

UNIVERSIDAD  
**AUSTRAL**



**CIENCIAS BIOMÉDICAS**

---

Carrera de Psicología

Año 2019

**“POSICIONAMIENTO DEL ANALISTA EN  
RELACIÓN A SU CONCEPCIÓN DEL TRAUMA  
PSÍQUICO”**

*Una comprensión desde la teoría psicoanalítica de  
Sigmund Freud hasta la práctica clínica actual*

**Alumna:** Gualdoni, María Belén

**Directoras:** Lic. Berro, Inés; Lic. Bernardez, Melania

**Supervisores:** Lic. Olano, María Andrea; Lic. Bunge, Teresa; Lic.

Elizalde, Bautista

**Coordinador del T.I.F.:** Miceli, Silvina

**Coordinador de PPS en investigación:** Dra. Alba Ferrara, Lucía

# POSICIONAMIENTO DEL ANALISTA EN RELACIÓN A SU CONCEPCIÓN DEL TRAUMA PSÍQUICO

*Una comprensión desde la teoría psicoanalítica de  
Sigmund Freud hasta la práctica clínica actual*

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>3. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y FUNDAMENTACIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
4.1. <i>Objetivo General .....</i>	<i>5</i>
4.2. <i>Objetivos Específicos .....</i>	<i>6</i>
<b>5. METODOLOGÍA .....</b>	<b>6</b>
<b>6. DESARROLLO CONCEPTUAL .....</b>	<b>8</b>
6.1. Trauma Psíquico .....	8
6.1.1. <i>Evolución del concepto de trauma psíquico según Freud: primera teorización ...</i>	<i>8</i>
6.1.2. <i>Segunda Teorización de Trauma psíquico: Series Complementarias .....</i>	<i>10</i>
6.1.3. <i>Segunda Teorización de Trauma psíquico: La inclusión de las                 fantasías.....</i>	<i>14</i>
6.2. <i>Concepción actual del Trauma psíquico .....</i>	<i>16</i>
6.3. Técnica Psicoanalítica .....	19
6.3.1. <i>Evolución de la técnica freudiana.....</i>	<i>19</i>
6.4. <i>Concepción actual de la Técnica Psicoanalítica .....</i>	<i>27</i>
<b>7. IMPLICANCIA CLÍNICA DEL POSICIONAMIENTO DEL ANALISTA RESPECTO A SU CONCEPCIÓN DE TRAUMA .....</b>	<b>33</b>
<b>8. RESULTADOS: Experiencia de los profesionales psicoanalistas .....</b>	<b>39</b>
<b>9. DISCUSIÓN .....</b>	<b>42</b>
<b>10. SÍNTESIS Y FUTURAS LÍNEAS .....</b>	<b>49</b>
<b>11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>52</b>
<b>12. ANEXO .....</b>	<b>57</b>

## RESUMEN

Las reflexiones acerca de los conceptos de trauma psíquico y técnica psicoanalítica según Sigmund Freud, se vieron sujetas a la evolución propia de su teoría y a las modificaciones que la misma conllevó. Desde el Psicoanálisis, estas modificaciones poseen una gran injerencia en el tratamiento psicoanalítico y el abordaje a implementar en el ámbito clínico, lo cual guiará el curso de la cura. Este trabajo se propone conocer y analizar la relación entre la concepción del trauma psíquico que posee el analista y la técnica que implementa en su práctica clínica. Además de una búsqueda y análisis bibliográfico, se realizaron entrevistas a 12 expertos, las cuales se analizaron cualitativamente, a partir de la identificación de categorías. La comparación y relación entre el análisis bibliográfico desde una perspectiva histórico-conceptual y el análisis de las entrevistas, dan cuenta de las modificaciones sufridas en la teoría y práctica clínica, como también en la introducción de nuevos conceptos. Los resultados muestran que psicoanalistas actuales poseen una concepción del trauma psíquico equivalente a la segunda teorización de dicho concepto propuesta por Freud. En cuanto a la técnica, conservan y aplican los preceptos fundamentales planteados por Freud (atención flotante, escucha, asociación libre e interpretación); sin embargo, se observa la incorporación de nuevos conceptos provenientes de otras corrientes psicológicas y nuevos desarrollos del Psicoanálisis (como el reforzamiento de capacidades yoicas y la potencialidad libidinizante), y se registra una variabilidad en relación a elementos del encuadre asociada a su flexibilización (diván, duración y frecuencia de las sesiones, honorarios), lo cual podría deberse a características de la práctica clínica actual. Se concluye que la teoría psicoanalítica de Freud arribó a un conocimiento que continúa teniendo vigencia, debido a que los principios que los psicoanalistas utilizan para guiar al paciente en la reelaboración de su trauma psíquico y a alcanzar la cura, continúan siendo los propuestos por el autor en el siglo XX. Sin embargo, los elementos de la técnica psicoanalítica mencionados deben ser introducidos en el tratamiento psicoanalítico y deben ser flexibles para responder a las exigencias de la práctica clínica actual.

**Palabras clave:** trauma psíquico, técnica psicoanalítica, Psicoanálisis, tratamiento psicoanalítico.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El Psicoanálisis es una disciplina cuya creación es producto del trabajo de Sigmund Freud, caracterizándose por formar un conjunto de conceptos y teorías psicológicas en las cuales los datos son sistematizados. Asimismo, se concibe al Psicoanálisis tanto como un método de investigación y como un método psicoterapéutico (Laplanche, Pontalis, & Lagache, 2004).

El concepto de trauma psíquico y el concepto de técnica psicoanalítica son identificados en los escritos de Freud (Freud, 1992c), pudiendo considerarse que, entre otros, conforman la base de su teoría. ¿Qué es el trauma psíquico y cómo se origina? ¿Cuál es la técnica para su tratamiento más eficaz? Estos interrogantes constituyen preguntas que generan grandes discrepancias entre diversos pensadores del Psicoanálisis. Incluso, el mismo Freud, durante el desarrollo de sus escritos ha tomado una actitud reflexiva y autocrítica que acompañada de los hallazgos en su práctica clínica, hizo que se viera obligado a modificar múltiples elementos que definían estos conceptos.

A partir de esto, se manifiesta que la noción de trauma psíquico o de técnica psicoanalítica de los diferentes autores psicoanalíticos no es completamente unívoca. Al poner el énfasis en diversos aspectos de estas nociones, se sucede la implementación de técnicas particulares, las cuales tendrán consecuencias sobre la práctica clínica.

Asimismo, el proceso de reflexión en el cual se vio implicado Freud a medida que avanzaba su teorización y debiendo modificar sus supuestos teóricos y técnicos, no es del todo claro. Esto podría deberse a los hallazgos que el autor obtenía de su práctica clínica, los cuales lo forzaban a abandonar una técnica y a redefinir su teoría. Dicho proceso de reflexión se observa incluso en la actualidad, ya que los conceptos de trauma psíquico y técnica psicoanalítica no son totalmente idénticos a los planteados por Freud en el siglo anterior.

## **2. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y FUNDAMENTACIÓN**

Los principales interrogantes a responder en este estudio son: ¿Cómo el posicionamiento del analista de acuerdo a su concepción del trauma psíquico define la técnica que implementa en la práctica clínica? ¿Cuáles son las implicancias clínicas de dicho posicionamiento y aplicación técnica? Se estudió el posicionamiento del analista respecto a su concepción del trauma psíquico y cómo estos elementos interferían en la técnica adoptada por el mismo, justificando la importancia que este estudio tiene para la práctica clínica, específicamente, en relación al tratamiento de los pacientes. Para ello, se

realizó una investigación enfocada al análisis crítico y sistematización teórica. Se trata de un estudio exhaustivo de la temática con el propósito de clarificar los diversos conceptos que se mencionaron anteriormente. Esto último, implicó que indirectamente surgieran nuevos interrogantes acerca del tema, debido a que la brecha entre las diversas concepciones de numerosos psicoanalistas continúa siendo muy grande.

En el cumplimiento de esta meta se identificaron una secuencia de pasos. En primer lugar, se definen los conceptos centrales de la investigación, como son trauma psíquico, analista y técnica psicoanalítica, y a su vez, se realiza un recorrido histórico de las modificaciones que han sufrido. Luego, se analiza la comprensión que posee la comunidad psicoanalítica respecto a aquellos conceptos. Se proseguirá a analizar cómo el posicionamiento subjetivo del analista modifica su técnica, de modo tal, que sea posible establecer los efectos y consecuencias que dicha modificación infunde en el tratamiento clínico de los pacientes. Por último, se considerará todo lo expuesto con el fin de aproximar la teoría psicoanalítica con la práctica clínica.

Los aportes de la investigación procuran caracterizar la evolución histórico-conceptual de los conceptos de trauma psíquico, analista y técnica psicoanalítica, así como también, el modo en que la concepción que el profesional posea de cada uno, da lugar a un determinado posicionamiento en la práctica clínica, el cual tendrá consecuencias en el tratamiento de los pacientes con enfermedad psíquica. Analizar las consecuencias clínicas de este planteamiento se torna relevante en tanto que las enfermedades psíquicas son prevalentes en todo el mundo y su existencia provoca mortalidad prematura (Organización Mundial de la Salud, 2008). El propósito de este estudio radica en la articulación del conocimiento sobre la temática, con el fin de generar futuras líneas de investigación que continúen ahondando la comprensión de los elementos que condicionan la posición de los analistas frente a sus pacientes. Como se evidenció anteriormente, la importancia de comprender y actuar sobre la salud mental de los individuos es incumbencia de los profesionales psicoanalistas en todos los países, ya que los datos manifestados por la Organización Mundial de la Salud (2008) indican pronósticos desfavorables en relación a la salud mental.

### **3. OBJETIVOS**

#### **4.1. Objetivo general**

Conocer y analizar el posicionamiento del analista de acuerdo a su concepción del trauma psíquico en relación a la técnica que implementa en la práctica clínica.

