

EQUINOCCIO

REVISTA DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

ENCUADRE PSICOANALÍTICO 1

VOL. II

N.º 1

2021

EQUINOCCIO



asociación
uruguaya
de psicoterapia
psicoanalítica

instituto
universitario
de postgrado
de audepp

Comisión Directiva de AUDEPP

Período 2019-2021

Presidente: Lic. Psic. Germán Somma
Vicepresidente: Lic. Psic. Miguel Carbajal
Secretaria: Lic. Psic. Mariana Pisano
Prosecretaria: Lic. Psic. Laura Puig
Tesorero: Lic. Psic. Daniel Pereira
Protesorero: Psic. Ana Blanco
Vocal: Lic. Psic. Elina Goñi

Decana del IUPA

Mag. Pía Correas

Comisión de Publicaciones de AUDEPP

Psic. Luis Correa Aydo (coordinador)
Lic. Psic. María Elisa Domínguez
Lic. Psic. Cristina Rodríguez Rega
Lic. Psic. Irina Ripoll
Mag. Mauricio Clavero Larena

Apoya y colabora



Fondo de Protección Social
de **AUDEPP**

EQUINOCCIO
REVISTA DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

ENCUADRE PSICOANALÍTICO 1

VOL. II
N.º 1
2021

EQUINOCCIO 

4  asociación
uruguaya
de psicoterapia
psicoanalítica

Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica es una publicación editada por la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP), arbitrada y de periodicidad bianual. Es miembro de la Asociación Uruguaya de Revistas Académicas (AURA) y está incluida en el directorio de Latindex.

Dirección: Canelones 2208, 11200, Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: contacto@audepp.org

Teléfono: (+598) 2408 4985

Fax: (+598) 2402 2066

Edición y corrección: Florencia Eastman Ruegger

Diseño y diagramación: Andrea Natero Felipe

Corrección en inglés: Natalia Milán

ISSN: 2730-4833

Hecho el depósito que indica la ley

Depósito Legal N.º **xxx.xxx**

Impreso en Uruguay. *Printed in Uruguay*

Impreso y encuadernado en Mastergraf

NOTA EDITORIAL

Con este título, *Encuadre psicoanalítico*, se aborda un tema fundamental para el campo profesional y académico con el objetivo de reflexionar sobre la praxis psicoanalítica a la luz de cambios sociales y de distintas presentaciones clínicas que cuestionan variables clásicas que lo definen.

Desde los inicios de AUDEPP y a partir de los objetivos de su creación, se ha apostado a un psicoanálisis que pueda sostener sus bases fundamentales, pero que también pueda repensar aquellas cuestiones que, en la teoría y en la clínica, demandan una revisión crítica. Posteriormente, con su creación, el IUPA generó sus propios objetivos y, así, reforzó los de AUDEPP. Desde entonces, ambas instituciones han intercambiado desafíos que han enriquecido nuestras identidades como psicoterapeutas.

El 2021 nos convoca a la celebración de los cuarenta años de la asociación y nos exhorta a repensar proyectos. Se puede considerar este nuevo número de *Equinoccio* como una materialización que permite contemplar aquello que ha sido distintivo de nuestra asociación: la pluralidad de sus asociados y la evidencia de múltiples caminos de formación-transmisión en psicoanálisis.

En este número de la revista, los artículos publicados ponen el acento en la complejidad de su objeto: *el ser humano*, cuya singularidad y diversidad hacen que necesite ser abordado a partir de sus distintos síntomas, desde un encuadre psicoanalítico que lo sostiene desde variables que se convierten en invariables. Se deja entrever que la mayoría de sus autores y autoras plantean la importancia de una perspectiva teórico-clínica no

tanto centrada en lo que no podría variar del encuadre, sino en las características del sujeto que hacen que necesariamente algunas variables se flexibilicen, así como en los motivos de que otras permanezcan. Se trata de un encuadre psicoanalítico no centrado exclusivamente en lo que se podría nominar *lo invariable* —propuesto por un marco conceptual muy válido al momento de su postulación y con pertinencia de sus enunciados de época—, sino un encuadre que escucha y aloja una perspectiva clínica que contempla un sujeto psíquico contemporáneo.

Se evidencia el carácter artesanal de nuestro quehacer que nos distingue de otras profesiones y que, a través de las distintas nociones de *encuadre*, permite la lectura de conceptos teóricos, las experiencias clínicas, el diálogo con otros horizontes disciplinares, el trabajo de los psicoterapeutas consigo mismos..., todo lo cual posibilita que la conceptualización del encuadre psicoanalítico tampoco quede atrapada en una muestra pragmática de sí mismo. Esta dimensión nos permite volver a contemplar el valor de esta nueva publicación: la necesidad de la escritura como un medio para la articulación de un pensar que considere el encuadre psicoanalítico como un dispositivo necesario no solo para la intervención, sino para conocer la singularidad del sujeto sobre quien opera. Por lo antes dicho, el encuadre psicoanalítico se encuentra atravesado por transformaciones, resultado de la apuesta a la porosidad en relación a presentaciones actuales del sujeto psíquico, en sintonía con lo que se espera de la propia experiencia psicoanalítica.

Las distintas propuestas, así como las devoluciones de los árbitros que tuvieron la tarea de evaluarlas, llevaron a que en la Comisión de Publicaciones se generaran debates y preguntas sobre el tema que nos convoca: ¿cómo, desde el encuadre psicoanalítico, se podría dar cuenta de las constantes transformaciones y, por lo tanto, de los posibles cambios conceptuales en la psicoterapia psicoanalítica?, ¿desde qué nociones de *encuadre* podemos retroalimentar nuestras prácticas terapéuticas?,

¿cómo es la relación de las distintas perspectivas teóricas de nuestros escritores con la singularidad de la práctica psicoanalítica contemporánea?, ¿de qué manera las posibles modificaciones al encuadre han contribuido a ampliar el campo de analizabilidad de los sujetos?, ¿cuáles son las repercusiones de exponer nuestras intervenciones a la interna de nuestra asociación?, ¿cuál es la operatividad de un encuadre flexible con lo social?, ¿debemos hablar de *encuadre* o de *intervenciones*?, entre otras. Seguramente, algunas de estas interrogantes sean el disparador para la articulación con otras luego de que se acceda a la lectura de los artículos, las conversaciones con colegas, las investigaciones, los artículos revisitados y las reseñas de libros que aloja este *Equinoccio*.

Finalmente, agradecemos a todos los autores y autoras, y recordamos especialmente a nuestra compañera Beatriz Zincof, quien, junto a un equipo de colegas, supo coordinar la revista de AUDEPP y mantener viva la llama de la escritura-publicación entre colegas.

Comisión de Publicaciones de AUDEPP

ÍNDICE

1. NÚCLEO TEMÁTICO	11
Encuadre psicoanalítico: entre el catecismo y el <i>vale todo</i> , algo diferente es posible <i>Elina Carril Berro</i>	13
La institución en el encuadre psicoanalítico <i>Damián Schroeder</i>	33
Trabajando psicoanalíticamente en y con instituciones. Estructuras y dinamismos <i>Eliseo Miguel González Regadas</i>	53
Encuadre desde la mirada del psicoanálisis relacional <i>Stella María Barrios Blanc</i>	73
Por qué reconsiderar el encuadre psicoanalítico tradicional. Una mirada relacional <i>Nora Pomeranic</i>	95
Cuando somos más de dos <i>Rafael Sibils</i>	115
2. RELECTURAS	135
¿Qué psicoterapia?, ¿para quién? Algunos avances en un largo camino <i>Ricardo Bernardi</i>	137
3. AVANCES DE INVESTIGACIÓN	163
Discursos acerca de la neutralidad con relación al encuadre <i>María de Lourdes Benítez</i>	165
4. CONVERSACIONES	181
Intervenciones comunitarias en Perú: psicoanálisis y cultura local. Conversación con Viviana Valz Gen <i>Cristina Rodríguez Rega y Luis Correa Aydo,</i> <i>por la Comisión de Publicaciones de AUDEPP</i>	183
5. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS	201
Psicoanálisis a distancia. Teléfono, videoconferencia, chat, email (de Ricardo Carlino) <i>Adriana Rodríguez Correa</i>	203
La teoría y su noche. Aportes epistemológicos para la investigación en psicoanálisis (de Flora Singer) <i>Florencia Jurado</i>	209
NORMAS DE PUBLICACIÓN Y ARBITRAJE	215

NÚCLEO TEMÁTICO

1

Resumen

El encuadre, como conjunto de reglas establecidas para que el proceso psicoanalítico pueda tener lugar, ya viene siendo debatido hace tiempo. Para quienes se adhieren a la idea de que nada ha cambiado ni en lxs pacientes ni en la sociedad, todo debe quedar como fue dicho, so riesgo de no ser considerado psicoanalítico. Para aquellxs que siguen una tradición de cuestionamiento, revisión y reelaboración de las teorías psicoanalíticas, los cambios en el encuadre han sido ineludibles, teniendo en cuenta las problemáticas de las personas actuales, sus modos de sufrimiento y la visibilidad de fenómenos como las violencias en sus variadas formas.

Desde la perspectiva teórica del psicoanálisis y su articulación con los estudios de género, en este trabajo describo mi motivación para apartarme de algunos postulados teóricos psicoanalíticos, saturados de concepciones sexistas, heteronormativas y ciegas ante la evidencia del efecto que las desiguales relaciones de poder entre los géneros han construido, lo que ha afectado a las subjetividades sexuadas. Por ese motivo, me propongo revisar y cuestionar los encuadres tradicionales, de manera de poder comprender y sostener situaciones clínicas que, en algunos casos por su gravedad o riesgo, desbordan los límites de los tratamientos convencionales.

Palabras clave: encuadre, clínica, género, violencia.

The psychoanalytical frame: Between catechism and anything goes—something different is possible

Abstract

The frame, as a set of established rules so that the psychoanalytic process can take place, has been debated for a long time. For those who adhere to the idea that nothing has changed either in patients or in society, everything must remain as it was said, at the risk of not being considered psychoanalytic. For those who follow a tradition of questioning, reviewing and re-elaborating psychoanalytic theories, the changes in the frame have been unavoidable, taking into account the problems of today's people, their ways of suffering and the visibility of phenomena such as violence in its many forms.

From the theoretical perspective of psychoanalysis and its articulation with gender studies, I describe my motivation to depart from some psychoanalytic theoretical postulates, saturated with sexist, heteronormative conceptions and blind to the evidence of the effect that unequal power relations between genders have constructed, which has affected sexual subjectivities. For this reason, I propose to review and question traditional frames, in order to understand and sustain clinical situations that in some cases exceed the limits of conventional treatments due to their severity or risk.

Keywords: frame, practice, gender, violence.

INTRODUCCIÓN

[...] las disposiciones que integran el encuadre tienden a perder el significado de valiosos instrumentos técnicos que posibilitan el proceso analítico y empiezan a adquirir una cualidad ritual administrativa de dicho proceso. El encuadre amenaza convertirse en baluarte defensivo donde zozobran la creatividad del analista y la singularidad del paciente.

Fernando Ulloa (1971, p. 112)¹

Si en un principio era el Verbo, nuestro principio como psicoanalíticxs siempre es Freud. Fue él, como fundador de la nueva ciencia-arte, quien estableció algunas condiciones básicas para que el tratamiento psicoanalítico pudiera desarrollarse. Freud no lo llamó *encuadre*, pero sí estableció sus reglas con la siguiente salvedad:

[...] he decantado las reglas técnicas que propongo aquí de mi experiencia de años, tras desistir, por propio escarmiento, de otros caminos. Pero estoy obligado a decir expresamente que esta técnica ha resultado la única adecuada para mi individualidad; no me atrevo a poner en entredicho que una personalidad médica de muy diversa constitución pueda ser esforzada a preferir otra actitud frente a los enfermos y a las tareas por solucionar. (Freud, 1991a, p. 107)

¹ Tengo que agradecerle a Vainer porque la lectura de su artículo (2009) hizo que me reencontrara con lo escrito por Ulloa en *Cuestionamos* (1971).

Y sigue:

La extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas intervinientes, la plasticidad de todos los procesos anímicos y la riqueza de los factores determinantes se oponen, por cierto, a una mecanización de la técnica y hacen posible que un proceder de ordinario legítimo no produzca efecto algunas veces, mientras que otro habitualmente considerado erróneo llegue en algún caso, a la meta. (Freud, 1991b, p. 125)

Hasta aquí la recurrencia a Freud. El encuadre, el *setting*, en palabras de Winnicott (1989), el concepto del encuadre como institución propuesto por Bleger (1978) y tantas teorizaciones acerca de lo que es el encuadre, es un tema que sobrepasa los límites de este artículo, pero que fundamentalmente está fuera de mi interés y propósito.

Me sitúo en la línea de quienes han revisado y cuestionado algunos de los parámetros que definen el encuadre como un conjunto de prescripciones fijas e inamovibles —garantía de un psicoanálisis puro y no como algo del mero cobre— o de quienes no consideran la neutralidad como un ideal que debemos perseguir. Cuando observamos lo que en realidad hacemos y lo que verdaderamente funciona, nos percatamos de que el concepto de *neutralidad* no describe fielmente la actitud de un *clínico eficaz* (Renik, 2002).

Como psicoterapeuta que ha incorporado la perspectiva de los estudios de género a su práctica, se me ha hecho indispensable el apartamiento de algunos postulados teóricos psicoanalíticos, saturados de concepciones sexistas, heteronormativas y ciegas ante la evidencia del efecto que las desiguales relaciones de poder entre los géneros han construido, lo que ha afectado a las subjetividades sexuadas. Se me ha hecho necesario —y a veces imperativo— revisar y cuestionar los encuadres tradicionales para poder comprender y sostener situaciones clínicas que,

por su gravedad o riesgo, desbordan los límites de los tratamientos convencionales. Voy a ilustrar esto con dos ejemplos clínicos, distintos en sus motivos de consulta y en sus modos de existencia.

Mi intención es que este artículo permita —aun en las ausencias— dialogar entre colegas. Por ese motivo, algo de un estilo oral se ha podido colar en su escritura.

LA ACTUALIDAD

Freud modelizó el *prototipo*, lxs psicoanalistas posteriores pusieron en marcha la fábrica del modelo, que en muchos casos corrió el riesgo de la serialización. El encuadre se concibe, entonces, como el conjunto de disposiciones que pautan el encuentro entre dos personas: terapeuta y paciente.²

Zac (1971) diferencia dentro de los elementos del encuadre dos tipos de factores: absolutos y relativos. Los absolutos son aquellos que dependen y se desprenden de los principios teóricos básicos del psicoanálisis, y los relativos son los que están relacionados con la persona del analista, la persona del paciente y la relación entre ambas. Los determinantes absolutos serán: la atención flotante, la asociación libre, la neutralidad y la abstinencia; es decir, los parámetros que definen el método. Los relativos serán: la frecuencia, los honorarios, la duración de las sesiones, las interrupciones, el uso del diván o no.

El concepto acerca del encuadre y su manejo está determinado no solamente por una elección teórica en particular, sino por la transferencia que lxs terapeutas establecen con la teoría, con la pertenencia institucional

² En principio, el clásico encuentro bipersonal se ha ido ampliando a los grupos, las familias, las parejas, los binomios padre-hijx o madre-hijx.

—sus maestrxs, analistas y supervisorxs—, con la realidad externa y con cada unx de sus pacientes, como sostienen Levy et al. (1999). Coincido con estas autoras en que los factores absolutos definidos por Zac (1971) se desprenden de la teoría, pero de la teoría que han incorporado lxs analistas. Y como en la actualidad hay muchos psicoanálisis, no hay una única lectura de ese objeto; por lo tanto, cada escuela, grupo, cofradía o parroquia propone una concepción de la psicopatología y del tratamiento.

Pero ¿cuándo empezó la *actualidad*?, ¿hace cincuenta, cuarenta años? ¿Qué cambió en nosotrxs, además del paso del tiempo? ¿En qué cambiaron lxs pacientes?, ¿son lxs mismxs que hace treinta, cuarenta, cincuenta años? ¿A qué otras problemáticas, además de las buenas neurosis, nos vemos confrontadxs? Lxs consultantes que quieren ser pacientes ¿piden lo mismo que años atrás?, ¿quieren saber de sí mismxs?, ¿de su inconsciente?

Las preguntas no son nuevas y las respuestas, vengan de la fuente que vengan —salvo para quienes siguen aferradxs a tres o cuatro fórmulas inamovibles— tampoco son totalmente novedosas, aunque sí realistas. Puedo resumirlas: lxs pacientes no son lxs mismxs, no piden lo mismo, pocas veces quieren saber de sí, pocas veces pueden objetivar a través de la palabra lo que les pasa o creen que les pasa. Predominan las vivencias de vacío, los trastornos por déficit, las adicciones, la tendencia al pasaje al acto («hago, luego existo», que modifica la máxima cartesiana del *cogito*).

Igualmente, a pesar de algunas de estas características recién señaladas, algunxs consultantes que quieren ser pacientes vienen con el pedido pronto: que sea rápido, indoloro e insípido. Pretenden definir la frecuencia: «Yo pensaba venir cada 15 días, me parece que con eso puedo andar bien», el día exacto y la hora: «Puedo los martes a las 17, porque otro día se me complica», los honorarios: «Yo pensaba xxx, porque tengo muchos gastos», la posición: «¿Eso es un diván? Ni se te ocurra»... El anecdotario podría seguir, pero no es necesario. ¿Y el encuadre? La tentación a

decir que sí a todo —que solo puede ser obra del Maligno— nos llevaría a unas semitécnicas, prácticas sin sostén teórico, un no pensar en lo que hacemos (mucho menos hacerlo público), un *vale todo* ausente de ética y de compasión.³ En el otro polo, nos encerramos en las reglas, no indagamos acerca de esas demandas y seguimos a pie juntillas el vademécum, incluyendo —claro está— la fidelidad a los principios de neutralidad y abstinencia.

Lxs pacientes actuales —por lo menos lxs míxs— no son pacientes demasiado graves, lo que lxs agrava es que están atravesadx por situaciones graves, actuales o históricas. El mundo interno se complejiza cuando el conflicto se establece entre el objeto de la fantasía y el objeto real. A un sujeto que ha incorporado en su psiquismo al objeto padre o madre o a otro personaje significativo de su historia, objetos deformados por el proceso primario, quizás idealizados, le puede resultar intolerable que ese de quien esperó amor sin reservas fuera su verdugo en la vida real. Como dice Hornstein (1993), de las tres angustias que señalaba Freud, la angustia por el castigo del super yo, la angustia por la pérdida y la angustia real, esta ocupa un lugar fundamental y no por debilidad del aparato psíquico, que no tiene, por constitución, cómo hacer frente al peligro externo. La realidad actual es devastadora, fractura el lazo social indispensable para la constitución y el mantenimiento de la subjetividad con un mínimo de equilibrio.⁴

3 Etimológicamente, la palabra *compasión* proviene griego συμπάθεια, que puede leerse como ‘sympathia’; pasó al latín como *cumpassio*, vocablo compuesto, integrado por *cum* ‘con’ y el verbo *patior* ‘padecer’. La compasión es un sentimiento propio de las personas a las que les importa solidarizarse con el dolor ajeno, comprenderlo y compartirlo.

4 Y si no, pensemos en el covid y los aislamientos y los efectos que genera —aún sin estudiar en profundidad debido a la cercanía temporal con la pandemia—, en los fenómenos migratorios, en los femicidios, en los crímenes de odio, en los abusos de toda índole, en la diferencia casi obscena entre las enormes riquezas de unos muy pocos y la lacerante pobreza de tantos millones. Y podría seguir.

Durante mucho tiempo se escuchaba y se leía que era altamente inconveniente que lxs pacientes supieran de la vida personal de su analista. Sin embargo, este precepto parecía —y parece— no aplicarse en algunas instituciones psicoanalíticas donde todxs se conocen. Se elige a X como analista porque lx leyeron, lx escucharon, frecuentan el mismo balneario, van a los mismos cines o teatros. Todo eso habla de los gustos, la posición social, las ideas políticas o las elecciones estéticas o culturales de lxs terapeutas. En otros circuitos psi, lxs pacientes ven a sus terapeutas con sus parejas, amigxs... En algunos casos se encuentran en alguna marcha: 8M, 20 de mayo, 25 de noviembre.⁵

¿Un elemento del encuadre se quebró y se convirtió en obstáculo? ¿O, como sucede con tantas otras situaciones, las endogamias institucionales se pasan por alto y no se significan como obstáculos? ¿O será que lxs pacientes que encuentran a su terapeuta en la Marcha del Silencio descubren una faceta que lxs conforta, tranquiliza? Ya verá cada terapeuta cómo incidió tal encuentro en la transferencia.

Recuerdo ahora (como un cuento de horror) cuando, no hace más de treinta años, algunxs terapeutas cruzaban la calle para no tener que saludar a sus pacientes. O salían corriendo de un cine si veían a su paciente dos filas adelante. Hace menos de diez años un colega afirmaba que bajo ningún concepto aceptaba mensajes de texto: a él se lo llamaba por teléfono fijo o nada. Hoy se comunican con nosotrxs primero por Whatsapp. Yo sigo prefiriendo hablar y no escribir en el primer contacto, sigo pensando que la voz nos da una cualidad humana que hoy no siento en el mensaje inicial y breve. No quiero ni imaginar al colega en estos momentos de telellamadas, zooms, skypes...

5 El 8 de marzo se conmemora el Día Internacional de la Mujer; el 20 de mayo se realiza, desde 1996, la Marcha del Silencio, en homenaje a las víctimas detenidas-desaparecidas durante la última dictadura militar; el 25 de noviembre es la fecha que Naciones Unidas definió como el Día de la Eliminación de la Violencia hacia la Mujer.

«Yo me tomo las vacaciones en febrero», decía el analista; «Yo en enero por la feria judicial», decía el paciente abogado. «Lástima. Me paga enero porque yo estoy trabajando». Esa sola actitud puede ser interpretada como un abuso de poder, como una muestra de una malinterpretación de la asimetría. La asimetría entre paciente y terapeuta no implica —no debería implicar— la puesta en juego de mecanismos de arbitrariedad. Por suerte, esa arbitrariedad parece estar en vías de extinción. Solo podrían aceptarla lxs muy creyentes o lxs muy sometidxs, que para el caso...

Puget (apud Flechner, 2018) decía en uno de sus últimos artículos —aún no traducido al castellano— que, a pesar de los intentos de preservar el sabor original del psicoanálisis, los desarrollos tecnológicos y culturales han vuelto imposible la verdadera ortodoxia al reconsiderar el encuadre movable (en movimiento) en psicoanálisis. Por ejemplo, la habilidad de lxs pacientes de googlear a lxs analistas ha cambiado para siempre la natural privacidad del consultorio y de lxs analistas.

El recurso único a la palabra, las restricciones motoras, la confusión entre abstinencia e indolencia, como decía Ulloa (1971), la neutralidad entendida como garante absoluto de una objetividad hija del positivismo, analistas ávidxs de encontrar a Edipo como sea posible sin tomar demasiado en cuenta lo que está diciendo su paciente, son —a mi juicio— varios de los factores que han incidido en una cierta huida de las personas del psicoanálisis.

LA CLÍNICA, LAS MUJERES, LAS VIOLENCIAS, LOS ABUSOS...

Vayamos a la clínica: se podría decir —en realidad, se ha dicho mucho— que los temas relevantes, los centrales de todo análisis son: la sexualidad infantil, el Edipo, la castración, los procesos identificatorios y

los avatares del narcisismo, que luego se convierten en muchos. Con frecuencia nos solemos enfrentar con estados o momentos límites en que la interpretación es imposible, ya sea durante un proceso psicoterapéutico o incluso durante una misma sesión: se corta el hilo, se impone un silencio raro, se relata una vivencia de vacío o se despliega una afectividad intensa, cuando no la indiferencia y el desgano por continuar con la tarea. Entonces, no apelaremos a intervenciones verbales que produzcan sentido, sino que ayudaremos a través de palabras de aliento, de nuestro reconocimiento de su sufrimiento. Y estas intervenciones —que pueden ser una acción—, contrariamente a la interpretación, no dependen directamente de la palabra de lxs pacientes, sino de nuestra manera de reaccionar, de sentir, de dar lugar o rechazar lo que ellxs despliegan. Esto puede ser la reedición en transferencia de esos «pocos temas relevantes», pero también la expresión del anudamiento entre su historia y lo actual, que va produciendo otros síntomas, que en su develamiento abrirá nuevos significados a esa historia y que no siempre es sencillo de detectar, comprender, sostener. Las violencias, las relaciones de maltrato y sometimiento, los abusos antiguos o actuales, las secuelas de la homofobia, la externa y la interna, la que desde los mandatos superyoicos o las representaciones penosas del *self* producen síntomas... Estos temas —como decía más arriba— se convierten en muchos.

Hace ya bastante tiempo que llegan pacientes que me fueron derivadxs o llegaron solxs porque buscaban «analista con perspectiva de género». Hombres y mujeres jóvenes en su mayoría (entre los 25 y los 40, digamos). Invariablemente, en el primer encuentro, además de asentir generalmente con la cabeza, pregunto qué motivó esa elección o definición. Invariablemente también, me han respondido que no podrían hablar de sí mismxs con alguien que no entendiera de estos temas. ¿Cuáles pueden ser «estos temas»? Suelo no indagar más en este asunto y ver cuál es la demanda, qué cree que le pasa.

Juan

Juan buscaba una terapeuta «que trabajara con perspectiva de género». ¿Por? Porque era gay. Suponía entonces que se iba a encontrar con alguien abiertx, no homofóbicx, respetuosx de sus elecciones sexoafectivas. Tenía razón: yo podría ser casi todo eso. Pero también algo más.

Juan venía de una historia familiar compleja: familia de clase media que se fue empobreciendo, viviendo a los saltos, endeudándose, con un padre alcohólico y violento y una madre sometida. Tal fue su relato inicial. Sentía un profundo odio hacia su padre, a quien responsabilizaba de todo lo que sucedía en esa casa. Pero también hacia su madre, que no se separaba de ese hombre. Su homosexualidad finalmente fue aceptada por sus padres. Había sufrido bullying cuando niño por ser «afeminado», es decir, por no gustarle el fútbol y tener un modo «suave». Tuvo una relación homoerótica con su primo, un poco mayor, que nunca significó como un abuso; en todo caso, como un casi amor no correspondido. Había tenido una pareja, Andrés, de la que se separó por las constantes peleas y discusiones, que muchas veces se tornaban muy violentas.

Pero el pedido de psicoterapia de Juan no era solamente por el conflicto con sus elecciones amorosas o su aparente desconexión afectiva. Juan tuvo que reconocer, no sin angustia, que su identificación con el padre violento estaba en la matriz de sus reacciones emocionales; como él, era arbitrario e intransigente. Y debió admitir que la relación con su madre tenía todas las trazas de un vínculo también pasional: de enojo y celos, por momentos idealizada..., edípica. Fueron unos años de trabajo analítico intenso y muy productivo.

¿Y el encuadre? ¿Qué se mantuvo de los factores relativos? Poco: honorarios, vacaciones acordadas, interrupciones acordadas. Pero la frecuencia fue semanal, sin diván. ¿Y de los absolutos? También poco: la apelación a la libre asociación, mi atención parejamente flotante (pero

nunca en trance). ¿La neutralidad? En ocasiones debí opinar acerca de cuál podía ser la mejor forma de resolver alguno de sus conflictos, en otras no; por ejemplo, di mis opiniones acerca de cuáles podían ser los caminos para vivir con menor conflicto su vida sexual, evitando toda caída en consejos sexológicos, porque sus modos de vivir la sexualidad estaban muy ligados a la emergencia de ansiedades muy primarias. Como dice Bleichmar (2009):

[...] nuestra práctica deviene ética precisamente por la abstinencia de enjuiciamiento moral, por la acogida benevolente al decir y hacer del otro, por la puesta en suspenso de toda disputa respecto a las formas de resolución de la vida práctica. (pp. 48-49)

¿Y el género? ¿Qué lleva a una persona a elegir como terapeuta a alguien que tenga esta perspectiva?, ¿encontrarse con alguien que sienta como par?, ¿dejar veladas o dadas por entendidas algunas cuestiones porque ambxs sabemos de lo estamos hablando? Muchos aspectos de la conflictiva de Juan podían haber sido resueltos con unx psicoterapeuta, respetuosx de su gaycidad, pero digamos que clásicx. Porque Juan traía varios de los «temas relevantes». Y también de los otros: una búsqueda compulsiva de encuentros con *partenaires* sexuales, tras los cuales quería que se esfumaran, literalmente, o bien él casi que salir corriendo; ansiedades muy primarias que se calmaban con el acto sexual; la negación a ser penetrado, porque él era el penetrador, «el macho», el que tenía el dominio del otro, el control y el poder. Fuimos entendiendo que el dejarse penetrar estaba asociado a ser como una mujer, representación de sí que tenía reprimida por intolerable. Juan gay, activista de derechos humanos y homofóbico: intolerable.

La perspectiva de género nos ayudó a entender a Juan y a mí, que, como todxs en esta sociedad, hemos sido manufacturadx en la fábrica

del patriarcado y no nos salvamos de albergar en nuestra psique y en nuestra subjetividad representaciones del mejor cuño reaccionario, homofóbico, que conviven inconsciente o preconcientemente con otras representaciones, alternativas y abiertas a otros modos de amar y gozar.

Lilian

«Me dio su nombre X, llamo porque hice abandono del hogar», fue lo primero que me dijo Lilian luego de los saludos de uso. Sin pensarlo, le contesté: «Usted se fue de su casa...». Segundos de silencio. Me solicitó una entrevista.

Lilian se había ido de su casa cansada del «carácter especial» de su marido, con quien tenía tres hijos de entre 15 y 23 años. Lo había seguido al exilio (su último hijo lo había tenido en el país de acogida). Cuando él lo dispuso y enseguida de terminada la dictadura, se volvieron. Para Lilian fue todo un recomenzar: casa, barrio, trabajo. Pero siempre los hijos y el carácter «especial» de Carlos.

Lilian me relató que Carlos la esperaba cerca de donde estaba viviendo, hablaban, prometía cambiar, juraba su amor, le hablaba de la familia que habían construido... Y la convenció. Volvió a su casa y poco tiempo después la historia de siempre empezó de nuevo. Ella decía quererlo, pero ¿qué quería de ese hombre?, ¿qué trama la ligaba a Carlos, tan dominante, tan violento, siempre desacreditándola, tratándola como si fuera tonta? Tan parecido a... su madre.

Su padre —muerto tempranamente, al inicio de la primera juventud de Lilian— había sido el sostén, el modelo, la figura idealizada de un varón habilitador. No así, decía Lilian, su madre, empeñada desde siempre en disminuirla, en una franca y constante desconformidad con su persona. ¿Rivalidad edípica? Sí, de ambas. Tanto, que Lilian se fue de su país de origen y se vino a Uruguay. La persecución política de la que era objeto

en ese momento le sirvió para escapar de esa tutela dominante. Y cayó en otra... Nada nunca es al azar.

Luego de un año de comenzada su terapia, Lilian decide separarse de Carlos. Busca casa en secreto y le informa a Carlos la decisión. Lilian ya no hace «abandono de hogar»: va a dejar la casa, que es bien ganancial, casi todos los muebles, el auto.

Son las seis y cuarto de la tarde. Lilian llegó —como siempre— puntual a su sesión de los martes. De pronto, el timbre que empieza a sonar insistentemente. No atiende. El timbre sigue sonando, cada vez con más fuerza y literalmente irrumpe e interrumpe la sesión. Lilian me dice: «¿No será Carlos?». Se levanta, va hacia la ventana y ve que el coche está estacionado enfrente. Queda paralizada de miedo. Yo también tengo miedo, por ella y por mí. Quince días después, Lilian llega a otra sesión. Tiene el labio partido y hematomas en la cara y el cuerpo. Secuelas de la ida de su casa: no solamente le arrojó todas sus cosas por la escalera, también la arrojó a ella.

Pero ¿qué efectos tiene la violencia cuando irrumpe a través del relato de historias de abuso y maltrato? ¿Qué hacer cuando nos toman por sorpresa, irrumpiendo, subvirtiendo el encuadre?, ¿seguir impasibles ante una amenaza exterior que puede poner en riesgo la integridad física de nuestra paciente, intentando que la sesión continúe al ritmo que va dictando su despliegue discursivo sobre sus sufrimientos o goces? ¿Cómo tramitar el miedo, el ajeno y el propio?, ¿cómo proteger y protegernos?

La violencia contra la mujer era, hasta hace unos años, un fenómeno naturalizado y, por ende, invisibilizado también para las propias mujeres, que toleraban el maltrato como consecuencia inevitable de su condición subordinada, sostenida subjetivamente por un ideal del yo que ha prescripto para nuestra cultura una dimensión sacrificial personal en aras del bien y el cuidado de lxs otrxs. El psicoanálisis, como toda producción

teórica y toda práctica surgida en este social histórico, no quedó al margen de esta invisibilización, cuya teorización paradigmática fue la propuesta freudiana del masoquismo femenino. La pérdida de legitimidad del uso de la violencia en sus distintas expresiones para sostener un dominio nos enfrenta hoy a lxs psicoanalistas a un doble reto: por un lado, repensar las categorías y las técnicas psicoanalíticas habituales que nos resultan insuficientes para entender e intervenir en estas situaciones; por otro, extremar el análisis de nuestra propia implicación.

Ha pasado ya bastante tiempo entre lo sucedido en la sesión de Lilian, comentada más arriba, y el momento en que escribo estas líneas. Sé lo que hice en ese momento: en un proceso de doble vía, la tranquilicé y me tranquilicé a mí misma, tratando de mantener la calma necesaria para poder pensar; le ofrecí quedarse hasta que Carlos se fuera —por pura casualidad, Lilian era en ese momento mi última paciente del día (¿y si no lo hubiera sido?)— y luego nos pusimos a elaborar juntas alguna estrategia para salir del consultorio y asegurarle la vuelta a su casa sin peligro.

Hasta ahí el hacer. ¿Qué pude pensar? Frente al desconcierto, el riesgo y el miedo, surgió en Lilian la inseguridad en sus propios recursos yoi-cos —«¿Qué hago?, ¿cómo salgo de acá? ¿Y si me sigue hasta casa?»—, provenientes de una representación de sí misma en la que se vivía como impotente, débil frente al poder de su marido.

La sesión, interrumpida en la estabilidad y confiabilidad que el encuadre favorece, se convirtió en... otra: quedó temporalmente suspendida la búsqueda de sentidos, el recurso único de la palabra, la renuncia a controlar y dirigir mis propios procesos intelectuales tolerando la incertidumbre (atención flotante). La sesión se convirtió en un contexto intersubjetivo en que me constituí en un soporte *real* de su integridad, el objeto reasegurador frente al sentimiento de desvalimiento, la garantía de no estar sola frente a la amenaza. Para revertir ese sentimiento de impotencia e inermidad —conocido por ella—, procuré crear un espacio en el

que *dos mentes* trabajaran para pensar en acciones aseguradoras concretas. Y recalco el plural porque, frente a pacientes que viven o han vivido situaciones de maltrato prolongadas en el tiempo, hay que evitar la tentación —determinada por nuestra propia omnipotencia— de constituirse en quien «sabe cómo hacer» y proponer, en cambio, intervenciones que favorezcan la asertividad y la autonomía. Luego, en la sesión siguiente, fuimos dos personas juntas, paciente y terapeuta, intentando encontrar una comprensión que permitiera la reorganización de la experiencia vivida por ambas y que podía volver a repetirse (Carril, 2004).

Lilian no me consultó porque yo fuera una analista con perspectiva de género. Pero mi posicionamiento clínico e ideológico me permitió comprender que para Lilian, además de sus otros anudamientos inconscientes, había algo del orden del mandato superyoico: resistir, aguantar, la familia ante todo; lo deseable y esperable para una mujer más allá del sufrimiento. Y no por masoquista...

CONCLUSIONES

Sigo pensando que ciertas constantes en el encuadre son necesarias. Mantener un día o días, siempre los mismos (con las salvedades de los imprevistos), y los mismos horarios, ordena, regula. Opera en el sentido de los ritmos regulares de los cuidados a lxs bebés, que han permitido, en el mejor de los casos, ir constituyendo los espacios psíquicos, las tópicas: afuera-adentro, tu-yo...

Las modificaciones en el encuadre ¿permiten el cambio psíquico?, ¿permiten nuevas simbolizaciones, nuevos nexos metabolizantes? ¿O estos cambios solo pueden apuntar a modificaciones estéticas, como un maquillaje psi? Sí, lo permiten: cuando sabemos lo que hacemos y por qué lo hacemos, cuando podemos reflexionar y no actuar al tiro, cuando

lxs pacientes tienen esa porosidad, esa plasticidad que nos permite a ambxs pasar de un registro a otro, de la interpretación a la acción. No es fácil.

Pienso ahora en Lilian; lo que se interrumpió fue una sesión, pero no el proceso terapéutico, aunque algunas de sus reglas canónicas se hubieran cambiado. Por ejemplo, le ofrecí algo más que la interpretación, accedí a ser para ella algo más que un objeto-soporte de la transferencia: fui en acto una persona real que la estaba asistiendo, le comenté sobre la peligrosidad de la situación, le sugerí algunas medidas concretas para su resguardo. ¿Sugestión?, ¿transgresión de la neutralidad y de la abstinencia? Podría ser una lectura. Aunque a esta altura, creo que tanto la neutralidad como la abstinencia, si se toman en su literalidad y se dejan congeladas, funcionan más como mitos psicoanalíticos (Hernández de Tubert, 1999) que como conceptos base que nos permiten analizar y no presumir certezas, escuchar lo singular y no imponer nuestros puntos de vista.

Pero como no se trata solo de llorar por el paraíso perdido, sino de producir, de empujar hacia adelante al psicoanálisis —de *sacarlo del closet*, como dice Clavero (2020)—, pienso que mostrar brevemente lo que viví con Lilian y Juan es una forma de desacralizarlo y al mismo tiempo apostar a él con esperanza.

§

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLEGER, J. (1978). *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*. Paidós.
- BLEICHMAR, S. (2009). *La subjetividad en riesgo*. Topía.

- CARRIL, E. (2014). *Cuerpo de mujer: territorio violentado. La práctica psicoanalítica en violencia de género*. XXVII Encuentro de Discusión y XXII Symposium, *Velos y desvelos del cuerpo*. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.
- CLAVERO, M. (2020). Trans-transvestite childhoods. Considerations for an out-of-closet psychoanalysis. En P. Bohórquez y V. Garibotto (comps.), *Psychoanalysis as Social and Political Discourse in Latin America and the Caribbean*. Routledge (en prensa).
- FLECHNER, S. (2018). Reseña de libro. Reconsiderando el encuadre móvil (en movimiento) en psicoanálisis: Su función y estructura en la teoría psicoanalítica contemporánea. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 127, 211-234.
- FREUD, S. (1991a). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). En *Obras completas* (vol. XII, pp. 107-120). Amorrortu.
- FREUD, S. (1991b). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I) (1913). En *Obras completas* (vol. XII, pp. 121-144). Amorrortu.
- HERNÁNDEZ DE TUBERT, R. (1999). El mundo del psicoanalista. En *Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*, 3. www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000088
- HORNSTEIN L. (1993). *Práctica psicoanalítica e historia*. Paidós.
- LEVY, B., SANTOS, G. y SINGER, D. (1999). Consideraciones en torno del encuadre. *Revista del Ateneo Psicoanalítico: Subjetividad y propuestas identificadoras. Problemáticas sociales y clínicas*, 225-237.
- RENIK, O. (2002). Los riesgos de la neutralidad. *Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*, 10. www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000188
- ULLOA, F. (1971). Extrapolación del encuadre analítico en el nivel institucional: su utilización ideológica y su ideologización. En M. Langer (org.), *Cuestionamos* (pp. 109-120). Granica.

- VAINER, A. (2009). Del encuadre de Procusto a los divanes psicoanalíticos. *Revista Topía*, 56. www.topia.com.ar/articulos/del-encuadre-procusto-dispositivos-psicoanal%C3%ADticos
- VIÑAR, M. (2002). Sobre encuadre y proceso analítico en la actualidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 31-36.
- WINNICOTT, D. W. (1989). Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis. En *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós.
- ZAC, J. (1971). Un enfoque metodológico del establecimiento del encuadre. *Revista de psicoanálisis*, 28, 593-610.

