en las relaciones significativas del paciente. Álvarez (op. cit.) recomienda que las intervenciones sobre la transferencia se utilicen cuando exista una de las dos condiciones siguientes:

- 1) Cuando la transferencia y contratransferencia reflejen temas interpersonales no adaptativos que son el foco del tratamiento y el paciente sea receptivo para examinar esos modelos.
- 2) Cuando existe una fuerte alianza terapéutica, permitiendo al terapeuta intervenir en los intercambios interpersonales.

A su vez Vidal (2006) explica que para que no se desarrolle tanto la neurosis transferencial, no se debe practicar el anonimato absoluto del terapeuta. La sesión debe transcurrir bajo la forma de diálogo entre paciente y terapeuta, sin que se excluya por completo la asociación libre. También está de acuerdo que es necesario evitar las intensas reacciones de dependencia, esto es logrado por medio de argumentaciones esclarecedoras, referidas a circunstancias internas o externas del paciente.

3. MANEJO TEÓRICO DE LA TRANSFERENCIA A PARTIR DEL CASO CLÍNICO

Sigmund Freud siempre consideró la transferencia como un fenómeno universal y espontáneo, independientemente de que hubiera o no un proceso analítico en marcha. A través de su experiencia demuestra que la transferencia es un fenómeno inevitable del tratamiento psicoanalítico que no se crea, sino que se descubre, existiendo afuera y dentro del análisis; la única diferencia radicaría es que dentro de un tratamiento psicoanalítico se le detecta y se la hace consciente.

En *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico (1914)*, Freud dejó escrito: Es lícito, pues, que la teoría psicoanalítica es un intento por comprender dos experiencias que, de modo llamativo e inesperado, se obtienen en los ensayos por reconducir a sus fuentes biográficas los síntomas patológicos de un neurótico: el hecho de la transferencia y el de la resistencia. Cualquier línea de investigación que admita estos dos hechos y los tome como punto de partida de su trabajo tiene derecho a llamarse psicoanálisis, aunque llegue a resultados diversos de los míos. (Freud, 1914, AE, 14, p. 16). Bastante limpio y claro.

Si el padre del psicoanálisis lo manifiesta tan explícitamente, entonces, pareciera ser casi un deber, manejar y utilizar las manifestaciones y los elementos transferenciales en todo tipo de psicoterapia que tenga alguna orientación psicoanalítica. Este planteamiento cobra aún más sentido si advertimos las indicaciones de Malan, 1983, citado en De la Parra (2005), principal exponente de la psicoterapia breve, en que plantea que parte del éxito terapéutico tiene que ver con que el conflicto focal sea relacionado con el conflicto original infantil. En cuanto a esto, se puede apreciar en el caso clínico expuesto, que la transferencia ha sido una exitosa herramienta para establecer esta relación entre su pasado y su presente e identificar las fuerzas en conflicto.

Las nuevas investigaciones sobre el tema de la transferencia en este tipo de psicoterapia comenzaron a partir de las interpretaciones transferenciales tradicionales; pero luego, al querer operacionalizar el concepto, este fue influenciado por las perspectivas interaccionales y luego constructivistas relacionales. La teoría que sirve como base y sustento de estas nuevas investigaciones y desarrollos terapéuticos se basa en entender que la transferencia no es algo que se proyecte “sobre” o “en” el

terapeuta, sino más bien lo que se trae a la relación terapéutica es un escenario transferencial, donde el terapeuta se instala como uno de los actores principales. Este hecho produce sentimientos contratransferenciales y una inevitable tendencia a “contra-actuar” que en el terapeuta atento puede ser una rica fuente de información. Tal como lo plantea De la Parra, (2006), la transferencia, a parte de las concepciones que se tienen de ella, también abarca los intentos inconscientes (a menudo sutiles) de manipular a los demás o de provocar situaciones con el paciente como por ejemplo: que la repetición disfrazada de experiencias y relaciones anteriores, o bien la exteriorización de una relación de objeto interna. Esta operacionalización del concepto de transferencia, en el contexto interaccional y relacional, ha derivado en diferentes modelos que tienen en común un patrón repetitivo, maladaptativo, de relaciones interpersonales, que se reeditaría con los objetos del presente, y eventualmente, con el terapeuta. Esto significaría a la luz de De la Parra (op. cit.), plantear estrategias psicoterapéuticas donde se llevaría la relación con el terapeuta al primer plano del diálogo terapéutico.