#### 4.2. Objetivos específicos

- Explorar y analizar desde una revisión bibliográfica el significado de la teoría del trauma psíquico y de técnica según el Psicoanálisis de Sigmund Freud y según la concepción actual.
- Analizar y explorar la experiencia de los profesionales psicoanalistas sobre cómo el posicionamiento subjetivo del analista frente al trauma psíquico modifica su técnica.
- Entender la implicancia clínica del posicionamiento del analista respecto a su concepción del trauma psíquico y de la técnica que implementa.
- Indagar las percepciones de los profesionales psicoanalistas sobre cuáles elementos de la teoría psicoanalítica continúan vigentes y cuáles se modificaron en la práctica clínica.

#### 4. METODOLOGÍA

En la presente investigación, los objetivos ya descriptos como también su objeto de estudio, serán abordados desde un método de revisión bibliográfica y una metodología de tipo cualitativa, debido a una variedad de razones. En primer lugar, la recolección de los datos bibliográficos y de entrevistas a psicoanalistas se ha realizado con el fin de descubrir y profundizar las preguntas de investigación, de manera tal que, a partir del material bibliográfico y de los puntos de vista de los participantes, se puedan comprender sus perspectivas. Para ello, se utilizan las técnicas de entrevistas y revisión de documentos. En segundo lugar, se identifica un proceso circular y dinámico entre los datos y su interpretación, la continua revisión de documentos y el análisis de entrevistas generan una retroalimentación constante. Como consecuencia, y en tercer lugar, si bien la revisión de la literatura se encuentra desde la etapa inicial, ésta continúa a lo largo de toda la investigación complementándose con los datos obtenidos a partir de las entrevistas. Por lo tanto, se trata de una investigación que posee una lógica deductiva en primera instancia, porque se parte de la teoría y una lógica inductiva en segunda instancia debido a que a partir de los datos que se recolecten tanto en el análisis documental como en las entrevistas a expertos, se buscará realizar aportes a la teoría psicoanalítica (Hernandez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Al tratarse de una investigación de tipo cualitativa, las dimensiones identificadas son: concepto de trauma psíquico, concepto de analista y concepto de técnica psicoanalítica, abordándolas desde las diferentes acepciones que han tenido en la historia del Psicoanálisis, incluso hasta la actualidad.

Se realiza una revisión y análisis del material bibliográfico y documental de artículos de investigación, revistas científicas y libros de Psicoanálisis. Los artículos de investigación y revistas científicas se seleccionaron a través del buscador de diversas asociaciones y bases de datos: Scielo, Biblioteca de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas, Redalyc, Dialnet, Biblioteca del Hospital Universitario Austral. Las palabras claves en español para realizar la búsqueda fueron: Psicoanálisis, trauma psíquico, técnica psicoanalítica, trabajo analítico, tratamiento psicoanalítico, cura; las palabras claves en inglés para realizar la búsqueda fueron: trauma, analysis, psychoanalysis, patient, freudian method. La búsqueda de libros se concentró en las principales obras de Sigmund Freud y se realizó a través de la Biblioteca del Hospital Universitario Austral. Se trata de una investigación que incluye tanto un análisis crítico como una sistematización teórica.

Por último, dicha investigación presenta una segunda técnica de recolección de datos, las entrevistas. El objetivo de las mismas será identificar aportes que permitan enriquecer el análisis del material bibliográfico a partir de la comprensión de experiencias personales. Las entrevistas se realizaron sobre una muestra de doce expertos (Hernandez Sampieri et al., 2010), por lo cual, estuvieron dirigidas a profesionales especializados en Psicoanálisis, pues se consideró que eran los participantes idóneos para brindar su opinión y conocimiento sobre el tema que compete a la presente investigación. La muestra se seleccionó considerando a profesionales con carrera de grado aprobada, especialización en Psicoanálisis y que se hayan desempeñado o se desempeñen actualmente en el ámbito clínico. Se entrevistó a doce profesionales especializados en Psicoanálisis que pertenecen a la “Asociación Psicoanalítica Argentina” y “Mayéutica – Institución Psicoanalítica”, de manera tal que se analice cómo los profesionales experimentan las dimensiones que se estudian en esta investigación en su práctica clínica. El guión de las entrevistas semiestructuradas se confeccionó a partir de las preguntas de investigación, los objetivos y la búsqueda bibliográfica (Coffey & Atkinson, 2003). De la transcripción textual de las entrevistas se realizó un análisis cualitativo, a partir de la identificación y clasificación de categorías para examinar los datos y extraer conclusiones, mediante un proceso de codificación abierta (se clasificaron las expresiones de los entrevistados en unidades de significado), codificación axial (se diferencian las categorías derivadas de la codificación anterior y se seleccionan aquellas que son útiles para la elaboración del trabajo) y codificación selectiva (las categorías se agrupan e integran en torno a categorías centrales) (Coffey & Atkinson, 2003; Flick, 2004).

## 5. DESARROLLO CONCEPTUAL

### 6.1. Trauma Psíquico

El concepto de trauma aparece desde la antigüedad en diversas disciplinas, como por ejemplo, la Psicología y la Medicina (Walker, 2010). Es relevante respetar la diferencia entre trauma y trauma psíquico que se vincula a lo inconsciente, no sólo por su significado sino por los efectos que provocan y sus implicancias clínicas (Pignatiello, 2006).

Para el caso de la Psicología y, específicamente del Psicoanálisis, la noción de trauma implicó una evolución respecto a su definición, modificándose a lo largo de los años. Según Laplanche et al. (2004), el trauma psíquico refiere a un evento en la vida de la persona, el cual se caracteriza por una peculiar intensidad, la incapacidad de la persona de responder al mismo adecuadamente, y por último, el trastorno y los efectos patógenos perdurables que provoca en la organización psíquica de esa persona.

#### 6.1.1. Evolución del concepto de trauma psíquico según Freud: Primera teorización

Si se observa la trayectoria de Freud en cuanto a su concepción de trauma psíquico, se dilucida en sus escritos prepsicoanalíticos el sentido de la definición expresada anteriormente. El autor, entendía el trauma como un “cuerpo extraño” que persistía en el psiquismo del individuo y que por su naturaleza propia no permitía la abreacción o descarga de su intensidad (Freud, 1992c). Siguiendo esta línea, la incapacidad del sujeto se entendía provocada por un conflicto en el psiquismo del mismo, el cual le impedía tramitar los afectos penosos que se podían desarrollar como consecuencia.

El trauma psíquico no aparece solamente en un período histórico en particular de la vida del sujeto, sino que además, es esencialmente sexual concibiendo a la pulsión como fuente poderosa de aumentos de excitación (Freud, 1992c). De aquí se deriva, el constructo clínico de las Neurosis como aquellas enfermedades psíquicas de origen sexual, que se ocasionan por pequeños traumas que datan de la época infantil, y en los que el infante recibió algún tipo de seducción erótica (Freud, 1992b; Rivas, 2012). El factor de seducción puede observarse en los tres historiales más conocidos publicados por Freud (Freud, 1992a) (Freud, 1992d). Las premisas obtenidas en los casos de trauma psíquico, son generalizadas a otros casos en tanto que se considera que responden a la naturaleza misma de la enfermedad psíquica, y por esto se reconoce la importancia de aplicarlos a otros casos (Rubistein, 2007).

En el decurso normal, cuando una vivencia conlleva un gran monto de afecto, éste es descargado por actos reflejos conscientes, o desaparece gradualmente por asociación con otro



material psíquico consciente (Freud, 1992c). Sin embargo, lo que sucede en la enfermedad psíquica es que el afecto permanece “estrangulado” y el recuerdo de la vivencia traumática a la que está adherido se suprime de la consciencia, y como consecuencia, el afecto se exterioriza en síntomas que simbolizan ese recuerdo no descargado (Freud, 1992c). Este supuesto dio lugar a que se advirtiera sobre un contenido psíquico inconsciente y no manifiesto, que obligó a construir una técnica específica para hacer consciente ese recuerdo sofocado: esta técnica fue la hipnosis (Freud, 1992c)<sup>1</sup>.

Pero aquí no finaliza la primera teorización de Freud acerca de su noción de trauma psíquico. La pregunta sobre el motivo por el cual era preciso descargar la intensidad de las excitaciones, derivó en la consideración de un factor económico que actuará como denominador común en el trauma psíquico. Éste refiere a la capacidad del aparato psíquico de abreaccionar o descargar las excitaciones –como se expresó anteriormente- de acuerdo al principio de constancia (Laplanche et al., 2004). Freud (1992b), definió al principio de constancia en la circunstancia en que el aparato psíquico se empeña por conservar lo más baja posible o constante, la cantidad de excitación que se presenta en él. Para la conservación de la salud mental, el individuo se esfuerza por volver a reducir, a través de la descarga, esa suma de excitación que aumentó ante una impresión psíquica (Freud, 1992b; Maladesky, 2012). Por lo tanto, la necesidad clínica de abreaccionar los aumentos de excitación displacenteros se explican por la tendencia a mantener constante la cantidad (Freud, 1992c). Como consecuencia, la excitación acumulada, busca la descarga por una vía, donde la libido (energía que proviene de las pulsiones) se transforma en angustia (Freud, 1991e, 1992e). Es en este sentido que las vivencias traumáticas, provocan efectos patógenos debido a las cantidades de excitación extremadamente grandes, en relación a un sujeto que no puede tramitarlas de forma normal y adecuada (Freud, 1991e, 1992c).

Si bien se trata de acontecimientos traumáticos que han provocado una impresión psíquica en un momento anterior en la vida del sujeto, éste a veces no los recuerda y, en oportunidades, ni siquiera percibe el nexo causal entre el proceso ocasionador (vivencia traumática) y el efecto patológico (exteriorizado a través de síntomas) (Freud, 1992c). Debido a esto, se afirma que, con frecuencia, estas vivencias traumáticas son sucesos de la infancia que han producido un fenómeno patológico grave en los años siguientes, considerándose como “un cuerpo extraño” que tiene eficacia presente (Freud, 1992c).

---

<sup>1</sup> Ver apartado de técnica psicoanalítica.