Resumen

El presente trabajo señala cómo desde los albores del psicoanálisis existe una articulación entre el posicionamiento psicoanalítico, la importancia del análisis personal del analista, el encuadre y el proceso de institucionalización. Las reflexiones acerca del encuadre han estado habitualmente vinculadas a su problematización, ya sea en relación a los sufrimientos no neuróticos, como a la ampliación de los campos de abordaje del psicoanálisis y a la incidencia de los cambios históricos y sociales.

Se realiza aquí un recorrido metapsicológico acerca de las diferentes concepciones del encuadre. Además, se cuestiona la noción de *encuadre interno* y se establece una interlocución entre el concepto del *Otro-yo-otro* y los aportes de José Bleger, Enrique Pichon-Rivière, Heinrich Racker y Madeleine y Willy Baranger, para postular una dimensión institucional del encuadre. Se trata de la institución en el encuadre presente tanto en la formación de los psicoanalistas como en la praxis ulterior.

Palabras clave: encuadre, institución, metapsicología, otro.

Institutions in a psychoanalytical frame

Abstract

The present work points out how since the dawn of psychoanalysis there has been an articulation between psychoanalytic positioning, the importance of the analyst's personal analysis, the frame and the institutionalization process. Reflections on the frame have usually been linked to its problematization, either in relation to non-neurotic suffering, or to the expansion of the fields of approach of psychoanalysis and the incidence of historical and social changes.

A metapsychological journey is made about the different conceptions of framing. Also, the notion of the internal frame is questioned and an interlocution is established between the concept of the Other-self-other and the contributions of José Bleger, Enrique Pichon-Rivière, Heinrich Racker and Madeleine and Willy Baranger to postulate an institutional dimension of the frame. This journey is about the institution in the frame present both in the training of psychoanalysts and in their subsequent praxis.

Keywords: framing, institution, metapsychology, other.

El encuadre es entonces una institución.

José Bleger (1967, p. 238)

INTRODUCCIÓN

Este nuevo número de la revista *Equinoccio* nos ha convocado a reflexionar sobre el encuadre psicoanalítico con motivo de celebrar el cuadragésimo aniversario del proceso institucional que llevó a fundar AUDEPP.¹

Fue José Bleger (1969) quien formuló el concepto de *praxis psicoanalítica* para dar cuenta de la indisoluble unión en el psicoanálisis entre la teoría, la práctica y «la organización institucional del psicoanálisis y de los psicoanalistas» (p. 287). Me interesa subrayar este concepto ya que nos estaría indicando la importancia de concebir —junto al trípode del análisis personal, el trabajo en seminarios y las supervisiones— lo institucional al modo de una cuarta dimensión, presente tanto en la formación como en la praxis ulterior. Esta dimensión institucional, tan presente en la formación psicoanalítica, opera siempre en nuestra práctica, así como en nuestras filiaciones teóricas.

En los albores del psicoanálisis ya Sigmund Freud —en cuya obra el término *encuadre* no aparece— realizó varias referencias y alusiones al concepto. Estableció las reglas técnicas que rigen nuestra práctica en

1 En noviembre de 2020, la Comisión de Publicaciones de AUDEPP le solicitó a la Comisión Directiva de APU un trabajo en nombre de esta asociación para integrar la publicación del presente número de *Equinoccio*, coincidente con el cuadragésimo aniversario de AUDEPP. El propósito no era, ni podía serlo, que se estableciera una voz oficial sobre el tema, sino generar una ocasión más de apertura e intercambio en el campo del psicoanálisis. Se me propuso que lo hiciera y me sumara con este trabajo a la *polifonía de voces* necesaria para poder repensar el encuadre psicoanalítico.

el contexto de la creación de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Esta se crea en 1910 y es en su discurso inaugural que Freud menciona por primera vez la contratransferencia al referirse a los puntos ciegos del analista, con lo cual indicaba el camino que lo llevaría a señalar el imprescindible análisis personal del analista. A efectos de evitar una contratransferencia, entendida entonces como obstáculo, a esta exigencia le siguieron los escritos técnicos elaborados entre 1910 y 1915, en el marco de la Primera Tópica, de los *Consejos al médico*, que establecían prescripciones y proscipciones en nuestros procederes (Freud, 1982a).

Se puede observar cómo se esboza ya en aquellos comienzos una antigua articulación entre el posicionamiento analítico, la importancia del trabajo analítico personal del analista, el encuadre y el proceso de institucionalización. En lo que sigue intentaré abordar los alcances y las implicancias de la afirmación del epígrafe: «el encuadre es entonces una institución» (Bleger, 1967, p. 238).

Estas ideas continúan una reflexión que hicimos con algunos colegas con motivo de dar cuenta de las producciones psicoanalíticas que se habían publicado en la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* desde 1956 a 2010 en relación al encuadre. En aquel momento eran 170 las referencias. Hoy son más de 250 (Schroeder et al., 2011).

Recorriendo esos trabajos surge la hipótesis de que dichas producciones están vinculadas habitualmente a problematizaciones del encuadre. A las dificultades en el inicio de la praxis psicoanalítica en aquel contexto y al proceso de institucionalización le siguieron los cambios en el encuadre en el trabajo con niños. Al respecto se destacan los desarrollos inspirados en los aportes de Melanie Klein con la inclusión de la técnica de juego en el psicoanálisis con niños. Además, la praxis se amplió al trabajo con las psicosis, con grupos y en (y con) organizaciones.

La referencia ulterior al encuadre interno aparece en relación tanto al abordaje de los sufrimientos no neuróticos, como a las variaciones por la

incidencia de los cambios sociohistóricos, en general, y las crisis políticas y económicas, en particular. En un trabajo anterior propuse que concebir una dimensión institucional asociada al encuadre nos lleva a pensar lo que en el encuadre *interno* es externo, la medida en que lo *interno* hace obstáculo (Schroeder, 2010).

METAPSICOLOGÍA Y ENCUADRE

Nuestros diversos modos de concebir el inconsciente suponen también variaciones en cuanto a cómo pensamos nuestros encuadres. En el proceso de invención del método psicoanalítico y, por lo tanto, en la construcción del lugar del analista es posible advertir la influencia de la primera tópica freudiana. Ejemplo de ello lo constituyen las teorizaciones del encuadre que siguen el modelo del sueño, dada la restricción perceptiva y motriz, la posición del analizante reclinado en el diván, la invisibilidad del analista, y promueven el encauzamiento de la energía psíquica hacia la representación.

En la serie de recomendaciones establecidas por Freud en aquellos escritos se destaca la indicación metodológica de la *regla fundamental* de libre asociación, aspectos técnicos en relación a la frecuencia, honorarios, etc., y consideraciones vinculadas con el lugar del analista, la importancia de la atención flotante en la escucha, la imprescindible abstinencia y reserva en su posicionamiento analítico como forma de promover la emergencia de la transferencia y el trabajo con lo inconsciente.

No caben dudas acerca de la necesidad técnica del encuadre y sus variaciones en relación al abordaje de diferentes patologías, y se vuelve preciso diferenciar las reglas del método y los pilares básicos constituidos por la asociación libre, la atención flotante, la abstinencia y el trabajo con (y la interpretación de) la transferencia, de los elementos que hacen a una teoría de la técnica, como ha señalado Abel Fernández (2010).

Una de las primeras metáforas —se trata siempre de metáforas a efectos de dar cuenta de lo inefable— que revela el lugar del analista está dada por la referencia al cirujano (Freud, 1982a) y al encuadre concebido al modo del block quirúrgico y con la asepsia que lo caracteriza. Una de las hipótesis de este trabajo es que este ideal de asepsia persiste, parcialmente, en cierta praxis contemporánea.

Se considera que el encuadre, al modo de un gran artificio, está al servicio de permitir el juego analítico y que promueve el trabajo representativo a través de la circulación de la palabra. Dicho artificio se funda en la prohibición del incesto, como límite vehiculizado en la *regla fundamental*. El «diga todo lo que se le ocurra» inaugura así el peculiar diálogo analítico, donde todo está permitido en la palabra, pero no en el acto. Esto tiene que ver con el carácter simbólico del encuadre en la medida en que dicha regla instituye el espacio analítico con el encuadre a modo de tercero, tanto para el analizante como para el analista.

Se trata de construir una experiencia analítica basada en la posibilidad de un analizante asociando libremente y un analista en atención flotante, apoyado en la abstinencia. Dos sujetos hechos de la misma estofa, como señaló Jacques Lacan (1960-1961), pero uno de ellos con la experiencia acerca de su propio inconsciente, asimetría que hace a la disparidad subjetiva de cada experiencia analítica.

No me guía una concepción restringida de la metapsicología entendida únicamente en relación a lo tópic, lo dinámico y lo económico. Suscribo una metapsicología ampliada tomando como referencia los *Grundbegriffe*, como Freud (1982b) los llamó en su introducción a *Las pulsiones y sus destinos*: inconsciente, pulsión, sexualidad infantil, transferencia, represión. Estos son los principios generales, conceptos fundamentales en los que nos apoyamos para llamar *psicoanalítica* a nuestra práctica.

A esta batería inicial agregamos en nuestra caja de herramientas conceptos postfreudianos como la identificación proyectiva kleiniana, la

transicionalidad winnicottiana y los tres registros postulados por Lacan, entre otros, y construimos zonas de interlocución entre estos distintos marcos teóricos, como lo hizo entre nosotros Myrta Casas.

Winnicott (2014) introdujo modificaciones con su propuesta de *setting* para el abordaje de los sufrimientos que exceden el campo neurótico, analizantes en los que el yo no está suficientemente constituido, en los que la regresión se complejiza y surgen dificultades para el libre asociar en el trabajo en análisis. Con su creación de la transicionalidad, Winnicott (1971) redefine la relación entre lo externo y lo interno. Poder pensar al encuadre con un carácter transicional, entre la realidad social y la psíquica, nos permite ubicar en la transferencia a la madre medio-ambiente y a la actitud profesional del analista. Esta actitud profesional es imprescindible en nuestro método a efectos de desanudar las capturas imaginarias en la experiencia psicoanalítica. En el caso de las neurosis, el marco permanece como fondo y permite que la comunicación simbólica se desarrolle.

Por otra parte, en nuestro acervo conceptual del psicoanálisis del Río de la Plata disponemos de aportes de Enrique Pichon-Rivière, José Bleger, Heinrich Racker y Willy y Madeleine Baranger, que se han vuelto clásicos para pensar el encuadre.

El concepto de *encuadre* en la obra de Bleger (1967) está metapsicológicamente ligado a una concepción kleiniana y bioniana. Es en el encuadre donde se deposita la parte psicótica de la personalidad. La idea de encuadre como el no-proceso, como lo no variable, lo constante, constituyó un aporte singular. Bleger (1967) toma como referencia la situación analítica entendida como compuesta por el proceso y el encuadre, que es el no-proceso. El encuadre corresponde a las constantes, mientras que las variables hacen al proceso.

Bleger (1967) propone un encuadre compuesto por «el rol del analista, el conjunto de factores espaciales (ambiente), temporales y parte de la técnica (en la que se incluye el establecimiento y mantenimiento

de horarios, honorarios, interrupciones regladas, etc.)» (p. 237) y aborda qué es lo que se juega en «el mantenimiento idealmente normal de un encuadre» (p. 238).

Siguiendo su propuesta, con este contrato el analista habilita la eventual emergencia de la significación del encuadre por el analizante. El no-proceso es la condición que permite que haya proceso analítico. Observemos la vecindad de esta idea con el pensamiento de los Baranger, al punto de que junto a Jorge Mom, escribieron un texto referido al proceso y al no-proceso en la experiencia psicoanalítica (Baranger et al., 2002). Pero advirtamos la diferencia: mientras que para Bleger el no-proceso es condición del proceso analítico, para los Baranger y Mom el no-proceso aparece como resistencias, constituye un estancamiento del proceso, es el obstáculo a superar, un baluarte a deshacer.

La postulación de un no-proceso en el sentido propuesto por Bleger (1967), de un encuadre que no cambia a menos que emerja la significación del encuadre por el analizante, ha hecho difícil visualizar particularmente aquello que se juega del lado del analista, su *implicación subjetiva* en la transferencia al decir de Lacan (1961).

Un sentido del no-proceso tiene que ver con la necesidad de hacer constantes ciertas variables entre las que, sin lugar a dudas, se encuentran las variables espaciotemporales. Estas, lejos de ser una prerrogativa exclusiva del encuadre analítico, hacen a la condición de cualquier contrato, incluido el psicoanalítico. El no-proceso como punto de apoyo para *mover el mundo* (parafraseando a Arquímedes) de los procesos analíticos... ¿cambia? ¿Hay factores *extraclínicos* que se juegan allí, a modo de contextos que se hacen textos?² ¿Es como señaló R. Horacio Etchegoyen (1997) en el sentido de que el encuadre cambia lentamente y debido a

² Liberman acuñó el concepto de *metaencuadre* en 1970 para señalar la influencia del entorno social en el encuadre (Etchegoyen, 1997).

ambiguas normas generales? Este ideal de estabilidad ha constituido un obstáculo puesto que entiende al encuadre como invariante, cuando en realidad cambia. Opera en nosotros, a modo de un prejuicio, la asepsia del block quirúrgico, como si no se contaminara de los virus exteriores...

Es clásica la distinción entre un encuadre externo y uno interno (De Urtubey, 1999; Donnet, 1999), pero existe una insuficiente distinción fáctica entre el encuadre y el contrato. Mientras que este tiene que ver con los elementos formales y materiales —es el *encuadre externo*—, aquel sería el verdadero encuadre —el *presuntamente interno*—, que, aunque en rigor venga de la propia experiencia psicoanalítica personal del analista, hecha con otro, viene *de afuera* y viene *de antes*. Esta experiencia permite generar la disposición a analizar y es necesaria para que se pueda producir un encuentro con un analizante.

Una de las primeras referencias al encuadre interno surge en el contexto del tratamiento de personas que desbordan el campo de la neurosis. De acuerdo a Green, en su diálogo con Urribarri (2008), cuando se dificulta el libre asociar del analizante, cuando deja de haber un encuadre compartido, el polo analítico se corre hacia el lugar del analista y exige un trabajo suplementario de elaboración, construcción y simbolización del lado del analista. El trabajo analítico se desplaza hacia el analista, quien se apoya en su encuadre interno, en su propio trabajo psíquico, a efectos de la prosecución del trabajo en análisis. Esto es posible porque el analista se ha analizado, tiene su propia experiencia con lo inconsciente y le es posible descentrarse para su posicionamiento analítico.

La segunda referencia al encuadre interno aparece como punto de partida de lo que se dio en llamar el «desmantelamiento del rigor del encuadre psicoanalítico tradicional» (Alizade, 2002, p. 13). Dicho desmantelamiento aparece ligado a las crisis socioeconómicas que han afectado nuestra praxis en general y nuestros encuadres en particular. Serían cambios en el no-proceso, los procesos en los no-procesos. El cambio más

evidente ha sido el de la disminución de la frecuencia, lo que ha motivado y motiva profundas controversias.

Sin negar la existencia de un trabajo psíquico imprescindible que ocurre *en* el analista y que, por lo tanto, descriptivamente es interno, considero que lo interno hace obstáculo. Es como si en el llamado *encuadre interno* tuviéramos una versión remozada de aquel ideal del cirujano; la asepsia del block quirúrgico, ahora *confinada* en el analista. ¿Con la propuesta de encuadre interno levantamos nuevos muros, ahora más estrechos que aquellos del block quirúrgico? ¿Hubo alguna vez muros o más bien siempre hay mundos superpuestos (Puget y Wenders, 1982)?³

Green, quien *institucionalizó* la noción de encuadre interno, matiza su postura al indicar la otredad en juego en el encuadre (Urribarri, 2008). El hecho de que el encuadre interno se defina en relación al análisis personal del analista hace a la figura del tercero, al lugar de lo simbólico, al Otro jugando en el campo y en el encuadre. Interesa pensar lo que del encuadre interno no es interno o, mejor dicho, en qué sentido importa establecer las alteridades presentes en el encuadre.

ALTERIDADES Y ENCUADRE: EL OTRO-YO-OTRO⁴ EN EL ENCUADRE

La importancia del lugar del otro que Lacan rescata de la obra de Freud ha marcado un punto de inflexión en la praxis psicoanalítica. Se trata del

3 En un trabajo colectivo de 1968 realizado por Laura Achard, Alberto Pereda, Myrta Casas, Carlos Pla, Marcelo Viñar y Maren Ulriksen, a partir de la conmoción social y política producida en nuestro país a fines de los sesenta, ya aparecía la pregunta por el *objeto común* que es el país y la sociedad en la que viven analizante y analista, lo cual amplió el campo analítico más allá de las paredes del consultorio (Achard et al., 1968).

4 Este es el título de la última *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, de APU, de setiembre de 2020.

Otro en su condición simbólica, así como las diferentes configuraciones imaginarias del otro. Proponer la noción de *Otro-yo-otro* apunta a ensayar la articulación de ambos registros desde los comienzos de los procesos de subjetivación, partiendo de la falta originaria que nos constituye como sujetos y de cómo esto inconsciente surge en el trabajo psicoanalítico.

Como sostiene Freud (1992b) en *Psicología de las masas y análisis del yo* y consta en la relectura que de esta obra hiciera Pichon-Rivière (1971), postulamos que en la atención «parejamente» flotante de nuestra escucha psicoanalítica «el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo» (Freud, 1992b, p. 67) todos los encuadres son, al mismo tiempo y desde un principio, sociales.

Los desafíos que supone esta afirmación son mayores. Se trata de articular aportes en relación a las figuras del Otro y los otros con nuestras conceptualizaciones teórico-clínicas. En nuestro medio ha sido Marcelo Viñar (2002, 2020) quien ha insistido en la importancia de la determinación social en la psiquis. En esta misma dirección ha reflexionado también Casas (2002) al concebir un inconsciente que cambia, que no es fijo, sino que responde a los cambios sociohistóricos.

Ahora bien, ¿cómo son las mediaciones que se juegan entre las condiciones sociohistóricas y nuestra escucha psicoanalítica? ¿Cómo influyen estas condiciones sociohistóricas en los encuadres con los que trabajamos?

Coincido con Viñar (2020) cuando sostiene que las concepciones desarrolladas por Pichon-Rivière, Bleger, Racker y los Baranger apuntaban a un horizonte distinto al de la proclamada asepsia en el trabajo psicoanalítico. También cuando señala que las perspectivas diversas de los aportes del campo bipersonal, la transicionalidad winnicottiana y la banda de Moebius planteada por Lacan constituyen «un enfoque que destrona el psiquismo cerrado de un mundo interno» (Viñar, 2020, p. 73).

Junto a una concepción kleiniana y bioniana coexisten en la obra de Bleger (1967) teorizaciones que rescatan la dimensión social en lo singular y que nos ayudan a pensar el lugar del Otro-yo-otro en la estructuración psíquica y en la experiencia psicoanalítica. Tanto Bleger como los Baranger fueron discípulos de Pichon-Rivière. El conjunto de sus aportes nos permite concebir que la cuestión no reside en cómo un sujeto se socializa, sino en cómo, partiendo de una matriz social, alguien adviene como sujeto. Es un movimiento de lo plural a lo singular, aunque fenomenológicamente sea posible observar vaivenes entre lo plural y lo singular.

Esta concepción de la estructuración psíquica se juega también en el campo psicoanalítico. Los Baranger (1961-1962), gracias a sus experiencias en el trabajo con grupos, pudieron postular una fantasía inconsciente que emerge como creación del campo y se enraíza en el inconsciente del analizante y del analista; tomaron para esta articulación teórico-clínica aportes de Bion y Pichon-Rivière. Con la postulación del baluarte, los Baranger marcaron un punto de inflexión en el pensamiento psicoanalítico al señalar la implicación del analista en la neoformación constituida en torno a un montaje fantasmático defensivo compartido.

Por su parte, retomando ideas de Pichon-Rivière, Bleger (1967) distinguió ámbitos y modelos conceptuales referidos a lo singular, lo grupal, lo institucional y lo comunitario, y afirmó que estos modelos conceptuales y ámbitos de abordaje no son excluyentes entre sí, lo que nos permite incluir una dimensión grupal e institucional en cada sujeto. Desde mi perspectiva, estas ideas de Bleger (1967) dialogan con la propuesta del Otro-yo-otro en los procesos de advenir como sujetos.

Si con Pichon-Rivière tenemos en nuestro acervo conceptual los fundamentos de la dimensión grupal en los procesos de subjetivación, fue Bleger quien apuntó a la dimensión institucional presente en un sujeto singular, en los grupos y en las organizaciones. Esa dimensión institucional forma parte del encuadre y, a mi juicio, no ha sido suficientemente

explorada (Schroeder, 2010). Supone la articulación de la contratransferencia y el encuadre con la noción de implicación —que siempre es institucional— en el posicionamiento analítico.

LA DIMENSIÓN INSTITUCIONAL DEL ENCUADRE

Señala Bleger (1967) que

Una relación que se prolonga durante años con el mantenimiento de un conjunto de normas y actitudes no es otra cosa que la definición misma de una institución. El encuadre es entonces una institución dentro de cuyo marco, o en cuyo seno, suceden fenómenos que llamamos comportamientos. Lo que me resultó evidente *es que cada institución es una parte de la personalidad* del individuo. Y de tal importancia, que siempre la identidad —total o parcialmente— es grupal o institucional, en el sentido de que siempre, por lo menos una parte de la identidad se configura con la pertenencia a un grupo, una institución, una ideología, un partido, etc. (p. 238)⁵

En esta larga cita es posible advertir por qué para Bleger el encuadre es una institución. Pero se impone dar un paso más allá de este autor y diferenciar los conceptos de *organización* y de *institución*. Ciertamente es un lugar común referirnos a la institución cuando en realidad se trata de la organización. Siguiendo a Leonardo Schvarstein (1991), es posible distinguir la institución en su carácter abstracto y en su condición de valores, normas, prescripciones y proscripciones en cuanto a lo que se debe y no se debe hacer; es lo instituido que hace a lo que está establecido, el conjunto de normas y valores dominantes con pretensión de verdad.

5 Las cursivas son mías.

Lo instituyente constituye la fuerza que emerge como negación de lo que está instituido.

Por otra parte, las organizaciones son el sustento material que encarnan y vehiculizan los instituidos. Las organizaciones, las asociaciones, hacen de mediadoras entre los sujetos, los grupos y las instituciones (Schvarstein, 1991).

Para Michel Neyraut (1976), quien postula que la implicación forma parte del contexto sobre el que se recortará la transferencia, existe un pensamiento psicoanalítico que precede a lo que se va a desplegar en el campo transferencial singular. Este pensamiento tiene que ver con prescripciones que, a modo de atravesamientos, limitan, ordenan, condenan, toleran y reglamentan el proceso de la formación de los analistas y que, por lo tanto, influyen en el posicionamiento analítico (Neyraut, 1976).

Ya Racker (1955) advertía este fenómeno al postular una contratransferencia indirecta cuando lo que se moviliza en el analista no proviene del analizante, sino de otras relaciones de objeto del analista en el marco de los dispositivos institucionales, incluidos los seminarios, las supervisiones curriculares, los familiares de un paciente, las sociedades analíticas y, en última instancia, la sociedad toda. Esta contratransferencia indirecta agudamente señalada por Racker (1955) permite conceptualizar una dimensión institucional de la contratransferencia, que en un trabajo anterior propuse que se entendiera como *implicación* (Schroeder, 2006).

La implicación incluye, además de lo que se juega en el campo transferencial en sentido estricto —lo que se ha denominado *contratransferencia* o *deseo del analista*—, esta dimensión institucional que tiene un carácter implícito, que opera a modo de atravesamientos en los que están en permanente tensión lo instituido y lo instituyente (Schroeder, 2015). Se trata de los atravesamientos que se vehiculizan, se transmiten en nuestras asociaciones psicoanalíticas, en la forma de prescripciones y proscripciones, con las que se amasan nuestras teorías, nuestras ideologías,

prejuicios y filiaciones transferenciales. Decimos *filiaciones transferenciales* para indicar que nuestras asociaciones psicoanalíticas se caracterizan por un perfil endogámico, de carácter incestuoso, que está en la base de las múltiples transferencias que se producen en su seno (Casas, 2002). Resulta útil comprender nuestras asociaciones psicoanalíticas al modo de un *prisma transferencial*⁶ en el que se producen los procesos de subjetivación de los grupos de formación y de cada analista singular. Es un interjuego que se produce en los aspectos más amplios del funcionamiento inconsciente, así como preconscious-consciente del analista, eso que Luisa De Urtubey (1994) define como lo latente de la contratransferencia, con un carácter inconsciente en sentido dinámico.

La praxis psicoanalítica concebida como un sistema institucional en contextos sociohistóricos determinados constituye un dispositivo, un conjunto de relaciones en las que se juega la implicación del analista en el encuadre y que hace a la significación del encuadre por el analista. Tal vez uno de los ejemplos más significativos lo constituya la experiencia de Freud con Dora, desde la propia construcción de la demanda como punto de partida del pedido del padre, como sus dificultades para advertir la importancia de la corriente homosexual en Dora, tal como consigna el propio Freud (1992a) en el epílogo y que motivará que Lacan aludiera a los prejuicios en Freud (Lacan, 1951).

Ciertamente, en los procesos de subjetivación de su formación cada psicoanalista singular construye su propio esquema referencial a partir de su análisis personal, de su aprendizaje de las teorías, de su experiencia clínica, de su trabajo en supervisiones, en el contexto del prisma transferencial que constituye toda asociación psicoanalítica. Estos esquemas referenciales constituyen instituidos que, al modo de una caja de herramientas, habilitan

6 Feliz expresión de Marcos Lijtenstein al decir de Luz Porras de Rodríguez (1992) en *¿Incomoda el inconsciente?*

el trabajo psíquico, la escucha de cada analista. Subrayar lo institucional en el encuadre nos lleva también a señalar la importancia de advertir los *impasses* operantes en nuestro posicionamiento analítico, las resistencias inconscientes que se oponen al proceso analítico y los atravesamientos que operan de manera latente en relación a lo prescripto y lo proscripto, a las influencias ideológicas y afectivas, a los prejuicios que operan a modo de instituidos, en su condición de obstáculo, en nuestra escucha. La posibilidad asintótica de la necesaria deconstrucción subjetiva en nuestra atención *desparejamente* flotante se juega en el análisis de nuestra implicación institucional en el campo transferencial a efectos de disponer de una escucha más abierta al inconsciente propio y, por lo tanto, del otro.

§

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHARD, L. P., PEREDA, A, CASAS DE PEREDA, M., PLA, C., VIÑAR, M. y ULRIKSEN DE VIÑAR, M. (1968). Crisis social y situación analítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 10(3/4), 231-239.
- ALIZADE, M. (2002). El rigor y el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 13-16.
- BARANGER, M. y BARANGER, W. (1961-1962). La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4(1), 3-54. www.apuruguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040101.pdf
- BARANGER, M., BARANGER, W. y MOM, J. (2002). Proceso y no-proceso en el trabajo analítico. *Revista Federación Psicoanalítica de América Latina*, 114-131. www.fepal.org/images/2002REVISTA/espanol/baranger_mom.pdf

- BLEGER, J. (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. En *Simbiosis y ambigüedad* (pp. 237-250). Paidós.
- BLEGER, J. (1969). Teoría y práctica en psicoanálisis: la práctica psicoanalítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 11(3/4), 287-303.
www.apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196911030405.pdf
- BLEGER, J. (2007). *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós.
- CASAS, M. (2002). *Reflexiones sobre la frecuencia de sesiones en la práctica analítica* [ponencia]. XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, FEPAL. www.fepal.org/images/congreso2002/precongreso/casas_de_pereda_m_reflexiones_s.pdf
- DE URTUBEY, L. (1994). Sobre el trabajo de contra-transferencia. *Revista de psicoanálisis*, 51(4), 719-727.
- DE URTUBEY, L. (1999). El encuadre y sus elementos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 89, 49-67. www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719998904.pdf
- DONNET, J. (1999). El diván bien atemperado. *Revista de Psicoanálisis de Madrid*, 31.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1997). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu.
- FERNÁNDEZ, A. (2010). El método y la consulta terapéutica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 110, 161-173. www.apuruguay.org/apurevista/congresos/2010/Fernandez_Abel_2041100_3.pdf
- FREUD, S. (1982a). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). En *Obras completas* (vol. XII, pp. 107-120). Amorrortu.
- FREUD, S. (1982b). Pulsiones y destinos de pulsión (1915). En *Obras completas* (vol. XIV, pp. 105-134). Amorrortu.
- FREUD, S. (1992a). Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905 [1901]). En *Obras completas* (vol. VII, pp. 1-108). Amorrortu.
- FREUD, S. (1992b). Psicología de las masas y análisis del yo (1921). En *Obras completas* (vol. XVIII, pp. 63-136). Amorrortu.

- LACAN, J. (1951). Intervención sobre la transferencia. En *Escritos 1* (pp. 204-219). Siglo XXI.
- LACAN, J. (1960-1961). Crítica de la contratransferencia. En *El Seminario 8: La transferencia* (pp. 209-225). Paidós.
- NEYRAUT, M. (1976). Contratransferencia y pensamiento psicoanalítico. En *La transferencia* (pp. 11-55). Corregidor.
- PICHON-RIVIÈRE, E. (1971). *Del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Visión.
- PORRAS DE RODRÍGUEZ, L. M. (1992). ¿Incomoda el inconsciente? *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 76, 171-177. www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719927617.pdf
- PUGET, J. W. y WENDERS, L. (1982). Analista y paciente en mundos superpuestos. *Psicoanálisis*, 4(3).
- RACKER, H. (1955). Aportación al problema de la contratransferencia. *Revista de Psicoanálisis*, 12(4), 481-499.
- SCHROEDER, D. (2006). Subjetividad y psicoanálisis. La implicación del psicoanalista. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 103, 40-58. www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512112.pdf
- SCHROEDER, D. (2010). Repensando el encuadre interno. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 110, 144-160. www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512112.pdf
- SCHROEDER, D. (2015). La implicación del psicoanalista en la praxis contemporánea. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 121, 152-172. www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512112.pdf
- SCHROEDER, D., FRANCIA, P., GÓMEZ, M., LÓPEZ, A. y PONCE DE LEÓN, E. (2011). El concepto de encuadre en la *Revista Uruguay de Psicoanálisis* (1956-2010) y en la biblioteca de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 111, 203-227.
- SCHVARSTEIN, L. (1991). *Psicología social de las organizaciones. Nuevos aportes*. Paidós.

- URRIBARRI, F. (2008). André Green: la representación y lo irrepresentable en la práctica contemporánea. Dialogando con Fernando Urribari. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 106, 110-119.
- VIÑAR, M. (2002). Sobre encuadre y proceso psicoanalítico en la actualidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 24-30. www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720029604.pdf
- VIÑAR, M. (2020). Pensando con Freud en el siglo XXI: Yo y el Otro en la formación analítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 130/131, 68-75.
- WINNICOTT, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.
- WINNICOTT, D. (2014). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 371-390). Paidós.

Resumen

El presente artículo propone una articulación al servicio de la tarea terapéutica de encuadres y dispositivos diferentes, por un lado, y, por otro, de dinamismos transferenciales y circulantes movilizados durante el proceso.

Examinamos lo circulante y lo transferencial atravesando diferentes dispositivos y encuadres y viendo sus dinamismos y la relación que hay entre unos y otros.

Palabras clave: circulante, dispositivo asistencial, transferencia.

Psychoanalytic work with and in institutions. Structures and dynamics

Abstract

This article proposes an articulation at the service of different frames and devices, on the one hand, and, on the other, of transference and circulating dynamisms mobilized during the process.

We examine the circulating and the transferential by going through different devices and frames and examining their dynamics and the relationship between them.

Keywords: circulation, assisive device, transference.

ENCUADRES Y DISPOSITIVOS DIFERENTES¹

El tema de los encuadres y sus particularidades, para que pueda ocurrir un proceso psicoanalítico, ha sido una de las preocupaciones constantes de nuestra disciplina desde sus mismos orígenes. Quien hizo una sistematización de este tópico en los años setenta fue José Bleger (1976), quien consideró al encuadre como *una institución*. Cornelius Castoriadis (1989) lo llamó *lo instituido*, para diferenciarlo de *lo instituyente*. Queremos hacer un aporte al tema desde la perspectiva de los dinamismos que acontecen en diferentes espacios y su posible articulación desde una óptica teórico-clínica. Los dinamismos, a su vez, dependen de los encuadres instituidos y de sus avatares en el curso de los tiempos insumidos en los procesos que allí se desarrollan. Cómo distinguir y articular fenómenos parecidos, pero diferentes, y sus implicancias para un trabajo psicoanalítico en y con instituciones es lo que desarrollaremos.

En un trabajo publicado en 1992 abordamos el tema de las transferencias referidas a *lo psicótico* (González Regadas, 1992). Consideramos que, para entender, participar o intervenir en una institución, es central poder identificar lo que se desplaza en un momento dado, ya sea como dato, rumor o imaginario; y que sirve de vehículo cargado de sentido y

1 A los efectos de este trabajo, vamos a definir *encuadre* como el marco regulatorio en el que va a realizarse el proceso psicoanalítico y que es transmitido por el o los terapeutas al o a los pacientes. Por otra parte, los *dispositivos* son las modalidades de abordaje empleadas por los terapeutas —o equipos— para llevar adelante el proceso. A modo de ejemplo: dispositivos individuales, grupales, familiares, de pareja, en instituciones, etc. Cada dispositivo, a su vez, tiene su propio encuadre.

productor de efectos para las personas implicadas. Estos efectos y sentido pueden generar angustia y provocar situaciones conflictivas. Se trata de un típico fenómeno colectivo al que llamamos *circulante*, al que no hay que ver como algo personal. Ciertamente, son los individuos los que ponen en marcha el circulante, pero este es transpersonal. Hay siempre un proceso colectivo alusivo a situaciones propias de la vida institucional.² Las instituciones constituyen un marco relativamente estable para los diferentes dispositivos albergados por ella, donde se dan procesos diferentes que están íntimamente interconectados y que podemos analizar y considerar en su profunda interrelación. Sabemos que los espacios utilizados, los tiempos, las modalidades de pago, etc., condicionan —de una u otra forma— los procesos terapéuticos. La supuesta «invariante» del encuadre o los encuadres en la historia del psicoanálisis se ha convertido en una variable más a considerar en cada momento histórico, en cada sociedad concreta y en cada cultura particular. Las instituciones —sobre todo las del psicoanálisis— deben ser analizadas a la par de los procesos asistenciales allí desarrollados para dar cumplimiento a su tarea primaria.

DINAMISMOS EN DISPOSITIVOS Y ENCUADRES: LO CIRCULANTE Y LO TRANSFERENCIAL

Hemos visto que lo que circula a título de *informaciones*, tal como comunicar un atraso en el pago de los salarios, afecta la tarea primaria. Lo circulante, ya sea un rumor o una información verificable, discurre por los registros consciente y preconsciente, mientras que los afectos y efectos asociados que estos evocan y provocan son inconscientes para los afectados directamente (Castoriadis, 1989).

² Esto se parece mucho a los fenómenos de contagio descritos en los siglos XIX y XX.

La cuestión sobre diferenciar lo circulante de lo transferencial es importante en lo referente a lo metapsicológico. Una vez distinguidos e identificados, ulteriormente es necesario ver las posibilidades de su articulación para así ampliar la comprensión de lo que está aconteciendo en un momento dado en espacios distintos. Reviste gran interés práctico porque pone en evidencia cómo ambos fenómenos pueden potenciarse recíprocamente. Lo circulante puede dinamizar lo transferencial y aspectos referidos a lo transferencial pueden llegar a poner en marcha un circulante. Lo circulante está siempre vinculado con una vulnerabilidad específica —ya sea del colectivo en cuestión, de un grupo que allí funciona o de un individuo en particular—, que produce angustia y sufrimiento entre los implicados, que son parte de una institución y de los grupos humanos que allí funcionan.

Un circulante puede promover el surgimiento de transferencias y las situaciones transferenciales también movilizan circulantes; esto porque nuestros psiquismos no son mónadas, sino que están interconectados y abiertos al mundo relacional y social. Por ello, podemos hablar de un *circulante transferencial* o bien de lo *transferencial circulando*. Si el dinamismo surge del registro inconsciente de un sujeto y logra un eco o resonancia en el contexto grupal, familiar o social, podemos identificarlo como un circulante transferencial. Si se trata de un rumor proveniente de un espacio social, grupal o institucional, pensaríamos en un circulante. Este rumor circulante puede evocar reacciones transferenciales en los sujetos y llevarlos a darle un sentido singular e idiosincrásico al hecho. Por ejemplo, puedo vivenciar lo que acontece como un poder suprapersonal que controla todo y que, en este momento, me está haciendo un daño en represalia por algo que hice.

La importancia de examinar ambos aspectos en simultáneo y ver posibilidades de articulación o de disyunción nos da una perspectiva más

amplia del proceso psicoterapéutico que estamos explorando.³ Como en todo lo humano, siempre hay *zonas grises* que dan lugar a un eventual solapamiento de ambos fenómenos, que responden a una etiología diferente y que afectan a individuos y colectivos en momentos problemáticos. Ciertamente, nos hemos preguntado si llamarlos *circulantes* o si catalogarlos a todos como *trasferencias*.⁴ ¿Es de utilidad para entender la clínica institucional y sus matices? Nuestra respuesta es afirmativa; para ello, nos apoyamos en el concepto freudiano de *transcripción*,⁵ ya mencionado en el borrador de su *Proyecto de psicología* (Freud, 1991b) y sostenido hasta el final de su vida en el *Esquema del psicoanálisis* (Freud, 1980). Cuando algo pasa de un espacio a otro sufre un cambio, una transformación, se transcribe en el otro espacio acorde a las leyes que lo rigen. El juego entre lo transferencial y lo circulante puede tornarse algo muy sutil en ciertos momentos en que se da una concordancia y una sincronía entre fenómenos que discurren por tópicos distintas. Apelaremos a un ejemplo.

-
- 3 Para ver una situación que articula momentos, espacios y recursos técnicos diferentes, sugerimos la lectura de nuestra presentación al Congreso Internacional de Psicoterapia realizado en Lima en 2009 y en las Jornadas *Más allá del consultorio III*, de AUDEPP, en 2010 (González Regadas, 2009-2010).
 - 4 El concepto de *circulante* tiene parentesco con el que los franceses llamaron *transversalidad* o *atravesamiento* para aludir al campo de las instituciones (Guattari, 1976). Al hablar de circulantes transferenciales o de transferencias circulantes por los espacios institucionales, nos referimos a estas *zonas grises* donde hay superposiciones de ambos fenómenos.
 - 5 En la famosa *Carta 52* ya Freud (1991a) nos decía que el pasaje de un registro mental a otro implica una *transcripción* que va a seguir las leyes del nuevo registro (Freud, 1979, 1980). A modo de ejemplo, la diferencia entre la representación de cosa en lo inconsciente y en el sistema preconsciente o consciente es que hay una transcripción que incluye una representación de palabra. Por analogía usamos *transcripción* para referimos al pasaje del campo de lo social al de lo institucional-grupal y de allí al de lo familiar. El fenómeno transferido desde el inconsciente individual sufre una transcripción cuando pasa de un espacio a otro, ya que cada uno de ellos posee lógicas diferentes que les son propias.

LO SUCIO, LA SUCIEDAD: CIRCULACIÓN Y TRANSFERENCIAS

La Sra. H. estaba internada en un hospital psiquiátrico desde hacía muchos años. Un terapeuta joven, a quien yo supervisaba, se dispuso a tomarla en psicoterapia «para aprender». Iba todos los días al hospital psiquiátrico con el propósito de tener encuentros con fines psicoterapéuticos con esa persona.

En el primero, la Sra. H. se presentó «sucia», «con olor a mierda», semidesnuda y ubicada en un rincón de la sala. Tanto su cama como los objetos que estaban sobre ella «eran un revoltijo, un nido de caranchos». El terapeuta comentó que sus compañeros del equipo que trabajaba en sala haciendo rehabilitación comenzaron a llamarlo «el kamikaze».

Durante un encuentro conmigo comentó, en un momento, que experimentaba una sensación de inoperancia: «Me siento *muerto* cada vez que terminamos la sesión y salgo de allí, soy un despojo humano, un monstruo. No sé por qué, a pesar de todo, sigo atendiéndola». Después, como al pasar, agregó que, cuando se encontró con la madre de la paciente en una visita al hospital, descubrió en ella «una mirada asesina que recorrió mi médula de arriba abajo produciéndome escalofrío y parálisis. De pronto, experimenté un impulso incoercible de matarla. ¡Soy un monstruo, todo esto es una locura!». Hubo un silencio prolongado entre nosotros para recuperarnos de estos comentarios tan cargados.