3.1 MANEJO DE LA TRANSFERENCIA Y RESULTADOS TERAPÉUTICOS.

Per Hoglend, 1970, citado en De la Parra (op. cit.), inspirado por los modelos terapéuticos de Sifneos y Malan, comenzó una línea de investigación que exploraba la relación entre la interpretación de la transferencia y los resultados en terapias breves. Este autor, esperaba encontrar una relación positiva entre la proporción de interpretaciones transferenciales y resultados, en pacientes que cumplieran con la premisa de traer un conflicto actual circunscrito, relacionado con un conflicto nuclear del pasado y con una motivación para conocerse a sí mismos. Reproduciendo los principales resultados se puede apreciar que los pacientes con mejor calidad de relaciones objetales se beneficiaron mucho más de las interpretaciones transferenciales en comparación con los pacientes que tenían deficientes relaciones objetales. Joice 1992, citado en De la Parra (2005) interpreta estos resultados afirmando que los pacientes con malas relaciones objetales necesitarían más bien una relación gratificante con el terapeuta, no tolerando las interpretaciones transferenciales. Estos resultados llevan a pensar, una vez más, y en términos de la estrategia terapéutica, que con pacientes con un peor funcionamiento, especialmente con una peor calidad en las relaciones objetales, deberá trabajarse en el polo de apoyo, especialmente en lo que respecta a la alianza terapéutica (De la Parra, 2000).

En resumen, la gran evidencia investigativa que existe en cuanto al manejo o no de las interpretaciones transferenciales, (Hoglund 2003, Henry, Strupp, Schacht, y Gaston 1994, de la Parra 2000 y 2005) concluye que su utilización en altas dosis parecen no provocar reacciones positivas inmediatas en los pacientes, aumentarían el riesgo de reacciones defensivas, pudiendo perjudicar a la alianza terapéutica disminuyendo el compromiso del paciente en el proceso y aumentando la tasa de deserción.

3.2 NUEVAS INVESTIGACIONES ACERCA DE LA TRANSFERENCIA

3.2.1 OPERACIONALIZANDO LA TRANSFERENCIA

Explicaremos en este apartado, las nuevas investigaciones que se están desarrollando en torno al tema de la transferencia, especialmente el nuevo método de Luborsky (1984) y Crits Christoph (1990) citado en De la Parra (2005), cuyo objetivo es operacionalizar la transferencia al modo de patrones de relación, repetitivos y maladaptativos. Uno de los primeros patrones definidos fue el CCRT: *Core Conflictual Relationship Theme*, (tema conflictivo nuclear en relaciones interpersonales). Este método permite estructurar el foco terapéutico, organizar el material clínico y guiar las intervenciones. La estructura de este patrón interpersonal, que supone una predisposición transferencial con el terapeuta y en sus relaciones actuales, está compuesto por tres elementos:

- a) Wish (W): Deseo, expectativa, intención; que puede ser explícito o implícito.
- b) Response from others (RO): Respuesta de los otros que pueden ser negativas o positivas; son las consecuencias de W.
- c) Response from self (RS): Respuesta del sí mismo, lo que le pasa al sujeto como respuesta a la reacción de los otros, que puede ser positivo o negativo.

Los deseos y sus consecuencias se obtienen de la narración de episodios interpersonales que aparecen en la sesión. Se tabulan a diferentes niveles de inferencia desde lo observable a los deseos implícitos en la formulación consciente. Un ejemplo de esto es el siguiente:

Sueño de un paciente: “yo iba a una tienda” (W = obtener algo), “completamente desnudo” (W = ¿deseo de exhibirse?), “dos mujeres jóvenes se ríen” (RO = es avergonzado) “y tuve que arrancar del dueño de la tienda” (RO = perseguido por un hombre más fuerte), “me sentía asustado y perseguido (RS: humillado, perseguido, empequeñecido). Desde la perspectiva de la clínica psicodinámica, se podría pensar en un tema nuclear d connotaciones edípicas que podría darse perfectamente tanto en las relaciones actuales como en la relación transferencial.

El CCRT ha demostrado ser altamente confiable, Crits – Cristoph y Luborsky 1988 citado en De la Parra (2005), volviéndose un método muy popular tanto en su uso clínico, para establecer y seguir un foco, como en la investigación. Hacia fines de los 90 había más de 180 estudios en curso con en CCRT. Una revisión de Luborsky (2000), le permite concluir que:

- a) En los procesos terapéuticos se verifica, en las narrativas de los pacientes, un tema central conflictivo de relaciones interpersonales que aparecen recurrentemente desde la primera a la última sesión.
- b) Los pacientes que sacan más provecho de la terapia muestran signos de un mejor manejo de su CCRT específico, (según un instrumento creado para medir manejo del CCRT).
- c) En 19 estudios se ha utilizado el CCRT para evaluar cambio en estructura de personalidad.