Otro constructo clínico, además de la histeria, que se genera por la presente teoría de trauma psíquico y por los cuadros clínicos producidos por la Primera Guerra Mundial (Tutté, 2006), se denomina “neurosis traumática” (Freud, 1992c). El surgimiento de este efecto patógeno no es la vivencia traumática en sí misma, sino lo que ella provoca y es el afecto penoso de horror, angustia, vergüenza y dolor psíquico; de esto dependerá que una vivencia provoque una neurosis traumática que de otro modo no le correspondería (Freud, 1992c). Por lo tanto, este conjunto de componentes son lo que constituyen en esencia al trauma psíquico, un gran trauma más que pequeños traumas parciales, que actúa como agente provocador de las consecuencias patógenas (Freud, 1992c).

### ***6.1.2 Segunda Teorización de Trauma psíquico: Series Complementarias***

En el ocasionamiento del trauma psíquico, se destaca la importancia de un período histórico en la vida del sujeto, específicamente, el prepuberal, y la caracterización sexual. La libido recorre conjuntamente al desarrollo del sujeto un camino y pueden destinarle dos resoluciones: arribar a la función de reproducción “normal”, siendo ésta la meta última; y aquella de la patología psíquica, en donde no se ha superado completamente las fases preparatorias prepuberales, debido a la regresión que refiere a la permanencia en uno o varios estadios primeros denominada fijación de la pulsión, mezclándose con algún grado de inhibición (Freud, 1991b). Queda establecida la conexión entre regresión y fijación: un movimiento de regresión a una etapa anterior de fijación de la pulsión, cuando la puesta en acto de función y la consecución de su meta de satisfacción de niveles evolutivos superiores, se vean imposibilitados por obstáculos externos (Freud, 1991b). Por lo tanto, si hay fijaciones en el desarrollo evolutivo de carácter fuerte, la función se desviará de los obstáculos externos mediante la regresión a dichas fijaciones, y de esta manera la función manifestará menor resistencia a dichos obstáculos (Freud, 1991b). La regresión libidinal, entonces, no es un proceso exclusivamente psíquico porque el factor orgánico tiene una gran influencia en su manifestación y se evidencian dos tipos: una regresión a los primeros objetos que han sido investidos por la libido, y una regresión de todo el desarrollo sexual a un estadio anterior (Freud, 1991b)<sup>2</sup>.

Otro término que se presenta al hablar de trauma psíquico es el de represión. Refiere a un proceso psicológico a través del cual un contenido que pertenece a la conciencia, y por lo

---

<sup>2</sup> En el apartado de técnica, podrá notarse cómo ambas clases de regresión se exteriorizan en la neurosis de transferencia producida en el trabajo analítico.

tanto, admitido en el sistema preconscious, es transportado al sistema inconsciente; también cuando al ya contenido inconsciente no se le permite el acceso al sistema preconscious debido a que es rechazado por la censura (Freud, 1991b). En la etiología de la enfermedad psíquica, se observa que ambas son necesarias para su causación, pero sino hubiera represión se produciría una perversión, por lo tanto, la represión es el proceso que mejor caracterizaría a una neurosis (Freud, 1991b).

En el trauma psíquico se observa una frustración, es decir, una imposibilidad de satisfacer la libido, y por lo tanto, los síntomas serán un sustituto de dicha satisfacción frustrada, lo cual no significa que toda frustración de la satisfacción libidinal produzca una neurosis, pero sí que en toda neurosis se registra dicha frustración (Freud, 1991b). Las pulsiones sexuales parciales son capaces de mudar su objeto para lograr uno más asequible, es decir, poseen una proclividad al desplazamiento y una predisposición para asumir subrogados (Freud, 1991b). Sin embargo, la frustración no pierde su poder patógeno y queda reducida a algo insignificante, ella sigue conservando su fuerza patógena (Freud, 1991b). Como se podrá observar, dichos conceptos no aparecen en la primera teorización de trauma psíquico de Freud, sino que aparecen en esta segunda teorización donde el proceso de causación del trauma psíquico es más complejo.

En la etiología del trauma psíquico, también las fijaciones libidinales son esenciales, ya que, la persona en su desarrollo sexual, deja fijaciones –a veces múltiples- en fases anteriores a la organización genital, que a veces no son susceptibles de una satisfacción real (Freud, 1991b). Se podrá concluir, entonces, que la frustración de la satisfacción libidinal (factor externo y accidental) y la fijación libidinal (factor interno y predisponente) son los dos elementos fundamentales para la causación de la neurosis (Freud, 1991b). Como consecuencia, se podrán evidenciar dos casos de contracción de enfermedad: por un lado, aquellos que habrían enfermado indiscutiblemente debido al particular desarrollo sexual de su libido (factor interno y predisponente – constitución sexual), hubieran o no vivenciado eventos traumáticos; por otro lado, aquellos que podrían no haber enfermado sino hubieran vivido determinadas experiencias traumáticas (factor externo y accidental) (Freud, 1991b). A dicha conceptualización, Freud la denominó series complementarias (Freud, 1991b), nombre que identificará a su segunda teorización del trauma.

Las series no se completan aquí. Se evidencia, además, un conflicto psíquico, es decir, una lucha de mociones de deseo, ya que una parte de la persona se sostiene en las pulsiones sexuales, y otra parte se defiende contra ellas, llamadas pulsiones Yoicas (de autoconservación) (Abatángelo & Yaser, 2012; Freud, 1991b). En la enfermedad psíquica, el

conflicto psíquico es producido por la frustración, y por lo tanto, surge la necesidad de buscar otros caminos para la satisfacción; esto genera que en una parte de la personalidad se despierte enojo debido a los nuevos caminos, produciendo un veto para imposibilitar esta nueva forma de satisfacción (Abatángelo & Yaser, 2012; Freud, 1991b). Dichas aspiraciones libidinosas que han sido vetadas, logran imponerse a través de rodeos -lo cual les exige desfigurarse y alcanzar ciertos atemperamientos-, y son los caminos que darán lugar a la formación del síntoma (Freud, 1991b). Por lo tanto, los síntomas son las nuevas modalidades sustitutivas de satisfacción que se generaron a partir del conflicto psíquico patógeno y sus respectivas frustraciones (Freud, 1991b). Tales hallazgos permiten agregar a las series complementarias, es decir, a la frustración de la satisfacción libidinal (factor interno y predisponente) y a la vivencia traumática (factor externo y accidental) que empuja a la fijación, un tercer factor que proviene del desarrollo del Yo: la inclinación al conflicto, que depende de estos dos desarrollos (Freud, 1991b). De esta manera, queda esbozada cómo la primera teorización de trauma psíquico de Freud era exclusivamente extrapsíquica, en la cual el papel fundamental lo poseía la vivencia traumática que el sujeto no podía tramitar, mientras que en la segunda teorización, si bien no se le quita importancia a los factores externos, los factores internos (intrapsíquico) cobran igual o mayor relevancia en el origen de los síntomas.

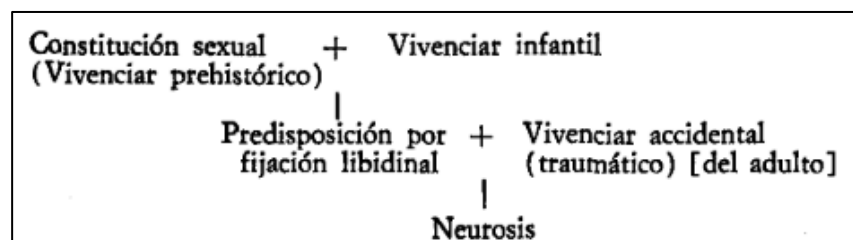
Antes de continuar con la conformación de la etiología, cabe destacar el descubrimiento de otro sentido además del tóxico y el dinámico: el económico. Las pulsiones sexuales y las pulsiones yoicas- en un primer momento- también poseen la tendencia a la ganancia de placer, pero el apremio de la vida (la frustración dictada por la realidad) hace que lo sustituyan, por el principio de realidad, es decir, la rebaja o eliminación de cantidades de excitación que sobrepasan la capacidad del aparato para tramitarlo, relacionándose con el principio de constancia (Freud, 1991b; Maladesky, 2012). Por lo tanto, la tarea ya no será solamente la ganancia de placer, sino la de evitar displacer casi tanto más que la primera (Freud, 1991b).

En la constitución de la etiología de la enfermedad psíquica, se menciona el concepto de síntoma psíquico: actos perjudiciales para la vida de la persona, conllevan displacer o sufrimiento para ésta, ya que se manifiestan en contra de su voluntad y exigen un gran gasto de energía anímica para combatirlos, pudiendo llevar a un empobrecimiento de la persona debido a la gran cantidad de energía psíquica que demandan (Freud, 1991b). En cuanto a su formación, se evidencia que las dos fuerzas pulsionales (sexuales y yoicas) que entraron en conflicto, vuelven a coincidir generando un compromiso, lo que provoca la peculiaridad de

ser tan resistente ya que está sostenido por dos grandes fuerzas: en la insatisfacción de la libido rechazada por la realidad, busca otro camino para su satisfacción mediante la regresión, y aspira satisfacerse en una fase ya superada, pero la libido en este camino de regresión queda cautivada por la fijación (Freud, 1991b). Esta nueva concepción del trauma psíquico, conlleva a una nueva concepción de la angustia, en donde dicho síntoma ya no sería libido trasmudada, sino que en primer lugar hay una reacción ante situaciones traumáticas y/o de peligro, en donde la libido que se asocia a ellas se descarga como angustia, y en segundo lugar, la representación de la vivencia es reprimida (Freud, 1991d, 1992e). Por lo tanto, habría una angustia que es la respuesta del Yo directa y automática frente a un evento traumático, y una angustia que funciona como señal del Yo sobre peligro y que advierte sobre la inminencia del evento traumático (Freud, 1991d, 1992e, 1992b). La expresión de angustia como síntoma es una operación provista de sentido y acorde al fin de impedir un estallido de angustia mucho más grave y desestructurante (Freud, 1992e).