Le propuse explorar estas vivencias. Evocó dos situaciones acontecidas durante las sesiones. En la primera, la paciente le decía desgarrada por la angustia: «Mi madre me dijo una vez: “Sos una bestia; estás totalmente desquiciada, tu lugar es el manicomio”». La madre de la Sra. H. de joven había trabajado en un geriátrico y la paciente, una niña pequeña, recordaba oírle decir: «Trabajo con muertos, desechos humanos pudriéndose allí». La segunda asociación aportada fue lo que sintió, en

otra ocasión, al entrar a la sala donde la Sra. H estaba internada: «Sentí tanto olor a podrido, algo descompuesto, que me dieron náuseas y tuve que salir a vomitar». A su regreso, la Sra. H lo miró y le dijo: «Váyase, por favor, usted es demasiado joven y bueno; lo de aquí le hace mucho mal». El terapeuta, angustiado y llorando, me comentó: «No sirvo para trabajar en un hospital psiquiátrico; los internados son, realmente, desechos humanos». Un día, el psicoterapeuta fue a la casa de su madre, luego de una sesión con la Sra. H, y ella le comentó muy preocupada: «Te estás volviendo un monstruo yendo a trabajar a ese lugar. Cuando venís de allí sos otra persona, no te conozco».

Esta situación permite un análisis desde diversas perspectivas. Por una parte, explicita algo circulante por el espacio institucional que tiene que ver con la falta de higiene, la suciedad y la podredumbre. Por otra, aparece un imaginario vinculado a las instituciones asilares, consideradas depósitos para «desechos humanos». Finalmente, podemos ver la dinamización transferencial de una representación de la Sra. H como «una bestia», «una loca desquiciada» y «que debe estar siempre en un manicomio».

Durante la supervisión exploramos, además, cómo el circulante motorizaba la contratransferencia del psicoterapeuta, quien se sentía «un monstruo», incapaz, incompetente, loco, «un kamikaze», por trabajar con la Sra. H.

La articulación del imaginario social acerca de los centros psiquiátricos, del circulante institucional, de la historia de la paciente y de la movilización contratransferencial, nos permitió una mayor comprensión de lo acaecido para articular diferentes espacios y situaciones al servicio de una tarea compleja enmarcada en un dispositivo institucional. Sumar técnicas y dispositivos no es el caso. Articular es pararnos en un lugar con ciertas herramientas y, desde allí, ver qué está circulando y qué está transfiriéndose.

UN PSICOANÁLISIS ATENTO A LOS PROCESOS COLECTIVOS PARA SU ARTICULACIÓN

Lo antedicho nos lleva a ser sensibles frente a diferentes contextos en los cuales las instituciones están inmersas y con los que se relacionan. En este marco amplio funciona el microuniverso institucional donde muchos trabajan. Otro elemento relevante refiere a la importancia de investigar detalladamente las circunstancias que rodearon la gestación de la institución: la historia de su creación y el desarrollo temporal con sus crisis. Esto aporta información para conocer sus fortalezas y fragilidades, sus equilibrios y desequilibrios, el vaivén entre los polos tanático y trófico que organizan el campo. Los contextos sociales, propios de cada época y lugar geográfico, van a dejar su huella en ocasión del surgimiento institucional.

En cuanto a los momentos de crisis y sus factores desencadenantes, estos nos proporcionan la pauta del grado de sinergia entre los polos trófico y tanático a la hora de ver lo ocurrido en un momento particular. Lo trófico es lo que sirve para organizar, producir sentido y construir e ir creando la tarea primaria de la institución. Lo tanático alude al ataque al pensamiento, lo destructivo y productor de caos y desorganización en el funcionamiento cotidiano del colectivo. En momentos *saludables*, ambos aspectos se reequilibran. Cuando se produce una *crisis*, hay un desbalance y el marco institucional deja de contener la faceta destructiva, que, liberada, entra a circular por los diferentes espacios institucionales, afectando a los sujetos más vulnerables y aptos para ser sus depositarios y chivos expiatorios. Los procesos colectivos son transindividuales. Su estudio, desde una óptica psicoanalítica, implica focalizarse en los puntos de entrecruzamiento institucionales.⁶

6 Freud (1988) hablaba del psicoanálisis como de una *Spezialwissenschaft*. Al decir de Paul-Laurent Assoun (1982), esto refiere a que, para Freud, el saber está estructurado en compartimientos separados, cada uno de los cuales es una *Spezialwissenschaft*, que interacciona con otras en función de sus *intereses recíprocos*.

Trabajar con esta perspectiva *in mente* nos coloca a la intemperie, ya que nuestro anonimato queda constantemente jaqueado por la propia situación. Las posibilidades de trabajar en la abstinencia y la frustración son muy escasas o nulas. Esto implica tener en cuenta lógicas muy diferentes a las usuales y hegemónicas. En tal sentido, debemos cuidarnos de no *colonizar* el psiquismo de los otros con nuestros propios puntos de vista sobre tópicos muy variados (religiosos, políticos, filosóficos, etc.), sino dejar que las decisiones corran siempre por cuenta de los involucrados.

La esperanza ante la posibilidad de producir cambios y transformaciones como consecuencia de nuestras intervenciones está siempre presente como un ideal a alcanzar, temperado por las inevitables desilusiones que habrá que procesar ante ciertos hechos de la realidad fáctica que nos muestran siempre tanto nuestros límites como nuestras limitaciones.⁷

EL FOCO EN LA DIMENSIÓN INSTITUCIONAL

La institución constituye el dispositivo macro que contiene espacios diversos, con diferentes encuadres, para llevar adelante un programa común, lo que debería estar adecuadamente articulado. Las instituciones configuran un dispositivo cuyo propósito es gestionar una tarea primaria, según la cual sirven de mediadoras con el conjunto de la sociedad en un cierto momento histórico (Bleger, 1985). Los seres humanos, por ser sociales, no podemos prescindir de ellas en nuestro relacionamiento con un mundo crecientemente complejo y globalizado en su funcionamiento.

Las instituciones no pueden desarrollar su tarea primaria sin contradicciones y conflictos. Su funcionamiento no es lineal ni carece de fisuras,

7 Freud (1991c) se ocupó de este tema al final de su vida en su texto *Análisis terminable e interminable*. La compilación de trabajos en torno a esta cuestión realizada por Sandler (1989) aporta una reflexión psicoanalítica actualizada.

lo cual tiene efectos sobre los sujetos que interactúan en ellas. La mayoría de los psicoterapeutas⁸ hoy día trabajan tercerizados en el marco de las instituciones que componen el Sistema Nacional Integrado de Salud y de la ley 19.529 de Salud Mental, que ha sido parcialmente reglamentada. Aun cuando un psicoterapeuta atienda en su consultorio privado, siempre hay detrás una institución —por lo pronto, la institución de la psicoterapia—. ⁹ Esa institución virtual funciona como *fondo* de nuestra práctica psicoterapéutica y genera efectos sobre nosotros y nuestros pacientes. Hablamos de la presencia de las instituciones y de los propios psicoterapeutas en las redes sociales, con lo que allí dicen o dejan de decir. Lo mismo ocurre con el acontecer económico y cómo esto afecta nuestros aranceles.

Los potenciales pacientes, al consultar, ya llegan con información proveniente de diversas redes sociales y sitios de referencia en internet, lo que pone en jaque el proclamado anonimato y la reserva que supuestamente tiene el psicoterapeuta. Las redes sociales visibilizan temáticas que pueden llevar personas al consultorio de un psicoterapeuta determinado o bien generar que, estando en psicoterapia, las personas realicen planteos referidos a tópicos candentes (por ejemplo, abuso, violencia, diversidad sexual, etc.). Pensar todo esto desde nuestra disciplina configura un desafío porque nos obliga a ver dónde estamos parados y, así, a diferenciar el abordaje de estas cuestiones por disciplinas diferentes al psicoanálisis.

8 Desde la Federación Uruguaya de Psicoterapia se ha bregado por el reconocimiento de la profesión a la que se accede a través de una formación de posgrado. Al respecto, ver González Regadas (2008, 2010, 2015).

9 Nos referimos a la psicoterapia como una institución *abstracta*, que refiere a la psicoterapia y a los psicoterapeutas, pero también a las instituciones *concretas* que los nuclean y les sirven de marco.

Si bien vamos a referirnos fundamentalmente a las instituciones vinculadas a algún tipo de cuidados, esto vale para examinar diferentes modelos, mirándolos psicoanalíticamente, para entender su funcionamiento y disfunciones. Hablar de *lo circulante* es aludir a un acontecer de la vida institucional que se da cotidianamente y que oscila entre cumplir con la tarea primaria o bloquearla por conflictos y contradicciones, lo que les provoca a sus integrantes un sufrimiento psíquico. Lo que designamos como *enloquecedor* o *trasgresor* es una experiencia o vivencia que se pone en marcha cuando se disparan ciertas vulnerabilidades institucionales ante una situación determinada y que están conectadas con algún conflicto o evento traumático acaecido en algún momento de su historia. En estos casos, exploramos el funcionamiento patológico y patogénico producido por la dimensión institucional, cuando se torna disfuncional y olvida la tarea primaria para la cual fue creada. Siempre ha sido un problema articular lo individual con lo grupal o institucional, ya que se los tiende a ver como contrapuestos o como si uno sustituyera al otro, cuando son, simplemente, diferentes.

En cualquier institución o grupo humano ocurre el fenómeno de la *resonancia del circulante*,¹⁰ que nos lleva a que dicha institución o grupo se configure efectivamente como algo que va a ponerse en movimiento y producir efectos en las personas involucradas. Podemos definir *resonancia* como aquello que un miembro privilegiado de un grupo promueve y tiene eco en los demás. Esto nos permite despersonalizar situaciones inherentes a la vida institucional y trabajarlas al servicio de la tarea primaria. Si

10 Didier Anzieu (1986) comenta que «En las situaciones de grupo, la vida psíquica intenta organizarse en torno a una fantasía individual, la de un miembro privilegiado o promotor, con relación al cual las fantasías de algunos miembros entran en resonancia» (pp. 142-143). Hay experiencias, vivencias, emociones y representaciones que tienen un alto poder evocativo para el resto de los integrantes del grupo y que son puestas en marcha por alguno de sus integrantes.

bien el conflicto puede estar visiblemente localizado en una persona específica, se trata de algo en lo que todos participan de una forma u otra, lo que lo potencia. Por ejemplo, el temor individual a ser castigado por decir lo que se piensa y siente se puede mitigar dando certezas y seguridades acerca de los beneficios que tiene para todos la transparencia y la libertad de expresión puestas al servicio de la tarea en común.

Las instituciones padecen y hacen sufrir a sus integrantes aquellos problemas que aspiran a modificar. En función de esto, y en concordancia con Oury (1980), pensamos que la institución es funcional a la tarea primaria en la medida en que la propia institución sea analizada. Lamentablemente, esto no ocurre así y llega, incluso, a considerársele como irrelevante. En nuestra experiencia, lo consideramos necesario para un funcionamiento eficaz. En tal sentido, sería bueno que las instituciones formadoras de psicoterapeutas implementaran espacios de análisis periódico de su funcionamiento para ver cómo impacta su acontecer durante el proceso de formación.¹¹

JOSELYN: CIRCULANTES Y TRANSFERENCIAS INTERACTUANDO

Un colega¹² del interior del país recibe a una mujer de poco más de veinte años, derivada por orden judicial a causa de un proceso por acoso

11 Este era un tópico en el que insistía Harold Bridger. Al respecto, ver el capítulo XXI del libro *Comunidad terapéutica y trastornos duales* (González Regadas, 2001).

12 Agradecemos al colega que nos proporcionó este material, que ya tiene muchos años. Obviamente, está deformado para que no resulte posible reconocerlo. A propósito de este tópico, remitimos —porque nos parecen pertinentes— las *Palabras preliminares* de Freud (1978) al comienzo del caso de Dora, que dan cuenta de su proceder con respecto a este tópico (*qué* transmitir y *cómo* hacerlo para que la clínica ilustre adecuadamente la teoría).

y usurpación de identidad.¹³ La paciente designada venía acompañada por una mujer mayor y, mientras se acercaban, una funcionaria le dice al colega: «¡Mirá quiénes te tocaron hoy!».

Después del encuentro con Josselyn, el psicoterapeuta señaló que la recepcionista le había hecho ese comentario porque «sabían todos» que la paciente tenía un proceso judicial en curso, información que, supuestamente, debía ser «absolutamente reservada». La madre de esta paciente era «una escandalosa» que tenía «podrido a todo el mundo»; iba con frecuencia a pedir «constancias y certificados para presentarle al juez». «Todos se la quieren sacar de encima, ella [la paciente] es una mentirosa y una ladrona», acotó la recepcionista.

Josselyn había sido vista por diferentes técnicos del equipo de salud mental. El psiquiatra que la derivaba le dijo al psicoterapeuta: «Hacé lo que puedas, pero no te preocupes porque es un *trastornazo*.¹⁴ Esto lo hacemos [la indicación de psicoterapia] para cumplir con el pedido del juez».

En síntesis, lo circulante por el centro de salud era que de Josselyn no podía esperarse mucho porque sus problemas eran de tal magnitud que era poco probable algún cambio en ella.

Durante las sesiones, al comienzo Josselyn se mostró muy reticente: apenas hablaba y miraba al terapeuta con mucho recelo, hasta que este aclaró de un modo explícito que no iba a informarle nada al juez, a menos que este lo solicitara, y que, en ese caso, previamente iba a compartir el eventual informe con ella. A partir de allí, la situación «aflojó un poco». Al cabo de un tiempo, el terapeuta «descubrió» que su paciente

13 Dicha identidad era electrónica, ya que el delito había sido usurpar la cuenta de una compañera de clase en una red social para, desde allí, enviarle mensajes acosadores a una docente de ambas. Esto salió a luz y la paciente debió afrontar un juicio y tratar su problemática psicológica por resolución del juez de la causa.

14 El psiquiatra estaba refiriéndose, «coloquialmente», al diagnóstico de trastorno fronterizo de la personalidad con un componente antisocial.

tenía «escaso contacto con la realidad cotidiana», que distorsionaba groseramente «encarnando un personaje». Esto indujo al psicoterapeuta a indagar aspectos del personaje que actuaba y en qué momentos aparecía. Supo que había surgido en la adolescencia y que era una parasitación de la identidad de otra adolescente: «triunfadora, exitosa, querida por todos, agasajada». Esto configuraba la contracara de su realidad del momento: una joven esmirriada, fea, con un bajo rendimiento académico y rechazada por la mayoría de sus pares. La madre de crianza la había adoptado de un orfanato porque era hermana de otra niña a la que ella y su marido querían adoptar, «pero no podíamos separarlas». Esa otra hija (la hermana mayor de Josselyn) se convirtió, pasado el tiempo, en una profesional exitosa y con una familia propia.

Josselyn estudiaba para ser instrumentista quirúrgica. Una de sus docentes —a la que había acosado con mensajes y reclamos afectivos valiéndose de la identidad electrónica de una compañera de clase— coincidentemente trabajaba en el centro de salud donde Josselyn fue referida para asistirse por orden judicial. Esto no era una buena noticia para la paciente ya que, verosímilmente, podía «jugarle en contra».

A los seis meses de estar en psicoterapia, en una sala del centro de salud donde diversos estudiantes concurrían a hacer sus prácticas —entre ellos, Josselyn—, se constató la «desaparición de material de curaciones y medicamentos». Josselyn fue señalada como la responsable, «teniendo en cuenta sus antecedentes». La docente llevó «su caso» a las autoridades del centro de estudios. Como efectivamente tenía antecedentes, perdió su calidad de estudiante. Esto le produjo un tremendo impacto emocional y configuró una limitante en sus proyectos de autonomía personal y familiar, que fueron procesados en su psicoterapia en la institución. Al cabo de unos meses, luego de una laboriosa investigación administrativa realizada en el hospital, se identificó a la persona que había sustraído los materiales. En el centro de salud, en aquel entonces, había una «particular susceptibilidad»

frente a cualquier tipo de robo, ya que había habido una seguidilla. En tal contexto y dados sus «antecedentes de mentirosa» —que previamente habían circulado por el centro asistencial—, Josselyn cargó con la sospecha de «ladrona» durante un período de seis meses. Al clarificarse la situación, el daño provocado por el rumor circulante ya estaba hecho. Su calidad de estudiante no le fue restituida a pesar de su reclamo.

Esta viñeta muestra cómo un circulante institucional (Josselyn «es una ladrona y mentirosa» y tiene una «madre escandalosa y pesada») coagula en ese momento en el sujeto más vulnerable, que oficia de chivo expiatorio para que la institución eluda las fallas notorias en sus mecanismos de control y uso de los materiales. La institución no era «vulnerable a los robos», sino que había «una ladrona». El peso recayó sobre Josselyn, quien, por su propia historia, fue la depositaria de lo trasgresor. Los chismeríos y rumores de pasillos la ubicaron en ese lugar. La vulnerabilidad institucional que dinamizó un circulante trasgresor encontró en Josselyn la excusa perfecta.

Durante las sesiones, la paciente transfirió su vulnerabilidad específica ante una situación de marginación, desvalorización y falta de reconocimiento, y mantuvo una postura reticente y suspicaz ante su psicoterapeuta. Esto la indujo a actuar, durante muchas sesiones, un personaje que era una impostura compensatoria para salir del lugar de mentirosa y ladrona en el que siempre quedaba ubicada. El personaje escogido fue el de una persona «exitosa, inteligente, que brillaba», como su hermana mayor. Trabajar durante un par de años esta problemática la llevó a una gradual desidentificación y abandono del personaje, lo que dio lugar a una identidad genuina sustentada en habilidades para el cuidado de niños. Esto la llevó a estudiar magisterio y a recibirse de maestra. Así, surgió una nueva opción laboral y dio un paso importante hacia una mayor autonomía personal. Su autoestima acrecentada fue sustituyendo una imagen devaluada de sí misma.

FUNCIONALIDAD Y DISFUNCIONES EN LOS DISPOSITIVOS INSTITUCIONALES

Cuando la institución funciona productivamente y el polo trófico contrabalancea al tanático, esta faceta trasgresora o enloquecedora es contenida en el marco instituido y no interfiere con la tarea primaria. El marco funciona como una madre lo suficientemente buena y con capacidad de ensoñación (Bion, 1966) para contener los temores que se le depositan, de forma tal que los individuos puedan asimilarlos provechosamente. Cuando predomina lo tanático, colapsa la función de contenedor del encuadre y lo allí depositado es devuelto en forma intacta (sin ser procesado psíquicamente) hacia los grupos más vulnerables y, de estos, hacia los individuos más proclives para recibirlos.

Los aspectos tróficos se vinculan, además, con las diferentes tareas que debemos afrontar durante el proceso de subjetivación o socialización.¹⁵ Cuando la institución recibe, incorpora, a una persona y le proporciona el sostén y la continencia necesarios, estamos en ese momento inaugural del proceso. De fracasar en esta etapa, se produce una falta básica (Balint, 1982). Luego, aparecen las instancias de reconocimiento de la singularidad y de las diferencias de quien fuera incorporado. El fracaso, por falta de empatía y frustraciones no adecuadas al momento, conlleva confusiones, simbiosis, amalgamas, seudoidentidades, etc. En momentos ulteriores, hay que encarar la instancia de *redireccionar* la propia existencia con base en lo aprendido, conformando metas, ideales, esperanzas e ilusiones para, finalmente, *salir, egresar*, de la institución (González Regadas, 2001).

15 Nos referimos al artículo «Bases para una psicopatología humanista», publicado en la *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, de AUDEPP, y que actualizamos y ampliamos en forma electrónica (González Regadas, 2014).

§

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANZIEU, D. (1986). *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Biblioteca Nueva.
- ASSOUN, P. L. (1982). *Introducción a la epistemología freudiana*. Siglo XXI.
- BALINT, M. (1982). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Paidós.
- BION, W. R. (1966). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- BLEGER, J. (1976). *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós.
- BLEGER, J. (1985). El grupo como institución y el grupo en las instituciones. *Temas de psicología (Entrevista y grupos)* (pp. 87-104). Nueva Visión.
- CASTORIADIS, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad. Vol. 2: El imaginario social y la institución*. Tusquets.
- FREUD, S. (1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria (1901[1905]). En *Obras completas* (vol. VII, pp. 3-107). Amorrortu.
- FREUD, S. (1979). Lo inconsciente (1915). En *Obras completas* (vol. XIV, pp. 153-213). Amorrortu.
- FREUD, S. (1980). Esquema del psicoanálisis (1938[1940]). En *Obras completas* (vol. XXIII, pp. 133-209). Amorrortu.
- FREUD, S. (1988). El interés por el psicoanálisis (1913). En *Obras completas* (vol. XIII, pp. 165-192). Amorrortu.
- FREUD, S. (1991a). Carta 52. En *Obras completas* (vol. I, pp. 274-279). Amorrortu.
- FREUD, S. (1991b). Proyecto de psicología (1895). En *Obras completas* (vol. I, pp. 323-440). Amorrortu.
- FREUD, S. (1991c). Análisis terminable e interminable (1937). En *Obras completas* (vol. XXIII, pp. 211-254). Amorrortu.

- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (1992). La transferencia de lo psicótico en los grupos institucionales. *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, *III*(4), 423-437.
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (2001). *Comunidad terapéutica y trastornos duales*. Psicolibros.
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (comp.) (2001). *Drogas, ética y trasgresión*. Psicolibros.
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (2008). *Psicoterapia, políticas públicas y sistemas nacionales de salud* [ponencia]. VIII Congreso de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia, San Pablo, Brasil.
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (2009). Reflexiones desde el psicoanálisis de los procesos colectivos acerca de los pacientes con trastornos psicóticos y adicciones. *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, *VII*(3), 41-55.
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (2009-2010). *Integrando recursos técnicos en psicoterapia desde el psicoanálisis de los procesos colectivos* [ponencia]. IX Congreso Latinoamericano de Psicoterapia, Lima, Perú. www.academia.edu/37072987/Integraci%C3%B3n_de_recursos_t%C3%A9cnicos_en_psicoterapia_psicoanal%C3%ADtica
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (2010). *Sin psicoterapia no hay psicoterapeuta. Sin psicoterapeuta no hay institución* [presentación]. Primera actividad científica de la Federación Uruguaya de Psicoterapia, Montevideo: *La psicoterapia del psicoterapeuta y su relación con los marcos institucionales*. www.academia.edu/7646169/Sin_psicoterapia_no_hay_psicoterapeuta_Sin_psicoterapeuta_no_hay_instituci%C3%B3n
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (2014). Bases para una psicopatología humanista. *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, *VIII*(3), 5-18. www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272014080301.pdf
- GONZÁLEZ REGADAS, E. M. (2015). *Acreditación de la psicoterapia. Una salida para Uruguay* [conferencia]. III Congreso Nacional de Federación Uruguaya de Psicoterapia y I Congreso Regional.

GUATTARI, F. (1976). *Psicoanálisis y transversalidad*. Siglo XXI.

OURY, J. (1980). Algunos problemas teóricos de psicoterapia institucional.

En M. Mannoni, *Infancia alienada* (pp. 119-132). Saltés.

SANDLER, J. (comp.) (1989). *Estudio sobre el "Análisis terminable e interminable" de Sigmund Freud*. Tecnipublicaciones.

Resumen

Desde la perspectiva del psicoanálisis relacional este trabajo aborda el encuadre y las distintas formas de estar con el paciente, tratando de indagar la peculiaridad que cada una de ellas conlleva. ¿Es posible sumergirse en todos los sentidos de lo que está pasando aquí, ahora, en mí, en el otro y entre los dos, en una interacción analítica a distancia?

El psicoanálisis relacional con sus ampliaciones conceptuales y sus referencias teóricas ofrece nuevas luces para observar estos fenómenos. El año 2020 inaugura algo distinto. La pandemia puso en crisis el encuadre clásico psicoanalítico. La propagación del covid-19, con sus medidas de confinamiento y sanitarias, hizo que se armaran distintos encuadres, que son distintos modos de encuentro con los pacientes. Comenzamos a utilizar distintas plataformas online para sostener y sostenernos frente a la irrupción de lo nuevo e inesperado que proviene del exterior y que es una amenaza para el encuentro presencial.

Aparece en nuestro trabajo la psicoterapia virtual en lugar de la presencial. Surgen interrogantes acerca de la forma en que estos dispositivos pueden facilitar o entorpecer el proceso psicoanalítico a la luz de las metapsicologías que nos acompañan.

Palabras clave: psicoanálisis relacional, encuadre, psicoanálisis online, neurociencia.

The frame from a relational psychoanalytic point of view

Abstract

From the perspective of relational psychoanalysis, I will approach the frame and the different ways of meeting the patient, trying to investigate the peculiarities that each of them holds. Is it possible to immerse oneself in every way into what is happening here, now and with me, with the other and between the two of us, in an analytical interaction at a distance?

Relational psychoanalysis and its conceptual extensions and theoretical references offers new insights to observe these phenomena.

In 2020 something different is revealed. The pandemic challenged the classical psychoanalytic frame. The spread of Covid-19 with its confinement and sanitary measures led to the creation of different frames, which are different ways of meeting the patients. We began to use different online platforms to support, both patients and ourselves, in the face of the irruption of something new and unexpected that comes from outside and that is a threat to face-to-face meetings.

Virtual psychotherapy replaces face-to-face psychotherapy. Questions arise as to how these arrangements can promote or hinder the psychoanalytic process considering the metapsychologies that accompany us.

Keywords: relational psychoanalysis, frame, online psychoanalysis, neuroscience.

PSICOANÁLISIS RELACIONAL: UNA NUEVA MANERA DE PENSAR LO HUMANO

El modelo relacional se fue gestando con los aportes de los cambios y avances sociales, culturales y científicos, que fueron haciendo rever los postulados clásicos del psicoanálisis, legados por su fundador. Manteniendo el espíritu investigador, no conformista, ha dado origen a nuevas maneras de pensar lo humano. El enfoque relacional en psicoanálisis

se enmarca en el intento de superar la dualidad clásica sujeto-objeto (interior-exterior), así como la descripción del comportamiento como una secuencia mecánica de acción y reacción, o agente y paciente. Desde la filosofía estas ideas son consonantes con el constructivismo, el perspectivismo (Nietzsche, Ortega), y el existencialismo en cuanto niega la preminencia de la esencia frente a la existencia. (Rodríguez Sutil, 2007, p. 9)

Con ese espíritu surge el psicoanálisis relacional, denominación propuesta por Stephen A. Mitchell (1946-2000), quien ha sido uno de los principales renovadores de la teoría psicoanalítica contemporánea y uno de los precursores de este giro relacional en psicoanálisis (Mitchell, 2015). El psicoanálisis relacional engloba varias líneas del pensamiento postclásico: los relacionistas, los intersubjetivistas, los interpersonalistas (los teóricos de Boston Stern, Karlen Lyon-Ruth) y la teoría del apego de Bowlby (1988), que prioriza la necesidad básica de amor y exploración en el niño. Ellos comparten una premisa: se oponen a la metapsicología pulsional de Freud y enfatizan el papel de las relaciones en la constitución

de la subjetividad. Lo intrapsíquico se entiende como producto de las relaciones y no como resultante de fuerzas endógenas. El ser humano nace en un ámbito relacional. Necesitamos de un otro para desarrollarnos, patologizarnos y curarnos. El otro es imprescindible.

El psicoanálisis relacional reformula el campo analítico, su proceso, su método y su teoría, revisada a la luz del estudio de lo intersubjetivo, los procesos vinculares y las investigaciones en neurociencias. Toma en cuenta el fenómeno de la neuroplasticidad, considerando el desarrollo de nuestro cerebro a lo largo de la vida y la posibilidad de incorporar nuevas actitudes de acuerdo con las nuevas experiencias (Ansermet y Magistretti, 2006). Al decir de Nemirovsky (2020),

pensar un sujeto abierto a su historia, a su presente político social y a su futuro, viviendo en esa paradoja planteada por esa ecuación repetición versus novedad y enfrentándonos con lo diverso, con lo que no es igual. Se abandona la idea central de la repetición, para dar lugar a lo nuevo, a lo que se edita, lo que aparece con el terapeuta, y desde allí se genera el cambio.

Conviven en este enfoque una amplia gama de conceptos de diversas escuelas psicoanalíticas que enfatizan aspectos como el *self*, el objeto o el espacio interpersonal entre el sí mismo y el otro. Concuerdan en el abandono del énfasis en la pulsión como elemento básico de la vida mental.

Se pasa de un modelo arqueológico y reconstructivo a una construcción activa de una narrativa de la vida del paciente. Paciente y analista son creadores de patrones (Aron, 2013). El psicoanálisis relacional considera que todos los fenómenos del proceso analítico se desarrollan en un campo cocreado entre paciente y terapeuta.

Los teóricos relacionales tienen en común tanto un interés en lo intrapsíquico como en lo interpersonal, y observan lo intrapsíquico como

constituido por la internalización de la experiencia interpersonal, que a su vez está mediada por las limitaciones impuestas por las delimitaciones biológicas y los patrones (Aron, 2013). Asimismo, consideran que desempeñan roles importantes e interactivos en la vida humana: la realidad y la fantasía, lo interpersonal y lo intrapsíquico. Reconocen el valor de lo que trae el sujeto a la interacción: temperamento, eventos corporales, capacidad para responder fisiológicamente, patrones de regulación diferentes, sensibilidad. No minimizan la importancia del cuerpo o de la sexualidad en el desarrollo humano. Lo intrapsíquico no se opone a lo interpersonal: se complementan el uno con el otro.

El psicoanálisis relacional no es una escuela de pensamiento unificado, sino que constituye un grupo diverso de teorías que se enfocan en las relaciones personales, interpersonales e intrapersonales, y que destacan el énfasis en las dimensiones relacionales del desarrollo y del tratamiento. La teoría relacional es ecléctica y contemporánea; parte de la idea de que las relaciones, tanto internas como externas, reales e imaginadas, son su eje central.

Cambio epistemológico

Del positivismo y el objetivismo se pasa al constructivismo social. Se abandona la creencia de que el analista puede eliminar el impacto de su propia subjetividad, observar desde fuera del sistema. Con el constructivismo se enfatiza que el observar tiene un rol relevante en la configuración, construcción y organización de aquello que está siendo observado. Este cambio epistemológico promueve el escepticismo frente a lo objetivo y al conocimiento universal. Se pasa a considerar la subjetividad de los dos integrantes de la díada analítica. Se hace foco en la transferencia-contratransferencia como una coconstrucción mutua.

Elemento básico de la vida mental

Uno de los puntos de anclaje del psicoanálisis relacional es la teoría del apego, la búsqueda del objeto como motivación básica del ser humano. La constitución de un sujeto (*self*) necesita de otro.

Fairbairn (apud Mitchell, 1993) argumenta que la libido no busca el placer, sino el objeto. La principal necesidad del niño es establecer una fuerte relación con otra persona. El motivo básico de la experiencia humana es la búsqueda y la conservación de un fuerte vínculo emocional con otra persona. Riera i Alibés (2011) dice que

los humanos nacemos con un cerebro que posee la capacidad potencial para la conexión intersubjetiva [...]. La consecuencia más negativa de la falta de maduración de las capacidades para la conexión intersubjetiva es que el pequeño no tendrá la capacidad de recurrir a los demás para regular sus propias emociones. (p. 223)

Desde la perspectiva relacional, el bebé no está gobernado por las pulsiones, sino que viene equipado para conectar con los objetos, construir con ellos sistemas relacionales progresivamente más complejos para conseguir una buena regulación mutua de las emociones.

Fairbairn (apud Rodríguez Sutil, 2007) plantea que el paciente debe haber sufrido deprivaciones importantes en su infancia, por lo cual es lógico que acuda a la terapia necesitado de aquellas relaciones personales de las que careció.

Neurociencias

El psicoanálisis relacional se nutre también de las investigaciones y los descubrimientos de las neurociencias respecto al desarrollo cerebral, la

neuroplasticidad, la memoria procedural o implícita, el descubrimiento de las neuronas espejo, entre otros. Estos conocimientos tienen consecuencias en la concepción del desarrollo de la mente y en la postura clínica.

Las neuronas espejo desempeñan un importante papel en la capacidad humana para sentir lo que el otro está sintiendo. «Yo siento que tú sientes lo que yo siento» (Riera i Alibés, 2011, pp. 133, 179, 212). Son la base de la empatía, de la identificación y de la capacidad de mentalización.

La amnesia infantil hasta los 3 años de edad es entendida a la luz de la no disponibilidad del hipocampo, que no comienza su maduración hasta pasados los 18 meses de vida. La memoria implícita guarda las experiencias emocionales de los primeros meses, experiencias que no pueden ser recordadas explícitamente ni verbalizadas; solo se expresan como memoria emocional en los sentimientos y en el comportamiento. Al pensar la incidencia de estos elementos en el ámbito clínico, pasan a jerarquizarse los componentes paraverbales, que crean la atmósfera emocional de la sesión y ayudan al paciente a ir modificando y ejercitando su memoria emocional.

Cambios teóricos

Se recupera la primera teoría freudiana sobre el trauma en cuanto a la importancia de lo ambiental en la subjetividad. Ferenczi (2016) fue el primero en señalar que el trauma no estaba solamente vinculado a lo sexual, y puso de relieve lo afectivo cuando el adulto no cumple su función protectora al ignorar las necesidades del niño. El trauma deja de organizarse exclusivamente alrededor de la sexualidad y adquieren una importancia equivalente la falla por exceso o déficit y la falta de sintonía, contención emocional y responsividad emocional adecuada entre el adulto y el niño.

Cambia la hermenéutica de la sospecha por la hermenéutica de la confianza en la escucha del paciente. Se cuestiona la universalidad de la

fantasía de seducción: se escuchan, también, los eventos del ambiente en que se desarrolla el niño y se entienden las expresiones clínicas no solo como producto de la fantasía. Es otra forma de posicionarse con el paciente (investigación empática-introspectiva), la cual, sin dejar de lado la asimetría inherente a la relación profesional, ubica a ambos (paciente y terapeuta) como partícipes en los trastornos del desarrollo del tratamiento. Es así como deja de considerarse que no hay pacientes inanalizables, sino que *ese* paciente no funciona en análisis con *ese* analista. Se valora la personalidad del analista como uno de los factores que intervienen en el campo relacional entre analista y analizando.

Los sueños no son considerados únicamente como expresión de un impulso sexual reprimido: se les asigna una función de regulación y restauración de los procesos psíquicos. Se considera que los sueños también intentan integrar y organizar las experiencias afectivo-cognitivas actuales.

En el psicoanálisis relacional las emociones cobran relevancia, se exploran en el discurso del paciente y en todas las irrupciones del inconsciente. Las emociones guían y determinan el comportamiento de los seres humanos en todas sus dimensiones. Intervienen en los más diversos campos de acción humana: relaciones interpersonales, de pareja y familiares, de negocios, política, religión, economía, etcétera.

Son las emociones, de placer o de displacer, de esperanza o temor, de deseo o aversión, de amor o de odio, de amistad o de antipatía, de alegría o tristeza, y un larguísimo etcétera lo que constituye el meollo de nuestra vida psíquica. La capacidad de razonar, como la percepción, la memoria, etc., son los recursos de que disponemos para calibrar, filtrar, canalizar, inhibir o expresar nuestras emociones y, finalmente, comportarnos, mental y prácticamente, de una manera u otra manera. (Coderch de Sans y Plaza Espinosa, 2016, p. 23)

Todo ser humano llega al mundo desvalido y, al mismo tiempo, provisto de un potencial de humanidad. Ese potencial se despliega en el contacto con otros seres humanos. Ese encuentro o desencuentro, tanto con las personas como con la sociedad que lo reciba, dará lugar a una gran variabilidad de resultados en ese ser que se hace humano.

ENCUADRE EN PSICOANÁLISIS RELACIONAL

El *Diccionario introductorio de psicoanálisis relacional e intersubjetivo* (León y Ortúzar, 2020) define el encuadre como un

Conjunto de reglas y constantes que permiten y facilitan el desarrollo del proceso terapéutico. Tradicionalmente, el psicoanálisis clásico ha abogado por un encuadre más fijo e inmóvil, mientras que el psicoanálisis relacional propone un encuadre elástico y flexible, resultante de la negociación mutua, dinámica y particular de cada diada terapéutica. (Bass, 2007, apud León y Ortúzar, 2020, p. 202)

Se concibe el proceso psicoanalítico como algo que se genera en el encuentro de dos subjetividades: la del paciente y la del analista, que se influyen mutuamente. Es la creación compartida entre ellos de un ambiente seguro y ético, que a partir de un encuentro continuo permite, entre ambos, la exploración intensa y profunda de los aspectos inconscientes del paciente y la edición de situaciones novedosas, no vividas por el paciente (Nemirovsky, 2020).

El encuadre en esta perspectiva es flexible, antijerárquico, democrático y dialógico. Es una cocreación entre terapeuta y paciente que permite movimientos emocionales en un ambiente seguro, confiable y ético.

Bregman Ehrenberg (2016) en su libro *Al filo de la intimidad...* nos proporciona numerosos ejemplos de este giro relacional.

¿Cuál es la función del encuadre?

Para el psicoanálisis freudiano, favorecer la regresión del paciente, necesaria para llevar a cabo el proceso psicoanalítico y la instauración de la neurosis de transferencia. Para el psicoanálisis relacional, que parte de la naturaleza social y relacional del ser humano, se entiende que el encuadre debe estimular y favorecer la progresión del funcionamiento psíquico del paciente.

Sabemos que los seres humanos poseemos múltiples *self* de acuerdo con los diversos contextos por los que ha transcurrido nuestra vida (Mitchell, 1993).

El reconocimiento del otro y el desarrollo del *self* son fenómenos interdependientes. La intersubjetividad, el reconocer al otro y sentirse reconocido por el otro, son el alimento del *self*. Por lo tanto, el espíritu del encuadre en el psicoanálisis relacional es el de estimular y favorecer la profundización de la intersubjetividad. (Coderch de Sans, 2018, p. 351)

Un encuadre para el psicoanálisis relacional no alude solamente a las coordenadas espaciotemporales y de actitud profesional en que se desarrolla el encuentro. Sabemos que entre paciente y analista se produce una ininterrumpida y mutua influencia (llamada clásicamente *transferencia* y *contratransferencia*), cocreada, por lo cual ningún analista es igual con todos sus pacientes, porque cada uno despierta en él diferentes estados de su *self* (conscientes y disociados). Por lo tanto, sería más adecuado plantear que entre ambos crean un encuadre interno, en cuyo marco transcurre esta peculiar interacción entre dos personas (Coderch de Sans, 2018).

En el Río de la Plata, Baranger (2004) plantea:

La relación analítica es distinta conforme a la personalidad y las características de sus dos integrantes. Sabemos empíricamente que no todo paciente puede funcionar con cualquier analista, y recíprocamente, que no todo analista trabaja bien con cualquier paciente, por más que su análisis previo haya ampliado su capacidad de comprensión y su intuición. Es necesaria una adaptación mutua entre analista y paciente para permitir la formación del campo y de la fantasía inconsciente básica compartida. (p. 166)

Asimismo, en el Mediterráneo, Coderch de Sans (2015) plantea que, gracias a los conocimientos aportados por el sistema nervioso central, en el encuadre psicoanalítico queda confirmada la innegable realidad de la influencia mutua de la díada analítica, sean cuales sean las intenciones y fantasías que posea cada uno de sus miembros:

Todo movimiento en el estado mental de cada uno de los componentes de la díada analítica, ya sea enunciado verbalmente en el contenido semántico de las palabras o en la prosodia del lenguaje, o sub-verbalmente a través de gestos y expresiones faciales o silencios, da lugar a que en el cerebro del otro se activen las mismas redes neuronales, de manera que el analista, con la atención vuelta hacia sí mismo, puede percibir no tan sólo las emociones y pensamientos que, de alguna manera, le provocan sus redes neuronales activadas y equivalentes a las que lo están en el paciente, sino también los procesos somatosensoriales correspondientes a tal activación de estructuras cerebrales, es decir, puede acompañar sensorialmente al paciente en las experiencias que está viviendo en la relación, gracias a lo cual podemos decir que este analista no únicamente

comprende a su paciente, sino que, además, lo reconoce como la madre reconoce a su bebé. (Coderch de Sans, 2018, p. 334)

A la luz de estas observaciones, se podría plantear que el matiz diferente en cuanto a cómo se configura el campo analítico en la perspectiva relacional estaría dado por la importancia que cobran los procesos psíquicos implícitos en la díada analítica. Basta pensar en «lo sabido no pensado» de Bollas (1987). Se configura un diálogo implícito ente paciente y terapeuta por otros canales de expresión (no verbales), y allí nos encontramos con fenómenos como el *enactment* (De Souza y Anfusso, 2017), que son reveladores de lo que está sucediendo en la díada. Desde la perspectiva relacional, el *enactment* es una experiencia valiosa en el proceso terapéutico, en tanto se trata de instancias basadas en las emociones que cobran vida en la relación paciente-analista, en la cual intervienen ambos. Los *enactment* son una forma de comunicar las experiencias o estados emocionales más arcaicos, asimbólicos y no verbales, es decir que no pueden expresarse de otro modo. Es una comunicación, una escena donde pasa algo, se escenifica algo que no es consciente entre paciente y analista.