Crits – Cristoph 1998 citado en De la Parra (2005), otro de los creadores del CCRT, llama a la cautela respecto a su uso en el aquí y ahora de la transferencia, ya que sus estudios muestran que lo patrones interpersonales típicos de los pacientes, se expresan en la relación con el terapeuta sólo en un 34% de los casos, lo que lo hace concluir que el enfocarse en la relación terapéutica no es algo que este indicado para todos los pacientes.

En resumen, esta nueva línea de investigación ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

- 1) Para los pacientes la comprensión de los patrones interpersonales es referido como logro terapéutico, al mismo nivel de la disminución de los síntomas, de la mejoría de la autoestima y de las definiciones personales.
- 2) Se pudo evaluar los cambios en los patrones interpersonales, como un cambio específico de las terapias dinámicas, comparadas con otros tratamientos.
- 3) Los mismos temas interpersonales son consistentes a través de las narrativas de los pacientes, la mayoría refiere un patrón repetitivo a través de muchas narrativas interpersonales durante la terapia. Sin embargo, hay narrativas que son idiosincráticas a una sola relación por lo que se previene a los terapeutas sobre hacer calzar todas las narrativas de relaciones en un sólo foco.
- 4) Para algunos pacientes es posible usar la experiencia con el terapeuta en el aquí y ahora para mostrar un patrón mal adaptativo. Para un número de pacientes esto no es posible ya que no repiten el patrón maladaptativo en su vida diaria.
- 5) Explorar los patrones de relación a través de la exploración de la relación terapéutica resulta beneficioso para pacientes con historias previas de buenas relaciones interpersonales, no así con pacientes con relaciones previas pobres.

4. COMENTARIOS FINALES SOBRE EL MANEJO DE LA TRANSFERENCIA EN LA PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.

Queda claro que el manejo de la Transferencia y la Neurosis Transferencial parece funcionar, tomando las palabras de De la Parra (2005) como “un arma de doble filo” (p. 60). En algunos casos (considerando los postulados de este mismo autor), puede ser sumamente peligrosa sobre todo si las interpretaciones transferenciales se utilizan en alta frecuencia sin discriminar en qué pacientes se está aplicando o en qué condiciones se está desarrollando la alianza terapéutica. Como se expuso anteriormente, un buen resultado está relacionado con el manejo dosificado de la transferencia y con pacientes con historia de alguna buena relación objetal y monitorizando el estado de la alianza terapéutica. Los trabajos advierten sobre el uso rígido de estos patrones relaciones para interpretar la transferencia, ésta sería útil sólo si el patrón se hace evidente en la sesión dentro de la diada terapeuta - paciente. Si no, es mejor abocarse al análisis de los patrones mal adaptativos en las relaciones

externas. Tomando en cuenta los estudios realizados acerca de este tema, aquellos pacientes que no establecen una buena alianza, especialmente pacientes con historias de relaciones objetales de mala calidad, no podrán tolerar las interpretaciones sin sentir las como críticas y persecutorias.

CONCLUSIONES

“Al Psicoanálisis, a pesar de haber logrado que se le reconozca y de haber adquirido un autentico saber, contenido revolucionario y, finalmente, una importancia decisiva en el combate de la supervivencia de la humanidad, se le impone hoy día la misma tarea de hace setenta años: la reunión de sus adeptos en una organización viva e influyente; dicho de otra forma, un movimiento psicoanalítico renovado”.

(Ernst Federn, 1975)

La revisión desarrollada en esta tesis, nos permite ante todo, apreciar una de las tantas líneas de investigación que existen hoy en día en el campo psicoanalítico, especialmente la evolución que ha tenido su técnica y su práctica dentro del ámbito de la psicoterapia breve. Con este trabajo se ha pretendido mostrar la necesaria y constante revisión de los grandes postulados del psicoanálisis, como fue el caso de la Transferencia en la cura psicoanalítica en este tipo de intervenciones breves.