El período infantil es importante porque en él se desenvuelven las orientaciones pulsionales que se encuentran en la disposición innata del niño; dos, porque gracias a vivencias accidentales externas, estas orientaciones se despiertan y se activan en otras pulsiones (Freud, 1991b). Por lo tanto, la fijación de la persona está constituida por dos elementos: la disposición sexual heredada o innata, y la predisposición adquirida en la vivencias infantiles (Freud, 1991b; Maladesky, 2012). La Figura 1 muestra cómo las series complementarias para la segunda teorización del trauma psíquico queda conformada:

Figura 1: Esquema de series complementarias



Fuente: Freud, S. (1991b). Recuperado de Obras Completas de Sigmund Freud Tomo XVI

La importancia otorgada a las vivencias infantiles reside en que sobrevienen en períodos en donde el desarrollo todavía no se ha completado, y por lo tanto, sus consecuencias serán más graves y permite que tengan efectos traumáticos (Freud, 1991b; Benseñor, 2010). Sin embargo, las vivencias sexuales infantiles adquirieron una fuerte importancia regresivamente, es decir, cuando la libido retornó a ellas después de que había sido expulsada y de que las fijaciones ejercieran una fuerte atracción hacia ellas (Freud, 1991b). Se concibe así el trauma psíquico desenvuelto en dos tiempos, el acento recae en los

conflictos psíquicos posteriores que, por obra de la regresión, conducen a un retorno de las impresiones sexuales de la infancia (Freud, 1991b). Entonces, el trauma psíquico no se instala en el momento de la vivencia traumática, que a veces no posee demasiada intensidad, sino que debe haber un segundo momento, postpuberal, en donde un nuevo evento generalmente asociado a la sexualidad en sentido amplio, despierta la huella del primer evento, resignificándola (Pignatiello, 2006; Benseñor, 2010; Walker, 2010).

Establecido el esquema de las series complementarias se podrá entonces explicitar y clarificar la relación que posee con los síntomas. Debido a la frustración de satisfacción, la persona desea entonces ganar placer aunque deba retroceder hasta un período que recuerda o que se lo imagina (Freud, 1991b). Por lo tanto, el síntoma repite esa modalidad de satisfacción a la cual se retornó pero desfigurada, porque la censura que surge del conflicto psíquico aplica este proceso, y traerá como consecuencia que además de la satisfacción ahora lograda por un subrogado, se mezcle con una sensación de sufrimiento (Abatángelo & Yaser, 2012; Freud, 1991b). Claro está, es una modalidad de satisfacción extraña, ya que provoca repugnancia, padecimiento, queja (Thompson, Mattera, Mordoh, Gurevicz, & Lombardi, 2005); porque generalmente prescinde del objeto resignando el vínculo con la realidad exterior, utilizando los procesos de condensación y desplazamiento (Freud, 1991b).

### ***6.1.3 Segunda Teorización de Trauma psíquico: La inclusión de las fantasías***

Freud añade otro elemento fundamental que es sobretodo el que hace que esta segunda teorización, se diferencie esencialmente de la primera. En el trabajo analítico, se toma conocimiento de las vivencias infantiles en las cuales la libido ha quedado, y a partir de las cuales, se crean los síntomas (Freud, 1991b). Dichas escenas infantiles no siempre son verdaderas, y con verdaderas se quiere decir reales materialmente, y que generalmente, son opuestas a la verdad biográfica e histórica de la persona, por lo tanto, son fantasías del paciente (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Freud, 1991b; Rivas, 2012). Podría pensarse que entonces todo lo que el paciente recuerda y comunica, es falso, pero esto tampoco es así. Aquello que se descubre en el trabajo analítico es lo siguiente: a veces, las escenas infantiles comunicadas por el paciente son falsas, por lo tanto, los síntomas serían la figuración de las fantasías de éste y conformarán, junto a las demás series complementarias, la etiología de la enfermedad psíquica; a veces, las escenas infantiles recordadas contienen certeza y verdad, por lo tanto los síntomas serían la manifestación de vivencias que realmente se tuvieron en la infancia y que influyeron fuertemente sobre la fijación de la libido; pero en la mayoría de los casos, de hecho, son una mezcla entre verdad y falsedad (Bohleber &

Leuzinger-Bohleber, 2019; Freud, 1991b). En cuanto a estas fantasías tan peculiares, se afirma que poseen realidad psíquica –no material- y que, en la enfermedad psíquica, la realidad de estas características es terminante (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Freud, 1991b). Se destaca que si bien es importante para entender la etiología basarse en el trauma como realidad psíquica, también se debe considerar el impacto que podría tener un hecho objetivo –realidad material-, aunque las operaciones subjetivas de la persona determinan la vivencia como un trauma psíquico (Pignatiello, 2006).

El trabajo analítico evidencia que hay ciertos acontecimientos que retornan en la comunicación de la historia infantil del paciente, que conllevan una particular importancia para el desarrollo de la enfermedad psíquica, y que muchas veces puede corresponderles una realidad material sin ninguna duda, ellos son: la seducción y/o abuso sexual por una persona adulta, la amenaza de castración y la observación del comercio sexual entre los padres o entre animales (Fractman, 2005; Freud, 1991b; Marucco, 2015). Freud, entonces, las denominó fantasías primordiales por su naturaleza filogenética, porque alguna vez fueron una realidad material en los tiempos originarios del ser humano, y entonces, el niño llena sus dudas rudimentarias con fantasías (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Freud, 1991b). Además, el niño mientras crece es educado para que su Yo responda al principio de realidad con la influencia del apremio exterior, renunciado al principio de placer, entonces necesita un resarcimiento: la fantasía, una actividad del alma que se ve exenta de la exigencias de la realidad y que es reservada para todas las fuentes de placer que ha debido resignar (Freud, 1991b). El punto clave aquí, es que ya sea que estos acontecimientos posean de base una realidad material o una realidad psíquica (fantasías), no hay diferencias en el resultado y las consecuencias que conllevan (Freud, 1991b). Posiblemente ésta sea la principal discrepancia que han tenido los post-freudianos respecto a esta teorización donde se le otorga un gran papel a lo intrapsíquico, ya que conciben que siempre debe haber un evento traumático real que funcione como desencadenante (Muñoz, 1996), y en especial, cuando se trata de la figura materna que posee un papel determinante en la estructuración del aparato psíquico del niño y es quien también le otorga su propio significado al evento traumático (Ferenczi, 1949).

¿Cómo se relaciona entonces la fantasía con la etiología de la enfermedad psíquica? Cuando sucede una frustración de la satisfacción libidinal, ésta inviste regresivamente posiciones a las cuales había quedado fijada, y las encuentra volviendo a la fantasía en donde han quedado representaciones de los objetos y orientaciones que anteriormente había tenido que resignar, ya que quedaron retoños de éstos (Freud, 1991b). Y a partir de este punto, se permite volver al concepto de conflicto psíquico porque como se ha podido observar el flujo

de la libido a las fantasías para hallar la fijación es de naturaleza cuantitativa (sentido económico), retorna a aquello que ha sido retenido con cierta intensidad, una vez que las encuentra, las investiduras desarrollan una fuerza y se vuelven exigentes requiriendo su realización (Freud, 1991b). Esto es lo que provoca que se genere el conflicto psíquico entre las fantasías y el Yo, entre las pulsiones sexuales y las pulsiones yoicas (Freud, 1991b). Por lo tanto, para comprender exhaustivamente la etiología de la enfermedad psíquica, es necesario hacerlo tanto desde un sentido dinámico y cualitativo (procesos esencialmente psíquicos) como desde un sentido económico y cuantitativo (cantidades e intensidades de energías psíquicas) (Freud, 1991b), porque el trauma psíquico será un interjuego entre las energías de las demandas pulsionales (conflicto psíquico) que superen la capacidad del aparato psíquico para ligar los afectos y las representaciones de la vivencia traumática (Fractman, 2005).

Se concluye que el trauma psíquico implicará un intercambio entre mundo interno y mundo externo, ya que el efecto traumático es producto de una interacción específica entre un acontecimiento actual externo, la forma en que esto es vivenciado por el psiquismo de la persona y la participación del inconsciente (Tutté, 2006).

## ***6.2. Concepción Actual de Trauma Psíquico***

La primera teorización de Sigmund Freud acerca de qué es el trauma psíquico y cómo se origina, puede ubicarse a finales del siglo XIX; mientras que, su segunda teorización se ubica a principios de siglo XX. La concepción actual sobre el trauma psíquico que muestra la bibliografía como la evidencia de las entrevistas, continúa siendo equivalente a la segunda teorización freudiana.

La bibliografía actual, al igual que la segunda teorización de Freud, comprende que el trauma psíquico refiere a uno o varios sucesos que combinan factores situacionales y la incapacidad de la persona para ligar y descargar la intensidad, ya sea en la conducta o en el cuerpo, y que exigen una gran elaboración por parte de éste a fin de restablecer el equilibrio energético, lo cual produce un conflicto psíquico que se manifiesta en un estado de angustia y conmoción duradera (Abatángelo & Yaser, 2012; Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Maladesky, 2012; Walker, 2010). Se mantiene en la práctica clínica actual, la comprensión del trauma psíquico desde una perspectiva multifactorial, es decir, desde las series complementarias (Walker, 2010). Freud modifica la teoría de la seducción como detonante de lo traumático, desplazando lo real pero sin desestimarlos, ya que, en su segunda teorización la vivencia de lo real se significa desde la fantasía y el efecto traumático se presentará a



posteriori reactivado por un nuevo evento (Benseñor, 2010; Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Rivas, 2012). Actualmente, esta concepción continúa en vigencia en tanto que se entiende que el trauma psíquico se basa en un evento dañino que el psiquismo del sujeto no ha podido tolerar y que produce manifestaciones clínicas, vivenciándolo con una cualidad presente, aunque sus comienzos datan desde las vivencias infantiles (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Pignatiello, 2006). Se comprende, entonces, que además de los dos grupos de factores explicitados en las series complementarias, el trauma psíquico en la concepción actual mantiene la característica de los dos tiempos, es decir eventos de la infancia que se resinifican en un tiempo a posteriori (Benseñor, 2010; Maladesky, 2012).