Siguiendo a Coderch de Sans (2018), el encuadre psicoanalítico (externo e interno) configura un campo donde es imposible tener todas las variables controladas. Se produce una reverberación de los estados mentales, pensamientos, sensaciones y emociones del paciente en la mente y en las sensaciones corporales del analista, y viceversa, del analista en la mente del paciente. Desde el psicoanálisis relacional, el analista debe aspirar a una actitud de entrega al otro sin dejar de ser él mismo, en un encuadre que estimule el diálogo abierto con todas las posibilidades, donde se despoje del temor a ser descubierto como persona, se ofrezca disponible para ser reconocido por el paciente y abandone la preocupación por mantener la fría distancia analítica, la neutralidad y el anonimato.

Esto no significa que los analistas relacionales sean siempre simpáticos y laxos ni que hagan uso indiscriminado de la autorrevelación y el *vale todo*.

ENCUADRE Y PANDEMIA

Detengámonos ahora a reflexionar sobre la incertidumbre y los cambios que generó una situación excepcional en el 2020: la pandemia por el covid-19. La exhortación al confinamiento y el temor a lo desconocido, con potencial letal, hicieron que rápidamente adoptáramos el uso de tecnologías a nuestro alcance para poder continuar con nuestra tarea. El psicoanálisis vía videoconferencia modificaba el encuadre en el proceso analítico y no sabíamos cómo ello podría alterar el proceso y la identidad de nuestra práctica. Se produjo un ajuste activo a las necesidades del paciente, del analista y del contexto de pandemia.

El encuadre está en proceso de profundas transformaciones a la luz del psicoanálisis relacional y de la comunicación virtual y digital que el avance tecnológico ha proporcionado (León y Ortúzar, 2020). La pandemia nos impuso atender a nuestros pacientes a distancia. Debimos cambiar el encuadre, lo que derribó la ilusión de poseer algo seguro y estable al resguardo del consultorio en presencia corpórea.

Asistimos con anterioridad a los cambios en la cultura y en la subjetividad de los pacientes, que exigieron modificaciones en el encuadre, y confeccionamos *a medida* el encuentro con el que solicitaba nuestra ayuda. Con la pandemia, el encuentro se ha diseñado a través de diversas plataformas de videoconferencia: Skype, Zoom, teléfono, etc. El paciente elige y se arman diferentes encuadres, con imagen y sin imagen, mientras que otros no pudieron apropiarse de la copresencia virtual y no aceptaron esta nueva modalidad para continuar el proceso analítico.

El encuentro se da en un mundo que incorpora la amenaza de muerte y la preocupación por la vida propia y de los otros. ¿Cómo dar amparo a las formas emergentes de ser y afrontar esta realidad, sin caer en una sobreadaptación que obture una transformación creativa de lo que estamos viviendo y haciendo?

Siguiendo a Gutiérrez (2020), podemos inferir el malestar subjetivo en estas relaciones de copresencia virtual. Este psicoanalista chileno nos propone pensar que lo que radicalmente viene a alterarse en la telecopresencia es la experiencia de otredad en el encuentro humano:

Cierto conjunto perceptual me indica que ahí hay otro, y me encuentro coordinándome, encontrándome con él. Por otro lado, la responsividad espontánea se encuentra entorpecida, el trasfondo psique somático que anticipa al otro, se encuentra con una respuesta ominosa, es familiar pero extranjera a la vez, y tenemos que resolver esta forma de comunicación silente, y lo hacemos mediante el uso de diversos mecanismos de defensa para lidiar con este malestar. La renegación o actitud de aceptar el objeto negando la falta es notorio. Al estar inmerso en la experiencia virtual avanzamos a alucinar negativamente el registro de la carencia. (Gutiérrez, 2020)

Perceptualmente la carencia desaparece: «Se reconstruye un otro a partir de una interacción por vías de la imagen y el sonido que reniega de la ausencia y al mismo tiempo se anticipa reflexivamente al otro, quedando, esperando aquello que nunca llega» (Gutiérrez, 2020).

Gutiérrez (2020) considera que la virtualidad tiene muchos beneficios prácticos, pero que también trae aparejada una serie de malestares subjetivos en el campo de las copresencialidades, que, a su entender, obedecen a esas condiciones estructurales que contravienen el modo de construir nuestra subjetividad a partir del encuentro humano. Nuestro *self* emerge

de la experiencia de sostén físico y emocional de la madre en tanto ambiente. La experiencia temprana de maternaje opera como una estructura encuadrante para el sujeto. «Hacemos de lo externo el modo interno, y de cómo hemos sido tratados, un lienzo para la representación» (Gutiérrez, 2020). Estas consideraciones de la construcción de la subjetividad, a su entender, nos advierten de cuál es la población clínica con indicación o contraindicación de teleanálisis.

Asimismo, Coderch de Sans (2018) se interroga sobre dónde reside la posibilidad del cambio psíquico y la fuerza terapéutica del psicoanálisis desde la perspectiva relacional. En su respuesta (además de la personalidad del analista y el método o teorías que lo guían en su trabajo) considera la importancia de sintonizar psicobiológicamente con el paciente y lograr que se sienta reconocido en sus experiencias implícitas, no verbales y no simbólicas, de la misma manera que un bebé se siente reconocido por su madre.

Coderch de Sans (2018) afirma que es gracias a «la sintonización psicobiológica de las mentes corporeizadas de paciente y analista» (p. 56) que puede producirse el cambio y la modificación del inconsciente relacional. La sintonización psicobiológica es un concepto que se apoya en las investigaciones de Rizzolatti y Sinigaglia (2006) sobre las neuronas espejo.

Gallesse (2011) afirma que los humanos somos semejantes porque estamos equipados con el mismo substrato neuronal, que se activa cuando realizamos acciones o experimentamos emociones y sensaciones. A este mecanismo neuronal funcional lo llama *simulación corporeizada*. A través de él se logra una comprensión del otro, desde el interior, lo reconocemos dentro de nuestro propio organismo. Este mecanismo neuronal funcional nos permite compartir los estados emotivos, las necesidades y el sufrimiento. Poseemos un mecanismo espejo que nos permite reconocer inmediatamente al otro. Estas aportaciones de la neurofisiología y la

neurobiología respecto a la captación de las emociones e intenciones del otro, gracias a la función del sistema nervioso central y a la simulación corporeizada, no derriban la utilidad de la comprensión basada en la reflexión. Por el contrario, abren una interrogante respecto a la posibilidad de su despliegue en el encuentro virtual con el paciente. El *espejamiento* en nuestro cerebro de las emociones y pensamientos de los pacientes: ¿es posible en la comunicación a través de los dispositivos electrónicos? ¿Corremos riesgo de pasar a una virtualización de la psicoterapia, con un *self* virtual y descorporeizado?

En el encuentro con el paciente se desarrolla otro diálogo subverbal a nivel implícito. Paciente y analista emiten señales sensoriales durante el diálogo: parpadeo, expresiones faciales y gestuales, movimientos corporales, expresión de los ojos en todas sus tonalidades, entonación y ritmo de la voz, entre otras, captadas en la comunicación en presencia física, necesaria para que se produzca la sintonización psicobiológica. Las percepciones somatosensoriales, origen de las experiencias implícitas, de las que derivan las explícitas, pueden estar muy restringidas en el intercambio con el paciente a través de los medios electrónicos. Está la imagen, pero no la experiencia vívida humana. Mediante la simulación corporeizada, junto al diálogo explícito paciente-terapeuta, se desarrolla otro diálogo subverbal a nivel implícito en ambos sentidos de la díada. El paciente también percibe internamente al analista. Es lo que Winnicott nos ha enseñado respecto a la díada madre-bebé y a cómo la madre percibe en su interior los estados mentales de su bebé y los refleja en su rostro, tono de voz, gestos...; asimismo el bebé sintoniza los estados emocionales de la madre (Anfusso e Indart, 2009).

¿El análisis online funciona con todos los pacientes? La experiencia clínica en pandemia nos fue mostrando la variabilidad de respuesta ante el nuevo dispositivo propuesto para continuar trabajando. Muchos pacientes se adaptaron fácilmente y lograron revelar a distancia relatos que

de forma presencial no se habían producido. En otros casos, esto no fue posible, especialmente en aquellas situaciones en que el paciente requería una regresión profunda a la dependencia en su proceso de análisis.

Llegado el confinamiento, algunos analistas tenían experiencia de trabajar online, con *encuadres reservados* como medidas transitorias para mantener un tratamiento, de lo que no se hablaba mucho. Con la pandemia apareció la necesidad de continuar con nuestra tarea incluyendo un tercero, extraño para muchos de nosotros: el tercero tecnológico. Con él se instalaron varias interrogantes y preocupaciones, una de ellas: la confidencialidad, elemento fundante en la creación de un ambiente seguro y ético para desarrollar el encuentro con el paciente. Debimos asesorarnos y aprender los resguardos necesarios para continuar a través del encuentro online. Debimos tolerar las interferencias en la conectividad en el uso de diferentes plataformas y nos preguntamos si es lo mismo la ausencia del paciente por no conectarse. Movidos por la autoconservación, nos lanzamos a nadar en aguas extrañas, sin perder un modo de pensar psicoanalítico. ¿Fin del reinado del diván, del cara a cara, para dar cabida a otro encuadre en la práctica psicoanalítica: el psicoanálisis a distancia?

Estamos trabajando juntos cuando no estamos juntos, desarrollamos el psicoanálisis mediado vía internet, el ciberespacio ingresa en nuestra práctica y suscita discusiones respecto a su factibilidad e indicación. Existen diversas posiciones (positivas, neutras, negativas, moderadas) en torno a esta discusión sobre el análisis por videoconferencia (Gutiérrez, 2017), que consideran el impacto de las mediaciones virtuales en el proceso analítico. Gutiérrez (2020) nos propone pensar que los encuadres por videoconferencia producen

una bi-escisión entre diversos grados de reconocimiento/negativización de la ausencia del otro, por un lado, y la expectativa de la copresencia física por el otro, desmantelando con ello la experiencia unitaria

prerreflexiva del ser aquí, ahora, conmigo, propia de las interacciones materialmente presentes.

A la luz de estas consideraciones, debemos preguntarnos qué paciente se beneficia con este nuevo encuadre a distancia y en qué casos no es pertinente. Nuevamente cobra relevancia lo singular en nuestra disciplina: depende del caso a caso.

El posicionarnos respecto a este asunto está mediatizado por la perspectiva teórica que nos acompaña en el encuentro con el paciente, los modos de entender la práctica clínica y los objetivos que consideremos tiene el análisis. Podemos estar preocupados por *hallar la verdad, esclarecer o curar* (objetivos que seguramente nos interesan en términos del proceso que vamos transitando). Vamos armando, construyendo entre ambos integrantes de la pareja terapéutica, intervenciones sucesivas que intentan acercarse a las vivencias de quien nos consulta y que tratan de abarcarla, dando rodeos metafóricos (Nemirovsky, 2019).

Desde la mirada que nos ofrece Winnicott con su teoría del desarrollo emocional, la no integración es un estado necesario para la emergencia del *self* (estados de unidad o ser *being*) (Sáinz Bermejo, 2017). Como lo plantea Mc Dougall (apud Gutiérrez, 2017), en un tratamiento psicoanalítico el acceso a los estados de no integración se relaciona «con la capacidad de un individuo de, sin miedo, poder flotar o entregarse a lo informe y la nada, y tener “tiempo para ser”, con un énfasis en el ser en el lugar del hacer» (pp. 215-216).

Todos en esta pandemia estamos en un *ser siendo*, afrontando con creatividad el encuentro con los pacientes. A veces no logramos la sintonía anhelada en los nuevos encuadres y no podemos sobreponernos a la condición biescindida de la videoconferencia, lo que nos hace anhelar recuperar la conexión del encuentro presencial.

El trabajo psicoanalítico a través de la videoconferencia tendrá que ser revisado no solo por las determinaciones estructurales del dispositivo, sino también por la capacidad de la díada paciente-analista de superar las peculiaridades del nuevo encuadre (escisión, interferencia, dificultad en la sincronización psicobiológica, dificultad en el acceso a estados de no integración, entre otras), sin olvidar las necesidades del paciente y sin apartarnos de los preceptos psicoanalíticos que nos guían. No se trata de rechazar o incluir ingenuamente estos dispositivos electrónicos en el encuentro con los pacientes, sino de explorar (acompañados por nuestras perspectivas teóricas y juicio clínico) cómo debemos llevar a cabo nuestra tarea con cada paciente. Nos movemos en la incertidumbre, buscando la manera distinta en cada caso de ser analista para cada paciente. El análisis a distancia nos reta a distinguir lo central de lo accesorio sin desnaturalizar nuestra práctica, sin perder nuestra identidad profesional.

En pandemia, la nube cibernética nos sostuvo y modificó el encuadre psicoanalítico, lo que nos permitió ser creativos y lanzarnos a explorar nuevas coconstrucciones. Comprobar su pertinencia y efectividad insu-
mirá más tiempo y reflexión.

§

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANFUSSO, A. e INDART, V. (2009) *¿De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?* Psicolibros
- ANSERMET, F. y MAGISTRETTI, P. (2006). *A cada cual su cerebro: plasticidad neuronal e inconsciente.* Katz.

- ARON, L. (2013). *Un encuentro de mentes: mutualidad en psicoanálisis*. Universidad Alberto Hurtado.
- BARANGER, M. (2004). La teoría del campo. En L. Glocer Fiorini (comp.), *El Otro de la trama intersubjetiva*. Lugar.
- BOWLBY, J. (1988). *Una base segura*. Paidós.
- BREGMAN EHRENBERG, D. (2016). *Al filo de la intimidad. Extendiendo el alcance de la interacción psicoanalítica*. Ágora Relacional.
- CODERCH DE SANS, J. (2012). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Ágora Relacional.
- CODERCH DE SANS, J. (2014). *Avances en psicoanálisis relacional*. Ágora Relacional.
- CODERCH DE SANS, J. (2015). Las experiencias terapéuticas en el curso del proceso analítico desde la perspectiva de la no linealidad/complejidad. *Temas de Psicoanálisis, 9*. www.temasdepsicoanalisis.org/2015/01/31/las-experiencias-terapeuticas-en-el-tratamiento-psicoanalitico-desde-la-perspectiva-de-la-no-linealidad-complejidad-2/
- CODERCH DE SANS, J. (COORD.). (2018). *Las experiencias terapéuticas en el proceso psicoanalítico*. Ágora Relacional.
- CODERCH DE SANS, J. y PLAZA ESPINOSA, A. (2016). *Emoción y relaciones humanas. El psicoanálisis relacional como terapéutica social*. Ágora Relacional.
- DE SOUZA, L. y ANFUSSO, A. (2017). Enactment: transferencia... ¿y después? *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica, 9(4)*, 5-18.
- FERENCZI, S. (2016). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión. *Revista de Psicoanálisis, 77*, 39-51.
- GALLESE, V. (2011). Neuronas espejo, simulación corporeizada y las bases neuronales de la identificación social. *Clínica e investigación relacional, Revista electrónica de Psicoterapia, 5(1)*, 34-59. www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N1_2011/03_V_Gallese_Neuronas-espejo-simulacion-corporeizada_CeIR_V5N1.pdf

- GUTIÉRREZ, L. (2017). ¿Silicio en el “Oro Puro”? Contribuciones teóricas y observacionales al teleanálisis por videoconferencia. *The International Journal of Psychoanalysis*, 3, 550-577. <https://doi.org/10.1080/2057410X.2017.1649868>
- GUTIÉRREZ, L. (2020). *El individuo y el mundo en que vivimos* [video]. www.youtube.com/watch?v=QLHuyhBfoFs&t=3s
- LEÓN, S. y ORTÚZAR, B. (2020). *Diccionario introductorio de psicoanálisis relacional e intersubjetivo*. RIL.
- MITCHELL, S. (1993). La matriz relacional. En *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración* (pp. 29-54). Siglo XXI.
- NEMIROVSKY, C. (2019). Transformaciones en nuestra práctica. *Clínica e investigación relacional, Revista electrónica de Psicoterapia*, 13(1), 170-184. <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2019.130112>
- NEMIROVSKY, C. (2020). *Psicoanálisis relacional* [video]. https://m.youtube.com/watch?v=BWdumeF_p3M&feature=youtu.be
- RIERA I ALIBÉS, R. (2011). *La conexión emocional*. Octaedro.
- RIZZOLATTI, G. y SINIGAGLIA, C. (2006). *Las neuronas espejo*. Paidós.
- RODRÍGUEZ SUTIL, C. (2007). Epistemología del psicoanálisis relacional. *Clínica e investigación relacional, Revista electrónica de Psicoterapia*, 1, 9-41. www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V1N1/1_Rodriguez%20Sutil_Epistemologia%20del%20Psicoanalisis%20Relacional_CeIR_V1N1_2007.pdf
- RODRÍGUEZ SUTIL, C. (2010). *Introducción a la obra de Ronald Fairbairn. Los orígenes del psicoanálisis relacional*. Ágora Relacional.
- SÁINZ BERMEJO, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. Herder.

Resumen

Frente a la teoría del conflicto pulsional, el giro relacional en psicoanálisis, que se ha configurado durante las últimas dos décadas del siglo pasado, ha consolidado diversas corrientes de pensamiento. Estas comparten la idea medular de que nuestra mente se constituye, funciona, se enferma y recupera relacionalmente, lo que supone un cambio de paradigma metapsicológico.

No obstante, el encuadre clínico clásico se ha seguido transmitiendo como un mantra en la formación, cuyas reglas con valor identitario quedan asociadas al ser psicoanalítico. Este trabajo visibiliza tres elementos sustantivos para su modificación: la incidencia y consideración del contexto, la centralidad de las emociones y la importancia cualitativa del vínculo terapeuta-paciente como agente de cambio. Frente a los mitos técnicos tradicionales de neutralidad, abstinencia y anonimato se postula la necesidad de una matriz de acogida terapéutica diferente: una perspectiva empática, un posicionamiento dialógico, cálido, humilde, humanista, igualitario y una hermenéutica de la confianza por el psicoterapeuta en esa diada singular que conforma con cada paciente.

Palabras clave: contextualismo, psicoanálisis relacional, emoción, mito clínico.

Why rethink the traditional psychoanalytic approach.

A relational outlook

Abstract

Facing the drive conflict theory, the relational turn in psychoanalysis, which has emerged during the last two decades in the past century, has consolidated different schools of thought. These agree on a shared core idea: our mind is created, functions, becomes ill, and recovers relationally. This constitutes a metapsychological paradigm shift.

Nevertheless, the classic clinical approach has been conveyed as if it were a mantra so much so that to be considered a clinical psychoanalyst you should follow their rules. This paper aims to make visible three substantial elements for its modification: the incidence and consideration of the context, the relevance of emotions, and the qualitative importance of the therapist-patient bond as a change agent. Faced with the traditional technical myths of neutrality, abstinence, and anonymity, there is a need for a different “therapeutic receiving matrix”: an empathic perspective, a dialogic position, a warm, humble, humanist and equitable position, as well as an hermeneutic of trust from the psychotherapist in this particular dyad created with each patient.

Keywords: contextualism, relational psychoanalysis, emotion, clinical myth.

Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella, no me salvo yo.

José Ortega y Gasset (1914)

Marzo de 2020. La propagación sideral del coronavirus desde una remota y desconocida ciudad asiática y su llegada a estas latitudes fue una contundente constatación de lo que Marshall McLuhan denominara *la aldea global*: la expansiva interdependencia humana, una relacionalidad incrementada desde la llegada de la era digital y sus avanzadas tecnologías de interconexión.

El virus y el fenómeno relacional asociado a él, el miedo al contagio, nos mostró gráfica y desmesuradamente cómo las circunstancias externas invaden nuestra vida, nuestra cotidianeidad, nuestros hábitos y emociones, y contribuyen a moldear también nuestras psicopatologías. Alteró rutinas y nos obligó a reprogramar nuestras vidas personales y laborales. Impactó en nuestro mundo emocional al generar miedo, incertidumbre, angustia, inseguridad, desconfianza..., algunas de las emociones prevalentes que acompañaron este fenómeno masivo y que se expresaron en el aumento de síntomas de depresión, insomnio, agorafobia, hipocondría, trastornos de alimentación, claustrofobia, paranoia...

El aislamiento físico, propuesto como primera medida preventiva, ingresó también —como no podía ser de otra manera— en nuestra vida profesional y nos impuso movernos de nuestra habitualidad y apelar a la videosesión como alternativa para no interrumpir tratamientos. Este nuevo contexto, que compartí con colegas y pacientes, me convirtió en inexperto amateur y reveló que somos *igualmente* vulnerables.

La realidad existe, cambia, *nos cambia*, marca presencia y no la podemos ignorar.

Todo fluye, nada es permanente.

Heráclito de Éfeso (siglo v a. C.)

Los tiempos van cambiando, cambian las circunstancias y también los paradigmas vigentes. Aparecen «nuevas normalidades». Esta es una de las varias paradojas de la cultura que señalara Melville Herskovits (1952): «La cultura es estable y, no obstante, la cultura es también dinámica y manifiesta continuo y constante cambio» (s. p.). Entendemos *cultura* en su acepción más general, como la parte del ambiente hecha por el hombre. Existe una herencia cultural, una transmisión intergeneracional de usos, costumbres, valores, tradiciones y técnicas que nos permite beneficiarnos de la experiencia de nuestros antepasados, pero que no es ajena a la introducción de modificaciones. Lo ilustran la moda, los patrones estéticos, las nuevas alternativas de integración familiar, las herramientas informáticas, las leyes..., todas ellas manifestaciones culturales con sus ritmos diferenciados de cambio. Las teorías, como parte de ese constructo cultural, también lo hacen.

Y las nuevas teorías nos dicen que la biología no es hoy el destino. El determinismo biológico se reconoce modulado, atemperado en la moderna epigenética, que jerarquiza la importancia de las *circunstancias* que nos rodean (niveles de estrés, estado nutricional, contaminación ambiental) para la expresión o no de ciertos genes de los que somos portadores. Los genes solo determinan tendencias. En la misma dirección observamos el movimiento contemporáneo que realizan grupos de presión LGBT para remplazar la asignación del sexo, determinado biológicamente, por la de género, que responde a una combinatoria de variables entre las que se cuentan la autopercepción, la apariencia y la asunción de roles sociales que no coinciden necesariamente con el sexo biológico ni con

los estereotipos culturales asignados. La relación genética y ambiental no es unívoca y permite múltiples combinatorias. Y los cambios culturales imponen nuevos criterios de normalidad y patología.

Cada individuo es portador de una historia personal, singular, única, pero que, a su vez, está atravesada, urdida, entramada con elementos de una *circunstancia* sociocultural compartida, que comienza desde su origen y es transmitida por sus primeros *otros*.

A través de otros nos convertimos en nosotros mismos.

Lev Vygotski (1934)

El ser humano, como todo organismo vivo, es un sistema abierto en desarrollo e intercambio con el medio. Ese medio tiene sus brazos ejecutores, redes relacionales que comienzan con la familia y de las que iremos formando parte, que se filtran estructuralmente en nuestro proceso de construcción de identidad. Somos eslabones de múltiples cadenas de interrelacionalidad a distintos niveles, extraña dialéctica de ser uno mismo y ser influido por los otros, identidad e identificación.

De igual modo que los seres humanos somos desprendimiento de una matriz biológica que nos habilita al nacimiento, somos emergentes de una matriz relacional y sociocultural que se hace presente desde nuestra prehistoria, antes incluso de nuestro primer encuentro presencial con el otro: ¿concepción natural o fertilización asistida?, ¿ginecólogo o comadrona? Esta es otra de las paradojas que señala Herskovits (1952): la cultura llena y determina ampliamente el curso de nuestras vidas, nos preexiste y nos subsiste, tiene existencia propia, pero se expresa a través de los individuos. Sin embargo, raramente somos conscientes de hasta qué punto.

En la mayoría de los casos, simplemente naturalizamos y nos adaptamos *inconscientemente* a sus estereotipos y generamos patrones automáticos de

respuesta que consideramos propios («Yo siempre fui así»). En otros casos, la necesidad de aceptación, reconocimiento y pertenencia es la que opera para que nos sometamos, aun críticamente, a ellos. Pero también sucede que confrontamos y nos rebelamos. La cultura nos modifica, pero también puede ser modificada por nosotros. Al igual que la herencia genética, la herencia sociocultural sufre mutaciones, experiencia que Sigmund Freud mismo, como genial innovador, propició. Difícil experiencia: querer imponer ideas disruptivas, pero simultáneamente satisfacer la necesidad y búsqueda de aceptación, reconocimiento y pertenencia a la comunidad científica, la cual demora en llegar —como en el caso de Sándor Ferenczi— o no llega nunca.

El malestar en la cultura es el rol que le asignó Freud a la realidad fáctica: el restrictivo, el limitador de la libre expresión pulsional. Quedó fuera de su análisis el papel estructurante de la cultura, del contexto, en nuestro psiquismo; el rol que tienen los otros, comenzando por la díada madre-bebé, esa matriz relacional de acogida para poder desarrollarnos y regular nuestras emociones y expectativas. A lo largo de nuestra vida sumaremos muchas otras redes relacionales (pensemos tan solo en nuestro currículum vitae), que irán dejando su impronta en nosotros, aunque las abandonemos o nos encontremos solos en una isla. El otro, real o fantaseado, siempre está. Esta idea de interacción mutua permanente, de un psiquismo bipersonal contextualizado, será la que postulen las líneas del giro relacional en psicoanálisis.

El conocimiento es una aventura incierta que conlleva en sí misma el riesgo de ilusión y de error.

Edgar Morin (1999)

Si bien hoy aparece como innegable esta influencia del contexto en la constitución de nuestro psiquismo, Freud desarrolla un modelo de

aparato psíquico individual, aislado, atemporal e inespacial, de alto nivel de abstracción, que tanto podría haber estado en la Antigua Grecia como en el Montevideo del siglo XXI y que se construye como resultado de los avatares de un conflicto pulsional endógeno que gira en torno al complejo edípico, considerado universal.

El dualismo cartesiano imperante marcaba una lógica binaria: mente-cuerpo, yo - no yo, mundo interno - mundo externo, sujeto-objeto, individuo-sociedad. Esa compartimentación dicotómica constituye un artificio que delimita la especificidad del objeto de estudio al reducir el número de variables intervinientes y facilita la profundización de conocimientos segmentados. Pero no se corresponde con la realidad: integrada, compleja, heterogénea, multideterminada y mutante, y nos hace correr el riesgo de la reificación: tomar la parte por el todo y perder una mirada integral.

Desde las formulaciones de Freud ha transcurrido más de un siglo de clínica, investigación y nuevos modelos teóricos. La evolución de las ciencias y la necesaria interconexión entre ellas han cambiado la mirada en un intento de superar la rigidez de esas categorías binarias y nos permiten hablar hoy de psiconeuroinmunoendocrinología o de neuropsicoanálisis. La complementación de saberes ha cambiado la letra del psicoanálisis, pero sigue vivo el espíritu freudiano de buscar sentido, explicación y alivio al sufrimiento psíquico.

Nuestra vida psicológica no puede ser la vida de una mente aislada: se origina, crece y cambia dentro de los contextos intersubjetivos en los que nos encontramos.

D. Orange, G. Atwood y R. Stolorow (2012)

Lo dirá el psicoanálisis relacional. Y también la neurociencia a partir del descubrimiento de las neuronas espejo: nuestro cerebro es un cerebro

social. Está equipado para trabajar en red: captando los pensamientos, intenciones y sentimientos de otros cerebros con los que interactuamos. Esto no desdibuja nuestra subjetividad, sino que la plantea en otros términos: nuestra vida mental es cocreada (Stern, 2017) y las emociones son su principio activo. La idea freudiana de la mente aislada y su organización pulsional constituye el mito fundacional del psicoanálisis.

Producto de las experiencias relacionales con nuestros primeros cuidadores van surgiendo las conclusiones emocionales inconscientes, de enorme trascendencia. Allí, en esa primera díada madre-bebé, comienza a gestarse el inconsciente prerreflexivo, un inconsciente que no es producto de la represión, sino que adquiere su carácter de tal porque se gesta sin pasar por la consciencia: «principios organizadores que operan fuera del conocimiento consciente de la persona» (Stolorow y Atwood, 2004, p. 67). La responsividad empática (o su falta) en nuestra primera matriz de acogida nos va a ir indicando qué *podemos esperar* de los otros: sentará las bases de nuestra autoestima, pautará patrones de relacionamiento futuros, así como dará forma a nuestra manera de percibir el mundo (amigable, hostil, inestable...); «lo sabido no pensado» (Bollas, 1987), que se expresa a través de esta memoria implícita.

El inconsciente prerreflexivo coexiste con un inconsciente dinámico, que no reprime pulsiones endógenas y sus formas de expresión, sino aquellos traumas afectivos experienciales «que fueron tapiados defensivamente porque no habían conseguido evocar una responsividad empática por parte del entorno cuidador» (Stolorow y Atwood, 2004, p. 69). Es una confusión de lenguas traumática entre las necesidades del bebé y las respuestas inadecuadas del adulto a cargo. Este desencuentro muchas veces se reproduce en la díada terapeuta-paciente y genera retraumatizaciones y resistencia al tratamiento.

La matriz intersubjetiva es el molde en el que se va fraguando nuestra vida psíquica, así como también donde irá cambiando. Sobre esta base,

en las dos últimas décadas del siglo pasado se constituye el giro relacional en psicoanálisis (Mitchell, 2015), que reivindica tardíamente la figura de Ferenczi, quien retomara la teoría freudiana del trauma y fuera precursor de la jerarquización de la importancia de la relación paciente-analista.

Todas estas líneas de pensamiento, más allá de sus diferencias, comparten una premisa: el carácter intersubjetivo de lo intrapsíquico. Esto ya había sido señalado por Donald W. Winnicott al desplazar su foco atencional desde el infante al complejo madre-bebé; por Heinz Kohut, quien sostiene que la experiencia de sí mismo sienta sus bases en contextos de relacionalidad específicos; por René Spitz, quien observa y describe la depresión anaclítica de bebés de orfanato, privados del vínculo afectivo; y por John Bowlby, con su teoría del apego, un importante aporte a la clínica. Todos ellos partieron de hechos observables. Para constituirse como sujeto, para enfermar y *también para curar* se necesita de un *otro*.

Otra teoría —¿otra clínica?— nos enfrenta al renovado desafío de establecer un conjunto de condiciones óptimas *posibles* para esa cita a ciegas que representa el encuentro con un *desconocido que sufre* y acude a la consulta en busca de ayuda terapéutica. Porque de eso se trata el encuentro con cada paciente: de una aventura de conocimiento y descubrimiento para ambos, más allá de las experiencias previas que podamos tener.

Si nuestra única herramienta es un martillo,
tenderemos a ver todos los problemas como un
clavo.

Abram Maslow (1966)

Hay quien señala que Freud fue el menos ortodoxo de los freudianos. No obstante, la tradición institucional cristalizó sus reglas técnicas al convertirlas en pilares para asegurar la pertenencia a la comunidad psicoanalítica; el apartamiento de ellas era una transgresión expresada con

un «Eso no es psicoanálisis». ¿Puede un encuadre ser uniforme, preestablecido para todos los pacientes independientemente de su patología? Si cambian las teorías sobre el enfermar, ¿no deberíamos revisar también las teorías sobre el sanar?

Los pacientes que vienen a la consulta no vienen para *conocerse*: lo hacen para cambiar y sentirse mejor, para aliviar sus pesares, su sensación de vacío y desmotivación, para solucionar conflictos, superar miedos, mejorar su autoestima o sus vínculos. Estas problemáticas son más afines al Edipo-bebé abandonado y sus secuelas, que planteara Ronald Fairbairn, que al Edipo-adulto incestuoso, que inspiró a Freud. Estas dos miradas distintas sobre un mismo personaje dan origen a teorías diferentes y nos hablan de la inevitable subjetividad con que cada uno percibe y encara la realidad. Las nuevas corrientes de pensamiento psicoanalítico han desplazado su interés desde los conflictos intrapsíquicos hacia la investigación y experiencia del *self*, y nos llevan a interrogantes acerca de la identidad (¿quién soy yo para mí y quién para los demás?), de la autoestima (la distancia entre lo que soy o creo que soy y lo que quiero ser o creo que debo ser), de la relación con valores (proyecto parental y expectativas socioculturales) o de la relación con los otros (diferentes modelos de apego).

Junto a las patologías por conflicto aparecen las patologías por déficit, patologías del vacío, vinculadas a la insatisfacción temprana de necesidades emocionales, a la falta de una adecuada respuesta a ellas. Estas, a su vez, están reforzadas por ciertos aspectos de esta sociedad individualista, exigente, competitiva, discriminadora, de imágenes y apariencias, de maternajes delegados rápidamente por necesidades económicas o por «realización personal», de amistades virtuales por arte de un simple *like* o de seguidores tan evanescentes como las relaciones líquidas que describe Zygmunt Bauman (2003).

Creemos que no existe una coherencia lógica entre estas patologías y las tradicionales reglas clínicas freudianas.

En las dos últimas décadas, las líneas de psicoanálisis relacional han planteado la necesidad de rever el vínculo terapeuta-paciente a la luz de los conocimientos adquiridos por la observación, la investigación y el seguimiento de la díada madre-bebé (Grupo de Boston), y lo han considerado un agente con potencial terapéutico en sí mismo. El trabajo clínico de Winnicott y su experiencia como pediatra lo convencieron de que, para recuperarse, algunos pacientes regresan a la dependencia en el análisis.

Creía que tales pacientes necesitan un analista preparado que los reciba en términos de Winnicott: “con preocupación maternal primaria”; en palabras de Ferenczi: “con amor”; y en las mías: con la hermenéutica de la compasión (Orange, 2006) y de la confianza. (Orange, 2013, p. 143)

No comprar el marco primero y luego crear algo o alguien apropiado para él.

D. Orange, G. Atwood y R. Stolorow (2012)

Las reglas clínicas impresionan, por momentos, como una forma de disciplinamiento impuesta por el psicoterapeuta a la que el paciente se tiene que adaptar; como esas prendas de talle único que nos prometen que se estiran con el uso o que encogen con el primer lavado.

El encuadre psicoanalítico o *setting* tradicional propone un marco *dentro* del cual se desarrolla el proceso analítico: reglas e indicaciones con las cuales los psicoterapeutas ingresamos al campo clínico. Nos dicen qué hacer aun antes de saber qué hacer. Mantener el anonimato, la abstinencia, la neutralidad, el uso del diván y limitar las intervenciones a interpretar la transferencia —instrumento central de la técnica analítica clásica— para así hacer consciente lo inconsciente y lograr *insight*: un *posible* pase al cambio psíquico. Todo ello está apoyado por una sistemática hermenéutica de

la sospecha: nada es lo que parece. Se deja de lado la alta frecuencia de sesiones propuesta, porque el principio de realidad ya la ha desplazado.

El carácter monológico del psicoanálisis clásico y el silencio del analista en sesión descansan en la idea, transmitida en la formación, de que minimizar sus intervenciones a momentos puntuales de interpretación de la transferencia permite el mejor despliegue del paciente de esta última sin direccionamientos ni influencias sugestivas. Esta posición es tributaria de un modelo positivista, que consideraba que el analista puede ser un observador objetivo, que la transferencia se reproduce virgen, incontaminada, indiferente al receptor, y que el silencio y la abstinencia favorecen la neutralidad. Los intersubjetivistas se encargarán de desmitificar este y otros supuestos, que consideraron ilusorios.

El primer concepto tradicional al que se oponen es el de *técnica*, que definen como la puesta en acción de reglas que se repiten de la misma manera rutinaria y poseen un carácter instrumental. Proponen sustitutivamente hablar de *práctica*, que admite un componente artesanal, creativo, permite organizarse en función de lo particular y habilita el asombro y el descubrimiento.

En las relaciones humanas no existe la neutralidad.

Joan Coderch de Sans (2010)

Un supuesto que consideran falso es el de asociar el silencio a la neutralidad. El silencio también es comunicativo. Todo lo que hacemos, tanto lo que decimos como lo que callamos, incide sobre el otro y es pasible de ser interpretado, lo que no significa que sea interpretado. Permanecer en silencio durante la sesión también es *hacer algo* e influye en el receptor. Y si ese silencio es sistemáticamente sostenido como parte de la técnica, esa falta de retroalimentación, de respuesta emocional a su relato, puede degradar la autoestima del paciente e incluso reactivar emocionalmente

antiguas situaciones traumáticas de soledad e incompreensión (memoria implícita). Más allá de la intención de neutralidad que guíe al analista, su actitud de asepsia comunicativa puede ser decodificada por el paciente como desinterés («Lo estoy aburriendo»), abandono («Estoy hablando solo»), indiferencia («No le importa lo que me pasa»), confusión («No sabe qué decirme»), frialdad («No le llega mi dolor») y generar desánimo, reacción terapéutica negativa, faltas a sesiones e incluso abandono del tratamiento. Sería muy soberbio de parte del psicoterapeuta que atribuyera estas reacciones exclusivamente a la psicopatología del paciente sin involucrarse en un autoanálisis situacional.

Algo similar sucede con otra regla cuestionada: la que postula la abstinencia. Trabajar con el paciente en abstinencia hace referencia a no proporcionarle satisfacciones o gratificaciones sustitutivas que, a la manera de placebos, puedan impedir que afloren a la consciencia los deseos reprimidos. La obediencia a esa regla ya indica una toma de posición del analista con respecto a una teoría (la del conflicto pulsional), lo que hace difícil entender la neutralidad desde esa perspectiva. Mientras, para el paciente esa frustración de sus necesidades («Haceme preguntas», «Tuteame») no puede representar neutralidad alguna, sino hostilidad del terapeuta, o bien le marca su propia inadecuación y le genera autocensura.

Otro tanto ocurre con la opacidad propuesta por Freud (1980) al analista de «no mostrar más de lo que le es mostrado a él» (p. 117). La necesidad de esta opacidad del analista conecta con otro supuesto de base cuestionado por el psicoanálisis relacional: considerar que un analista anónimo permite el despliegue de la transferencia incontaminada, en estado virgen, sin ningún tipo de alteración (Orange, 2012).

La transferencia no es solo producto de la mente del paciente, sino una creación conjunta entre paciente y analista. Otro tanto sucede con la contratransferencia. Más allá de sus intenciones, el terapeuta —como

cada uno de nosotros— siempre configura lo observado de acuerdo a su subjetividad. Se revela permanente e involuntariamente. Lo hace a través de su forma de vestir, de las características de su consultorio, así como a través de sus interpretaciones, que exponen aspectos de su forma de observación, su experiencia, sus convicciones, su lenguaje y su teoría de elección. Las interpretaciones que haga muy posiblemente no coincidirían con las que haría del mismo paciente otro terapeuta. De algún modo, al ofrecerle al paciente un contenido que «nunca había pensado», el terapeuta le está proponiendo mirar a través de su propia mirada, de su perspectiva de análisis, lo que no deja de tener un componente de sugestión, en especial por la *autoridad* que este tiene.