Ernest Jones 1995, citado en Armengol (1995), uno de los biógrafos de Freud, en referencia a los escritos técnicos del fundador del psicoanálisis, dijo de *Análisis terminable e interminable*: “Para quienes practican el psicoanálisis es este quizá el aporte más importante de todos los que escribió sobre el tema” (p. 269). Plantea que en dicha obra se realiza una crítica muy razonable y clara a los intentos de Rank de modificar el método psicoanalíticos y el abandono por parte de Freud de las tesis de Ferenczi (1926) de modificar la técnica, aumentando la actividad del analista. Jones piensa que Freud acabó considerando que cuando se modifica demasiado la técnica, el método acaba siendo vulnerado y abandonado. Es por esto que he querido manifestar a través de la revisión teórica y a través de la exposición del caso clínico que, aunque existan diversas derivaciones provenientes de la gran teoría psicoanalítica, uno de los grandes pilares como es la teoría de la transferencia y la neurosis transferencial, no pueden ser totalmente modificados, ni mucho menos olvidados dentro del quehacer terapéutico psicoanalítico.

Como plantea Figueroa (1994), la alianza de ayuda positiva temprana que se establece con el paciente sirve como un buen indicador para esperar un desenlace terapéutico positivo. Por lo tanto, la efectividad de la psicoterapia dinámica depende

de la capacidad del paciente y del terapeuta de establecer una relación de trabajo firme dentro de la cual la transferencia del paciente pueda desarrollarse, comprenderse, interpretarse, incrementando con todo ello el insight.

Al concluir esta investigación, creo profundamente que la relación transferencial es el recurso más importante para la comprensión y el análisis del paciente, y para que los conflictos del pasado revivan y se susciten en el aquí y ahora ante los ojos del terapeuta. Así también creo que todo terapeuta debe estar preparado para poder discernir el momento preciso en que aparece la transferencia, para aceptarla sin objeción, interpretársela al paciente cuando sea necesario, percibir la relación dentro de la cual se originó y brindar las pertinentes interpretaciones transferenciales, ya sea en una psicoterapia breve o en un análisis clásico. Hoy no hay duda que estos sentimientos surgen de manera casi inevitable en cualquier terapia que tenga alguna duración. Si bien este trabajo se refirió a un tipo de psicoterapia que dista mucho de un análisis ortodoxo, siento que referirse a las magnas teorías en este tipo de terapias no constituye amenaza alguna al legado freudiano. Por el contrario, tengo la convicción de que enriquece y amplía el saber analítico. Por ello, es que aunque la psicoterapia dinámica posee técnica y práctica propia, el terapeuta tiene el deber de hacer prevalecer y tomar en consideración las grandes teorías propuestas por el padre del psicoanálisis: Sigmund Freud.

Para finalizar, considero que es nuestro deber como terapeutas explorar sistemáticamente toda la gama de aplicaciones terapéuticas basadas en conocimientos psicoanalíticos, sus derivaciones y evoluciones, para así poder aplicarlas ya sea en el orbe de un análisis clásico o bien de una psicoterapia dinámica, en beneficio de quienes deben ser siempre nuestro horizonte: nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alexander F. (1960), *Psicoanálisis y Psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Psique.
2. Alexander, F. y French, T. (1965). *Terapéutica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Editorial Paidós.
3. Baeza, A. Muñoz, J. (1991). *Reforzamiento del yo en pacientes con organización limítrofe de la personalidad por medio de Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago.
4. Balint, M. Ornstein, H. Balint, E. (1985). *Psicoterapia Focal*, Barcelona: Editorial Gedisa.
5. Braier, E. (1981). *Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
6. Davanloo, H. (1992) *Psicoterapia breve: el desbloqueo del inconsciente*. España, Ediciones Dorsi, 1990.
7. Eco, H. (1977). *Como se hace una tesis*, Barcelona: Editorial Gedisa.
8. Etchegoyen, H. (2002). *Los fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
9. Fiorini, H. (1978). *Teoría y Técnicas de Psicoterapia*, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
10. Florenzano, R. (1984). *Técnicas de Terapias Dinámicas*, Santiago: Editorial Universitaria.
11. Freud, S. (1893-1895) *Estudios sobre la Histeria*, Obras Completas. Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1978.
12. Freud, S. (1900-[1989]) *Acerca del cumplimiento del deseo (1900-1901)* Vol. IV. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1979.