Como se ha mencionado anteriormente, actualmente se enfatiza en el estado emocional que se presenta en una persona que ha vivenciado un trauma psíquico. Es por esto, que la bibliografía actual recomienda que se cuente con un encuadre seguro, ya que, se pueden despertar afectos incontrolables como la angustia, el enojo y el desamparo, y también fantasías provocadas por la experiencia traumática (Walker, 2010). Dicho encuadre, tendrá una función continente de estos afectos e imágenes, y a partir de allí poder comenzar a ordenar y trabajar analíticamente su trauma psíquico (Walker, 2010).

El Psicoanálisis entiende que el trauma psíquico reprimido, es decir, no evocable, resurge en síntomas psíquicos o en síntomas corporales de origen psicógeno, constituyendo las manifestaciones clínicas de un compromiso ante el conflicto intrapsíquico provocado por dicho trauma (Walker, 2010). A partir de la evidencia clínica, se ha teorizado que los tatuajes comprendidos como un fenómeno actual, podrían ser comprendidos desde esta perspectiva: provocan una alteración en la piel que sería directamente proporcional a la profundidad de la herida psíquica, ya que funcionan como un pasaje de la compulsión a la repetición descrita por Freud en el siglo anterior, a la creación como una actividad productiva, más que como una cicatriz graficada (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Catz, 2011). Entonces, si se tiene en cuenta que detrás del tatuaje, puede haber contenido de un trauma psíquico o de una catástrofe, que reclama ser descubierto, representado e inscripto por primera vez, el objetivo del análisis será que se transformen para la persona en una narrativa con significación, posible de ser elaborada (Catz, 2011).

En la segunda teorización freudiana, se evidencia una imposibilidad de la persona de reelaborar el trauma psíquico mediante la palabra, ya que, el terreno en donde se desarrolla es lo inconsciente (Marucco, 2015). La importancia de la simbolización radica en que es una función que posibilita la representación y el registro basado en el lenguaje que conlleva signos y significaciones que son determinantes para el sujeto (Andreuccio Annunziata, 2010;

Marucco, 2015). Por lo tanto, el término de lo simbólico aparece aquí con gran fuerza intentando relacionar el inconsciente con el lenguaje, respetando el tiempo de proceso que requiera simbolizar aquello que se encuentra reprimido y su relación con el evento traumático, en la situación analítica (Andreuccio Annunziata, 2010; Marucco, 2015).

En la bibliografía actual, si bien se mantienen las series complementarias y el rol de la realidad intrapsíquica, se agrega otro elemento: el vínculo (Bohleber, 2000; Álvarez, 2012). Como se ha visto la génesis del trauma psíquico comienza en la niñez, y se registra un sufrimiento psíquico cuando las respuestas de otros significativos proveedores de protección (los padres por ejemplo) son ineficaces por exceso o por carencia (Winnicott, 2002; Maladesky, 2012). Este fenómeno fue denominado experiencias de desvalimiento y desamparo que no permiten que el niño cuente con la posibilidad de simbolizar (nivel verbal), hecho que de estar disminuiría la intensidad de las vivencias traumáticas (Benseñor, 2010; Maladesky, 2012). Actualmente, es necesario entonces comprender los traumas de desamparo que provocan sufrimiento psíquico en el niño por una acumulación de carencias afectivas provenientes del ambiente y sus vínculos, las cuales generan una vivencia traumática que se cristalizaría en su psiquismo (Benseñor, 2010). Asimismo, se debe comprender que los niños en el siglo XXI se encuentra atravesados por múltiples manifestaciones de violencia como son los atentados terroristas, los secuestros, las muertes sin sentido, las crisis sociales y económicas, la modificación de la concepción familiar, entre otras, a las cuales tiene acceso no sólo por potencialmente poder vivenciarlas, sino por los medios de comunicación (Benseñor, 2010).

La concepción actual que además de contemplar las series complementarias y la fantasía, incluye los vínculos y el ambiente, está influenciadas por la teoría de Winnicott y otros autores que adhieren a esta corriente de pensamiento, en donde el estado de inmadurez del psiquismo del niño requiere de otro significativo suficientemente bueno que pueda simbolizar los impactos de lo real (Winnicott, 2002; Walker, 2010). Por lo tanto, lo traumático se construirá sobre una base en la que los modelos de relación vincular no hayan podido inscribir y resignificar la vivencia traumática (Winnicott, 2002; Benseñor, 2010). Continuando en esta línea, si el trauma psíquico contiene un elemento de algo que es demasiado para tramitar por la persona, y se incluyen sus relaciones vinculares de la niñez, la posibilidad de elaboración debe ser otorgada desde fuera, para que luego el paciente pueda

superar aquellas limitaciones intrapsíquicas que no le permitieron elaborarlo (Bohleber, 2000)<sup>3</sup>.

Por último, la bibliografía actual destaca que las estructuras psicopatológicas freudianas producto del trauma psíquico continúan observándose en la práctica clínica actual, aunque ésta requiere que los profesionales consideren los cambios socioculturales que determinan la psicopatología, y sobretodo, la dimensión vincular que ha adquirido un papel determinante en la causación (Álvarez, 2012). De esta manera, las nuevas presentaciones psicopatológicas, solicitan que la práctica clínica realice una integración entre la teoría y las nuevas investigaciones que dan cuenta de este nuevo fenómeno clínico (Álvarez, 2012).

### **6.3. Técnica Psicoanalítica**

La psicoterapia psicoanalítica es una forma de psicoterapia que implica un método de tratamiento en donde se abordan, entre otros, los fenómenos patógenos provocados por un trauma psíquico, utilizando medios psicológicos basados en los principios teóricos y técnicos del Psicoanálisis, conformando un conjunto de herramientas y procedimientos técnicos (Laplanche et al., 2004).

#### **6.3.1. Evolución de la Técnica Freudiana**

El Psicoanálisis transitó por una serie de modificaciones en su técnica y aplicaciones. Sin embargo, el fundamento se mantuvo a lo largo de las diferentes técnicas, siendo éste el método catártico. Según Laplanche et al. (2004), este método consiste en una catarsis en la que el sujeto podrá evocar y revivir las vivencias traumáticas que lo han atormentado y que se encuentran ligadas a los afectos patógenos, a partir de la abreacción o descarga adecuada de los mismos. En sus comienzos, el método catártico se implementaba a través de la técnica de la hipnosis: el analista inducía al sujeto a la rememoración de la vivencia traumática, reintroduciendo en la conciencia estas experiencias que habían sido olvidadas y evocando los afectos patógenos expresados en palabras (síntomas), en donde el enfermo tomaría conocimiento del nexo causal entre ambos de manera clara y convincente (Freud, 1992c). Por lo tanto, la eficacia terapéutica de la hipnosis se justificaría porque era funcional a la primera teorización de trauma psíquico<sup>4</sup>. Sin embargo, cuando el Psicoanálisis se propuso aplicar esta técnica a una mayor cantidad de enfermos, se encontró con dos obstáculos: la práctica clínica

---

<sup>3</sup> Se mantiene la segunda teorización freudiana a la cual se agrega la dimensión vincular.

<sup>4</sup> Ver apartado de Trauma Psíquico.

evidenció que no todos eran hipnotizables; y en relación a lo primero, no todos los enfermos tenían síntomas inequívocamente histéricos sino que presentaban síntomas pertenecientes a otros caracteres clínicos (Freud, 1992c). Tales hallazgos, obligaron a abandonar la hipnosis, ya que se buscaba erradicar la enfermedad psíquica de raíz, mediante una técnica que tuviera fuerte valor causal y que evitara que se generaran nuevos síntomas, reemplazándola por la sugestión, la cual se auxilió del procedimiento de la presión de la mano sobre la frente del enfermo (Laplanche et al., 2004).

En relación a la primera teorización de trauma psíquico, el no recordar de los enfermos o el poseer un recuerdo borroso y escasamente inteligible, era el punto de partida para la implementación de la sugestión, por lo tanto, la función del analista al aplicarla, era asegurarles a estos pacientes que, en realidad, sí lo sabían (Freud, 1992c). A partir de esta reiteración insistente, el analista buscaba que los enfermos se concentraran; como consecuencia, brotaban nuevos y remotos recuerdos (Freud, 1992c). Sin embargo, implicaba un esforzar tanto para el analista como para el enfermo, costando empeños hacer salir a la luz las representaciones patógenas porque estaba causado por una fuerza de carácter resistente que contrariaba el devenir-consciente (recordar) y, que, por medio de la técnica, debía superarla (Freud, 1992c). Esta hipótesis conduce a que la fuerza psíquica de la cual ahora se había tomado conocimiento, podría haber sido la que operó en la causación de la patología -la resistencia- (Freud, 1992c).

Freud obtuvo evidencia de las fallas de otros analistas que entendían que los enfermos padecían como resultado de su ignorancia, y que sólo tendrían la posibilidad de sanar, si se les comunicara (sobre la trama causal entre su vida y su enfermedad, sobre sus vivencias infantiles, sobre su sexualidad, entre otros) (Freud, 1991a). Sin embargo, en *Sobre el Psicoanálisis Silvestre*, se explicitó que el factor patógeno era el fundamento de este no-saber constituido por resistencias que fueron las que primero ocasionaron la patología, y que en la actualidad la mantienen (Freud, 1991a). Por lo que, este no saber, afirma Freud (1992b), era en realidad un no querer saber de carácter más o menos consciente, y por lo tanto, la meta terapéutica consistirá en vencer esa resistencia a asociar, a fin de orientar la atención del enfermo en la búsqueda de representaciones patógenas. En la sugestión por presión se le anticipaba al enfermo que se llevaría a cabo una presión sobre su frente y se le preguntaría “¿qué ha visto usted? o ¿qué se le ha ocurrido?”, él tendría en su conciencia un recuerdo, ya sea en forma de imagen o pensamiento, y se comprometía a comunicarle esta ocurrencia, sin posibilidad de reservársela en su privacidad por juzgar que no es lo buscado o que le resulta desagradable reproducirlo (Freud, 1992c).