Ahora bien, ¿qué le asigna a la interpretación del terapeuta un carácter mesiánico? ¿Y qué sucede frente a ella con el paciente? Si la desecha o se opone, se hablará de *resistencia a la cura*, al igual que sucede frecuentemente en el *impasse* o el abandono de la terapia. Bernard Brandschaft describe estas actitudes como dispositivos autoprotectores del paciente, tendientes a preservar aspectos frágiles del *self* de una retraumatización (Orange et al., 2012). Pero también puede ser que el paciente acepte sin convicción la interpretación del terapeuta, como el precio que debe pagar para no arriesgar el vínculo. Brandschaft llama a esta última alternativa *acomodación patológica* y es la repetición de esquemas tempranos de sometimiento que se reeditan y que pasan inadvertidos para el analista (Orange et al., 2012).

Es importante que el terapeuta respete al paciente en el sentido inverso al convencional: del que tiene más poder al que tiene menos, que acepte la falibilidad y aliente el reclamo del paciente frente a lo que considere un sesgo interpretativo equivocado, sin ignorarlo ni reinterpretarlo, y que haga participar al paciente de ese proceso que los lleve a una interpretación conjunta.

Los relacionalistas plantean un encuentro dialógico, franco, espontáneo, natural, con la asimetría estructural lógica de roles diferenciados: alguien que pide ayuda psicológica a alguien que la ofrece. Pero esta asimetría no debe ser un obstáculo para que la relación en la díada sea igualitaria y para que cada uno de sus integrantes se sienta participante habilitado para una creación conjunta de significados psicoanalíticos. La posición objetiva del analista observador, *pantalla en blanco*, frente a un paciente observado (reforzado con el uso del diván) ha cedido paso a la imagen del psicoterapeuta con una dimensión real y con disponibilidad emocional hacia su paciente como coconstructor igualitario de la relación analítica. Se constituye así un campo intersubjetivo singular, una díada única que pone en interrelación dos organizaciones psíquicas diferentes.

Yo siento lo que es ser tú.

Terapeuta

Yo siento que tú sientes lo que yo siento.

Paciente

Antonio llega a la consulta por un motivo de insatisfacción laboral. Profesional de 57 años, exitoso en una empresa en la que desarrolló su carrera. Desde hace un año se ha sentido desplazado por el ingreso de gente joven con gran dominio de herramientas informáticas que él conoce «ahí nomás». Sin embargo, al poco tiempo sus sesiones comienzan a girar insistentemente en torno a su esposa, con quien lleva «una vida de casados», con dos hijos estudiando en el exterior. Se hacen reiteradas sus quejas: la vida sexual casi inexistente, los gustos diferentes (por ejemplo, los fines de semana él prefiere mirar deportes por cable; ella, salir con parejas que a Antonio no le interesan y comer afuera, porque «cada vez se ocupa menos de la casa»), situaciones todas que motivan reproches

mutuos, desencuentros... Ese día llega a la sesión y comienza a contar exaltado nuevos conflictos y una última pelea que los tiene desde hace dos días sin dirigirse la palabra. Cuando hace una pausa en su pormenorizado relato, le pregunto con tono reflexivo y voz pausada: «Antonio, ¿qué cree que sostiene su pareja?». Se queda en silencio, como sorprendido, y al cabo de una pausa inusual en él me responde, para *mi* sorpresa: «¿Sabe que tiene razón?».

«¿Razón?, ¿en qué?», pienso sobresaltada. Yo estaba en mi época psicoanalítica *tradicional*. No le había dicho ni sugerido nada, me defendí internamente: le había hecho una pregunta abierta (¿para no dejarlo solo?). ¿Qué había *escuchado* Antonio que yo no dije?

—¿Razón?, ¿a qué se refiere?

—¡A eso! A por qué no me separo, por qué sigo al lado de una mujer que no me hace feliz, que siempre está desconforme, que vive quejándose y amargándose la vida.

¡Increíble! Palabras más, palabras menos, Antonio había *leído* mis pensamientos. Ya estábamos al final de la sesión y me surgió decirle que me parecían muy importantes todas esas preguntas que se hacía y para las cuales seguramente existían respuestas que él no conocía y yo tampoco, pero que íbamos a tratar de descubrir juntos.

A partir de allí algo cambió en ambos: todas esas preguntas que Antonio había podido *adivinar* en mí a pesar de que yo no las había formulado generaron un *nosotros* que nos permitió instalarnos en un diálogo amable y productivo. Pudo hablar del desgaste en la pareja, de su propio desgaste, del paso del tiempo y lo que le producía sentir que estaba envejeciendo. Asumió el protagonismo en su dificultad «de reciclarse».

Siempre me quedó ese momento de inflexión en nuestro vínculo como un gran interrogante. Tuvieron que pasar muchos años para sentirme acompañada en mi inquietud y encontrarme con respuestas:

Nadie podía comenzar a explicar el mecanismo por el que sabemos qué hacen, piensan o sienten los demás. Las neuronas espejo constituyen los cimientos de la empatía. (Iacoboni, 2010, p. 14)

¿Se leen los contenidos mentales del otro? Dos personas ven y sienten casi el mismo paisaje mental por un momento [...]. La psicoterapia consiste principalmente en esos encuentros. (Stern, 2017, p. 63)

¿Una *conexión emocional*? (Riera, 2011), ¿una *sintonización afectiva*? (Stern, 2017), ¿el encuentro de nuestras neuronas espejo? Yo había podido *sentir* el hartazgo y la frustración de Antonio y, luego, ese alivio que surge cuando sentimos que alguien siente lo que sentimos y podemos entonces deponer la batalla por hacernos entender. Antonio me demostró el valor de la conexión emocional, que a veces no surge de manera inmediata y espontánea y que nos obliga a intentar conscientemente ubicarnos en una perspectiva empática: esa superposición homoespacial transitoria que nos permite conocer las emociones del paciente y su circunstancia desde su mente. Y me mostró también la importancia de ir compartiendo esa comprensión con él, para cerciorarnos de que estemos bien encaminados o de que sea necesario *recalcular* y no dejarlo solo con su angustia.

La comunicación tentativa de la comprensión disminuye la asimetría, tan lesiva especialmente en pacientes con un yo frágil, poco cohesivo (Ornstein y Ornstein, 1998). Hace que el paciente se sienta parte activa del proceso, lo estimula a colaborar y ayuda también a transparentar el curso del pensamiento del terapeuta, lo que le permite entender a aquel

cómo piensa este, cómo llega a sus interpretaciones, para poder ir apropiándose de a poco de la función analítica.

Paula Heimann (1978) cuestiona el análisis que se basa exclusivamente en interpretaciones, que no permite la formulación de preguntas directas que estimulen lo que ella denomina *reacciones asociativas* y que, en lugar de esto, espera de forma pasiva a que surjan espontáneamente asociaciones, que a veces no aparecen y dejan al paciente en una soledad no elaborativa, sino desamparada. Preguntar para conocer, no para sorprender o confirmar hipótesis teóricas. No son las teorías las que nos permiten comprender, sino el mantener activo un genuino espíritu de indagación (Lichtenberg, 1991).

Orange (2011) desarrolla y adhiere a la hermenéutica de la confianza propuesta por Hans Gadamer en reemplazo de la hermenéutica de la sospecha, característica de la clínica freudiana. Esto implica partir del supuesto de que ambos —terapeuta y paciente— comparten un mismo objetivo en su búsqueda y confiar en el paciente *hasta la credulidad*, respetando sus tiempos para ahondar en áreas conflictivas. Estar dispuestos a aprender del paciente, no solo sentir que debemos «iluminarlo», distiende y facilita la creación de un vínculo de confianza, de una base segura que va afirmando su autoestima y lo anima a aproximarse a investigar áreas dolorosas (inconsciente dinámico) al sentirse contenido y acompañado. Vivir una experiencia emocional diferente ayuda a disminuir el temor a repetir y aumenta la esperanza de cambiar.

El objetivo es modificar nuestro conocimiento relacional implícito, nuestra forma de estar con el otro, a través de la creación de un nuevo patrón vincular en la díada terapeuta-paciente —patrón que algunas veces es inédito para ambos— y modificar, así, esa forma automática que adquirimos en nuestra infancia de relacionarnos y de reaccionar emocionalmente. Esas respuestas pobres y desadaptativas persistirán «hasta que nuevas experiencias de relación —y no nuevos conocimientos

ofrecidos a través de interpretaciones— creen nuevos circuitos neuronales que se sobrepongan a los antiguos y los anulen, y puedan aparecer nuevas respuestas y formas de comportamiento» (Coderch de Sans, 2010, p. 122). Se trata de una clínica que jerarquiza el *cómo* y no solo el *qué* de los contenidos verbales. El *insight* surgirá como consecuencia y no como causa del cambio.

Pero no hay técnica ni práctica ni método que pueda prescindir de quién lo lleva a cabo. Es el terapeuta el responsable de crear un ambiente clínico y una matriz de acogida terapéutica para ayudar a ese paciente vulnerable que consulta. El psicoanálisis relacional —que sustituye la uniformidad de reglas clínicas a cumplir por la necesidad de una actitud, una sensibilidad, un posicionamiento empático a adoptar en la interacción con cada paciente— nos replantea más que nunca un *debe* en la formación teórico-práctica: dirigir también nuestra mirada a la persona del psicoterapeuta.

§

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLLAS, C. (1987). *La sombra del objeto: psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Amorrortu.
- BAUMAN, Z. (2003). *La modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- CODERCH DE SANS, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional*. Ágora Relacional.
- FREUD, S. (1980). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). En *Obras completas* (vol. XII, pp. 107-120). Amorrortu.

- HEIMANN, P. (1978). Sobre la necesidad de que el analista sea natural con su paciente. En J. P. Jiménez (trad.), *Provocación y tolerancia* (pp. 215-230). Suhrkamp Verlag.
- HERSKOVITS, M. (1952). *El hombre y sus obras. La ciencia de la antropología cultural*. Fondo de Cultura Económica.
- IACOBONI, M. (2010). *Las neuronas espejo*. Katz.
- LICHTENBERG, J. (1991). El modo de percepción empático y perspectivas alternativas para el trabajo psicoanalítico. *Revista de Asociación Escuela Argentina para Graduados*, 17.
- MITCHELL, S. (2015). *Influencia y autonomía en Psicoanálisis*. Ágora Relacional.
- ORANGE, D. (2013). *El desconocido que sufre*. Cuatro Vientos.
- ORANGE, D., ATWOOD, G. y STOROLOW, R. (2012). *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Ágora Relacional.
- ORNSTEIN, A. y ORNSTEIN, P. (1998). Empatía y diálogo terapéutico. En *Anuario de la Psicología del Self*, 3. Universidad Católica Argentina.
- RIERA, R. (2011). *La conexión emocional: Cómo se forma nuestra manera espontánea y no voluntaria de reaccionar emocionalmente*. Octaedro.
- STERN, D. (2017). *El momento presente*. Cuatro Vientos.
- STOLOROW, R. y ATWOOD, G. (2004). *Los contextos del ser*. Herder.

Resumen

En este trabajo se describen las principales características, aspectos positivos y dificultades del tratamiento que integran psicoterapia y psicofarmacología. Se hace referencia a la perspectiva de pacientes y técnicos. Se enfatiza en las variables comunicacionales, el par transferencia-contratransferencia y el encuadre. Finalmente, se sugieren pautas para optimizar esta forma de trabajo.

Palabras clave: psicoterapia, psicofármaco, integración.

When we are more than two

Abstract

In this paper, we describe the main characteristics, positive aspects and difficulties of the treatment that constitute psychotherapy and psychopharmacology. Reference is made to the perspective of patients and technicians. Emphasis is placed on communicational variables, the transference-countertransference pair, and the frame. Finally, we suggest guidelines to optimize this way of working.

Keywords: psychotherapy, psychotropic drug, integration.

INTRODUCCIÓN

Hay procedimientos psicoterapéuticos útiles prácticamente para toda la patología psíquica, y también recursos farmacológicos. Algunos problemas son abordables casi exclusivamente desde la psicoterapia y —en el otro extremo— determinadas patologías mejoran de modo decisivo con fármacos. Sin embargo, múltiples estudios coinciden en que la integración de psico y farmacoterapia es una estrategia de primera línea para mejorar los síntomas y la calidad de vida de los pacientes en la mayoría de los casos y que se utiliza cada vez con más frecuencia (Miklowitz et al., 2020; Lipovetzky y Agrest, 2006; Koenigsberg, 1994; De Jonghe et al., 2004; Kamenov et al., 2017; Lee y Hills, 2005; Torres-Torija, 2009; Cuijpers et al., 2009).

Ha habido cambios desde que los psiquiatras consideraban que el diálogo era solo parte del diagnóstico y no de la terapéutica y que los psicólogos creían que existía la posibilidad de algo así como un psiquismo *sine materia*. Parece claro que la psiquiatría debe ocuparse de la subjetividad y no limitarse a consejos y farmacología, y que la psicoterapia tiene que enfocar aspectos del paciente más allá de la pura subjetividad. Además, la integración de ambas perspectivas es más que un simple agregado de técnicas (Lipovetzky y Agrest, 2006). Hoy se sabe que los dos abordajes modifican la psiquis (emociones, pensamiento, acciones) y el cuerpo, particularmente el cerebro (Peedicayil, 2012; Linden, 2006; Kandel, 1998; Torres-Torija, 2009).

La literatura sobre tratamiento conjunto entre psiquiatras y terapeutas no es mucha, está fragmentada y proviene de diversos métodos de investigación. Sin embargo, Donatti et al. (2015) sostienen que

trabajos de diversa índole refuerzan la idea de que el trabajo en colaboración puede ser explotado con múltiples ventajas siempre y cuando se integre en una estrategia coherente en cuanto a sus conceptos teóricos, al diseño de las intervenciones y al ensamblado ideológico del equipo tratante. (p. 30)

Más allá de ello, hay casos en los que es preferible solo medicación y otros en los que únicamente psicoterapia (Fernández-Álvarez et al., 2000). Este enfoque todavía genera dudas, discordancias, desencuentros y complicaciones; exige investigación, profundización y más práctica.

Muchos estudios refieren a cómo combinar tratamientos en situaciones específicas: patologías, momentos de los pacientes, problemas puntuales a partir de los cuales es difícil generalizar (Miklowitz et al., 2020; Koenigsberg, 1994; De Jonghe et al., 2004; Kamenov et al., 2017; Ray et al., 2020; Marazziti et al., 2020; Jindal y Thase, 2003). Frecuentemente concluyen en que es necesario continuar investigando, pero en este tema es difícil investigar cuantitativamente y generalizar conclusiones por el gran número de variables en juego (Gabbard y Kay, 2001; Driessen et al., 2020; Leichsenring et al., 2017; Fernández-Álvarez et al., 2000). De hecho, no se trata solo de utilizar fármacos y psicoterapia, sino que implica coordinar un espacio relacional entre al menos tres actores: paciente, terapeuta y psiquiatra; dicho espacio puede aportar a la mejoría del paciente, pero también comprometerla mediante errores diversos.

Hay varios términos para el tratamiento: *combinado*, *en colaboración*, *dual*, *bifocal* o *bimodal*, a su vez ligados a conceptos como *equipo*, *multidisciplina*, *interdisciplina*, *pluridisciplina*, *transdisciplina* e *interconsulta* (Azaretto y Ros, 2015), que refieren al tema, aunque eventualmente se pierden en disquisiciones un tanto abstrusas. Utilizaré aquí la expresión *tratamiento integrado*. Me parece clara, precisa y refiere a la combinación coherente de distintas modalidades terapéuticas. Ha sido utilizada

en este tema sin mayores pretensiones conminativas o restrictivas, por lo que permite incursionar con libertad en él, tanto al redactar como al leer.

Las complejidades y los factores que atraviesan este campo van desde los más concretos, como la estructura sanitaria y las vías de comunicación entre técnicos, hasta los ideológicos, de poder, o las diferencias entre concepciones teóricas. No profundizaré en todos; mi objetivo es abordar los aspectos más habituales y prácticos que tienen lugar en tres grandes áreas, hecho determinante en esta forma de tratamiento:

- ▶ consulta privada por profesionales independientes,
- ▶ atención institucional pública,
- ▶ atención institucional privada.

Cada área incluye múltiples variables: tiempos, locaciones, frecuencia, privacidad, costo para el paciente, remuneración de los técnicos, distancia geográfica, atención telefónica, virtual o presencial, etc., que generan diferentes grados de complejidad en los abordajes y facilitan o entorpecen la relación entre los profesionales.

Un objetivo de este artículo es interesar a los colegas en esta modalidad para optimizar los resultados terapéuticos (Ellison, 2005). Dadas las múltiples investigaciones y variables en juego, a la hora de plantear algunas ideas parece necesario agregar, a los estudios científicos puros y duros y a los criterios de expertos citados en las referencias bibliográficas, la experiencia propia y la de colegas de nuestro medio, una dosis de sentido común, y dejar al lector la tarea de diseñar la mejor estrategia en cada caso.

TRATAMIENTO INTEGRADO

A veces, un único profesional realiza las dos tareas, pero en general uno lleva adelante la psicoterapia y otro prescribe los fármacos. Si bien el enfoque que haré se apoya en conceptos psicoanalíticos, la mayor parte

de la investigación no encuentra diferencias de resultado entre modelos psicoterapéuticos basados en evidencia (Torres-Torija, 2009).

La situación más frecuente y paradigmática es que un psiquiatra se encargue de la psicofarmacología y otro técnico, casi siempre un psicólogo, de la psicoterapia. Los dos son responsables, además de otros aspectos, de la atención del paciente: la relación con su familia y trabajo, las medidas médicas generales, el acompañamiento y consejo, la interacción con otros técnicos ligados a la salud mental o general, entre otros.

Ambas aproximaciones pueden estimular la adherencia al tratamiento. Los medicamentos facilitan la accesibilidad psicoterapéutica al fomentar funciones del yo valiosas para la psicoterapia y ejercen efectos positivos en expectativas y actitudes. La psicoterapia ayuda a dirimir preconceptos o problemas de los usuarios ante la psicofarmacología y a combatir el estigma que recae sobre los pacientes psiquiátricos.

También puede haber efectos negativos: la mejoría farmacológica de los síntomas podría disminuir la motivación para la psicoterapia y esta última podría ser sintomatológicamente disruptiva al remover conflictos. Estas hipotéticas situaciones y otras adyacentes tienen suficiente sustento como para considerar su posible vigencia en cada caso.

La integración fármacos-terapia parece ser importante en pacientes graves y en situaciones de riesgo, en tanto se suman abordajes, opiniones y controles. En oportunidades, surge frente a crisis; algunas implican riesgo vital (ideación o intento de suicidio, conductas autodestructivas graves, adicciones en carrera de consumo, etc.). Y, a veces, aparece frente a descompensaciones que requieren cambios en el abordaje que se está implementando.

Con frecuencia, uno de los profesionales indica el tratamiento integrado desde el inicio y deriva al paciente a un técnico de su confianza, lo que facilita la comunicación. Otras veces, el contacto se establece en el curso de la terapéutica porque el psiquiatra sugiere una psicoterapia o el psicólogo una consulta psiquiátrica.

El intercambio entre psiquiatra, psicólogo, paciente y eventualmente su entorno conduce a mejor atención y capacidad de contención para el paciente y su familia, y de tal comunicación dependen en buena medida la eficacia y eficiencia de la terapéutica. Veamos algunos aspectos de cada uno de los participantes.

El paciente

Su edad, personalidad, psicopatología, postura ideológica frente a la farmacología y la psicoterapia, capacidades, vulnerabilidades y preferencias pueden orientar hacia cuál, cómo y cuándo será la mejor forma de incluir a un tercero en el tratamiento. La desconfianza, las fantasías, la vergüenza y la hetero y autoestigmatización conscientes e inconscientes, así como ciertas ideas y preferencias, aportan datos y señales para decidir acerca de la integración.

Con frecuencia, los técnicos manejan aspectos de la interacción con los pacientes mediante la lógica de las relaciones interpersonales cotidianas, sin observar en detalle elementos no conscientes, importantes a la hora de tomar decisiones.

Veamos algunas ideas que se presentan en los pacientes, que no agotan la variedad posible:

- ▶ *Uno de los dos profesionales sabe más y conduce el tratamiento o las variantes cercanas de esta formulación.* (Por ejemplo, el psicólogo depende jerárquicamente del psiquiatra, quien determina finalmente qué es lo mejor. O bien, el psicólogo escucha y comprende más, y al psiquiatra le importa menos entender.) Es preciso que se le aclare bien la situación al paciente y, para ello, es importante que los técnicos tengan una estrategia común. Los campos de intervención de cada uno deben quedar definidos para todos y las eventuales diferencias de perspectiva

deben tramitarse entre los profesionales, con objeto de presentar a la persona en tratamiento una versión lo más consistente posible.

- ▶ *Es lo mismo la consulta psicoanalítica (o de otra teoría psicoterapéutica) que la psiquiátrica.* Es importante dejar claras las pertinencias y los objetivos de cada espacio. Hay datos que sirven para uno y son irrelevantes para el otro, y los técnicos tienen que hacérselo saber al paciente.
- ▶ *Se pierde la absoluta privacidad de una relación entre dos.* Es así y parece adecuado que el paciente, de común acuerdo con su terapeuta, pueda reservar información que el psiquiatra no tiene por qué compartir en tanto no es útil para el manejo farmacológico.
- ▶ *El uso de medicación implica mayor gravedad.* No necesariamente es así; corresponde sobre todo al psiquiatra enfocar este tema, para dejar la terapia como campo más libre para las fantasías del paciente.
- ▶ *El paciente plantea que prefiere «manejarse por sí mismo» y no utilizar recursos farmacológicos, como si por hacerlo perdiera parte de su identidad o control sobre ella.* Algunos pacientes —no tantos— señalan que no quieren terapia porque no desean depender de nadie y solicitan exclusivamente fármacos. Estos aspectos requieren acuerdo entre ambos profesionales ante el paciente, centrado en la idea de que tanto los fármacos como la terapia tienen como objetivo que él pueda ser la mejor versión de sí mismo y que tienden a su mayor libertad y capacidad de elección.
- ▶ *El paciente supone que los técnicos se comunican entre sí porque no transmite bien los datos o hay aspectos a los que él no puede o debe acceder.* Es necesario aclarar que no es así y que la comunicación se realiza para que los profesionales ajusten de la mejor manera su accionar.
- ▶ *Se desplazan de un profesional a otro ciertos aspectos o exigencias, consciente o inconscientemente.* Parece natural que así sea y se trata —nuevamente— de delimitar los campos.

- ▶ *El paciente supone que, luego del contacto entre los técnicos, toda la información fue intercambiada, ambos están al tanto en detalle de lo que está sucediendo y ya no le corresponde a él el esfuerzo y el involucramiento en la terapia.* Esto genera que tiendan a depender de los técnicos, lo cual puede favorecer la reedición de la pareja parental u otras configuraciones familiares.
- ▶ *El paciente desvaloriza o idealiza a uno de los técnicos y constituye —muchas veces con cierto acuerdo más o menos inconsciente del otro— una «alianza» inadecuada.* A veces, compara lo que los profesionales dicen y se apoya en lo que uno plantea para sostener sus posiciones frente al otro, manipular la situación, atacar a uno de ellos o como manifestación de resistencias. La dilucidación de estos puntos corresponde fundamentalmente al tratamiento psicoterapéutico, al manejo de elementos transferenciales.

El entorno del paciente

Este elemento no siempre está presente en la comunicación, pero justamente los casos que requieren tratamiento integrado suelen ser complejos, por lo que se vuelve necesario que uno o ambos técnicos tengan contacto con la familia o incluso, eventualmente, con el medio social del paciente. Es conveniente que sea un solo profesional quien lo haga para liberar al otro de responsabilidad y evitar las dificultades en la comunicación que agregar actores conlleva.

Es posible que se necesite interactuar con instancias laborales, administrativas, legales, etc., o bien comunicarse con las instituciones que brindan la cobertura. Estos parecen más roles del psiquiatra que del psicoterapeuta, aunque obviamente habrá variantes.

Psicoterapeutas y psiquiatras

Ambos profesionales seguramente tendrán diferencias en aspectos particulares (formación, concepciones personales, experiencia, orientación psicoterapéutica incluso dentro de la propia escuela) y contextuales (consulta privada o institucional, etc.). Estos puntos son relevantes a la hora de una derivación o interconsulta y es preciso tomarlos en cuenta para constituir un buen diálogo. También podrán estar atravesados por sesgos y fantasías; veamos algunos...

Los siguientes son algunos de los sesgos y las fantasías posibles en los psicoterapeutas (la mayoría psicólogos):

- ▶ Suponer que los psiquiatras ven a los pacientes en profundidad y los tienen presentes del modo que sucede en una psicoterapia. En general, las condiciones laborales obligan a los psiquiatras a ver a muchas personas en tiempos breves y es imposible que todos estén accesibles en su memoria. Muchas veces, esto es percibido como desinterés o soberbia.
- ▶ Tener la expectativa de que los psiquiatras poseen siempre la capacidad de precisar el diagnóstico o determinar con exactitud el riesgo u otros elementos, lo que puede no ser así: muchas veces son necesarias varias entrevistas para efectuar una serie diagnóstica adecuada y, para ello, los aportes del psicólogo son de gran valor, sobre todo en cuadros ambiguos en los que se requiere evaluación continua.
- ▶ Compartir en diversa medida alguna de las falsas creencias o prejuicios acerca de la psiquiatría de muchas personas: los medicamentos producen adicción, la electroconvulsoterapia destruye neuronas y debe ser evitada, la internación es negativa. No necesariamente son conscientes de hasta qué punto estos sesgos influyen y es relativamente frecuente evidenciarlos.
- ▶ Plantear que el sufrimiento sintomático debe ser parte del tratamiento y que los efectos farmacológicos afectarían la capacidad de resolver

conflictos. Se conceptualiza así la farmacología solo como tratamiento coadyuvante, cuando en realidad ambas vertientes confluyen y se potencian para mejorar la patología de base.

- ▶ Utilizar en ocasiones un lenguaje que proviene de concepciones psicoterapéuticas, no contemplado en la formación de todos los psiquiatras.
- ▶ Preocuparse por que, si disminuye la sintomatología, el paciente podría dejar la terapia y habría un paciente menos en su consulta. Es una variante de «el psiquiatra se va a quedar con el paciente».
- ▶ A veces, le «explican» al psiquiatra qué tiene el paciente y lo que debería hacer, y la frustración y la rispidez pueden emerger de tal actitud.

A continuación, se listan algunos de los sesgos y las fantasías posibles en los psiquiatras:

- ▶ Muchas veces, desvalorizan la tarea del psicoterapeuta, en particular si es psicólogo. No necesariamente son conscientes de tal extremo, pero suponen que el verdadero tratamiento es el que ellos hacen y desconocen la psicoterapia.
- ▶ Pueden tener el prejuicio de que el psicólogo no sabe de diagnóstico o no le interesa. Desacreditan su formación y enfoque desde una perspectiva médica omnipotente (Lipovetzky y Agrest, 2006).
- ▶ A veces, le «explican» al psicólogo qué tiene el paciente desde una nosografía tomada como la única posible o tienden a decirle al terapeuta lo que debería hacer; la frustración y la rispidez son el corolario.
- ▶ Eventualmente —sobre todo si tienen formación en psicoterapia— sienten que, si no aplican una escucha *profunda* y se mantienen en un nivel clínico, no demuestran conocimiento. Se puede tener una perspectiva —es imposible no hacerlo— que incluya aspectos psicodinámicos y vaya más allá de la psiquiatría clásica, pero hay que ser cuidadoso a la hora de efectuar intervenciones para no interferir en la terapia. La tentación se puede contener hasta comunicarse con el terapeuta.

Múltiples y complejas transferencias y contratransferencias

La variedad de ejes transferenciales-contratransferenciales que atraviesan el campo entre los tres actores (eventualmente más si agregamos familia y allegados del paciente) es inabarcable. Se presentan en toda comunicación humana y pueden incidir para bien o para mal en el tratamiento, lo que hace necesario prever y reconocer a tiempo los que sea posible. Lee y Hill (2005) observan que puede generarse *splitting* en el paciente, conflictos entre los técnicos y terminación prematura del tratamiento por el paciente o uno de los profesionales.

Las vivencias que los técnicos tienen cuando su trabajo es observado por un par remiten a sus historias personales, se expresan de modo consciente o no y pueden ser fuente de interferencias, desconfianza, competencia, idealizaciones y otras posibilidades que afectan el tratamiento.

En tanto los psiquiatras están habilitados para realizar fármaco y psicoterapia, los terapeutas se limitan a esta última, lo que puede ser un área de rivalidad no del todo consciente. Algunos terapeutas pueden vivenciar la interconsulta como admisión de un supuesto fracaso e importa detectar una eventual transferencia negativa hacia el psiquiatra. Este último también puede convertirse en «objeto bueno» para el paciente en la transferencia dividida, especialmente cuando se da una mejora sintomática con medicamentos. Tal idealización puede ser utilizada por el paciente para resistir la exploración de la transferencia dolorosa; también podría refugiarse en un rol pasivo mientras espera el alivio farmacológico, lo que afecta su participación en la psicoterapia.

Algunos pacientes pueden percibir la consulta psiquiátrica inconscientemente como «abandono» por el terapeuta, como encuentro de dos figuras parentales o tener falsas expectativas acerca de la omnipotencia fantaseada del par de profesionales.

El psiquiatra puede quedar en medio de una reacción transferencial negativa del paciente hacia el terapeuta, con las implicancias que esto conlleva desde el punto de vista del manejo. En tales casos, el paciente puede intentar convertir la consulta psiquiátrica en una sesión de terapia, quizás para evitar la ansiedad del enfrentamiento con el objeto del conflicto.

Los pacientes pueden imaginar a los técnicos como rivales, perseguidores en connivencia, y un amplio etcétera de posibilidades conscientes e inconscientes que habrá que investigar y tener en cuenta en cada caso. Asimismo, los efectos adversos de los medicamentos pueden convertirse en foco de la terapia para evitar otros temas, con los elementos transferenciales subsiguientes. Corresponde a ambos técnicos abordar este asunto cada uno desde su perspectiva.

En fin, las variantes son inabarcables en cuanto a posibilidades, por lo cual los técnicos tendrán que estar atentos a evidenciarlas.

Encuadre en los tratamientos combinados

En términos generales, el encuadre surge de la relación profesional e implica ciertas constantes que permiten el proceso psicoterapéutico. Su propósito es disminuir las interferencias y aportar estabilidad, privacidad y confianza, para dar lugar a lo que Winnicott (1971) denominó *ambiente facilitador* (en la crianza; en la terapia agrego yo), que permite contención, sostén y regulación.

El encuadre se funda en los conceptos de cada teoría, las características y la personalidad del terapeuta (disposición, actitud, experiencia, ética) y el compromiso del paciente. Bleger (1967) refiere que Winnicott define el *setting* como «la suma de todos los detalles de la técnica» (p. 103) y plantea que el encuadre es un *no-proceso* que enmarca el proceso terapéutico. Bleger (1967) considera el rol del analista, el conjunto de factores espaciotemporales y parte de la técnica (horarios, honorarios, interrupciones

regladas, etc.), y propone el psicoanálisis del encuadre psicoanalítico como eje relevante.

En los tratamientos integrados todas estas alternativas se multiplican dadas la complejidad y la cantidad de relaciones reales y fantaseadas. Por tanto, asirse a reglas fijas y estrictas no parece operativo ni posible; la mejor opción parece ser un encuadre abierto y flexible, que a la vez exige responsabilidad para mantener una estructura que habilite el tratamiento. Esto recae en gran medida sobre el terapeuta, quien debe considerar las pautas de comunicación con el psiquiatra antes planteadas y acordar con él los términos de relación. Es un encuadre que multiplica y abre en gran medida las variables, y que está conformado sobre todo por la actitud, profesionalidad y receptividad de los técnicos; no tanto por los aspectos formales de la relación, aunque estos también tendrán cierta importancia.

ALGUNAS PAUTAS

Tomar en cuenta los ya mencionados sesgos de pacientes, psiquiatras y terapeutas, los aspectos transferenciales-contratransferenciales y el encuadre facilitará el tratamiento integrado. Además, entiendo posible señalar ciertas orientaciones, así como advertir acerca de determinadas dificultades —más allá de la complejidad y lo variado de los contextos—, para que tal tratamiento resulte más eficaz y eficiente.

En términos generales, el intercambio psiquiatra-psicólogo es acerca de aspectos diagnósticos y terapéuticos, y disponer de una pauta sencilla y flexible facilita la comunicación. Esta pauta podría acercarse a la siguiente:

- ▶ Motivo de consulta.
- ▶ Diagnóstico clínico (nosográfico, positivo, psiquiátrico).
- ▶ Rasgos de personalidad.

- ▶ Diagnóstico psicopatológico, centrado en los mecanismos más significativos.
- ▶ Enfermedades físicas relevantes.
- ▶ Antecedentes personales y familiares.
- ▶ Entorno familiar y psicosocial, de más o menos importancia en cada caso.
- ▶ Posibles riesgos y *actings*.
- ▶ Evaluación de la actividad global del paciente.
- ▶ Manipulaciones que el paciente pueda intentar.
- ▶ Elaboración o perspectiva conjunta de un proyecto terapéutico que incluya psicoterapia y farmacología (eventualmente paraclínica, farmacología general, electroconvulsoterapia, dieta, ejercicio, organización de las actividades, interconsulta con otros técnicos) y también instancias de apoyo familiar, social, institucional, grupal, de ONG, laboral, etcétera.
- ▶ Esbozo de un pronóstico.
- ▶ Pautas para continuar el tratamiento integrado (formas de comunicación, selección de qué aspectos tratará cada uno con el paciente, entre otras).

Frecuentemente, son relevantes la intensidad y la urgencia del problema, el motivo de consulta, las capacidades psicológicas del paciente, su modalidad pasiva o activa, su ideología respecto a los recursos terapéuticos y la relación costo-beneficio (Fernández-Álvarez et al., 2000).

Si los técnicos se conocen o tienen referencias sobre el otro, se facilita la situación desde el inicio, mas no siempre es así y hay que ir estructurando las formas y la comunicación sobre la marcha. Si es la primera vez que trabajan en conjunto, les sería útil informarse acerca de la experiencia, orientación terapéutica, técnicas y especialización de cada uno y tomar en cuenta la estructura asistencial en la que se realizará el tratamiento. Es posible acordar —explícitamente o no— un lenguaje común

que evite conflictos entre aspectos teóricos y referencias de las distintas disciplinas.

El uso de la psicoterapia se ha extendido en nuestro país desde la implantación del plan de prestaciones asistenciales en 2011, lo que facilita el acceso a los registros si ambos profesionales brindan atención en la misma institución, a la que podrán solicitar condiciones que mejoren la comunicación. El uso de una única historia clínica es una posibilidad cada vez más accesible, que permite ver lo que el otro técnico está privilegiando en la evolución del caso.

Ambos técnicos deberán reflexionar e intercambiar sobre las fantasías, manejos y aspectos transferenciales-contratransferenciales que surjan desde el paciente, pero también acerca de los que se dan entre ellos mismos. En la comunicación directa, el mail parece una buena elección en tanto da más tiempo a pensar, consultar registros y expresar ideas con claridad. Es positivo manifestar concordancias y discrepancias, aunque no involucrarse en discusiones acerca del marco teórico referencial de cada profesional. Naturalmente, no hay que evidenciar desacuerdos o críticas frente al paciente o familiares antes de dirimir las con el otro técnico, en tanto esa actitud puede comprometer las bases del tratamiento.

Un problema puede ser que uno de los técnicos tenga información acerca de determinado punto y el otro no; habrá que decidir qué información se comparte y cuál debe reservarse (especialmente por el terapeuta). Asimismo, importa aclararle al paciente que, si está en terapia, lo relevante en la consulta psiquiátrica es la sintomatología.

Las anteriores propuestas y reflexiones exigen flexibilidad y creatividad, y creo que aportan para que los profesionales tratantes puedan referirse a la persona en tratamiento como *nuestro paciente*.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZARETTO, C. y ROS, C. B. (2015). *Las relaciones del psicoanálisis y otros campos de saber en términos de multidisciplina-interdisciplina-transdisciplina*. Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXII Jornadas de Investigación, XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- BLEGER, J. (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis*, 24(2), 241-258.
- CUJPEERS, P., VAN STRATEN, A., WARMERDAM, L. y ANDERSSON, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta analysis. *Depression and anxiety*, 26(3), 279-288. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.20519>
- DE JONGHE, F., HENDRICKSEN, M., VAN AALST, G., KOOL, S., PEEN, V., VAN, R., VAN DEN EIJNDEN, E. y DEKKER, J. (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), 37-45.
- DONATTI, S., GARAY, C. J. y ETCHEVERS, M. J. (2015). La comunicación entre psicólogos clínicos y psiquiatras en el tratamiento combinado (psicoterapia y farmacoterapia) en salud mental. *Anuario de investigaciones*, 22, 29-38.
- DRIESSEN, E., DEKKER, J. J., PEEN, J., VAN, H. L., MAINA, G., ROSSO, G., RIGARDETTO, S., CUNIBERTI, F., VITRIOL, V. G., FLORENZANO, R. U., ANDREOLI, A., BURNAND, Y., LÓPEZ-RODRÍGUEZ, J., VILLAMIL-SALCEDO, V., TWISK, J. W. R. y CUJPEERS, P. (2020). The efficacy of adding short-term psychodynamic psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis of individual

- participant data. *Clinical Psychology Review*, 80(101886). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101886>
- ELLISON, J. M. (2005). Teaching collaboration between pharmacotherapist and psychotherapist. *Academic Psychiatry*, 29(2), 195-202.
- FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H., HIRSCH, H., LAGOMARSINO, A. y PAGÉS, S. (2000). Psicoterapia y psicofármacos ¿Cómo y cuándo combinarlos? *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 11(39), 5-12.
- GABBARD, G. O. y KAY, J. (2001). The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1956-1963.
- JINDAL, R. D., y THASE, M. E. (2003). Integration of care: integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve outcomes among patients with mood disorders. *Psychiatric Services*, 54(11), 1484-1490.
- KAMENOV, K., TWOMEY, C., CABELLO, M., PRINA, A. M. y AYUSO-MATEOS, J. L. (2017). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(3), 414-425.
- KANDEL, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 457-469.
- KOENIGSBERG, H. W. (1994). The combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of borderline patients. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3(2), 93-107.
- LEE, T. S. W. y HILLS, O. F. (2005). Psychodynamic perspectives of collaborative treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 97-101.
- LEICHSENRING, F., ABBASS, A., HILSENROTH, M. J., Leweke, F., LUYTEN, P., KEEFE, J. R., MIDGLEY, N., RABUNG, S., SALZER, S. y STEINERT, C. (2017). Biases in research: risk factors for non-replicability in psychotherapy and pharmacotherapy research. *Psychological Medicine*, 47(6), 1000-1011.

- LINDEN, D. E. J. (2006). How psychotherapy changes the brain—the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry*, 11(6), 528-538.
- LIPOVETZKY, G. y AGREST, M. (2006). Aspectos clínicos de los tratamientos en colaboración entre psiquiatras y psicoterapeutas. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 17(68), 263-269.
- MARAZZITI, D., POZZA, A., AVELLA, M. T. y MUCCI, F. (2020). What is the impact of pharmacotherapy on psychotherapy for obsessive-compulsive disorder? *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 21(14), 1651-1654. www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/14656566.2020.1775814?needAccess=true
- MIKLOWITZ, D. J., EFTHIMIOU, O., FURUKAWA, T. A., SCOTT, J., MCLAREN, R., GEDDES, J. R. y CIPRIANI, A. (2020). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 141-150. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2993
- PEEDICAYIL, J. (2012). Role of epigenetics in pharmacotherapy, psychotherapy and nutritional management of mental disorders. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37(5), 499-501.
- RAY, L. A., MEREDITH, L. R., KILUK, B. D., WALTHERS, J., CARROLL, K. M. y MAGILL, M. (2020). Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(6). <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2767358>
- TORRES-TORIJA, J. (2009). Psicoterapia y psiquiatría: una relación paradójica. *Salud mental*, 32(3), 185-187. www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n3/v32n3a1.pdf
- WINNICOTT, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.