13. Freud, S. (1905-[1901]). *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Caso «Dora»)*, Obras Completas. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1978.
14. Freud, S. (1910). *Cinco conferencias sobre Psicoanálisis*, (1910 [1909]). Obras Completas. Vol. XI. Buenos Aires Amorrortu Editores 1979.
15. Freud, S. (1911-1913). *Recordar, repetir y elaborar* (1914). Obras Completas, Vol. XII. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1980.
16. Freud, S. (1911-1913). *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912). Obras Completas, Vol. XII. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1980.
17. Freud, S. (1914-1916). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico* (1914).Obras Completas. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.
18. Freud, S. (1914-1916). *Introducción al Narcisismo* (1914).Obras Completas. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.
19. Freud, S. (1915-1916). *Doctrina general de las neurosis*. (1917 [1916-1917]). Obras Completas. Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1978.
20. Freud, S. (1920-1922). *Más allá del principio de placer* (1920). Completas. Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.
21. Knobel, M. (1987). *Psicoterapia Breve*, Buenos Aires: Editorial Paidós.
22. Laplanche J., Pontalis J. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona, Editorial Labor.
23. Malan, D. (1963). *Psicoterapia Breve*, Centro Editor de América Latina S.A.
24. Malan, D. (1983). *Psicoterapia Individual y la Ciencia de la Psicodinámica*. Buenos Aires, Editoriales Paidós.
25. Rojas Olea H. (2008). *Las Concepciones Psicopatológicas de Sigmund Freud*. Santiago de Chile.

26. Sifneos, P. (1990). *Short – Term Dynamic Psychotherapy Evaluation and Technique*. Second Edition, New York, Plenum Publishing Corporation.
27. Small, L. (1972). *Psicoterapias Breves*, Barcelona, Granica editor.

REVISTAS CIENTÍFICAS

1. Alvarez, H. (2004). *Psicoterapia Breve de Orientación Dinámica*. Revista Internacional de Psicoanálisis, N° 20.
2. Armengol, R. (1995). Psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica: sobre teoría, método y técnica. Anuario de Psicología, N° 67. Universidad de Barcelona.
3. Crespo, Jorge (2000). “Acerca de la duración de los tratamientos y la brevedad en psicoterapia”. Revista cubana de Psicología, Vol. XVII, N° 2.
4. De la Parra G., Belmar A., Muñoz A., Isla R., (1993). *Sobre criterios de indicación de Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado (PDTL) a propósito de un caso clínico*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Vol. 31. 1993.
5. De la Parra G. (2005). “*Psicoterapia breve en unidades de psicoterapia en servicios públicos de salud: la indicación adaptativa y el continuo expresivo de apoyo*”. Revista Gaceta Universitaria, N° 3, pág. 291-306.
6. Figueroa, G. (1982). *Los Orígenes de la Psicoterapia*. Rev. Méd. Valparaíso Vol. 35 p. 1-2.
7. Figueroa G. (1986). *Las Psicoterapias Dinámicas Breves*. Rev. Méd. Valparaíso. Vol. 39 N° 1, pp. 31-36.
8. Figueroa, G. (1994). *La efectividad de la psicoterapia dinámica*. Rev. Psiquiátrica Clínica N° 31(2) pág. 121-139.
9. Florenzano, R. (1992). *Del Psicoanálisis a las Psicoterapias Breves: Evolución histórica de las Técnicas Psicoterapéutica*, Revista de Psiquiatría, Vol. IX, p.1110-1118.

10. Holm H. (1991). *Consideraciones sobre la psicoterapia breve de orientación analítica como método hermenéutico*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Vol. 29.
11. Reich, J. Neenan, P. (1986). *Principles Common to Different Short-Term Psychotherapies*, *American Journal of Psychotherapy*, Vol. XL, N° 1. p. 62-69.
12. Renik, O. (1990). *The Concept of Transference Neurosis and Psychoanalytic Methodology*, *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 72, parte 2, p. 197-204.
13. Rogawski, A. (1982). *Current Status of Brief Psychotherapy*, *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol.46, 1982, p. 331-351.
14. Sánchez – Barranco, A. Sánchez – Barranco, P (2001). *Psicoterapia Dinámica Breve: Aproximación conceptual y clínica*. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, N° 78, Madrid 2001.
15. Sifneos, P. (1984) *The Current Status of Individual Short-Term Dynamic Psychotherapy and Its Future: An Overview*. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. XXXVIII, N° 4, Octubre, p. 472-483.
16. Winokur, M. Dasberg, H. (1983). *Teaching and Learning Short-Term Dynamic Psychotherapy*, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 47 (1), p.36-52.
17. Vidal, M. (2006). *Psicoterapia en Psicooncología: Un modelo dinámico focalizado combinable con psicofármacos*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Vol. 13, N° 3, Noviembre, p. 31-56.