La eficacia de esta técnica, radica en que el analista disocia la atención del enfermo de su meditación consciente y que, en realidad, lo que emerge no son los recuerdos genuinamente patógenos, sino alguna representación que está apronta en las cercanías y forma parte de la cadena asociativa, constituyendo el punto de partida de una nueva serie de recuerdos, señalando el camino hacia la representación auténticamente patógena (Freud, 1992c). No obstante, Freud comenzaba a identificar límites en esta técnica porque solamente con indicarle al enfermo “usted lo sabe, debe decirlo” y esforzarlo, no obtenía los resultados terapéuticos buscados, no era capaz de impulsar recuerdo alguno (Freud, 1992c). El fracaso de dicha técnica se observó a partir de tres circunstancias bajo el imperio de la resistencia: a) en el lugar en donde el analista promovía la búsqueda de representaciones patógenas, en realidad, no hubiera nada que inteligir; b) la resistencia propiamente dicha, que remitía a un estrato en el que todavía no se podía penetrar y que sólo, más tarde, se podría sortear con un gran esfuerzo; c) el vínculo del enfermo con el analista se veía perturbado y consecuentemente desaparecía la buena disposición del enfermo para aplicar la técnica (Freud, 1992c). Fueron estos elementos los que llevaron a Freud a construir su noción de transferencia en el análisis como elemento determinante en la cura (Botella, 2011).

Como todo curso de evolución, Freud terminó por abandonar la sugestión por presión y comenzó a implementar la técnica de la asociación libre, y su surgimiento no puede separarse de la interpretación de los sueños, donde si bien la técnica no estaba definida de manera acabada, había comenzado a aplicarla (Freud, 1991c). La finalidad de la cura, es decir, la descarga de los afectos, se mantenía a pesar de los cambios en la técnica; sin embargo, el método catártico dejó de ser el fundamento de los preceptos técnicos, aunque no desapareció por completo (Laplanche et al., 2004). Esto se debe a que, tal como se evidencia en *Estudios sobre la histeria*, la evolución de la técnica se sigue de una modificación en la noción de la cura, en donde la intervención de la transferencia (obstáculo de la resistencia), genera que el trabajo elaborativo comience a ser el eje de los procedimientos técnicos (Botella, 2011; Freud, 1992b). Como consecuencia, la asociación libre se erige como centro de la técnica psicoanalítica y se la encuadró como el precepto de la regla analítica fundamental. Los cambios en la técnica y su implementación, entonces, dan cuenta de que el analista no sólo debe entrenarse en habilidades y destrezas para aplicarla, sino que cada nuevo caso clínico lo expondrá ante su singularidad y la creatividad que posea para aplicar esa técnica (Arroyo Guillamón, 2017).

Con la asociación libre, surge el concepto de atención parejamente flotante, que consiste en prestar vigilancia a todo cuanto el paciente comunicaba y a no centrarse en

ningún elemento en particular de esa comunicación (Freud, 1991b, 1991c). Esta indicación apareció entre líneas, en el historial de tratamiento de pequeño Hans (Freud, 1992a). Asimismo, Freud (1991c), propuso que este recurso de fijarse en todo por igual, era exigido al paciente, a quien correspondía también referirse a todo el material que se le ocurriese y comunicarlo sin selección ni críticas. Se observa, entonces, que la técnica deja de ser un procedimiento impuesto sólo al paciente a través de la asociación libre, ahora el analista también debe obedecer a determinadas reglas (Botella, 2011). La atención flotante, ahorró un arduo trabajo al analista cuando tenía a cargo el tratamiento de muchos pacientes, y evitaba que el analista incurriera en el error de elegir elementos entre el material que ofrecía el paciente, debido a que el profesional podía, en esa selección, responder a sus propias inclinaciones lógicas o afectivas (Freud, 1991f). Por lo tanto, el inconsciente del analista se concibe como un órgano receptor que está exento de la selección dañina y que no tolera resistencias que aparten de su conciencia el material que se revela ante sí (Freud, 1991f). Este órgano receptor actúa a los fines de discernir el inconsciente del paciente a partir de todo cuanto se le comunique: “No se debe olvidar que las más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad discernirá.” (Freud, 1991c, p. 112).

Freud, en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (Freud, 1991f), manifiesta que para que el analista se valga de la atención flotante y su inconsciente funcione como órgano receptor, se requiere que él mismo realice su propio análisis: “el que pretenda llevar a cabo análisis en otros debe someterse antes a un análisis con un experto” (p. 116). Aquello producirá que el analista se anoticie de los complejos que habitan en su propia persona y que son los que podrían movilizarlo a seleccionar o desfigurar el material que el paciente comunica (Borensztein & Saiz de Finzi, 2012; Freud, 1991f). Asimismo, Freud aconsejó en *Sobre la iniciación del tratamiento* (Freud, 1991f), que al aceptar un paciente, se lo hará provisionalmente por unas semanas como período de prueba diagnóstica y obedeciendo a la regla fundamental del Psicoanálisis, de manera tal que si se debe interrumpir el tratamiento, se le ahorrará al paciente la experiencia de un intento de cura frustrado (Freud, 1991f).

El tiempo y el dinero son otros dos elementos importantes en el trabajo analítico que constituyen el encuadre. En referencia al tiempo, cada paciente tendrá asignado un horario de sesión, éste le pertenece aunque decida no utilizarlo, con duración de una hora, y también días a la semana, incluyendo los días sábados (Freud, 1991f). En cuanto a la duración total del tratamiento, se debe tener en consideración la proporción entre tiempo, trabajo y resultado, pero siempre se extiende por períodos más prolongados de los que esperaba el

paciente; por esto, se torna relevante esclarecerle esta cuestión previamente a que decida iniciar el tratamiento y que no se vea afectada su perseverancia en el mismo (Freud, 1991f). En cuanto al dinero, Freud ha observado que además de conformar un medio de sustento para el analista y la recompensa por su trabajo, coparticipa con poderosos factores sexuales, por lo tanto, se recomienda al analista tratar el tema de los honorarios con sinceridad y espontaneidad, demostrando cómo ha soslayado toda falsa vergüenza aplicables a lo monetario y a lo sexual (Freud, 1991f). Por estos motivos y por las resistencias del paciente, el analista tiene derecho a negar asistencia gratuita, a no dejar que se acumulen grandes sumas de dinero en deuda y cobrar en plazos regulares sus honorarios (Freud, 1991f). Al tiempo y al dinero, debe sumársele el uso del diván. Los motivos por los cuales se decide conservar su uso, son los siguientes: que el analista no debe estar bajo la mirada fija de muchos pacientes durante el día; que el paciente no se vea influido por los gestos del analista y no se contamine la transferencia; que la transferencia reste aislada y que cuando sea pertinente se la subraye como resistencia (Freud, 1991f).

La asociación libre promueve como meta la superación de las resistencias y el hallazgo de lo inconsciente (Freud, 1991a). La transferencia, si bien no es un concepto netamente técnico, en algunas de sus formas, actuaría como la más fuerte resistencia, entonces el trabajo con la misma produce necesariamente efectos sobre la cura (Freud, 1991f). La transferencia da cuenta de que en los pacientes existirían dos tipos de libido <sup>5</sup>: una susceptible de conciencia, donde las mociones libidinales están puestas en la realidad objetiva; y otra, donde las mociones libidinosas se encuentran apartadas de la realidad objetiva, no son susceptibles de conciencia todavía debido a que se han detenido en una fase del desarrollo y que, por lo tanto, han permanecido en lo inconsciente (Freud, 1991f). Ésta última, se traduce en representaciones-expectativa libidinosas, nombre que manifiesta la insatisfacción de dichas mociones y que lógicamente se volcarán hacia cada nueva persona que se presente en la vida del paciente, siendo una de ellas, la persona del analista (la transferencia sobre el analista está conformada por ambas porciones de libido consciente e inconsciente) (Freud, 1991f). Si las mociones libidinales que han permanecido inconscientes y detenidas en una fase del desarrollo son alcanzadas por el análisis y éste se propone encauzarlas a la realidad objetiva y hacerlas conscientes, estalla un combate, ya que, la fuerza que mantuvo a la libido en fases anteriores, es decir, las que permitieron la regresión, ahora se manifiestan como resistencias (Freud, 1991f). Entonces, cuando se encuentra próximo a un

---

<sup>5</sup> Ver apartado de Trauma psíquico.

complejo patógeno, la parte de éste que es susceptible de ser transferida se manifiesta en la consciencia como una ocurrencia, pero la otra parte defiende a la primera tenazmente, de manera tal que se manifiesta en resistencia debido a que el contenido que se debe comunicar es una moción de deseo prohibida ante la misma persona sobre quien esa moción recae y se detienen las ocurrencias (Freud, 1991f). Este proceso se repite en innumerables oportunidades durante el análisis y plantean la situación de que todos los conflictos patógenos deben, inevitablemente, solucionarse en el terreno de la transferencia (Freud, 1991f).

Sin embargo, la transferencia se distingue en positiva –de sentimientos tiernos susceptibles de conciencia o eróticos inconscientes- y una transferencia negativa –de sentimientos hostiles-, ambas se pueden manifestar de manera simultánea sobre el analista, y ha sido denominada como ambivalente (Freud, 1991f). La transferencia sobre la persona del analista funciona como resistencia cuando es de tipo negativa o positiva de mociones eróticas (Freud, 1991f). Cuando la transferencia es positiva de mociones eróticas lo que se produce es que el paciente se enamora del analista y no se recomienda ninguno de los siguientes desenlaces debido a que atentarían contra la moral civil y ética médica: la unión legítima y permanente; abandonar el trabajo iniciado lo cual provocaría que este fenómeno se repita con otra persona; la unión ilegítima (Freud, 1991f). Entonces, ¿qué hacer? El analista se valdrá de la abstinencia, en donde denegará la demanda de satisfacción y correspondencia del paciente, y se abstendrá de apaciguarla a partir de subrogados (Freud, 1991b). Aplicando el recurso de la abstinencia, el analista permitirá al paciente la subsistencia de estas necesidades como fuerzas de trabajo pulsionales, tratándolas como una situación no real por la que se atraviesa en la cura (Freud, 1991b). Por lo tanto, el analista las orienta hasta su origen inconsciente, provocando que el paciente traiga a la consciencia eso reprimido y, por lo tanto, gobernarlo (Freud, 1991f; Thompson et al., 2005). Como consecuencia, el paciente podrá traer a la consciencia los fundamentos infantiles de su amor, y conjuntamente con la capacidad de tolerancia y paciencia del analista, podrá realizar el trabajo de elaboración que conduce a la cura, o por lo menos, superar dicha situación (Freud, 1991b; Roitman Woscoboinik, 2010).