RELECTURAS

2

Sobre el texto y su autor

El texto de la presente entrega de *Relecturas* fue escrito para una actividad preparatoria del 4.º Congreso de AUDEPP, *Desafíos a la psicoterapia* (mayo de 2001) y publicado en la *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, tomo VI, número 2 (junio de 2002). En ese entonces, cuando la palabra *globalización* todavía parecía novedosa, AUDEPP se interrogaba sobre una clínica psicoanalítica interpelada por el desarrollo científico y tecnológico y su repercusión en la conformación de la subjetividad. También se interesaba por indagar sobre los nuevos campos de trabajo e investigación que se abrían y demandaban un diálogo con otras disciplinas. Asimismo, reclamaba la necesidad de incorporar la atención en salud mental a las coberturas asistenciales. En ese contexto de cambios, el Dr. Bernardi asumía, tal vez sin proponérselo, una suerte de liderazgo intelectual en el ámbito psicoanalítico local al insistir sobre la necesidad de dar cabida a la investigación sistemática dentro de la disciplina y de revalorizar la importancia del diagnóstico psicodinámico. En la adenda que el autor ha tenido la gentileza de redactar para enmarcar esta reedición del artículo original, el lector podrá seguir algunos frutos concretos de aquel empeño.

Ricardo Bernardi es médico psiquiatra, magíster en Psicoanálisis y doctor en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Es profesor emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, miembro de la Academia Nacional de Medicina y miembro de honor de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay y de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Es integrante del Grupo Asesor Científico Honorario de la Presidencia de la República, investigador grado 2 de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación, así como vicepresidente del Comité de Investigación y consultor del Comité de Observación Clínica de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Entre sus muchas publicaciones cabe destacar, por su vinculación con este artículo, *La formulación psicodinámica de caso: su valor para la práctica clínica* (2016), libro cuya edición coordinó y del cual es coautor, junto a B. Varela, D. Miller, R. Zytner, L. de Souza y R. Oyenard.

Las exposiciones que acabamos de oír nos ofrecieron una perspectiva sobre dos aspectos complementarios útiles para pensar el papel de las psicoterapias hoy en nuestro medio. Hemos visto cómo se construyó en la clínica psiquiátrica un espacio de intercambio entre distintas corrientes de psicoterapia, espacio que a su vez facilita la investigación en este campo. También escuchamos un panorama muy claro de lo que, para utilizar una expresión gráfica, constituye el «estado del arte» en cuanto a la integración de la psicoterapia y de la psicofarmacología, remarcando puntos de gran interés clínico.

Me gustaría centrarme, en el tiempo que dispongo, en algunos puntos problemáticos en torno a la psicoterapia en general y al psicoanálisis en particular, y a la forma en que la investigación sistemática puede ayudar a responder problemas de la práctica clínica. Me parece que esta es una forma de contribuir a la invitación que se me ha hecho para preparar el congreso de AUDEPP, invitación que mucho agradezco.

Para ir directamente al centro de la cuestión: ¿cuál recurso terapéutico usar para qué paciente? La respuesta parece obvia: el tratamiento que resulte más adecuado en cada caso. Sin embargo, las preguntas que surgen a continuación ya no son tan obvias. ¿En qué nos basamos para decir que es el mejor tratamiento? ¿Dónde encontrar la mejor evidencia disponible sobre la eficacia de los distintos tratamientos? Estas cuestiones nos llevan a preguntarnos en base a qué criterios organizamos la atención a las personas que solicitan nuestra ayuda, cómo tomamos en cuenta los distintos recursos existentes y, en forma más específica, qué es lo que los pacientes pueden esperar de la psicoterapia.

Si tomamos en cuenta el título de esta jornada, que es «Los problemas de hoy día», vemos que existen problemas abiertos a discusión tanto con relación a lo que las personas esperan de la psicoterapia como con relación a sus resultados. La psicoterapia se enfrenta a cambios en la concepción misma de la subjetividad. El mundo llamado *posmoderno* no es el mundo de la modernidad en cuanto a la manera como el hombre siente y maneja su propia interioridad. La noción misma de lo interno o privado ha cambiado y el hombre o la mujer no siempre sienten que su propio mundo interior es un lugar que invita a ser explorado. La distinción interno-externo y privado-público es manejada con criterios culturales muy distintos a los que existían en el momento en que nació el psicoanálisis. Las personas son invitadas a verse más a través de la acción y del reflejo en los demás, que a través de la búsqueda interior. Esto puede desembocar tanto en una preocupación auténtica y positiva por las relaciones sociales, como en el intento de guiarse por la imagen pública más que por los aspectos verdaderos del *self*. El primer problema, por tanto, es el de la relación con la propia interioridad. En consecuencia, es necesario preguntarse por la demanda del paciente y poder trabajar con él en qué medida esa demanda resulta terapéutica o antiterapéutica, si apunta al crecimiento personal o no.

A su vez, el campo del psicoanálisis y la psicoterapia han cambiado. Tenemos diferentes teorías psicoanalíticas, diferentes técnicas psicoterapéuticas y múltiples recursos disponibles: farmacológicos, sociales, etcétera. Entonces inevitablemente se plantea la pregunta: ¿cómo podemos saber y demostrar cuál tratamiento es el mejor para cada quien?

Otra cosa que cambió es que ahora está claro que los colegas —y también los pacientes— tienen derecho a preguntarnos en qué nos basamos para aconsejar un tratamiento en vez de otro. Antes bastaba que uno practicara determinada técnica psicoterapéutica para que la recomendará prácticamente a todo el mundo. Ahora nadie puede cuestionar que

un paciente o un colega nos pueda preguntar: ¿y de dónde saca que para tal trastorno lo mejor es este tratamiento? O sea, ¿de dónde proviene su evidencia?

Este tema es más general. Existe un movimiento dentro de la medicina actual, llamado Medicina Basada en Pruebas o en la Evidencia, según cómo se traduzca (*Evidence-based Medicine*), que busca responder a este tipo de preguntas, o sea, el de cuál es la mejor evidencia disponible para recomendar un tratamiento frente a otros posibles. Este movimiento surge de distintas fuentes. Por un lado, está la preocupación por respetar los derechos de los usuarios. También la intención de racionalizar los costos de la salud. Por otro lado, el avance de la epidemiología clínica permitió comparar diferentes tratamientos estudiados en múltiples investigaciones y, a través de técnicas estadísticas, combinar los datos de esas distintas investigaciones para saber cada vez con mayor precisión qué efecto tiene cada tratamiento. Notemos que esto se une a la idea de una enseñanza basada en problemas y no en temas, lo cual lleva a jerarquizar los conocimientos que son necesarios para la toma de decisiones en situaciones relacionadas con la práctica diaria.

La pregunta siguiente es: ¿en base a qué tipo de evidencia o pruebas estamos intentando resolver los problemas y tomar las decisiones? El movimiento hacia una práctica basada en pruebas incluye las psicoterapias y se expresa en la pregunta acerca de cuáles son los tratamientos psicoterapéuticos sustentados empíricamente.

Primero se habló de tratamientos validados empíricamente, pero el término *validados* es demasiado exigente, por lo cual se habló en forma menos exigente de tratamientos *sustentados empíricamente* (*empirically supported*), es decir, con base empírica y apoyados por estudios científicos. Esto no quiere decir que se deba partir de conclusiones inmodificables, sino todo lo contrario: de resultados continuamente revisados en base a los nuevos estudios que se van realizando.

La pregunta relevante la resumen muy bien Roth y Fonagy (1996) en un libro titulado precisamente *¿Qué funciona para quién? (What works for whom?)*, en el cual hacen una revisión crítica de las investigaciones disponibles sobre los distintos tratamientos psicoterapéuticos. Este es uno de los trabajos más claros que intenta responder esta pregunta.

¿Dónde colocar en todo esto a la evidencia que se va generando en la práctica clínica, esto es, la opinión que se forman los clínicos sobre los resultados de los tratamientos que realizan? Sin duda, este tipo de opiniones debe ser tenido en cuenta, pero con clara conciencia de sus limitaciones. Los juicios clínicos individuales son insuficientes: los clínicos por lo general no podemos investigar sistemáticamente los efectos de los tratamientos que realizamos, no hacemos estudios de seguimiento y no tenemos forma de decidir cuando hay dos opiniones distintas, salvo que recurramos a criterios de autoridad. Necesitamos, por tanto, complementar la investigación científica sistemática, que compara los distintos tratamientos en forma rigurosa, buscando controlar los factores que pueden introducir sesgos y llevar a falsas conclusiones. Idealmente, ambos criterios deberían coincidir, pero no siempre ocurre así ni en el campo de la psicoterapia ni en los otros campos de la salud.

El problema es, entonces, el de cómo articular la experiencia clínica individual con los estudios sistemáticos para lograr la mayor seguridad de que estamos haciendo lo mejor para el paciente.

Hay algo que debe destacarse: no siempre la formación habitual en psicoterapia brinda los criterios necesarios para esta evaluación. Es frecuente que, en psicoterapia analítica o de otro tipo, el criterio de validez de las intervenciones del terapeuta lo constituya un determinado modelo ideal de cómo debería ser el proceso terapéutico. Un analista lacaniano se sentirá muy inclinado a tomar las obras de Lacan como guía para sus intervenciones, uno winnicottiano las de Winnicott, uno cognitivo-conductual las de Beck, y así sucesivamente. Puede haber mezclas más o menos

coherentes entre estos distintos modelos, pero todos ellos inducen al terapeuta a pensar que lo mejor que puede hacer por el paciente es seguir el modelo correctamente. Sin duda, es importante que un psicoterapeuta tenga un buen conocimiento de estos modelos teóricos y técnicos —y si puede conocer no solo los de su técnica, sino también los de otras técnicas, mejor—, pero este conocimiento de los modelos ideales no alcanza para estar seguro de los resultados. La pregunta entonces es: ¿cómo podemos comprobar que lo que hacemos le sirve al paciente?

El punto de partida, como dije, surge de la experiencia clínica individual o de aquellos a quienes reconocemos como nuestros supervisores o colegas. La frase tan común «Mira, a mí un caso similar me marchó muy bien encarándolo de tal o cual manera...» sigue siendo el punto de partida. Este es el nivel básico. Pero a veces la evidencia científica nos hace poner señales de advertencia o luces amarillas o incluso rojas en prácticas en las que tendemos a confiar en base al conocimiento clínico.

En realidad, hay muchas razones para limitar la validez de los juicios clínicos individuales. La casuística individual, o sea, el decir «En mi experiencia las cosas son así, de acuerdo a los pacientes que yo vi», no toma en cuenta que esos casos que uno vio pueden no ser en absoluto representativos del conjunto de los pacientes. La *ilusión de los clínicos* de la que habla a menudo el analista chileno Juan Pablo Jiménez tiene que ver con esta convicción de que lo que vimos en un caso vale para todos. O que nuestros criterios son los únicos que valen para encarar un problema. Déjenme poner un ejemplo, relacionado con el transexualismo.

Hace algunos años, comenzaron a llegar al Departamento de Psicología Médica pedidos de estudio para cirugía de reasignación de sexo en casos de transexualismo. O sea, pacientes con esta patología específica (que no debe ser confundida con la perversión o el delirio) que solicitaban un cambio de los caracteres sexuales por medio de la cirugía. Me sorprendió que mientras los estudios estadísticos realizados en otros medios mostraban

resultados favorables a estos tratamientos quirúrgicos, en nuestro medio existían muchas opiniones contrarias. En estos casos corresponde preguntarse de dónde proviene la evidencia a favor o en contra. Encontré que los estudios publicados en otros medios estaban, por lo general, bien diseñados y controlados (a veces no), y el análisis del conjunto de ellos permitía sacar una conclusión favorable a la cirugía cuando se cumplían determinados requisitos diagnósticos y de psicoterapia previa. ¿De dónde provenían las opiniones contrarias? No encontré ninguna que estuviera sostenida por estudios similares; en realidad, se basaban en suposiciones derivadas de conocimientos psiquiátricos o psicoanalíticos o en observaciones parciales y no sistemáticas.

Analizando más a fondo el problema, era evidente que de las mismas teorías psicopatológicas podían derivarse distintas hipótesis alternativas, que implicaban conductas terapéuticas muy distintas. Quiero decir que muchas veces no prestamos atención al hecho de que de una misma teoría psicopatológica pueden derivarse distintas conclusiones, y que la única forma de saber cuál es la verdadera es la observación. En este caso, estudiamos a varios transexuales durante tratamientos psicoterapéuticos antes y después de la cirugía de reasignación de sexo y, aunque se trataba de casos con configuraciones psicológicas muy diferentes, en todos ellos pudo apreciarse una notoria mejoría de la calidad de vida. ¿Podemos decir que estas pocas observaciones permiten sacar conclusiones? Sí, dentro de los límites del inductivismo enumerativo. ¿Cómo podemos mejorar esta evidencia?

Tuve ocasión de comentar estos resultados con un psicoanalista de Hamburgo, Pfäfflin, autor de trabajos y libros sobre el tema. Cuando le pregunté cuántos casos tenía estudiados me comentó que más de quinientos, con resultados similares a los nuestros, que en aquel momento eran cuatro (ahora tenemos alguno más). ¿Valen quinientos más que cuatro? No, en cuanto a lo que podemos decir de esos cuatro, pero sí en cuanto

al valor de la generalización. Si quisiéramos fortalecer aún más nuestras conclusiones, deberíamos pasar a un estudio clínico controlado y configurar un grupo sin tratamiento para compararlo con el tratado. Pero allí nos encontraríamos con problemas éticos y metodológicos similares a los que encuentran los estudios de resultados en psicoanálisis, porque no es posible dejar a personas sin tratamiento por años si no hay tratamiento alternativo comparable. Es posible, sin duda, ensayar nuevos diseños, pero lo que me interesa aquí es destacar la importancia de basarnos en datos controlados y comparables con los de otros medios.

Otro problema que presentan las observaciones clínicas es que los métodos de registro del material clínico son demasiado influenciados por variables que dependen del terapeuta y que escapan a la detección. Todos sabemos que el observador y el acto mismo de la observación influyen en lo observado. Por esa razón, si bien no podemos hacer desaparecer esta influencia, podemos diseñar metodologías que nos permiten conocerla y controlarla lo más posible. Hace más de treinta años, autores rioplatenses como Bleger o Liberman nos prevenían sobre estos problemas. David Liberman, en Buenos Aires, comenzó a apoyarse en el registro en audio de las sesiones para realizar el microanálisis del proceso analítico. Tanto él como José Bleger propusieron indicadores psicoanalíticos del avance del proceso analítico. Liberman buscaba el cambio a través de indicadores lingüísticos o semióticos, Bleger estudiaba los cambios en los grados de libertad del paciente en las conductas transferenciales. Estos son estudios pioneros desarrollados en el Río de la Plata en las décadas del sesenta y del setenta que, lamentablemente, fueron discontinuados porque nuestros países están muchas veces más inclinados a buscar lo novedoso que viene de afuera que a desarrollar sus propias ideas. Pero estaban indicando un camino que fue el que siguió la investigación en psicoterapia en otros medios.

Sin duda, hoy en día tenemos otros medios técnicos que pueden ser utilizados. En nuestro país, Silvia Gril, con el apoyo de la Universidad de

Ulm y del Departamento de Psicología Médica, ha estudiado los cambios en los procesos de abstracción y emoción en el lenguaje del paciente, usando a esos efectos programas computacionales. Junto con Marina Altmann ha investigado las intervenciones breves madre-bebe, comparando el lenguaje de la madre, analizado con el método que recién mencioné, con los cambios en las conductas de apego con el bebe, estudiadas por medio de una escala aplicada a las videograbaciones de las entrevistas. Han cambiado sin duda los medios técnicos, pero el espíritu es el mismo que guiaba a Bleger o a Liberman.

Hasta aquí me referí a estudios del proceso terapéutico o de la relación proceso-resultados. Pero en el estudio de los resultados de la psicoterapia o del psicoanálisis ha ocurrido también una revolución en la última década. Por un lado, se dispone de numerosos instrumentos para evaluar el cambio de los pacientes, no solo en sus aspectos sintomáticos o globales (como el SCL-90 o las escalas de funcionamiento en diferentes áreas), sino también en aspectos más específicos, como, por ejemplo, las escalas de narcisismo, de coherencia del *self*, de mecanismos de defensa, etcétera. Los resultados de estos instrumentos se han cotejado con las evaluaciones que el paciente mismo, el terapeuta y las terceras partes hacen de los cambios ocurridos. En una palabra, se sabe más de cómo evaluar los cambios. Pero a su vez se dispone de instrumentos estadísticos, como el metaanálisis, que permiten combinar estudios procedentes de distintas fuentes y obtener medidas de resumen que hacen posible llegar a conclusiones que toman en cuenta el conjunto de la información disponible en un momento dado. Como dije antes, estos son procedimientos que están en la base de la corriente actual de Medicina Basada en la Evidencia y que abarcan también el campo de la psicoterapia.

¿Adónde hemos llegado por este camino? Por un lado, tenemos los estudios de eficacia, que nos permiten comparar dos tratamientos realizados en forma ideal. Para decirlo gráficamente, el tribunal supremo en la

comparación de tratamientos médicos está constituido por el metaanálisis de los ensayos clínicos controlados o *randomizados*, en los cuales dos tratamientos son comparados a ciegas en pacientes con idénticos trastornos. La suma de distintas investigaciones de este tipo permite evaluar la eficacia de estos tratamientos. Pero hay un problema: se ha comprobado que en la realidad de todos los días los tratamientos no se aplican en las condiciones ideales que rigen en los ensayos clínicos controlados (pacientes con los mismos trastornos, que cumplen el tratamiento fielmente, que son atendidos de igual manera, terapeutas con igual competencia y técnicas, etcétera). En la realidad los pacientes tienen alto grado de comorbilidad, no adhieren al tratamiento, el nivel y la calificación técnica de la asistencia varía, etcétera. Entonces, se hacen necesarios estudios de efectividad que investiguen los tratamientos en las condiciones reales o *ecológicas* en las que tienen lugar. Y esto se completa con los estudios de eficiencia, que examinan los resultados de los tratamientos en función del beneficio que brindan en proporción al esfuerzo que requieren (estudios de costo-beneficio, costo-utilidad, etcétera).

Todo esto va configurando un campo con cuyos procedimientos tanto la psicoterapia como los tratamientos farmacológicos deben aprender a moverse si quieren correr en esta carrera. Esto no es simplemente una conspiración de algunos administradores de salud que quieren bajar los costos complicando a los que honestamente nos ganamos la vida haciendo tratamientos psicoterapéuticos o farmacológicos. Por supuesto, como todo conocimiento, puede prestarse para manipulación y sin duda existen intereses de todo tipo en juego: económicos, corporativos, luchas de prestigio y poder, etcétera. Pero, primeramente, estos recursos científicos deben estar, antes que nada, a beneficio de los usuarios, porque la población necesita una garantía de que está recibiendo el mejor tratamiento disponible. Por eso, el núcleo al que hay que apuntar es que esta metodología sirva para orientar a técnicos y a la población sobre

cuáles son los mejores tratamientos para sus problemas. Y debe servir para alertarnos de que a veces nuestras decisiones terapéuticas no están suficientemente fundamentadas.

Pongamos algún ejemplo sobre el problema de la mejor evidencia disponible. Si yo les digo: «Piensen en el mejor tratamiento para un paciente deprimido», es muy probable que muchos de ustedes piensen en psicoterapia asociada con farmacoterapia. Si yo les digo: «Se comprobó que con uno solo de los dos tratamientos alcanza», es muy probable, si la depresión es severa, que ustedes piensen en la farmacoterapia. Esa sería también mi reacción espontánea. Pero no debemos confiar en que lo que parece de sentido común siempre coincida con la mejor evidencia científica de la que disponemos. Más aun, es posible que muchos de nosotros pensemos que los estudios más rigurosos van siempre a favorecer a los psicofármacos y no a la psicoterapia. Hay algunas razones para que esto sea así: la metodología que requieren los estudios sobre resultados de la psicoterapia es más compleja y el financiamiento es más difícil de lograr que para hacer estudios sobre psicofármacos. Digamos al pasar que, como hay más estudios sobre psicofármacos que sobre psicoterapia, esto llevó a que se confundiera la ausencia de evidencia con la evidencia de la ausencia (de efectos terapéuticos de la psicoterapia).

En el caso que les dije es seguro que todos pensaríamos que no hay evidencia disponible a favor de utilizar la psicoterapia como único tratamiento en el caso de la depresión severa. Y nos equivocaríamos.

Es cierto que los estudios clásicos, tomados generalmente como referencia en los protocolos o guías para los tratamientos, como el realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), a cargo de Elkin et al. (1989), sostienen que los psicofármacos superan en eficacia y rapidez a la psicoterapia en las depresiones agudas y severas. No así en las depresiones leves, donde los resultados se equiparan

o donde son superiores los de ciertas formas de psicoterapia, y mucho menos en los duelos donde los psicofármacos no están indicados.

Pero, si uno empieza a revisar la bibliografía reciente, encuentra que incluso estas verdades que parecían incontrovertibles están cuestionadas. Por ejemplo, DeRubeis et al. (1999) sometieron los estudios manejados por Elkin et al. (1989) a estudios de metaanálisis y megaanálisis, y de estos surgió que los resultados de la psicoterapia eran comparables a la farmacoterapia en los casos de depresión aguda severa ambulatoria. Sin duda, este estudio aislado no alcanza para zanjar la cuestión y, de hecho, surgieron nuevos trabajos que replantearon el tema en función de los nuevos antidepresivos, etcétera. También desde el lado de las psicoterapias existen estudios que sugieren que las conclusiones del trabajo anterior, realizado para la psicoterapia cognitivo-conductual, debería replantearse para otras psicoterapias, como la dinámica o la interpersonal (Roth y Fonagy, 1996). Pero lo que quiero decir es que tenemos que cuidar de tomar nuestro buen sentido clínico como dogma.

Tampoco la receta ecléctica, o sea, la de salir de la duda recomendando sumar psicoterapia y farmacoterapia es del todo satisfactoria, porque se ha cuestionado que los dos tratamientos juntos sean siempre mejores que uno solo (Howard, comunicación personal). Entonces, no solo los administradores de salud van a poner el grito en el cielo porque duplicamos costos, sino que el paciente puede tener que someterse a tratamientos que no precisa y que pueden tener efectos secundarios indeseables (pensemos, por ejemplo, en las dificultades sexuales que pueden provocar los ISRS).

¿Adónde quiero llegar? Primero, a que tenemos que distinguir la práctica que realizamos porque es la más aceptada en determinado medio, de lo que es la mejor evidencia disponible. No estoy proponiendo que de buenas a primeras modifiquemos nuestro enfoque terapéutico de la depresión cada vez que se publique un nuevo trabajo, pero sí que pongamos allí una luz amarilla para indicar que hace falta estar más atentos a nuevos resultados.

Volvamos ahora a la pregunta de Roth y Fonagy (1996), formulada en realidad por un investigador en psicoterapia, Paul, unos cuantos años antes: ¿cuál tratamiento, realizado por quién, es más efectivo para esta persona, que tiene cuáles problemas específicos y que se encuentra en qué circunstancias? Estas son las variables relevantes cuando uno tiene que decir qué tratamiento para quién.

¿Tenemos conocimientos firmes para responder a estas preguntas en el caso de la psicoterapia? Nuestra impresión clínica es que nadie puede dudar del efecto beneficioso de la psicoterapia. Sin embargo, en 1952, Eysenck, revisando los datos de diversos estudios, sostuvo que las psicoterapias mejoraban a los pacientes en la misma proporción que la remisión espontánea. O sea que los pacientes, cuando mejoraban, lo hacían en función del tiempo que pasaba y no por el tratamiento, porque muchos trastornos mentales eran fluctuantes y mejoraban solos. Hoy en día, estos resultados de Eysenck no son más sostenibles. Los mismos datos fueron reestudiados por Sperry et al. (1996) y por muchos otros, y se mostró que en un análisis más fino las psicoterapias realmente mejoraban a un mayor porcentaje de personas en menor tiempo que la remisión espontánea.

Aquí también fue necesario poner una luz amarilla para luego pasar a la verde cuando llegaron nuevos estudios: la efectividad de la psicoterapia está hoy fuera de duda. Pero la siguiente pregunta fue: ¿son igualmente eficaces todas las psicoterapias? Frente a esta pregunta hubo una serie de estudios que compararon los resultados de diferentes investigaciones. Resumiendo: no hay aún posibilidad contundente —con los instrumentos disponibles— de discriminar adecuadamente dentro del grupo de las principales psicoterapias.

Luborsky, para transmitir esta conclusión, usó una frase de *Alicia en el país de las maravillas* que se hizo famosa. En el libro de L. Carroll, el pájaro Dodo tiene que dar el veredicto en una carrera y dice: «Todos ganaron,

todos merecen el premio» y este veredicto quedó como el mejor resumen del estado actual de la cuestión. Pero esta conclusión es insatisfactoria y no responde muchas preguntas: ¿son iguales en qué? y ¿de cuales psicoterapias estamos hablando? Fíjense que por lo menos los manuales registran 400, y algunos el doble, de técnicas psicoterapéuticas, de las cuales se estudiaron seriamente solo unas pocas. Y ahí empieza una serie de problemas a los que me gustaría referirme más en detalle. Hubo un informe realizado en Alemania por Meyer, que plantea que hay grandes familias de psicoterapia, lo que llama *orientaciones básicas*. Cree que, para incluir una psicoterapia como categoría, esta debe ofrecer una teoría general del campo de la salud y la enfermedad, tener suficiente amplitud para abarcar el conjunto de los fenómenos psicopatológicos y a la vez suficiente especificidad para señalar planteos diferenciales para diferentes situaciones clínicas, y quienes la practican deben tener una formación suficientemente acreditada y que sea específica para esa técnica. Con esos requisitos el número se reduce drásticamente, y quedan unas pocas familias u orientaciones básicas.

Los estadounidenses tomaron un camino distinto. Lo que piden son tratamientos manualizados, o sea, tratamientos estandarizados, guiados por pautas que figuran en manuales y que, por lo tanto, pueden reproducirse en forma igual, porque de este modo se puede saber que dos pacientes realmente están recibiendo el mismo tratamiento. Pero vamos a ver los problemas que trae esta última solución. ¿Es posible definir las psicoterapias de acuerdo a procedimientos estandarizados?

Vamos por partes. Sin duda hace falta algún tipo de *manual interno* propio de cada psicoterapeuta. Todos lo tenemos de alguna manera. Por otra parte, no se puede seriamente defender que no hace falta formación específica para realizar una técnica psicoterapéutica o que alcanza con la formación de grado en medicina, psiquiatría o psicología. Este es un punto en el que en nuestro medio nos debemos un debate franco.

Pero, aunque admitamos que hace falta una formación básica, el tipo de manual interno al que se apunta es muy distinto según la psicoterapia de que se trate. Algunas técnicas, por ejemplo, la tradición más psicoanalítica y la psicoterapia centrada en el cliente o rogeriana, ponen el énfasis en la creatividad y en las cualidades personales del terapeuta. Otras ponen el acento más en la adherencia a una técnica determinada, como la cognitivo-conductual. Pero, ¡atención!, desde un extremo al otro, nadie dice que se puede practicar psicoterapia sin conocer a fondo los fundamentos teóricos y prácticos de la técnica que se practica.

Volvamos al problema de fondo. ¿Cuál psicoterapia para quién? ¿Estamos en condiciones de responder a esta pregunta con evidencia científica? En Estados Unidos, la división 12 de Psicología Clínica de la poderosa Asociación Psicológica Americana (APA) elaboró una lista de psicoterapias *validadas empíricamente*, esto es, psicoterapias cuyos procedimientos estaban bien definidos técnicamente y que disponían de estudios que demostraban su eficacia en trastornos también claramente especificados. Después tuvieron que dar un poco de marcha atrás y pasaron a hablar de psicoterapias *sustentadas empíricamente* (*empirically supported*), que indica un grado menor en las exigencias de validación. Los argumentos de la APA para llevar adelante este proyecto fueron: es de justicia difundir los resultados de las investigaciones, es lógico que la gente sepa qué tratamiento da qué resultado y es oportuno hacerlo ahora, porque existen los conocimientos necesarios. Agregan que esto va a beneficiar la atención de los pacientes y la planificación en salud, a mejorar la formación y a orientar la investigación.

Pero no hubo unanimidad, y ustedes pueden encontrar esta polémica en varios números de la *Journal of the Society for Psychotherapy Research*. En contra de esta lista se alzaron voces muy claras del lado de los terapeutas rogerianos y también de grupos psicoanalíticos, que sostenían que era prematura, inadecuada, que los estudios de eficacia basados en

ensayos clínicos *randomizados* no podían aplicarse a terapias de larga duración en las que la motivación del paciente era fundamental. Proponían, en cambio, jerarquizar los estudios de efectividad, o sea, de la forma en la que los tratamientos funcionan en la práctica, en un contexto naturalista, ecológico. Sostenían que la cancha estaba flechada, muy sesgada y políticamente no era imparcial. Los criterios eran, por un lado, restrictivos, pero, a la vez, demasiado laxos. La polémica se centró en algunos puntos relacionados con las características de los ensayos clínicos controlados. Si bien las ventajas de este tipo de estudios para comparar distintos tratamientos no se discuten y están en la base de la medicina basada en pruebas, tampoco puede forzarse la realidad para que entre en los esquemas. Por ejemplo, en los ensayos controlados se busca tomar pacientes con el mismo trastorno. Pero los pacientes que buscan terapia dinámica o no directiva (rogeriana) muchas veces vienen más con un problema que con un trastorno diagnosticable; o existe un grado de comorbilidad importante, etcétera. Por otra parte, esas terapias jerarquizan la peculiaridad de cada caso, lo que hace difícil la sistematización diagnóstica. Volviendo al ejemplo de la depresión, ¿debe ser igual el tratamiento de una depresión caracterológica, ligada a conflictos intra e interpersonales crónicos, que una depresión mayor aguda en la que la asociación libre del paciente está seriamente inhibida? Es claro que en el primer caso parece más adecuado un tratamiento de orientación psicoanalítica, mientras que en el segundo se requiere una intervención más activa del terapeuta que la que se da en los análisis clásicos.

Otro punto álgido tiene que ver con la estandarización o manualización de los procedimientos. Mientras terapias como la cognitivo-conductual se prestan con más facilidad a la manualización, otras como la rogeriana o la psicoanalítica dejan más lugar a la creatividad del terapeuta. Entonces, lo que para unos es una virtud para otros es una limitación. Notemos que no se discute que haya que establecer cuáles

son las psicoterapias efectivas y cuál es la evidencia que las sostiene. Lo que se discute es cómo hacerlo. Leyendo las distintas posiciones, uno tiene la impresión de que, si bien hay discrepancias esenciales, también hay ciertos acuerdos fuertes en el punto medio, que pueden servir para seguir adelante. Por ejemplo, si bien hay que tomar en cuenta la variabilidad individual, también es cierto que existen categorías diagnósticas que agrupan a los individuos. Si bien existe la creatividad del terapeuta con cada paciente concreto, también es cierto que hay ciertos criterios generales y cada técnica recomienda cierta forma de intervenir y desaconseja otras, etcétera.

¿Adónde conducen estos consensos? El acuerdo más general es que hace falta más investigación, con nuevas y más potentes metodologías y con diseños más amplios que permitan tomar más en cuenta las características reales de los tratamientos. Por el momento, existen ciertos protocolos o guías para la práctica que reúnen en forma de recomendaciones los criterios más firmes en este campo. Ellos toman muy en cuenta la motivación del paciente. Establecen, por ejemplo, que si la persona busca resolver puntualmente los síntomas que lo limitan (ataques de pánico, fobias, depresión, etcétera) sin entrar a revisar su historia y sus conflictos, lo más adecuado es una terapia cognitivo-conductual. Si, en cambio, la persona desea comprender mejor su historia y sus dificultades intra o interpersonales y sus conflictos, entonces es recomendable que se derive hacia las terapias de orientación psicoanalítica. Y, por último, es necesario decir que existen formas de complementación entre estos distintos procedimientos e incluso la búsqueda de formas de integración, como la terapia cognitivo-analítica de Ryle.

En definitiva, creo que para el psicoanálisis se plantea un doble desafío. Por un lado, está el desafío de sustentar y decir con más precisión los resultados terapéuticos a corto y largo plazo. Afortunadamente, están en marcha proyectos de investigación sistemática que permitirán disponer

de evidencia más segura que la sola impresión clínica de los analistas individuales (Fonagy, 1998; Galatzer-Levy et al., 2000).

El segundo desafío es el de admitir que existen otros recursos terapéuticos que son eficaces en ciertos casos y que, en consecuencia, es necesario elaborar una teoría general del cambio psíquico. Y que esta, tomando en cuenta lo que el psicoanálisis permitió descubrir sobre los procesos que conducen al enfermar y al curar, y tomando en cuenta el dolor psíquico, la sexualidad, la agresividad y los procesos del desarrollo, lleve a construir una teoría más general del cambio psíquico que permita dar cuenta no solo de lo que hace el psicoanálisis, sino también de lo que se puede lograr con otros recursos del campo de la salud mental, y lo que aportan la vida y los procesos espontáneos relacionados con la resiliencia y la capacidad de recuperación y de avance.

¿Cómo se vincula todo esto a nuestro medio? Creo que los desarrollos que hemos visto nos obligan a varias cosas. En primer lugar, a establecer con más claridad cuáles son las técnicas psicoterapéuticas que existen en nuestro medio, qué tipo de evidencia las avala y cuáles son los requisitos de formación necesarios para practicarlas. Esto no solo nos lo debemos entre nosotros: se lo debemos principalmente a los pacientes. Es por esa razón que esta discusión no debe ser solo una discusión interna o quedar limitada a grupos con intereses corporativos en el tema. Debe incluir a las autoridades sanitarias y educativas y garantizar la defensa de los usuarios.

En segundo lugar, creo que nos debemos estudios sistemáticos de los resultados de las distintas psicoterapias en nuestro medio. No alcanza con la evidencia que proviene de otros estudios. Debemos estudiar cómo funcionan en nuestro medio. Por último, hace falta que estudiemos a nivel clínico el mecanismo del cambio psíquico en las distintas psicoterapias. En realidad, muchos de los puntos que habría que discutir en cuanto al cómo del cambio entre las distintas psicoterapias los encontramos

también como interrogantes dentro del psicoanálisis. Por ejemplo, acostumbramos decir que el psicoanálisis actúa *per via di levare*, esto es, levantando represiones, y no *per via di porre*, esto es, agregando la influencia del terapeuta. Pero es bueno preguntarnos cuánto de esto es realmente así y cómo se combina la acción de la interpretación con las distintas formas del apoyo (sugestión, educación, ejemplo, etcétera) y con lo que aporta la relación terapéutica misma. ¿Cuándo estos distintos factores de cambio contribuyen a que el paciente desarrolle su *self* verdadero? ¿De qué manera? Creo que, aun en forma hipotética, es apasionante comparar distintas psicoterapias desde este punto de vista, como lo hace Fonagy (1998), y tomar en cuenta la experiencia en nuestro medio.

A lo largo de esta charla he dejado tal vez demasiadas cosas en el tintero, pero no es posible hacer otra cosa en una exposición oral.

ADENDA (FEBRERO DE 2021)

Al releer esta exposición, realizada hace veinte años, me sorprendió comprobar la vigencia de las preguntas planteadas. Tal vez hoy habría incluido nuevos problemas u otros autores de referencia. Por ejemplo, hubiese mencionado investigaciones como las de Shedler y las de Leichsenring, que confirman el valor de las psicoterapias dinámicas. Abordaría la cuestión de los *factores comunes* entre distintos enfoques terapéuticos. A la vez destacaría la necesidad de guías para la práctica clínica en psicoterapia (Bernardi et al., 2004), que destaquen aquellas psicoterapias que Lambert y otros llamaron de *bona fide*, o sea, que poseen base teórica, formación acreditada y estudios de resultados, y que señalan la necesidad de distinguirlas de las que no ofrecen esas garantías. Pero estos y otros posibles agregados no alteran lo esencial del planteo ni la vigencia de las preguntas formuladas. De hecho, durante el tiempo transcurrido,

he continuado reflexionando en torno a estas preguntas. No puedo, por cierto, decir que haya logrado resolverlas, pero sí debo afirmar que ellas me han llevado a explorar nuevos caminos durante este tiempo. De estos caminos quisiera hablar en esta adenda.

La exposición de 2002 parte de la pregunta de qué es lo que nos permite afirmar que nuestro trabajo sirve al paciente y para qué tipo de paciente es útil determinado tratamiento. Esto trae a su vez la pregunta de cómo describir lo que le pasa al paciente.

Junto con Berta Varela, Delfina Miller, Rosa Zytner, Laura de Souza y Rosario Oyenard hemos desarrollado el concepto de *Formulación Psicodinámica del Caso* (Bernardi et al., 2016). Esta noción es necesaria pues los diagnósticos tradicionales tipo DSM o CIE no logran transmitir los aspectos personales del paciente. De hecho, el DSM-5 advierte explícitamente que sus diagnósticos deben ser colocados en el marco de una formulación clínica del caso. Sin embargo, esta noción no es, o no era, frecuentemente utilizada en nuestro medio, lo que nos llevó a desarrollarla. La Formulación Psicodinámica del Caso intenta, desde una perspectiva psicoanalítica, dar en forma breve y conceptual una respuesta a las preguntas que plantea el tratamiento de todo paciente: qué le pasa al paciente, a qué se debe (en el sentido de cuáles son los factores predisponentes, precipitantes, perpetuantes o de protección), cómo pensamos tratarlo y qué resultados es posible comprobar.

Cada una de estas preguntas encierra asimismo numerosas cuestiones tanto a nivel teórico como práctico. Por ejemplo, exige analizar los conceptos utilizados, comparando las categorías usadas por los principales sistemas diagnósticos psicoanalíticos actuales (OPD-2 y PDM-2) y la versión alternativa (parte III) del DSM-5 y el nuevo modelo de los trastornos de la personalidad que aporta el CIE-11 (Bernardi et al., 2016). Esto, a su vez, abre nuevas cuestiones tanto teóricas como prácticas, lo que ha llevado a algunos de los autores a explorar la posibilidad de publicar un nuevo volumen,

en el que se examinen nuevos aspectos conceptuales, así como los resultados prácticos que ha tenido en nuestro país el uso de la formulación del caso en la práctica privada e institucional.

La pregunta acerca de cómo evaluar el progreso de un tratamiento analítico se volvió central en mi trabajo en el Comité de Observación Clínica y en el Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). A propósito, planteé una guía para la discusión grupal de los efectos de un análisis tomando en cuenta material de distintos períodos. La he denominado *Modelo de los Tres Niveles para la observación de las transformaciones del paciente*, abreviado 3-LM (Bernardi, 2015). Este modelo fue adoptado por el Comité de la IPA y está siendo aplicado en diversos países, lo que ha dado lugar a nuevos desarrollos y publicaciones (Fitzpatrick Hanly et al., en prensa). Los tres niveles de la discusión grupal parten de la experiencia clínica y continuamente vuelven a ella para comprobar las hipótesis manejadas.

En el primer nivel, fenomenológico, importa la escucha analítica tal como se da en el analista y en el grupo de discusión. En el segundo nivel se busca una conceptualización de las dimensiones en las que ocurre el cambio del paciente (o su no cambio o empeoramiento). Las categorías diagnósticas psicoanalíticas que utiliza el 3-LM en este segundo nivel son muy similares a las que propone la Formulación Psicodinámica del Caso y están tomadas de las mismas fuentes. En el tercer paso o nivel la discusión grupal busca clarificar los focos del tratamiento y los posibles mecanismos de cambio, cotejando hipótesis teóricas sugeridas por diferentes enfoques teóricos y por las teorías implícitas y los modelos de trabajo personales del terapeuta. En diferentes países, al igual que lo que ocurrió en experiencias realizadas en AUDEPP y APU, es usual que las preguntas que propone el 3-LM lleven a que los grupos discutan durante varias horas el material clínico, con una actitud de investigación que busca descubrir nuevas perspectivas y comprobar hasta dónde encuentran apoyo en el material clínico.

Esta actitud de indagación hace que tanto la Formulación Clínica del Caso como el Modelo de los Tres Niveles ayuden a construir puentes entre la investigación clínica y la investigación empírica sistemática (Bernardi, 2018). Este camino conduce a que la investigación clínica se vuelva más rigurosa y sistemática. El razonamiento clínico está orientado por hipótesis teóricas, pero resulta irremisiblemente sesgado si estas hipótesis se toman como verdades incuestionables y se busca que siempre queden confirmadas por el material clínico. El movimiento deductivo, *de arriba hacia abajo*, desde la teoría a la clínica, debe complementarse con una búsqueda inductiva que parta de la experiencia misma tal como ella se presenta en la práctica clínica. Este movimiento *de abajo hacia arriba* es el que tiene la última palabra y debe poner a prueba las hipótesis de las que se partió. Tienen especial importancia los procesos abductivos, que nos permiten encontrar la mejor explicación para determinado problema clínico singular. Cuando la investigación clínica se realiza en forma rigurosa y sistemática, resulta más fácil establecer puentes con otras formas de investigación. Andrea Rodríguez Quiroga y otros autores han utilizado el 3-LM para la Investigación de Caso Único, en la cual el tratamiento de un determinado paciente es investigado a través de la triangulación de distintas metodologías, tanto cuantitativas como cualitativas; de esta forma, aumenta el nivel de la evidencia de las hipótesis en juego.