Retomando la técnica de la asociación libre y de la interpretación, valiéndose de los recursos de atención parejamente flotante y abstinencia, se podrá observar que la transferencia no pierde importancia, porque la interpretación de la misma si bien es una habilidad del analista, no es para él un conocimiento, ya que desde su propio desconocimiento es que el analista se aproxima al contenido inconsciente del paciente (Arroyo Guillamón, 2017). Cuando se comunica al enfermo sobre su inconsciente, lo cual hará que el conflicto psíquico se agudice, será necesario el cumplimiento de dos condiciones:



que el paciente esté por él mismo próximo a arribar a lo inconsciente y la transferencia haya llegado a tal punto que imposibilite una nueva fuga a la enfermedad (Freud, 1991a).

Cumplidas estas dos condiciones, la comunicación de lo inconsciente generará efecto y el paciente podrá sortear el no-saber que actuaba como resistencia.

En otro punto los fenómenos transferenciales se relacionan con los preceptos técnicos de la regla psicoanalítica fundamental, ahora en relación al paciente. Las mociones inconscientes, detenidas en una fase del desarrollo, no quieren ser recordadas como el análisis lo exige, entonces, el paciente atribuye condición presente a éstas y quiere actuarlas sin atender a las demandas de la realidad objetiva (Freud, 1991f). De manera simultánea, se halla la insistencia del analista en insertar esas mociones inconscientes en la trama del análisis en forma cognitiva y otorgarles valor psíquico (Freud, 1991b). Es decir, el paciente quiere actuar y el analista discernir psíquicamente, por lo tanto, se desarrolla una lucha entre el intelecto y vida pulsional (Freud, 1991f). No obstante, contrariar el querer actuar del paciente en el terreno de la transferencia implica un gran esfuerzo al analista, pero no debe olvidarse que es necesario e indispensable para el trabajo analítico, debido a que “nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*” (Freud, 1991c, p. 105).

A este respecto, la comunicación del analista al paciente sólo debe hacerse cuando se haya establecido una transferencia operativa, es decir, un *rapport* en regla donde el paciente esté próximo a ello y pueda él mismo apoderarse de esa comunicación, de manera tal que se eliminan sus deseos sobre la comunicación inmediata de los significados una vez que el analista los descubrió (Freud, 1991f). En la práctica clínica, se ha comprobado que poner en conocimiento al paciente sobre las pruebas y noticias de su trauma, no contraía ningún éxito, ha puesto fin al tratamiento antes de arribar a la cura o el paciente conociendo su vivencia traumática se comportaba como si no supiera nada (Freud, 1991b; Roitman Woscoboinik, 2010). Esto se debe a que el paciente, sabe sobre su vivencia traumática, pero de lo que no tiene noticia es de la conexión con lo reprimido (recuerdo inconsciente) (Freud, 1991f).

Para el paciente el olvido de las vivencias traumáticas, más bien es un bloqueo del devenir consciente de aquellas, ya que, en verdad lo ha sabido siempre, pero no lo recuerda, a veces por la intervención de recuerdos encubridores (Baranger, Baranger, & Mom, 1988; Freud, 1991f). En general, no recuerda nada de lo olvidado –y reprimido–, sino que lo actúa, es decir, el contenido es reproducido como acción, sin saber conscientemente que lo hace (Freud, 1991f), pero lo novedoso es que lo que repite no es idéntico a lo pasado, debido a que produce efectos en un contexto actual y con la persona del analista, y es diferente a aquel que había sido generado en el pasado (efecto retardado) (Baranger et al., 1988; Sapisochin, 2011).

Es en función de la cura, porque en la clínica sucede que el paciente aunque es obligado a cumplir la regla psicoanalítica fundamental (comunicar todo cuanto se le ocurra sin crítica), en realidad, no sabe qué comunicar, no se le ocurre nada (Freud, 1991f). Dicho fenómeno no es más que la repetición de la resistencia a recordar, y de esta compulsión a la repetición se servirá el paciente en las primeras etapas del tratamiento porque, de hecho, es su manera de recordar (Freud, 1991b; Leguizamón, 2010). La transferencia es una pieza de repetición, pero no sólo sobre la persona del analista, sino sobre las situaciones, actividades y vínculos de la vida presente también (Freud, 1991b; Leguizamón, 2010; Marucco, 2007). Comprendido aquello, la cura requiere que el paciente se entregue a la compulsión a la repetición en el terreno de la transferencia, ya que, en estos primeros momentos la repetición sustituye al recordar porque todavía es sostenido por la resistencia (Freud, 1991f). El paciente repite todo aquel material que surge desde la fuente de lo reprimido y que la resistencia lo conduce a ser actuado (Baranger et al., 1988; Freud, 1991f). Entre los materiales actuados, fundamentalmente, interesa la repetición de sus síntomas a los fines de la cura (Leguizamón, 2010). Éstos no pueden entenderse como de carácter pasado aunque podamos situar su surgimiento allí, sino que la manifestación de dichos síntomas poseen carácter actual (Freud, 1991f). Por esto, el trabajo del analista será, mientras el paciente vivencia los síntomas como algo presente, reconducir al pasado para lograr el verdadero recordar, y eliminar la compulsión a actuar (Freud, 1991b; Maladesky, 2012).

La compulsión a la repetición se da en las primeras etapa del trabajo analítico, entonces el analista se dispondrá a trabajar con gran esfuerzo de manera tal que el paciente retenga en el ámbito psíquico todo aquello que querría expresar en el plano de la acción y pueda tramitarlo mediante el recuerdo, es así que se habrá conseguido un avance en la cura (Baranger et al., 1988; Freud, 1991f). El punto central en la angustia como afecto es que se considera que es la repetición de la vivencia traumática que ha sido significativa (Freud, 1991b, 1992e). Aquí vuelve a destacarse la importancia de la transferencia en la conducción de la cura, ya que, cuando ésta se ha vuelto viable le impide al enfermo reproducir en la acción el material, y lo conduce a exponerlo para el trabajo terapéutico (Freud, 1991f). Como consecuencia, se produce una nueva significación de los síntomas que el paciente actúa en transferencia, y se genera una neurosis de transferencia: un estado de enfermedad artificial de carácter provisional y totalmente asequible a la labor del analista, lo que lo hace ser un lugar intermedio entre la enfermedad y la cura, y que funciona al servicio del trabajo terapéutico en el tránsito de la primera a la segunda (Freud, 1991b; Roitman Woscoboinik, 2010). La neurosis de transferencia permite el despliegue del siguiente proceso: de la compulsión a la

repetición que se expresa en la transferencia, se conduce al recordar, y vencidas las resistencias, se despierta el recuerdo con facilidad (Freud, 1991f). No obstante, poner al descubierto las resistencias y comunicárselas al paciente ya que él no las discierne, no produce en sí mismo un efecto, ni las elimina por completo, sino que se vuelve necesario que el paciente obedezca a la regla psicoanalítica fundamental de manera tal que de acuerdo a su ritmo se acerque a las resistencias y pueda reelaborarlas (Freud, 1991f).

La reelaboración consiste en el trabajo que realiza el aparato psíquico ligando las impresiones traumáticas, integrando la interpretación y superando las resistencias (Botella, 2011). Conlleva un gran trabajo al paciente y pone a prueba la capacidad de paciencia del analista. Sin embargo, es el fenómeno que produce el mayor triunfo en el tratamiento psicoanalítico (Freud, 1991f). De esta manera, el efecto sobre la salud refiere a que el paciente resignifique sus experiencias, asociándolas y elaborándolas, lo cual lo posiciona de una manera diversa ante sus síntomas, aliviándolos (Thompson et al., 2005). Así quedan establecidos, en términos generales, los tres grandes fenómenos en la conducción de la cura: repetir, recordar y reelaborar, sin olvidar la transferencia, claro; a través de la asociación libre y la interpretación.

#### ***6.4. Concepción Actual de la Técnica Psicoanalítica***

La evolución de la técnica psicoanalítica no finalizó con la teorización de Sigmund Freud. Actualmente, se evidencia que los psicoanalistas adoptan los preceptos fundamentales que constituyen este tipo de técnica, aunque se observan la introducción de nuevos conceptos que la complejizan (analista como potencialidad libidinizante, reforzamiento de capacidades yoicas, amistad de transferencia y la importancia contratransferencia) y modificaciones respecto al encuadre (necesidad de flexibilización). Dichos conceptos se explican a continuación.

Con la asociación libre como técnica fundamental del Psicoanálisis, cobra importancia el proceso de simbolización en el trabajo analítico, ya que cuando un sujeto ha vivido un evento traumático, la palabra se encuentra bloqueada en su formulación por el sufrimiento que el mismo conlleva (Abatángelo & Yaser, 2012; Andreuccio Annunziata, 2010). Cuando se le indica al paciente que comunique todo aquello que se le ocurra sin reservas (asociación libre), lo que se busca es que el analista opere sobre el discurso del paciente, y de esta manera, podrá configurar otro discurso, el contenido que se encuentra sepultado en el inconsciente (Benveniste, 1991; Andreuccio Annunziata, 2010). En relación al encuadre, actualmente se lo concibe como receptáculo de lo originario (de la incapacidad

de poner palabra y de las vivencias infantiles) definiendo límites y prohibiciones, y poseyendo como función principal la contención, la cual habilitará la capacidad de simbolización, es decir, permitirá que el paciente pueda formar un pensamiento y adjudicarle palabra (Kaës, 2010).