Evaluar el grado de evidencia de las hipótesis teóricas y clínicas es fundamental en investigación clínica. Para ello es necesario no solo examinar las características del material clínico, sino también sus posibles sesgos, omisiones y limitaciones (Bernardi y Pérez Suquilde, en prensa). El grado o nivel de la evidencia es el que sustenta la fuerza de las recomendaciones que es posible realizar en base a la experiencia clínica. Estos problemas poseen una dimensión ética, porque para poder recomendar un tratamiento es necesario disponer de razones o comprobaciones que justifiquen que es el más adecuado. Volviendo a la pregunta

«¿Qué psicoterapia?, ¿para quién?», debemos reconocer que nuestros conocimientos son aún muy limitados, pero a la vez tomar esto como un motivo para continuar en la búsqueda de nuevos caminos de avance.

§

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¿Qué psicoterapia?, ¿para quién?

Algunos avances en un largo camino

DERUBEIS, R. J., GELFAND, L. A., TANG, T. Z. y SIMONS, A. D. (1999). Medications Versus Cognitive Behaviour Therapy for Severely Depressed Outpatients: Mega-Analysis of Four Randomized Comparisons. *The American Journal of Psychiatry* 156(7), 1007-1013. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.156.7.1007>

ELKIN, I., SHEA, M. T., WATKINS, J. T., IMBER, S. D., SOTSKY, S. M., COLLINS, J. F., GLASS, D. R., PILKONIS, P. A., LEBER, W. R., DOCHERTY, J. P., FIESTER, S. J. y PARLOFF, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression. Collaborative Research Program. General Effectiveness of Treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/494730>

FONAGY, P. (ed.) (1998). *An open door review on psychoanalytic outcome studies. Report prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the President.* IPA. www.researchgate.net/publication/51999000_An_open_door_review_of_outcome_studies_in_psychoanalysis

GALATZER-LEVY, R., BACHRACH, H., SKOLNIKOFF, A. y WALDRON, S. (2000). *Does Psychoanalysis Work?* Yale University Press.

ROTH, A. y FONAGY, P. (1996). *What works for whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. The Guilford Press.

SPERRY, L., BRICE, P. L., HOWARD, K. I. y GRISSON, G. R. (1996). *Treatment Outcomes in Psychotherapy and Psychiatric Interventions (Mental Health Practice Under Managed Care, volume 6)*. Brunner/Mazel.

Adenda (febrero de 2021)

BERNARDI, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(2), 179-205. www.spu.org.uy/revista/dic2010/10_bernardi.pdf

BERNARDI, R. (2015). El Modelo de los Tres Niveles (3-LM) para observar y describir las transformaciones del paciente. En *Tiempo de cambio. Indagando las transformaciones en psicoanálisis: el modelo de los tres niveles*. Karnak.

BERNARDI, R. (2018). ¿Qué es la investigación clínica? En *Psicoanálisis latinoamericano contemporáneo*. APA.

BERNARDI, R., DEFEY, D., GARBARINO, A., TUTTÉ, J. y VILLALBA, L. (2004). Guía Clínica para la Psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68(2), 99-146. www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf

BERNARDI, R., VARELA, B., MILLER, D., ZYTNER, R., DE SOUZA, L. y OYENARD, R. (2016). *La formulación psicodinámica de caso: su valor para la práctica clínica*. Grupo Magro.

BERNARDI, R. y PÉREZ SUQUILVIDE, L. (en prensa). Assessing Strengths and Limitations of Clinical Evidence in a Psychoanalytic Clinical Material. En M. A. Fitzpatrick Hanly, M. Altmann y R. Bernardi (eds.), *Change over time and how change can be observed in psychoanalysis*. Karnak.

FITZPATRICK HANLY, M. A., ALTMANN DE LITVAN, M. y BERNARDI, R. (eds.) (en prensa). *Change through time in Psychoanalysis*. Karnak.

AVANCES
DE INVESTIGACIÓN

3

Resumen

Este artículo surge de la tesis de maestría en Psicoterapia Psicoanalítica: *Prácticas discursivas acerca de la neutralidad en la clínica actual. Estudio realizado en una asociación uruguaya de psicoterapia psicoanalítica* (Benítez, 2019). A su vez, desarrolla el tema del encuadre, que formó parte de los núcleos conceptuales del marco teórico de la tesis y también del análisis. Dicha noción aparece en las respuestas de algunos participantes de la investigación cuando mencionan a qué asocian la neutralidad o en qué se expresa.

Este trabajo hace referencia a distintos aportes de autores con relación a la temática (Etchegoyen, 1986b; De Urtubey, 1999; Paciuk, 2002; Schkolnik, 2008; Alizade, 2002, etc.). Finalmente, cita algunos discursos de los psicoterapeutas consultados, quienes expresan que la neutralidad se vincula al encuadre; esos discursos se enlazan con el marco teórico a modo de análisis. Los entrevistados concuerdan con varios de los autores reseñados al referirse a los requisitos formales que regulan la sesión en la práctica psicoanalítica. Además, se destaca la importancia del establecimiento del encuadre y de su cumplimiento como valor protector para ambos protagonistas del proceso psicoterapéutico.

Palabras clave: neutralidad, discurso, encuadre, ética, técnica psicoanalítica.

Discourses about neutrality in relation to the frame

Abstract

This article arises from a Master's thesis in psychoanalytic psychotherapy: *Discursive practices about neutrality in the current clinic. Study carried out in an Uruguayan association of psychoanalytic psychotherapy* (Benítez, 2019). Also, the framing theme is developed, as it was part the conceptual nucleus of the thesis' theoretical framework. This notion appears in the responses of some research participants when they mention what they associate neutrality with or how it is expressed.

This work refers to different contributions from authors in relation to the topic (Etchegoyen, 1986b; De Urtubey, 1999; Paciuk, 2002; Schkolnik, 2008; Alizade, 2002, etc.). Finally, it cites discourses by the psychotherapists consulted, who express that neutrality is linked to the frame; these discourses are linked to the theoretical framework by way of analysis. The interviewees agree with several of the authors reviewed, referring to the formal requirements that regulate the session in psychoanalytic practice. In addition, the importance of establishing the frame and its compliance is highlighted, as a protective value for both protagonists of the psychotherapeutic process.

Keywords: neutrality, discours, frame, ethics, psychoanalytic technique.

El psicoanálisis no es un sistema como los filosóficos, que parten de algunos conceptos básicos definidos con precisión y procuran apresar con ellos el universo todo, tras lo cual no resta espacio para nuevos descubrimientos y mejores intelecciones. Más bien adhiere a los hechos de su campo de trabajo, procura resolver los problemas inmediatos de observación, sigue tanteando y siempre dispuesto a corregir o variar sus doctrinas. Lo mismo que la química o la física, soporta que sus conceptos máximos no sean claros, que sus premisas sean provisionales, y espera del trabajo futuro su mejor precisión.

Sigmund Freud (1986a, p. 249)

Leí ese pasaje del maestro pocos días después de la entrega de mi tesis de maestría. Sentí que validaba la idea de visitar uno de los principios de la técnica psicoanalítica y que, a su vez, era una invitación a continuar trabajando-investigando...

Pues bien, se comenzará por hacer referencia a la tesis de maestría en Psicoterapia Psicoanalítica, que se denomina *Prácticas discursivas acerca de la neutralidad en la clínica actual. Estudio realizado en una asociación uruguaya de psicoterapia psicoanalítica* (Benítez, 2019). Luego se abordará el tema del encuadre, que formó parte de los núcleos conceptuales del marco teórico y también del análisis, debido a que dicha noción surge en las respuestas de algunos participantes de la investigación al referirse a sus asociaciones con la neutralidad o bien a las expresiones de esta.

La tesis mencionada es una investigación cualitativa de carácter exploratorio y descriptivo. El marco teórico que se utilizó es el psicoanálisis

freudiano en enlace con el psicoanálisis contemporáneo y la perspectiva constructivista de Charmaz (2006). En el capítulo que corresponde al marco teórico se presentan desarrollos teóricos sobre la neutralidad y otros conceptos vinculados a esta: la ética, el encuadre, la escucha-atención flotante, la abstinencia y la contratransferencia, entre otros.

En la literatura consultada no se encontró una posición única respecto a la neutralidad. Esta aparece como un tema complejo y controvertido entre las distintas corrientes psicoanalíticas. La neutralidad analítica se presenta discutida por varios autores (Greiben y Lesser, 1976; Rosa, 1989; Renik, 1999; Schkolnik, 1999; etc.). Algunos expresan que fue superada por otros conceptos (Corbella y Botella, 2003; Ormart y Brunetti, 2006; etc.). Otros sugieren que puede ser utilizada más como guía que como regla y, aún así, la consideran útil (Eizirik, 2002; Shapiro, 2005). También están quienes entienden sus bondades y sus fallas (Bleichmar, 2013; García, 2002; Rappoport de Aisemberg, 2004; Thomä y Kächele, 1990). Finalmente, hallamos a los que la vinculan al encuadre (De Urtubey, 1999; Ormart, 2005; Muñiz, 2016).

Para el mencionado estudio se hicieron 18 entrevistas semiestructuradas a psicoterapeutas entre junio y noviembre de 2018. El número de participantes no se eligió, sino que se obtuvo al alcanzar el punto de saturación; en ese momento, el trabajo de campo se detuvo. La muestra estuvo representada por dos grupos: uno incluía psicoterapeutas con más de quince años en la asociación de psicoterapia psicoanalítica; el otro, psicoterapeutas con menos de cinco años.¹ Ambos grupos estaban integrados por licenciados en Psicología, psicólogos, médicos y psiquiatras, de Montevideo y otros departamentos del país,² que ejercían en forma

1 El criterio elegido acerca de los años de pertenencia a la asociación se fundamenta en el interés por explorar, en un espectro amplio, cómo inciden la formación y la experiencia en el discurso de los psicoterapeutas.

2 Dicha pauta muestral se debe a que se entiende que el ejercicio de la psicoterapia puede estar atravesado por diferencias en contextos de proximidad, ya que es posible la cercanía y el conocimiento entre el psicoterapeuta y el paciente.

privada, para el Sistema Nacional Integrado de Salud o en instituciones. Además, se entrevistó a dos informantes calificados: la Dra. Fanny Schkolnik y el Mag. Abel Fernández.

Se realizó un análisis temático del contenido de las narrativas de los participantes enfocado en los sentidos que le concedían a la neutralidad, a su utilización en la práctica y a su incidencia en la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica. La producción de información y el análisis se abordaron desde la perspectiva de los psicoterapeutas e informantes calificados consultados, pero se incluyó a su vez la voz de la investigadora, ya que el estudio se planteó como un encuentro dialógico en el que los tres participaron con su conocimiento y experiencia. De esa forma, se llegó a resultados que trascienden las propias palabras de los consultados.

Finalmente, se señala que la regla se asocia a una neutralidad caricaturizada como ortodoxa, ligada a la distancia, a lo utópico. Se distingue que se cuenta con ideologías que atraviesan la posición neutral. Sin embargo, al proponer la conceptualización de *neutralidad* del *Diccionario de psicoanálisis*, de Laplanche y Pontalis (1996), esta adquirió otros sentidos: se la vinculó al encuadre, a la ética, a la escucha y a la abstinencia del analista, lo que permite el ejercicio bien comprendido de la función analítica. A su vez, se considera que el término *neutralidad* no parece el más apropiado para tal noción. Entre los psicoterapeutas que ejercen en contextos de mayor proximidad no hubo acuerdo sobre si la cercanía con el paciente altera la neutralidad. Entre las consideraciones de los psicoterapeutas de más de quince años y las de aquellos de menos de cinco no se observaron diferencias sustanciales en relación a los tópicos planteados para comprender qué piensan del principio de neutralidad y de su aplicación en la clínica actual. Se confirmó la vigencia de la neutralidad y que su utilización colabora en la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica (Benítez, 2019).

Como ya se indicó, el marco teórico al que se recurrió es el psicoanálisis freudiano en enlace con el psicoanálisis contemporáneo. El encuadre psicoanalítico formó parte de uno de los núcleos conceptuales de dicho apartado.

En relación a ese término, Schroeder (2010) plantea que la palabra *encuadre* no aparece en los textos de Freud, así como tampoco está presente en el *Diccionario de psicoanálisis*, de Laplanche y Pontalis (1996). Schroeder expone que Freud se refiere en forma implícita en sus escritos técnicos a ciertas reglas generales que nos acercan a la noción de *encuadre*, lo cual se aprecia con claridad en su texto *Sobre la iniciación del tratamiento* (Freud, 1986c).

Vale señalar que el significado del verbo *encuadrar* tiene distintas acepciones: ‘encerrar en un marco o cuadro’, ‘encajar, ajustar dentro de otra cosa’, ‘determinar los límites de algo, incluyéndolo en un esquema u organización’ (Real Academia Española, 2021) y también es el acto de establecer los límites dentro de los cuales un acontecimiento tiene lugar o cobra sentido.

Ahora bien, en relación al proceso psicoterapéutico, la noción de *encuadre* ocupa un lugar destacado en el seno del método psicoanalítico. Según Paciuk (2002), al parecer fue Winnicott (s. f.) quien hizo las primeras alusiones a este concepto al hablar del *setting*, al que definió como «la suma de todos los detalles de la técnica» (s. p.). Luego, Bleger (1967) se refirió al encuadre al escribir *Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico*, texto que se volvió un clásico de la temática. Según este autor, un proceso solo puede ser investigado cuando se mantienen las mismas constantes, es decir que el encuadre son las constantes en que se da el proceso.

Al igual que Bleger, Braun de Bagnulo et al. (1991) exponen que el encuadre abarca el rol del analista, el conjunto de factores espaciotemporales y parte de la técnica, que comprende el establecimiento de horarios, honorarios, vacaciones, etcétera.

Paciuk (2002) puntualiza que entre los analistas generalmente se usa el nombre *encuadre* para lo que regula la conducta en la sesión y agrega que es un concepto que difiere del significado de *setting* que define Winnicott. Para el autor, en la práctica psicoanalítica se denomina *encuadre* al «conjunto relativamente reglado y estable de procedimientos y conceptos» (Paciuk, 2002, p. 38). Las normas del encuadre son propuestas por el psicoterapeuta al paciente y de esa manera se establece un contrato de trabajo. Sin dudas, las alteraciones al encuadre hechas por el paciente serán motivo de análisis; es lo invariante de este lo que permite se puedan analizar esas rupturas o los cambios que en él se introducen. En ese sentido, muestra su valor como norma que se acepta o se desconoce. Según Bleger (1967), en la situación analítica, cuando se dan las rupturas al encuadre, se lo tiende a mantener o restablecer al utilizar la interpretación.³

Paciuk (2002) distingue el encuadre *ideal*, que es el que exponen los textos, del encuadre *real*, que es el que aplica cada analista en cada situación. Este autor, al igual que Etchegoyen (1986a), va más allá del contenido del encuadre y su valor como norma, y hace referencia a la actitud mental del analista, la cual debe de estar atravesada por principios éticos que permiten el adecuado trabajo terapéutico. Sin embargo, De Urtubey (1999) plantea que los elementos del encuadre son varios y que debe ser invariable, lo cual hace referencia a los aspectos formales.

Para Schkolnik (2008), «El encuadre cumple una función de liberar y a la vez poner límites al funcionamiento en la sesión del paciente y el analista», y agrega más tarde «por eso, importa establecer un contrato en el que se expliciten: el número y duración de las sesiones, la frecuencia, la modalidad de pago, las fechas de vacaciones, etc., para la contención

3 ¿Qué sucede cuando el psicoterapeuta realiza alteraciones al encuadre? Para Bleger (1967), las rupturas al encuadre producen *grietas* por las que se introduce la realidad, el *mundo fantasma* del paciente queda sin depositario. Por otra parte, ¿no será imprescindible analizar nuestra contratransferencia antes de instaurar un cambio técnico?

de lo que circula libremente» (p. 35). Pero la autora sostiene que las características de los elementos del encuadre pueden variar dadas las diversas situaciones en que se da la tarea analítica (por ejemplo, puede ser necesario hacer cambios en la frecuencia o en los honorarios acordados). Sin embargo, enfatiza que los límites siempre están, ya que establecen un continente y a la vez crean una necesaria tercerización.

A su vez, De Urtubey (1999) señala que otras condiciones son necesarias para que se mantenga el encuadre: formulación de la regla fundamental, neutralidad *benevolente* para el terapeuta, frustración, contención y solicitud hacia el paciente. Esta autora hace referencia explícitamente a la neutralidad, que considera parte del encuadre, y señala que «La neutralidad es un proceso de control del yo, sin el cual la distancia requerida para la toma de conciencia quedaría eliminada» (De Urtubey, 1999, p. 54). Se puede pensar que, con su planteo sobre la frustración como condición esencial para que se conserve el encuadre, hace referencia de forma implícita a Freud (1986c), quien proponía que hay que rehusar las satisfacciones a las cuales el paciente más aspira.

De Urtubey (1999) entiende por *contención*:

la instalación y luego el desarrollo de una confianza recíproca, cada uno en su rol, en un ambiente de trabajo, más bien agradable, donde la lucha contra la destructividad y la desobjetivación [...] son llevadas por los mejores medios y en tiempo útil. (p. 60)

Más tarde, la autora explica:

La solicitud es una fuerza importante y activa, capaz de neutralizar y dominar el afecto, en la transferencia y en la contratransferencia, de la agresión y de la autoagresión. Implica la consciencia de la importancia de las pulsiones destructoras y autodestructoras del paciente, del

desarrollo posible de estas pulsiones en el analista, del límite de los esfuerzos terapéuticos con cada paciente y de la esperanza, sin certeza, que en la lucha triunfaremos. (p. 64)

De otra manera, Ormart (2005) refiere que la neutralidad forma parte de los elementos del encuadre y así lo señala: «La neutralidad en la historia del psicoanálisis postfreudiano adquirió el estatuto de antídoto a la contratransferencia. La neutralidad se volvió uno de los elementos centrales del encuadre, necesario para la aplicación de la técnica psicoanalítica» (p. 137). Por su parte, Alizade (2002) realiza una diferenciación entre el encuadre externo y el encuadre interno. El primero corresponde a los aspectos formales del encuadre y el segundo atañe al dispositivo de trabajo psicoanalítico en la mente del analista. No obstante, Giovannetti de Freitas (2005) aborda otro aspecto al ocuparse del encuadre:

Los pacientes que hoy aparecen, debido a vivir en un mundo en que no hay más fronteras y en que la idea o concepto de permanencia están sustituidos por el de velocidad y aceleración del tiempo, no pueden ser presentados al encuadre clásico del análisis, bajo peligro de que no se constituya ningún análisis. En nuestros días el analista tiene la función central de ir construyendo, con cada paciente, un encuadre posible para que el análisis se constituya. (p. 261)

Giovannetti de Freitas (2005) hace una reflexión interesante acerca de cómo inciden en el espacio analítico los tiempos que corren. Es innegable que con algunos pacientes se tiene que reconsiderar algunas cuestiones del encuadre, pero sin dejar de tener en cuenta su esencia, valor técnico y ético.

Como se ha señalado anteriormente, en la información recogida la neutralidad se relacionó con el encuadre. Así lo expresaron algunos de

los psicoterapeutas psicoanalíticos consultados: «lo asocio al encuadre [...] tener una cuestión como óptima, un manejo adecuado, que tenga relación con la transferencia, con la contratransferencia, con el encuadre» (Entrevistada 2, comunicación personal, 12 de junio, 2018)⁴ y «La neutralidad se expresa en el encuadre» (Entrevistado 3, comunicación personal, 19 de junio, 2018).⁵

Ahora bien, los psicoterapeutas pueden estar planteando dos posibilidades. Por un lado, se pueden estar refiriendo a los requisitos formales que regulan la sesión en la práctica psicoanalítica o, por otro, pueden estar aludiendo al encuadre como condición a ser internalizada y que tiene que ver con la actitud analítica.

Al decir de Alizade (2002 y apud Edelman et al., 2009), los aspectos formales atañen al encuadre externo y la actitud analítica es eso que tiene que estar en forma indispensable para que un tratamiento sea considerado como psicoanalítico. Para esta autora, el encuadre interno es el dispositivo de trabajo psicoanalítico en la mente del analista, es lo invisible y está sobreentendido en la observancia de las reglas de atención flotante, asociación libre, abstinencia⁶ y en el análisis del analista. Además, Alizade (apud Edelman et al., 2009) incluye en el encuadre interno la capacidad de empatía y de escucha, así como también la permeabilidad del analista a su propio inconsciente y al del paciente, y el ejercicio de la creatividad en el arte de la cura.

4 Licenciada en Psicología con menos de cinco años en la Asociación, que ejerce para el Sistema Nacional Integrado de Salud y en clínica privada.

5 Psicoterapeuta y médico psiquiatra con más de quince años en la Asociación, que se desempeña en el ámbito privado.

6 ¿Por qué no añadir la neutralidad analítica? No está pensada para ser utilizada por un observador preocupado por guardar una distancia que le permita ser objetivo, sino como posición que se asume durante el tratamiento y que refiere al decir de Laplanche y Pontalis (1996): «debe ser neutral en cuanto a sus valores religiosos, morales, sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera» (p. 256).

La autora también habla de los riesgos potenciales del encuadre interno y en especial refiere a:

el todo vale [...], la facilitación de la sugestión en detrimento de la elaboración, la pérdida de la función del encuadre externo como depositaria de las ansiedades arcaicas (Bleger 1967), la simplificación abusiva, la pérdida de la dosis indispensable de rigor analítico. (Alizade, 2002, p. 14)

Alizade (2002) plantea que el encuadre externo hace posible el trabajo analítico, pero destaca que no puede utilizarse como un ritual a cumplir, pues no reside allí la eficacia del psicoanálisis. A su vez, aclara que el encuadre solo es un impedimento cuando se solidifica en la mente del analista (Alizade, apud Edelman et al., 2009). La autora, al igual que Giovannetti de Freitas (2005), considera que las incertidumbres actuales nos obligan a repensar, flexibilizarnos, atender a las nuevas demandas y utilizar otras habilidades para que se dé el encuentro.

En cuanto a la consideración de la Entrevistada 2 anteriormente citada, se puede pensar que está haciendo referencia a que cada uno de los elementos de la neutralidad debe guardar una relación articulada con los conceptos que darán cuenta del proceso; entre ellos, el encuadre. El psicoterapeuta consultado en la entrevista 3 adhirió a las consideraciones de Schkolnik (2008) al distinguir entre la importancia del establecimiento del encuadre y su cumplimiento como valor protector para ambos protagonistas del proceso psicoterapéutico. Su experiencia lo habilita al siguiente señalamiento:

yo creo que si se genera un encuadre adecuado con el paciente [...] y además cumplirlo es una protección para el paciente y para el terapeuta, muchos no se han dado cuenta de eso, de que uno, que el trabajo nuestro no es un trabajo sencillo. (Entrevistado 3, comunicación personal, 19 de junio, 2018)

Vale señalar que la mayoría de los entrevistados al hablar del encuadre se remitieron a los parámetros formales y a cómo son planteados al paciente. A su vez, se entiende que cada encuentro es particular y que es posible hacer modificaciones ajustadas que no invalidan el buen desarrollo del proceso psicoterapéutico. Para hacer esas modificaciones ajustadas es imprescindible la formación, entendida en sus tres pilares: formación teórica, análisis personal (reanálisis) y supervisión clínica, indispensable para una segunda mirada. La formación en toda su dimensión es lo que se internaliza y pasa a ser el encuadre interno de cada psicoterapeuta psicoanalítico.

Pues bien, se sabe que el encuadre no es el mismo en sus caracteres formales al de los comienzos del psicoanálisis. Se reconoce también que existen condiciones particulares que permiten el trabajo analítico, que refieren tanto a los aspectos formales como a la internalización de los aspectos que delimitan la actitud analítica. Lo interesante es si se puede pensar en un encuadre estándar para todo tipo de encuentro.⁷ La ética del terapeuta debe estar presente siempre, en el sentido de no manipular al paciente y de respetar sus valores, lo cual se planteó al referirse a la neutralidad analítica. Así que asociar la neutralidad al encuadre supone aceptar, como dicen Laplanche y Pontalis (1996), que es una de las cualidades que definen la posición del analista durante la cura.

7 Se puede investigar la posibilidad de variaciones al encuadre, una de las cuales puede tener relación con el tipo de patología del paciente. Pero también, como se plantea en la tesis, a veces se presentan situaciones en las que la neutralidad hace tope y, además de que se exprese el psicoterapeuta, puede ser necesario hacer modificaciones al encuadre, en el entendido de que eso no significa alterar el encuadre interno.

§

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALIZADE, M. (2002). El rigor y el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 13-16. https://apuruguay.org/revista_pdf/rup96/rup96-alizade.pdf
- BENÍTEZ, L. (2019). *Prácticas discursivas acerca de la neutralidad en la clínica actual. Estudio realizado en una asociación uruguaya de psicoterapia* [tesis de maestría]. Instituto Universitario de Postgrado de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica, Uruguay.
- BLEGER, J. (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. *Revista Argentina de Psicoanálisis*, 24(2), 241-258. <https://fepal.org/images/2002REVISTA/espanol/bleger.pdf>
- BLEICHMAR, H. (2013). Lo reprimido, lo no constituido y la desactivación sectorial del inconsciente. Intervenciones terapéuticas diferenciadas. En *Avances en psicoterapia psicoanalítica* (pp. 117-182). Paidós.
- BRAUN DE BAGNULO, S., ALTMANN DE LITVAN, M. y CUTINELLA DE AGUIAR, O. (1991). Obstáculos clínicos cuestionadores de la función analítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 74, 133-146. <https://apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719917409.pdf>
- CHARMAZ, K. C. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical Guide Through Qualitative Analysis*. SAGE Publications.
- CORBELLA, S. y BOTELLA, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221. www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf
- DE URTUBEY, L. (1999). El encuadre y sus elementos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 89, 49-67. <https://apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719998904.pdf>

- EDELMAN, L., LÓPEZ, R. y ALIZADE, M. (agosto, 2009). *Cuestionario: Encuadre y dispositivo psicoanalítico*. www.topia.com.ar/articulos/cuestionario-encuadre-y-dispositivo-psicoanal%C3%ADtico
- EIZIRIK, C. (2002). Entre la objetividad, la subjetividad y la intersubjetividad. ¿Aún hay lugar para la neutralidad analítica? *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, 012. www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000212
- ETCHEGOYEN, R. H. (1986a). Situación y proceso analíticos. En *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (pp. 470-478). Amorrortu.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1986b). El encuadre analítico. En *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (pp. 478-490). Amorrortu.
- FREUD, S. (1986a). Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la libido» (1923 [1922]). En *Obras completas* (vol. XVIII, pp. 227-254). Amorrortu.
- FREUD, S. (1986b). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III) (1915 [1914]). En *Obras completas* (vol. XII, pp. 161-174). Amorrortu.
- FREUD, S. (1986c). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I) (1913). En *Obras completas* (vol. XII, pp. 121-144). Amorrortu.
- GARCÍA, S. (2002). Reinterrogando el método psicoanalítico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 71-87. https://apuruguay.org/revista_pdf/rup98/rup96_garcia.pdf
- GIOVANNETTI DE FREITAS, M. (2005). La hospitalidad, hoy, en la clínica psicoanalítica: interpretación, construcción y deconstrucción. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 100, 254-269. https://apuruguay/revista_pdf/rup100/100-defreitas.pdf
- GREBEN, S. E. y LESSER, S. R. (1976). The question of neutrality in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 30(4), 623-630. <http://doi.org/10.1176/appi.psichotherapy.1976.30.4.623>

- LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis* (9.^a ed.). Paidós.
- MUÑIZ, M. (2016). De texturas, trama y urdimbre. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 122, 49-57. <https://apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201612206.pdf>
- ORMART, E. B. (2005). *La neutralidad: de lo imaginario a lo real* [ponencia]. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires. www.aacademica.org/000-051/380.pdf
- ORMART, E. B. y BRUNETTI, J. (2006). *Neutralidad: representaciones de los psicoanalistas de la Asociación Psicoanalítica Argentina* [ponencia]. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Buenos Aires. www.aacademica.org/000-039/508
- PACIUK, S. (2002). El elogio del encuadre. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 37-56. https://apuruguay.org/revista_pdf/rup96/rup96-paciuk.pdf
- RAPPOPORT DE AISEMBERG, E. (2004). Ética y neutralidad. *Revista de Psicoanálisis*, 61(3), 599-605.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2021). Encuadrar. *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.) [versión 23.4 en línea]. Recuperado en febrero de 2021. <https://dle.rae.es/encuadrar?m=form>
- RENIK, O. (1999). Los peligros de la neutralidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 89, 9-29. <https://apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719998901.pdf>
- ROSA, J. (1989). Abstinencia y neutralidad. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 3(1), 39-44. www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583271989030105.pdf

- SCHKOLNIK, F. (1999). ¿Neutralidad o abstinencia? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 89, 68-81. <https://apuruguay.org/apurevista/1688724719998905.pdf>
- SCHKOLNIK, F. (2008). ¿Una práctica psicoanalítica o varias? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 106, 7-21. <https://apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200810601.pdf>
- SHAPIRO, T. (2005). Naming the unnameable. *Psychoanalytic Inquiry*, 25(4), 506-515. https://doi.org/10.2513/s07351690pi2504_6
- SCHROEDER, D. (2010). Repensando el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 110, 140-160. https://apuruguay.org/congresos/2010/schroeder_damian_2041100_4.pdf
- THOMÄ, K, y KÄCHELE, H. (1990). *Teoría y práctica del psicoanálisis II. Estudios clínicos*. Herder.

CONVERSACIONES

4

Viviana Valz Gen es licenciada en Psicología Clínica por la Universidad Católica del Perú. Se ha especializado en el exterior en asistencia a víctimas de violencia política (Universidad Complutense de Madrid, España) y en rehabilitación con víctimas de tortura (Rehabilitation and Research Center for Torture Victims, Copenhage, Dinamarca).

Se desempeña como psicoterapeuta de adultos, niños y adolescentes. Es analista en formación del Instituto de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis, donde participa en la formación de diferentes actores sociales en temas de salud mental en el ámbito universitario y en la comunidad. Es consultora en temas de salud mental de varios organismos de su país e internacionales y ha participado y liderado diversos proyectos de relevamiento y atención directa a población de sectores marginados y afectados por las diferentes formas de violencia social y por el conflicto armado interno.

Fue coordinadora de la Unidad de Salud Mental de la Comisión de la Verdad y Reconciliación y miembro del Núcleo del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (2001-2003).

Actualmente es miembro de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes, del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, de la Mesa de Acompañamiento Psicosocial a procesos de Investigación Antropológica Forense y de la Asociación Psicólogos Contigo. Es también cofundadora de la Asociación Wiñastin, en Ayacucho, centro dedicado a fomentar las capacidades personales y grupales para enfrentar los problemas psicosociales, especialmente los relacionados con la violencia y la pobreza; dicha ONG trabaja también por la incorporación de temas de salud mental en la agenda pública e intenta favorecer el diálogo intercultural en asuntos y prácticas de salud mental.

INTRODUCCIÓN

Perú es un país muy peculiar dentro de América del Sur. Fue sede de la más sofisticada cultura precolombina en esta región, tiene una geografía riquísima en territorios y recursos naturales muy variados y de incalculable potencial económico. A la vez, su devenir político y cultural ha seguido los derroteros trágicos de la mayoría de los países de América Latina, con la consabida secuela de injusticias y desigualdad, desventuras cuya solución no se ha logrado abordar desde una institucionalidad muchas veces fragilizada por la corrupción y la violencia política. Desde nuestro país contemplamos al Perú con afecto y admiración y, especialmente desde que FLAPPSIP nos ha dado ocasión de conocer el desarrollo del psicoanálisis allí, seguimos con gran atención la enorme capacidad de los colegas peruanos de trabajar, implicados teórica y prácticamente, en esa realidad compleja y desafiante.

En esta ocasión, dialogamos con la Dra. Viviana Valz Gen, colega peruana que ha trabajado, mucho más allá del consultorio, en la atención clínica de comunidades vulnerables y que ha participado, desde su experticia, en el espacio público de análisis, denuncia y propuesta ante las consecuencias de los desgarramientos sociopolíticos de su país. Nos acercamos al encuentro virtual con ella movidos por la inquietud de entender mejor, según su experiencia, el movimiento que lleva desde el encuadre clínico tradicional del trabajo psicoanalítico a la intervención comunitaria, y desde la reflexión teórica abstracta a la participación activa y comprometida.

LA CONVERSACIÓN

Tu experiencia incluye haber colaborado con maestros, médicos, antropólogos y trabajadores sociales, entre otros, para incorporar, según tus palabras, «una mirada desde la subjetividad, de cara a las necesidades de sectores populares, especialmente de origen andino y de la Amazonia», donde dichos profesionales afrontan su labor. Cuéntanos sobre esas experiencias de mediación técnica, cómo fue recibida, bajo qué formatos se llevó a cabo y cómo evalúas los efectos que tuvo, tanto en los profesionales a los que asesoraste, como en los destinatarios finales del trabajo.

Mi experiencia empezó desde la práctica clínica, buscando llegar a personas de sectores populares que difícilmente podrían acceder a atención psicológica. La experiencia colectiva con adolescentes en un pabellón psiquiátrico del Estado, cursando aún la universidad, fue expresión de ello.

Sin duda, la situación de violencia extrema a partir de los años ochenta, fruto del cruento conflicto armado interno (CAI) que vivimos, nos colocó ante la necesidad de sostener a diferentes equipos de trabajo, que se veían amenazados tanto por las fuerzas del orden como por Sendero Luminoso. Igual, la primera tarea fue ofrecer contención, sostenimiento, si bien en la época de mayor intensidad del conflicto fue difícil ofrecer atención psicosocial, ya que las tareas estaban muy centradas en la sobrevivencia, en la emergencia. Poco a poco, se fueron generando espacios que nos permitieron acompañar y en esa experiencia se hizo evidente cómo las personas iban incorporando, al igual que en el proceso analítico (salvando las distancias entre ambos), la manera de reflexionar y procesar las situaciones que enfrentaban día a día. Dentro del marco de un proyecto de atención a personas afectadas por el CAI, dentro de la

Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (CNDDHH), empecé a desarrollar una propuesta de capacitación (así la llamé en ese primer momento) con la idea de fortalecer a los diferentes profesionales, promotores, defensores de derechos humanos, sobre todo en las zonas más afectadas por el CAI. Estos, al ofrecer atención legal, social, pedagógica, se constituían en el soporte emocional que las personas afectadas directamente por la violencia del CAI requerían. Un programa que se implementó muy rápido fue *Cuidando a los que cuidan*. Un factor importante en este proceso es el hecho de no contar con profesionales de la salud mental en las provincias; en Ayacucho, por ejemplo, epicentro del CAI, no había en la universidad formación en Psicología; quienes tenían interés en la carrera se iban a estudiar a otro departamento o a Lima, o bien decidían estudiar Antropología, Trabajo Social...

Fue tomando fuerza la idea de formar a estos y otros profesionales que ofrecían diferentes servicios a la población, para que pudieran incorporar una *escucha analítica* sobre lo que estaba sucediendo en su entorno, que les permitiera sostener a la población que atendían y ser sostenidos ellos mismos. La idea de capacitación fue tornándose más hacia una idea de formación desde una perspectiva más integral, esto ya en el contexto del trabajo realizado desde la Asociación Wiñastin (2004). Esta es una pequeña ONG que formamos con un grupo de colegas post Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), para atender las secuelas del CAI en Ayacucho con soporte económico de la Conferencia de Religiosos del Perú, quienes se comprometieron por un año a financiar el proyecto. Luego lo continuamos durante nueve años más, buscando diferentes fuentes de financiamiento.

La propuesta fue recibida en un principio con sorpresa, existía la imagen del profesional de salud mental como alguien que «sabe» y que nos va a decir qué debemos hacer. La propuesta fue muy psicoanalítica en ese sentido y buscó más bien activar los recursos de los profesionales, ayudarlos a

reconocer cómo en sus intervenciones, generalmente, hacían un trabajo de contención emocional muy importante. En otros casos, hubo que trabajar mucho estos modelos autoritarios de acercamiento a quien sufre y está en situación de vulnerabilidad; veíamos que activar sus recursos les permitía conectar con ellos mismos y poder ofrecer un servicio a la población también en esos términos. Desde Wiñastin reconocimos a los profesionales con quienes trabajamos como agentes de salud mental y enfatizamos en sus agencias y posibilidades, aunque reconociendo y trabajando las dificultades también. Esta fue una experiencia que sostuvimos durante ocho años con varios grupos, todos de personas en una relación de servicio con la población: docentes, personal de salud, promotores, agentes pastorales, trabajadores sociales, personal del penal, entre otros; fue muy grato ver que fueran incorporando nuestro enfoque de trabajo.

Un espacio muy valorado era el de discusión de situaciones cotidianas, donde cada quien presentaba una situación de su trabajo, ya fuera en el aula, en el puesto de salud, en la universidad, entre los equipos..., para abordarla de manera grupal y discutirla buscando ampliar la mirada sobre lo acontecido, explorando diferentes alternativas de abordaje, discutiendo las situación, incorporando la mirada desde la subjetividad en su quehacer. Una situación que viene a mi memoria es cómo afrontar, como maestro, las dificultades con un alumno «problema» y empezar a pensar que quizá está expresando, a través de su comportamiento en el aula, problemas y dificultades que podrían ser abordadas. Otro tema que recuerdo fue en el marco de un proceso de formación con el personal de salud de la Red de Huanta, quienes nos contaban de su sufrimiento durante las campañas de vacunación en las comunidades más alejadas, ya que las madres no querían que a sus hijos los vacunasen porque simplemente no tenían idea de cuál era el sentido de la vacunación. Fue fundamental poder hablar de la importancia de informar, dar a conocer y explicar versus imponer la vacunación solo porque se trata de una norma

del Ministerio de Salud. Las señoras «no entienden», «no saben», decían algunos cuando nos contaban de la persecución que finalmente organizaban para lograr su objetivo de la vacunación. Fue muy importante poder poner el acento en el vínculo, el encuentro, reconocer la necesidad de saber, el reconocimiento y el respeto por los otros. El respeto por la medicina tradicional, por ejemplo, fue otro tema importante a trabajar, particularmente con el personal de salud.

Como señalaba, la evaluación de lo logrado fue positiva. Somos conscientes de que hay mucho por hacer aún y que estos programas deberían permanecer a lo largo del tiempo, de manera de que se hagan estructura dentro de los servicios que se ofrecen.

¿Nos podrías explicar un poco mejor algunos aspectos del trabajo en Wiñastin? ¿Hay una parte del trabajo que se realiza en Lima y otra en Ayacucho? Y sobre lo técnico: ¿con qué frecuencia se reúnen?, ¿cómo se acordaron los espacios y los tiempos del trabajo?, ¿en qué medida estas intervenciones son terapéuticas y en qué medida son de promoción social o de coordinación de los procesos de organización comunitaria?

En nuestro quechua, que es tan rico, *wiñai* es ‘crecer integralmente’, por dentro y por fuera, y cuando pensamos en este proyecto, encontramos que hacía mucho sentido con nuestro enfoque de promover bienestar y crecimiento en la población de Ayacucho, tan afectada por el conflicto armado. *Wiñastin* es ‘creciendo’ en quechua.

La Conferencia de Religiosos del Perú, como les decía, nos financió el primer año sin imponer ningún lineamiento religioso o de otro tipo. Ellos habían estudiado el informe final de la CVR y concluyeron que había que hacer algo para acompañar el proceso de las comunidades más golpeadas por la violencia. Comenzamos por hacer una jornada exploratoria

con instituciones de enseñanza, salud y trabajo social para indagar con ellos las necesidades que había para trabajar en salud mental. La primera acción fue instrumentar la atención clásica de consultorio en Huamanga y Huanta, y poco a poco lo fuimos transformando hacia intervenciones comunitarias, porque quienes venían a consultar, mujeres y hombres jóvenes, sobre todo, nos abrían un panorama más amplio de lo que había ocurrido allí.

Posteriormente, como las integrantes del equipo responsable veníamos desde Lima, trabajamos en la formación de cuatro colegas residentes, dos en cada una de las ciudades. Viajábamos semanalmente, ya que la distancia es grande. El viaje por tierra lleva toda la noche y es realmente matador; por avión son unos cincuenta minutos. Se imponía generar un espacio de formación porque las colegas eran egresadas sin especialización ninguna y el enfoque mayoritario en las universidades es cognitivo conductual, mientras que nosotras apuntábamos a la formación hacia una psicoterapia breve psicodinámica.

Paralelamente, debíamos prepararnos sobre cómo entrar en la comunidad, porque en la zona las intervenciones predominantes eran muy *desde el escritorio*. Son acciones que pueden estar muy bien intencionadas, pero con las que llegas diciendo: «Esto es lo que vamos a hacer». Nosotros creíamos que teníamos que empezar escuchando qué querían esas personas, qué necesitaban, y desde ese diálogo diseñar las propuestas con ellos y colaborar en la capacitación de quienes ya estaban trabajando en el territorio. La idea no era formar psicólogos, por supuesto, sino formar *agentes de salud mental* capaces de activar sus agencias primero, para después activar las de la población, apuntando a que los profesionales en relación de servicio con la comunidad incorporasen la mirada desde la subjetividad, viendo entre líneas los sentidos de las conductas. Esto se acompañó de un espacio de discusión semanal en el que cada uno presentaba un caso y desde ahí se hacía una suerte de supervisión.

Las personas que pasaron por el programa de formación de año y medio hoy son muy reconocidas en salud mental dentro de la región.

Tu memoria de grado se titula *La construcción del encuadre: una experiencia de psicoterapia con desplazados*. Es decir que, desde antes de comenzar el ejercicio profesional, estos temas fueron de tu particular atención. ¿Podrías contarnos cómo maduró en ti esta vocación, qué vivencias te marcaron o te impulsaron a tomar este camino?

Me viene una imagen. Yo he tenido la suerte de vivir fuera de Lima por un tiempo y eso me permitió *mirar* otras cosas, otras realidades. Viví durante cinco años en la zona de la selva en los años ochenta. Fue un escándalo en mi familia, creían que estaba loca, porque terminé la carrera, me casé y me fui. Y eso tuvo una riqueza enorme, porque yo, por entonces recién egresada y todavía muy basada en la intuición, me encontré con una forma de curar y de sanar nueva. Yo buscaba cómo trabajar y tenía clarísimo que para hacer consulta clínica necesitaba supervisar, lo que era imposible en ese lugar. Tampoco había clínicas ni hospitales que trabajaran en salud mental. Pero tuve la oportunidad en educación. Necesitaban una psicóloga para trabajar con niños con discapacidades. Y yo al principio pensaba que no iba a saber qué hacer, pero me insistieron porque la necesidad era grande. Y ahí me dije: «Algo podré hacer». Finalmente, diseñé un programa con animadoras, que eran chicas de quinto año de secundaria que estaban por egresar. Partimos de pensar sobre el desarrollo temprano y lo que implica para ese desarrollo tener un problema neurológico. Y lo primero en ese proyecto era buscarlos, porque estos niños estaban en sus casas, encerrados, ocultos. Una vez en contacto con las madres, les preguntaba por qué creían ellas que a su niño le había pasado eso. Tengo todo un registro, con el que algún día voy a volver a trabajar, sobre las fantasías que circulan. Me decían: «Pero le

va a parecer una tontera». Yo les decía que no, que era algo que había que entender, porque conectarse con uno mismo es un punto para partir en la autorreflexión. Y yo creo que ese reconocimiento es lo que aglutina y le da sentido al trabajo. Por más afectada que esté una persona, es alguien que tiene capacidades, agencias. Si hacemos de esa persona una «pobrecita», la estamos anulando y no iluminamos ese lado donde están los recursos que pueden activarse, ese lado que está alicaído por el impacto de todo lo que ha estado viviendo.

Además de esa escala concreta con las personas y las comunidades, en varios de los trabajos tuyos que hemos leído se advierte una preocupación muy marcada por incidir en el espacio público, especialmente en la faz político-legislativa, apuntando a una perspectiva integral de derechos humanos en materia de salud mental. Nos interesa saber mediante qué herramientas has realizado dicho trabajo y con qué resultados hasta el momento.

Este es sin duda un punto central. Desde la experiencia de campo, empezando con la atención directa a personas y grupos, para luego dar espacio a una intervención más comunitaria, se fue haciendo evidente la necesidad de incidir en el espacio público. Hubo una época en la que nos resultaba muy cómodo criticar lo mal que se hacían las cosas; parte del proceso de crecimiento fue ir viendo que teníamos que buscar incidir en el Estado, ayudar a que se incorporasen las propuestas de salud mental con un enfoque comunitario, integral. Creo que algo que nos ubicó en esa tarea fue el proceso de la CVR. Como encargada de su unidad de salud mental, tuve la oportunidad de iniciar un diálogo con el Estado, lo que en esos años era Salud Mental dentro del Ministerio de Salud, buscando fortalecer la propuesta de trabajo en salud mental, cuestionando la mirada que se tenía de la salud mental, centrada en la enfermedad mental. Este

fue un trabajo concertado con otros profesionales y la experiencia de la CVR fue muy rica en el diálogo interdisciplinario. Partiendo de la certidumbre de que la salud mental es tarea de todos, un ejercicio de creatividad colectiva fue el que nos llevó a trabajar en una propuesta de Ley de Salud Mental.

Esta iniciativa partió del Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú para dar continuidad a la declaración que firmaron sesenta y nueve congresistas de todas las bancadas en el compromiso de dar seguimiento a las recomendaciones de la CVR, particularmente en tres temas: identidad, currícula educativa y salud mental. El grupo de trabajo de salud mental de la CNDDHH asumió la tarea de dar contenido a la propuesta en diálogo con otros actores: maestros, abogados, líderes comunitarios, jóvenes, promotores, autoridades, antropólogos, sociólogos, defensores de derechos humanos, familiares de personas que padecen de sufrimientos emocionales, hombres y mujeres que han sufrido las violencias, todas aquellas personas interesadas en el bienestar emocional de la mayoría de peruanos y peruanas (enfoque multiprofesional, multisectorial). Se trató de una propuesta que recoge la idea de que hablar de salud mental implica una dimensión sociocultural, una dimensión de desarrollo y de derechos.

De la misma manera, hemos constituido mesas de trabajo para aportar con respecto a documentos técnicos y lineamientos del Ministerio de Salud, como los *Lineamientos de acompañamiento psicosocial a familiares de personas desaparecidas*, así como también con respecto a la *Ley de búsqueda de personas desaparecidas durante el período de violencia 1980-2000*, del Ministerio de Justicia. El trabajo en este campo siempre ha sido con una estrategia colectiva, comunitaria. Diferentes organizaciones de la sociedad civil nos reunimos a trabajar y aportar en la elaboración de estos documentos, tomando como base la experiencia directa con las personas, familias y comunidades.

Nos intriga conocer qué receptividad encuentras en la clase política de tu país para complejizar los temas de la agenda pública incorporando la perspectiva subjetiva, en particular la que es propia del psicoanálisis. Y también nos preguntamos por la institucionalidad psicoanalítica, donde muchas veces no se han tomado en cuenta estos enfoques más implicados en lo social.

El informe final de la CVR (2003) es clave para entender el país y seguir hacia adelante. Ahí proponíamos que hubiera un abordaje comunitario de las consecuencias de la violencia. Ese enfoque ha influido en lo institucional. En este momento, desde la Sociedad Peruana de Psicoanálisis trabajamos en diferentes intervenciones comunitarias para abordar situaciones de emergencias y desastres, diferentes formas de violencias y la pandemia. Buscamos cómo fortalecer y apoyar la reforma de la atención en salud mental que está llevándose a cabo desde el Ministerio de Salud, que propone el modelo comunitario para organizar su trabajo y sugiere hacerlo a través de los centros de salud mental comunitarios, que se vienen implementando a nivel nacional con la perspectiva, entre otros objetivos, de cerrar los hospitales psiquiátricos.

A pesar de las dificultades políticas, se han encontrado espacios de repercusión y de legitimación. Y esto ha ocurrido a partir de que pasamos de criticar lo que se hacía antes, cuando dominaba un abordaje bajo el manto de la farmacéutica, que medicalizaba todo lo que tiene que ver con salud mental, a proponer un abordaje comunitario de esta problemática.

En todo proceso de acompañamiento y formación se introduce una concepción del saber que da lugar a la escucha, que se valida en la medida en que está abierto al saber de los otros, y esa es una actitud psicoanalítica. Nos encontramos con resistencias de algunos psicólogos que vienen de otras corrientes, ya que la formación universitaria en Psicología en Perú está muy orientada hacia lo cognitivo-conductual. Pero desde una

actitud de escucha y respetando la formación y el saber de los demás, sin pretensión de desechar o imponer nada, se puede trabajar y establecer un diálogo que enriquece la práctica de todos los involucrados. Se trata de un enriquecimiento mutuo con los otros profesionales, ya que, si no funciona de ida y vuelta, no funciona. Y en ese proceso aprendemos todos al activarse también nuestras agencias.

Por el reconocimiento que ha alcanzado tu trabajo, has sido convocada a participar en diferentes iniciativas institucionales, como la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) y el Censo por la Paz (patrocinado por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social). Entre las conclusiones que extraes en tus publicaciones científicas por haber participado en esas experiencias, se destaca la importancia de la *verdad narrativa*, es decir, la articulación entre los hechos y las vivencias que queda interrumpida cuando se consagran la impunidad y el silenciamiento. Luego de haber hecho ese recorrido, ¿cómo te respondes personalmente tu propia pregunta sobre qué hemos perdido como país?

Es una pregunta dura. Lo que hemos perdido es la confianza entre peruanos y peruanas, nos cuesta reconocernos en el otro, verlo como alguien que puede ser diferente a mí en sus experiencias e historia y que desde ahí me puede aportar muchísimo a la comprensión de la complejidad de nuestro país. Somos un país muy discriminador y marginamos al diferente en lugar de valorar esa diferencia, lo que nos aporta, nos enriquece, que es además parte de nuestra cultura y tradición. Somos un país de los *sin nombre*, los que *no existen*, los que *no forman parte de*, de los «insignificantes», como dice el padre Gustavo Gutiérrez.

En nuestro país la *verdad narrativa* de miles de persona, me temo de la gran mayoría, no es tomada en cuenta; se construyen versiones de la realidad que intentan ocultar los hechos y sus vivencias. Este ha sido

un tema muy doloroso y lo pude ver de cerca en el proceso de la CVR. Para esa fecha, 2003, creía tener mucha experiencia en el tema de acompañamiento a personas, familias, instituciones afectadas por la violencia del CAI. Sin embargo, la apertura de la CVR a *escuchar* nos llevó a tomar contacto con las vivencias de muchas personas que solo habían dado cuenta de los hechos, a quienes se les había negado el reconocimiento de lo vivido. Recuerdo haber conversado con un abogado que venía acompañando a una familia a lo largo de varios años, muy conmovido por las vivencias que compartieron esta vez con nosotros. Recuerdo que le dije que realmente me conmovía mucho lo que había hecho al acompañar a esa familia a lo largo de esos años; me respondió justamente eso, que él conocía los hechos, pero que todo lo que la señora nos había confiado ahora, sus vivencias, era la primera vez que lo escuchaba. La forma de escucha permitió que la verdad narrativa surgiera.

Tú has dicho, citando a tu compatriota y amiga la psicoanalista Fryné Santisteban, que «cuando se aborda el sufrimiento de una comunidad como se hizo en Ayacucho, la zona más golpeada por la violencia, es fundamental dialogar con los saberes de las personas del lugar, con su forma de concebir la salud, el universo simbólico construido sobre la vida, el sufrimiento, el cuerpo, la memoria, la salud, la muerte». Y ambas se preguntan: «¿No hacemos eso siempre cuando estamos frente a un paciente: acogemos su singularidad y tratamos de conocer sus códigos y estilos?». Asimismo, identifican en esa actitud el núcleo ético del vínculo analítico.

Queremos preguntarte: ¿qué lugar tiene en ese diálogo con comunidades de campesinos, con gente ajena al mundo de la cultura académica, la intervención del psicoanalista?, ¿cómo ajusta su palabra al interlocutor, sin impostar un lenguaje que no le es propio ni incurrir en formulaciones condescendientes?

Efectivamente es una realidad. La experiencia nos permite afirmar que el diálogo desde el psicoanálisis se constituye en un eje fundamental para el trabajo con diferentes sectores; quizá resulta un prejuicio suponer la necesidad de una cultura académica para acceder a ese encuentro. Al transitar por lo comunitario, mi formación psicoanalítica me permitió una escucha que me enriqueció muchísimo y que incluso me amplió la mirada sobre la práctica en la consulta. Se trata siempre de propiciar un espacio de encuentro en el que estaremos atentos a las particularidades de ambas partes. No se trata de impostar ni de incurrir en formulaciones condescendientes. Creo que es fundamental estar atentos a las diferencias, valorarlas, reconocerlas e incorporarlas.

Por ejemplo, es importante valorar las prácticas culturales y los rituales ancestrales como prácticas de salud mental. Trabajando con maestros en una comunidad en Cangallo, al principio ellos se situaban como «estamos esperando la clase» y entonces les decíamos «No, acá estamos todos para pensar y ver qué se nos ocurre». Fue así que surgió un relato y una dramatización, que lamento no haber podido registrar en el momento con una cámara. Nos relataron que, aterrados después de una incursión de Sendero Luminoso, algunos habían huido a protegerse en los cerros y que los que quedaron en la comunidad no podían dormir al temer que volvieran. Fue entonces que ellos, para estar más tranquilos, decidieron hacerle una ofrenda al Apu (al cerro) para que los protegiera. Y dramatizaron la ofrenda: una chica representaba al cerro cubierta con una manta, juntaron sus cositas (caramelitos, hojas de coca, cosas así) y uno de ellos las acercó, casi reptando, al Apu, que les aceptó la ofrenda; esa noche todos pudieron dormir más tranquilos.

El anterior es un buen ejemplo de lo que puede llegar a funcionar en la búsqueda de la salud mental: se trata de un recurso tan válido como podría ser, en otro contexto y para otras personas, hablar con un psicólogo para aliviar una angustia.

En tu trabajo *El encuadre: una mirada al trabajo clínico en el ámbito comunitario*, dices: «Una impresión que nos dejan las intervenciones comunitarias es la falta de claridad acerca de estos límites, las dudas acerca de los alcances de un trabajo clínico insertado en una comunidad. Al trasladar el modelo del consultorio a la población, debemos tomar en cuenta todos los cambios tanto manifiestos como latentes y que afectan tanto a la población atendida en términos de los procesos que se desencadenan, como a los profesionales y equipos que intervienen en la comunidad». ¿Podrías detallar un poco más esas dificultades y cuáles serían las mejores respuestas que has hallado para afrontarlas?

Ese es un tema central en mi práctica tanto clínica como comunitaria. Sin duda, me permitió reafirmar una intuición que tenía desde muy joven con respecto a cómo el psicoanálisis nos ofrecía las herramientas tales como la clínica, la escucha, la comprensión, la reflexión, la actitud implícita en nuestro encuadre, como un marco que nos da la posibilidad de ampliar nuestro trabajo y, particularmente, de poder trabajar con comunidades, poblaciones vulnerables, con personas y grupos que difícilmente acceden a servicios de atención con una propuesta transformadora como la psicoanalítica.

En 1985, inicié una experiencia de trabajo clínico (atención-investigación) en el marco de un proyecto de atención psicológica a personas que estaban huyendo de Huanta (Ayacucho) a Lima. Estas personas se ubicaron en un terreno que les cedieron, un arenal que colinda con uno de los penales de Lima (Lurigancho). Cuando llegamos, estaban recién ubicándose, empezaban a levantar sus «chozas», como decía uno de los pacientes que atendí. La idea era atender allí mismo, en los espacios de las personas, y en diálogo con la junta directiva acordamos construir un

par de ambientes en un terreno comunal, que usaríamos luego como consultorios y dejaríamos para el local comunal. Fue un reto grande iniciar estos procesos en un espacio donde no manejábamos muchos aspectos de nuestro encuadre. Las casas iban construyéndose, semana a semana, pero no solo se construían las casas de las personas que atendíamos, sino que también se iba construyendo el encuadre del proceso, lo que me llamó mucho la atención. El material de las sesiones daba cuenta de ello, mi vivencia frente al proceso en el encuentro con los pacientes fue muy clara en el sentido de ver *la construcción del encuadre*. Hice mi tesis sobre este tema, fue clave que el material de las sesiones se supervisara rigurosamente todas las semanas, de manera que pudimos seguir el detalle del proceso sesión tras sesión.

Algo que pude observar a partir de esta experiencia es que la falta de claridad y límites de un proceso en la comunidad está muy asociada a la falta de claridad con respecto a las posibilidades que ofrece el psicoanálisis como un marco de comprensión, una teoría que nos invita a la autorreflexión, a estar muy atentos a nuestras reacciones contratransferenciales, a nuestras actitudes para con las personas con las que trabajamos. En ocasiones, hay una sensación de estar haciendo algo especial, casi como una ayuda de asistencia humanitaria a personas que son víctimas de la violencia, personas que están sufriendo y necesitan contención emocional. Pero además, creo que también se plantea algo diferente: un proceso transformador en el cual tanto paciente como terapeuta están en disposición de revisar la manera en que están haciendo las cosas, muy atentos a la posibilidad de repetir modelos de relación, donde quizá nosotros nos sentimos «superiores» frente a personas muy afectadas, dañadas, cuyos derechos humanos han sido pisoteados, para quienes estamos haciendo una importante labor al ofrecer consuelo. Esa, creo yo, es una actitud que hay que revisar permanentemente y dismantelar, ya que, si bien las personas frente a las que estamos han sufrido situaciones de violencia

extrema, que con seguridad nosotros no viviríamos por el lugar donde hemos crecido, son personas con capacidades, agencias, y podemos, al igual que en el consultorio, proponer un proceso que promueva transformaciones profundas.

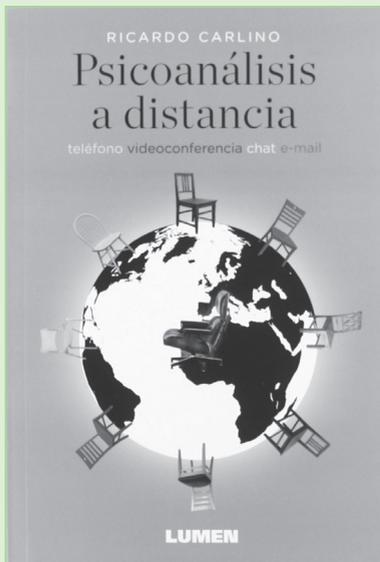
En muchas experiencias veo que se propone no tocar el tema, no hablar de las diferencias. Creo que ese es un problema central: se debe hablar de todo lo que sucede en el marco del encuentro y, de manera particular, del encuentro mismo, de las diferencias, las fantasías; lo referido al dinero, si se trata de un proyecto, si es financiado, si no lo es, cuáles son las motivaciones para hacerlo; qué busco con esta intervención...

De manera particular, considero que tenemos que estar atentos al impacto que pueden tener las modificaciones que hacemos al encuadre clásico. La noción de *parámetro* de Kurt Eisler en ese sentido fue muy importante.

Te agradecemos mucho este encuentro, ha sido un placer escucharte y saber más sobre cómo piensas este enfoque emancipador del psicoanálisis, concebido como herramienta de reconocimiento en la escucha. Es muy emocionante conocer el relato de tu experiencia y tu posicionamiento sereno, convencido y apasionado también.

RESEÑAS
BIBLIOGRÁFICAS

5



Título: Psicoanálisis a distancia:
teléfono, videoconferencia, chat,
email

Autor: Ricardo Carlino

Año: 2010

Editorial: Lumen

Ciudad: Buenos Aires

Páginas: 288

El psicoanálisis no es un sistema como los filosóficos que parten de algunos conceptos básicos definidos con precisión y procuran apresar con ellos el universo todo, tras lo cual ya no resta espacio para nuevos descubrimientos y mejores intelecciones.

Sigmund Freud (1922)

Este libro de Ricardo Carlino¹ presenta material teórico, clínico y epistemológico para discutir y expresar opinión sobre el psicoanálisis a distancia y enfatiza la importancia de la búsqueda de un nuevo espectro conceptual en el pensamiento psicoanalítico. Lo componen ocho capítulos, de los cuales uno está dedicado al anecdotario clínico y otro, a aspectos legales del psicoanálisis a distancia. Cabe destacar que este material está vigente desde 2010.

El autor sostiene que los cambios sociales y culturales, así como los recursos tecnológicos que se instalan y circulan en la sociedad, afectan tanto la realidad como la subjetividad de las personas. Es sustancial la apertura al acontecer, teniendo siempre presente la rigurosidad del método psicoanalítico.

En la actualidad, las personas tienen nuevas condiciones y perspectivas de desarrollo tanto individuales como sociales, económicas y laborales, que generan inestabilidades con respecto al lugar donde residen. Entonces, ¿cómo acompañar estos cambios desde el consultorio?

¹ Ricardo Carlino es médico y psicoanalista, miembro titular de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires y de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Si bien el contenido del libro refiere a la atención de pacientes que quieren seguir analizándose con la misma persona, pero deben emigrar por diferentes razones, entiendo que en esta coyuntura de emergencia sanitaria, cuando la atención a distancia es más masiva, este libro se impone como primera lectura. Comunicarse por teléfono, por internet o por mensaje de texto —formas de contacto habituales y necesarias en estos tiempos— se volvió una modalidad obligada para los analistas y nos interpela acerca de la forma de trabajo tradicional en la consulta.

Los temas que se desarrollan invitan a pensar en la relación entre el psicoanálisis como práctica clínica y los medios de comunicación a distancia de los que se dispone en la actualidad: lo real y lo virtual de la voz, su influencia en la subjetividad, su articulación, el realismo a través del diálogo telefónico, los requisitos de encuadre, el tipo de diálogo, el contrato analítico, las características de aplicación, sus alcances y limitaciones. Carlino hace especial énfasis en lo valioso de seguir investigando, de intercambiar y reflexionar con otros colegas para poder lograr conceptualizaciones teórico-clínicas específicas para los tratamientos a distancia, e intenta mantener constantes discusiones para elaborar una nueva conceptualización en psicoanálisis.

El análisis a distancia puede ser la experiencia adecuada para un momento circunstancial de la vida de una persona, tema no menor en estos tiempos de pandemia. Repensar conceptos como *real*, *virtual*, *presencia*, *contacto*, *encuentro* se torna primordial en esta nueva forma de trabajar en psicoterapia psicoanalítica.

Hay diferentes variables a tener en cuenta; por ejemplo, las interrupciones debidas a temas ajenos a los integrantes de la dupla o por condicionantes de la tecnología. Esto nos lleva a pensar que cada analista debe conocer el manejo técnico del medio que utiliza para poder dar sentido psicoanalítico a lo que ocurre en la sesión. Por lo tanto, las sesiones deben

estar enmarcadas en una técnica analítica específica que dé un contenido coherente y adecuado.

Asimismo, el autor hace mención a un concepto por demás importante: el hecho de que el paciente y el analista no estén en el mismo lugar físico no hace a lo fundamental del objetivo del tratamiento. Lo sustancial sigue siendo el material que aporte el paciente y la atención flotante del analista para elaborar específicamente, para que su aporte interpretativo resulte una contribución al proceso y se logre un clima de encuentro, más allá de la presencia física.

A lo largo de su texto, Carlino profundiza en temas como el *setting* a distancia, las entrevistas iniciales, el encuadre, el proceso, la asociación libre, la atención flotante, la transferencia-contratransferencia, los silencios del paciente y del analista y la privacidad. También examina el caso de sesiones escritas vía chat o email, donde debe considerarse cómo se guarda el material para que no sea posible que otras personas lo vean.

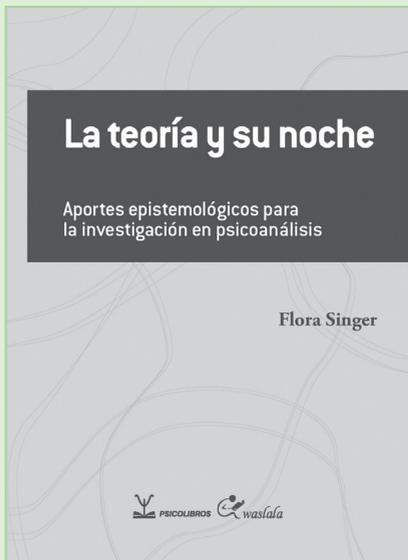
En síntesis, el autor considera que se debe innovar siempre desde la ética y la investigación para sustentar bases teóricas sólidas y no como lechos de Procusto.² Comparte que el análisis a distancia no sea una forma de abordaje diferente en determinadas circunstancias, sino que nos habilite a una manera posible de tratamientos psicoanalíticos.

Esto nos abre varios interrogantes. Teniendo en cuenta que en el momento actual tenemos a casi la totalidad de los pacientes en atención en forma virtual, ¿qué debemos reflexionar?, ¿cómo evaluar los alcances y

2 Según la mitología griega, Procusto era un posadero que acogía a viajeros solitarios y les cortaba la cabeza o las extremidades inferiores si no cabían en la cama: recortaba lo que excedía y alargaba lo que resultaba corto del durmiente, a la medida de su lecho. Un *lecho de Procusto* es una norma arbitraria para la que se fuerza una conformidad exacta. Se aplica a aquellas situaciones en las que se trata de deformar los datos de la realidad para que se adapten a la hipótesis previa.

las limitaciones de esta forma de trabajo analítico que irrumpió en la consulta, más allá de situaciones particulares?

No en vano, Carlino cita a Antonio Machado y recuerda: «Caminante, no hay camino / Se hace camino al andar...».



Título: La teoría y su noche.
Aportes epistemológicos para la
investigación en psicoanálisis

Autor: Flora Singer

Año: 2019

Editorial: Psicolibros-Waslala

Ciudad: Canelones

Páginas: 299

A más de cien años de la creación del psicoanálisis, aún hoy continúa vigente el debate acerca de su estatuto epistémico. Nuestra disciplina surge en un momento de auge de la epistemología positivista y se erige dentro de un paradigma cultural en el que el racionalismo positivista y la lógica clásica dictaban los criterios de científicidad de la época.

Si bien sabía que su objeto de estudio no tenía la naturaleza del de las ciencias experimentales, Freud creía que el modo epistémico de tratarlo podría ser el mismo que el de aquellas. En numerosos pasajes de su obra manifiesta su aspiración de que su teoría fuera validada dentro de dichos parámetros. Sin embargo, su objeto de estudio es el inconsciente, la búsqueda de sentido, por lo que es imposible ubicarlo dentro de las disciplinas psicológicas empírico-experimentales, que estudian hechos que se derivan de la observación de la conducta.

La teoría y su noche. Aportes epistemológicos para la investigación en psicoanálisis es una recopilación de distintos artículos publicados en revistas y capítulos de libros que desarrollan temas vinculados a la epistemología psicoanalítica. Su autora es Flora Singer, quien es psicoanalista, filósofa y doctora en Psicopatología Fundamental y Psicoanálisis.

Considero que el principal aporte que la autora hace con esta recopilación está relacionado con el debate actual acerca del estatuto epistémico de la investigación en psicoanálisis, debate en el cual aún hoy existen posturas contrapuestas. Flora Singer plantea que el modelo de ciencia que la psicología académica ha adoptado se atiene casi exclusivamente a criterios empírico-experimentales, lo que implica una serie de supuestos epistemológicos, tales como el carácter objetivo de los hechos que se estudian y la causalidad de las explicaciones que se construyen, basadas en

leyes reguladoras de carácter general. La autora plantea que dicha lógica científicista no es la única posible, si bien muchas veces está en la base de políticas hegemónicas en cuanto a criterios de científicidad, y no siempre de manera explícita.

Al buscar alternativas epistémicas al científico hegemónico para pensar la investigación en psicoanálisis, Singer encuentra dos líneas de legitimación: una que trata de acoplar el psicoanálisis a criterios científicistas exteriores a sí mismo, pero que lo legitiman, y, por otro lado, una reflexión acerca de la naturaleza de la episteme propia del psicoanálisis.

La primera de estas posturas consiste en que el psicoanálisis no puede demostrar que sus resultados son efectivos sin una investigación empírica externa a la clínica, es decir, estudios que se realizan fuera del encuadre clínico analítico y en base a categorías que, en general, tampoco son analíticas. La segunda postura reivindica la consistencia y la especificidad epistemológica de la investigación clínica, esto es, las investigaciones que se realizan desde el encuadre, la metodología y la teoría psicoanalítica; y considera que es más importante hacer hincapié en el polo subjetivo de la práctica clínica psicoanalítica y que los éxitos dependen mucho más de la comunicación de inconsciente a inconsciente, que de los aciertos técnicos.

La tesis central de este libro parte de la alteridad constitutiva del objeto del psicoanálisis, el inconsciente, que por definición no puede conocerse, guarda un núcleo de radical alteridad y, en esa medida, requiere de una epistemología y una metodología de investigación que integren ese resto. Uno de los puntos más importantes que, creo, queda planteado en esta recopilación de Flora Singer tiene que ver con la incompatibilidad entre el paradigma científicista y las características del psicoanálisis y su objeto, y el modo en que dicho paradigma aún ocupa un lugar prioritario en las políticas investigativas institucionales y universitarias, entre otras.

El análisis que Singer hace tiene como hoja de ruta la búsqueda de instrumentos lógico-epistemológicos para pensar el psicoanálisis desde

su especificidad, entendiendo que hay criterios científicistas que no se adecúan a esta. Ella sostiene que la heterogeneidad del objeto psicoanalítico requiere de un modelo epistémico que comprenda la lógica de la paradoja, que pueda dar cuenta de las contradicciones y articularlas de forma tal que la alteridad pueda ser integrada. En tanto la lógica clásica anula las diferencias en pos de los universales e invalida las contradicciones, una lógica de la paradoja da cuenta de las diferencias y las contradicciones en el interior del sistema y promueve su articulación.

En este libro, Flora Singer presenta la hipótesis de un paradigma epistemológico que sustenta una lógica paradójica, de contrarios inclusivos, que destaca las diferencias, las singularidades y el no saber, adecuado al pensamiento psicoanalítico, en contraposición a otro paradigma que calificamos de corte positivista en la medida en que se afirma en los valores contrarios: la mismidad, las universalidades y las regularidades de los objetos a investigar. La autora plantea que el axioma epistemológico fundamental del psicoanálisis es que el inconsciente guarda siempre, por definición, un punto de irreductibilidad, una alteridad incognoscible. Ese punto de partida axiomático determina una metodología de la investigación coherente con él mismo. Es por esto que la singularidad de la subjetividad y lo indecible de las realidades complejas que involucra no pueden ser recogidos en leyes generales, sobre todo considerando que trabajamos desde una concepción del sentido que incluye el no sentido como negatividad a integrar.

Esta obra invita a reflexionar acerca de cómo las exigencias singulares del método psicoanalítico no admiten que se apliquen en él de manera artificial los procedimientos vigentes en la ciencia tradicional con el pretexto de la científicidad, ya que esto generaría una deformación de nuestro campo de conocimiento. Es más, quienes estén interesados en adentrarse en la lectura de este texto se encontrarán con la invitación de Flora Singer a problematizar acerca de la alteridad, la singularidad y el

no saber, constitutivos de un campo paradójal propio del inconsciente, y a reflexionar sobre cómo, a partir de la reconstrucción de dicho campo, se puede pensar en la delimitación de una estructura teórica que pueda tornar visible una epistemología adaptada al psicoanálisis.

§

NORMAS DE PUBLICACIÓN Y ARBITRAJE

Los artículos a ser publicados en *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, de AUDEPP-IUPA, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- ▶ Se referirán a la teoría o a la técnica psicoanalítica, o a temas que puedan tener particular interés para la comunidad psicoanalítica.
- ▶ Serán trabajos inéditos, originales y relevantes en relación a la temática que traten.
- ▶ Si presentan postulados o hipótesis, tendrán que ser consistentes en cuanto a su argumentación y en cuanto a la evidencia clínica aportada para su fundamentación.
- ▶ Tendrán que respetar las debidas consideraciones éticas para publicaciones, refiriéndose a documentos como el Código de Ética para el ejercicio profesional del psicólogo de Uruguay, los documentos o posibles asesoramientos de la Comisión de Ética y de la Comisión de Publicaciones de AUDEPP, y —particularmente para aquellos que se enmarquen dentro de la sección «Avances de investigación»— las consideraciones del Informe de Belmont (1979). Los artículos presentados por personas residentes en el exterior de Uruguay también deberán contemplar las consideraciones éticas propuestas en su lugar de residencia.
- ▶ En caso de incluir elementos de material clínico, el autor deberá presentar el correspondiente Consentimiento Informado, para cuya elaboración se puede utilizar el modelo disponible en la página web de AUDEPP. La revista podrá solicitar que dicho consentimiento sea exhibido ante el escribano de la institución. Este profesional labrará

un acta que certifique la posesión de tal documento, pero no se consignarán nombres de pacientes ni se pedirá una copia de este con el fin de resguardar la estricta confidencialidad.

- ▶ Desde el punto de vista formal, los trabajos deberán adecuarse al título presentado y reflejarán la relación conceptual con la bibliografía elegida. Asimismo, se buscará una redacción clara, que contemple un público con interés y formación en el psicoanálisis.
- ▶ El estilo de la referenciación bibliográfica deberá regirse por los lineamientos del *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (7.^a ed., 2020).
- ▶ Deberá incluir un resumen en español de no más de 250 palabras y su correspondiente traducción al inglés.
- ▶ Deberá incluir la bibliografía exclusivamente referida en el cuerpo del artículo. Se estima que un artículo con las características de esta propuesta no deberá de sobrepasar las veinte referencias bibliográficas.
- ▶ Deberá indicar hasta cuatro palabras claves o descriptores. Estos deberán ajustarse a la lista de términos del Tesoro de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), accesible en www.apdeba.org/tesauro/. No obstante, la Comisión de Publicaciones se reserva el derecho de introducir variantes en los descriptores del artículo por razones de claridad y coherencia temática.
- ▶ Se deberá ajustar a las siguientes características (se especifican los máximos): aproximadamente 10 carillas de tamaño A4; fuente Arial 12; interlineado 1,5; máximo 30.000 caracteres (unas 5.000 palabras) para artículo, referencias bibliográficas y resumen.
- ▶ Cuando la Comisión de Publicaciones resuelva publicar trabajos que fueron presentados a congresos o jornadas científicas, se tendrá en cuenta que estos sean originales e inéditos y que hayan sido aprobados por un comité científico de lectura, con las mismas o similares exigencias de arbitraje especificadas más adelante.

- ▶ Los artículos deberán incluir el identificador digital permanente de autor (ORCID), el que se puede autogestionar en <https://orcid.org/>.
- ▶ Los autores de todos los trabajos aceptados para ser publicados deberán firmar personalmente o por envío de correo electrónico el formulario de cesión de derechos que se puede consultar y descargar en la página web institucional: www.audepp.org.
- ▶ La presentación del artículo deberá hacerse en formato digital, enviando un mail con dos archivos al correo electrónico de AUDEPP o personalmente en Secretaría en soporte pendrive. El primero de los archivos incluirá, además del título y el texto del artículo, el nombre completo y dirección electrónica del autor. El segundo —que será enviado a los árbitros— incluirá solo el título y el artículo, y excluirá eventuales menciones al autor en el cuerpo del texto.

Arbitraje científico:

revisión por pares con sistema de doble ciego

Los artículos que se presenten para ser publicados en *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica* serán sometidos al proceso de arbitraje o control de calidad académica *peer review* (revisión por pares). Esto significa que serán evaluados por al menos dos expertos del mismo campo que los autores. El sistema empleado será el de doble ciego, por lo cual los evaluadores no conocerán la identidad de los autores de los artículos, y los autores no sabrán la identidad de los evaluadores que intervengan en el caso concreto. No obstante, serán de público conocimiento los nombres de los integrantes del Comité Científico Internacional, quienes podrán ser consultados para sugerir a las personas más idóneas para el arbitraje, según la temática de los artículos a evaluar.

Los autores presentarán sus trabajos a la Comisión de Publicaciones en forma digital en dos archivos (con identificación de autor en uno solo)

respetando los aspectos formales de carácter general especificados antes. Estos requisitos también pueden consultarse en la página web de AUDEPP: www.audepp.org. Los trabajos que no cumplan esos requisitos no serán considerados.

La Comisión de Publicaciones hará llegar el archivo sin identificación de autor, así como la guía de evaluación, a los árbitros. El resultado del arbitraje será comunicado a los autores sin comentarios, se establecerá únicamente si el trabajo fue aceptado o no. No obstante, en aquellos casos en que la eventual publicación se condicione a la introducción de modificaciones, la Comisión hará llegar las sugerencias de los árbitros a los autores, quienes podrán aceptar realizarlas dentro de los plazos que se les comuniquen u optar por retirar su trabajo. El rechazo de un trabajo será definitivo y no podrá volver a presentarse para números posteriores de la revista.

Comité Científico Internacional

Dra. Cinthia Cassan
ICHPA (Santiago, Chile)

Dr. Norberto Lloves
AEAPG (Buenos Aires, Argentina)

Mag. Olinda Serrano
CPPL (Lima, Perú)

Psic. Lea Lubianca Thormann
CEPdePA (Porto Alegre, Brasil)

El próximo número de *Equinoccio, Revista de psicoterapia psicoanalítica* que aparecerá en la primavera de 2021, reiterará el núcleo temático de esta entrega: el encuadre psicoanalítico. La respuesta a la convocatoria anterior sobrepasó el espacio disponible para un solo número, por lo que habrá un *Encuadre psicoanalítico*. Esto no significa que no quede lugar para recibir nuevas colaboraciones, así que aquellos autores que no hayan llegado a tiempo para la anterior postulación pueden hacerlo ahora.

La salida del segundo número dedicado al encuadre coincidirá con el cuadragésimo aniversario de la institución. Como decía la primera convocatoria, el encuadre es un tema central en la conformación de la cultura institucional de AUDEPP. La psicoterapia psicoanalítica como concepto clínico nace en gran medida a partir de la reflexión y la transformación de las prescripciones clásicas del encuadre.

Hoy, muchos practicantes del psicoanálisis y algunos de los autores más relevantes dentro de la disciplina centran gran parte de su esfuerzo en pensar el trabajo terapéutico como una co-creación, que da mayor lugar a las singularidades en juego. A través de estas dos entregas sobre el encuadre, nos proponemos dar cuenta de este proceso, del cual la trayectoria misma de AUDEPP forma parte.

SUMARIO

1. NÚCLEO TEMÁTICO

Encuadre psicoanalítico: entre el catecismo y el *vale todo* algo diferente es posible
Elina Carril Berro

La institución en el encuadre psicoanalítico
Damián Schroeder

Trabajando psicoanalíticamente en y con instituciones. Estructuras y dinanismos
Eliseo Miguel González Regadas

Encuadre desde la mirada del psicoanálisis relacional
Stella María Barrios Blanc

Por qué reconsiderar el encuadre psicoanalítico tradicional. Una mirada relacional
Nora Pomeraniec

Cuando somos más de dos
Rafael Sibils

2. RELECTURAS

¿Qué psicoterapia?, ¿para quién? Algunos avances en un largo camino
Ricardo Bernardi

3. AVANCES DE INVESTIGACIÓN

Discursos acerca de la neutralidad con relación al encuadre
María de Lourdes Benítez

4. CONVERSACIONES

Intervenciones comunitarias en Perú: psicoanálisis y cultura local.
Conversación con Viviana Valz Gen

Cristina Rodríguez Rega y Luis Correa Aydo, por la Comisión de Publicaciones de

5. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

Psicoanálisis a distancia. Teléfono, videoconferencia, chat, email (de Ricardo Carlino)
Adriana Rodríguez Correa

La teoría y su noche. Aportes epistemológicos para la investigación
en psicoanálisis (de Flora Singer)

Florencia Jurado