En el proceso de repetir, recordar y reelaborar, se ha planteado como primer paso la dimensión de la acción. La repetición en acto del paciente, que ha planteado Freud y que se sostiene en la actualidad, se configurará entonces cuando el analista le comunique la regla fundamental del Psicoanálisis. Ante la resistencia, el paciente manifiesta que no se le ocurre nada, entonces se escenifica la puesta en acto del inconsciente y lo no recordado, configurándose la compulsión a la repetición en la transferencia como un efecto necesario del dispositivo analítico (Abatángelo & Yaser, 2012; Krakov, 2010). Premisa que se sustenta en que el actuar es un modo de expresión y vía de comunicación del contenido inconsciente en el que los procesos psíquicos imponen un efecto sobre lo corporal-motriz (Abatángelo & Yaser, 2012; Baranger et al., 1988; Krakov, 2010), el paciente vivencia y repite aquello que le sucedió en la infancia (Maladesky, 2012). La bibliografía actual plantea que este actuar se comprende desde una perspectiva vincular en dos puntos: se despliega en la transferencia, en donde el analista deberá posicionarse en diversos lugares en los que el paciente lo demande; y en la repetición el paciente comienza a recordar vínculos con otros en relación a su trauma psíquico (Krakov, 2010) y a partir de la cual, comienzan a emerger pulsiones que estaban fijadas en estructuras previas del psiquismo (Leguizamón, 2010).

El concepto de repetición se ha complejizado, y actualmente se comprende el funcionamiento de este fenómeno en su accionar. La bibliografía actual plantea tres niveles de análisis, uno de ellos equivale a la teorización de Freud sobre la compulsión a la repetición, y aquello que se repite son las experiencias traumáticas, que no han podido ser tramitadas mediante la palabra y como consecuencia, no han sido ligadas a una representación (Marucco, 2007). Se registra el concepto de “anemia psíquica” para definir las dificultades del paciente para aplicar la asociación libre y su tendencia a actuar (Maladesky, 2012). Respecto a cómo se repite, también equivale al contenido propuesto por Freud, y se plantea que es debido a lo irrepresentado expresando los traumas preverbales que han tenido lugar en los primeros estadios de evolución del psiquismo (Marucco, 2007). Se introduce a la complejización de los preceptos técnicos fundamentales, el concepto de potencialidad libidinante por parte del analista, ya que, se entiende que éste a través de la repetición del paciente en el terreno de la transferencia, encontrará el emerger pulsional en su potencialidad

traumática, pero también en su disponibilidad como portador de nuevos enlaces y resignificaciones (Marucco, 2004; 1998).

Junto a la asociación libre, Freud menciona que el analista se servirá, entre otros, de la transferencia, la abstinencia y la atención flotante para así escuchar las comunicaciones del paciente sin realizar selecciones o recortes. Actualmente, dichos recursos son mantenidos por los psicoanalistas, ya que, comprenden que el analista adoptando la neutralidad y la escucha (Thompson et al., 2005), posibilita el transcurrir del discurso del paciente, permitiendo que, posteriormente, a través de sus intervenciones, se genere la entrada en análisis mediante la transferencia (Goldstein de Vainstoc, 2011; Neyraunt, 1976; Roitman Woscoboinik, 2010). La instalación de la transferencia en el análisis comienza cuando la angustia del paciente todavía no es acompañada de la compulsión a la repetición, aunque posteriormente tendrá posibilitada esta vía y el analista podrá comenzar a interpretar (Goldstein de Vainstoc, 2011). En este pasaje de la angustia a la repetición a través de la transferencia y la interpretación, se puede observar el posicionamiento inconsciente del analista ya que concibe el trauma psíquico como una realidad intrapsíquica, y su posición será más bien externa en función de guía hacia la cura analítica (Goldstein de Vainstoc, 2011).

La introducción del insight como parte del trabajo analítico incluye todos los sentidos del paciente (ver, escuchar, pensar y sentir), los cuales le permitirán salirse de la compulsión repetitiva no transformadora que mantiene al paciente en un estado de automatización, para a través del insight despertar y aprehender su problemática y trabajar en ella desarrollando sus potencialidades (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Marucco, 2015). La bibliografía actual, introduce intervenciones en las que busca reforzar dichas potencialidades e indicar al paciente los indicios de su crecimiento yoico, contribuyendo a consolidar en él la confianza en sus propios recursos (Akhtar, 2010; Fiorini, 2002; Kohut, 1999; Sánchez-Cardenas, 2010). Como consecuencia, se generan nuevas vías asociativas que amplían el conjunto representativo, lo que permite disminuir los efectos traumáticos pasados y los potencialmente futuros, disminuyendo la vulnerabilidad del paciente (Marucco, 2015), y generando un Yo más fuerte y con confianza en sí mismo capaz de aceptar y crear nuevas significaciones, concebidos como atributos de un *self* sano (Kohut, 1999).

Respecto al concepto de transferencia, la bibliografía actual muestra la importancia de la misma en tanto aspecto ético del Psicoanálisis, y resalta el cuidado que debe tener el analista al momento de comunicar una interpretación, ya que deberá tener en cuenta el nivel de receptividad mental y afectividad del paciente (Roitman Woscoboinik, 2010). Al igual que Freud, actualmente se considera a la transferencia como terreno donde realizar las

comunicaciones y prestando especial cuidado al estado en el que se encuentra el paciente, aunque se le otorga mayor importancia a la situación afectiva en la que puede ser recibida dicha comunicación. Con la neurosis de transferencia, se puede observar una equivalencia respecto a cómo Freud la entendía (una enfermedad artificial que podía ser manejada por el analista), y actualmente se la comprende como una situación intermedia entre la realidad y la ficción, un “como si” (Roitman Woscoboinik, 2010). La clasificación que utilizaba Freud para diferenciar las distintas formas de manifestación de la transferencia eran: positiva, negativa y erótica; actualmente, se introduce un nuevo concepto, el de amistad de transferencia como favorecedor del vínculo terapéutico, ya que, se manifiesta en el trabajo analítico en sesión como confortable y distendida (Kancyper, 2012). La amistad de transferencia consiste en una entrega franca y comprometida tanto del analista como del paciente, en donde el primero se convierte en una presencia confiable para el segundo, pero en donde se mantiene la asimetría propia del proceso analítico (Kancyper, 2012). Su valor clínico, consiste en que como consecuencia de la dinámica de sinceridad y confianza, suscita que el paciente haga consciente, acompañado del resto de los elementos del trabajo analítico, sus recuerdos reprimidos que habían permanecido inconscientes ya que provocaban gran sufrimiento psicológico (Kancyper, 2012).

Freud concentró sus esfuerzos en estudiar y teorizar la transferencia, quedando la contratransferencia un tanto relegada. Actualmente, se entiende que la contratransferencia es fundamental para el establecimiento y sostenimiento de un óptimo vínculo terapéutico (Álvarez, 2012), y ocupa un lugar central en la concepción de cura psicoanalítica (Bleger, 2012). En la contratransferencia el analista reflexiona sobre sus respuestas emocionales, lo cual requiere que trabaje desde su dimensión emocional sobre sus “partes enfermas”, tal como lo había planteado Freud conceptualizando los puntos ciegos del analista, en su propio análisis y supervisiones, para no contaminar al paciente de éstos (Arroyo Guillamón, 2017). La bibliografía actual destaca el valor de la contratransferencia en la práctica clínica utilizándola como un recurso y no considerándola como un obstáculo, por lo tanto se comprende que la transferencia y la contratransferencia poseen la misma importancia en la cura, ya que son dos elementos de la misma unidad que genera la relación interpersonal entre analista y paciente en el trabajo analítico (Berger, Karpel, & Lejbowicz, 2012; Borensztein & Saiz de Finzi, 2012; Roitman Woscoboinik, 2010).

Un concepto utilizado actualmente para unir a la transferencia y la contratransferencia, es el de hospitalidad. La hospitalidad incondicional refiere a una vinculación con el otro donde no se imponen condiciones ni se exige reciprocidad, se trata de

acoger a la otra persona (Derrida, 2000). La hospitalidad condicionada contempla la recepción de la otra persona de acuerdo a ciertas condiciones y exigencias, conformándose la dualidad anfitrión-huésped (Derrida, 2000). Dicha concepción aplicada al campo psicoanalítico, daría cuenta de que no hay analista sin paciente, y no hay paciente sin analista, y que para el vínculo analítico es necesario que el analista desee recibir al paciente y éste último quiera ser hospedado por el analista (Roitman Woscoboinik, 2010). Se entiende, entonces, que el trabajo analítico posee características de ambos tipos de hospitalidad, y sobretodo, del tipo condicionada debido al encuadre y sus elementos (Derrida, 2000; Roitman Woscoboinik, 2010). Aunque también se observa una fuerte influencia de la hospitalidad incondicionada, en tanto que el profesional es psicoanalista no sólo por su formación, sino en la práctica clínica misma junto al paciente (Roitman Woscoboinik, 2010).

En la actualidad, para mantener la vanguardia del Psicoanálisis como tratamiento eficaz en la cura de un trauma psíquico, se sostiene la importancia del análisis del analista definiéndolo como un análisis personal, que se vuelve a trabajar en los re-análisis y momentos de autoanálisis (Borensztein & Saiz de Finzi, 2012; Vázquez Guijo de Canovi, 2011). Dicha importancia se sustenta en el hecho de que no puede faltar la formación del analista porque él es justamente su propio instrumento de trabajo, y en el cual se presentan obstáculos como sus puntos ciegos que potencialmente o directamente perturban el trabajo analítico, pudiendo detener el proceso de la cura, perjudicando al paciente; como también, provocando una incapacidad de que el analista tome conocimiento y profundice sobre el contenido de su propio inconsciente (Borensztein & Saiz de Finzi, 2012; Vázquez Guijo de Canovi, 2011).

Asimismo, se destaca la importancia del análisis de formación. A partir de este recurso, el futuro analista aprenderá a servirse de la teoría, pero sin convertirse en un repetidor de la misma por inercia (Cabral, 2012). Se lo entiende como una abstinencia de teorización al momento de observar y escuchar en el trabajo analítico (Borensztein & Saiz de Finzi, 2012). Toda teoría posee el desafío de que sus seguidores o adeptos caigan en un fundamentalismo, el análisis de formación es una prevención a que el analista no quede retenido en lo teórico desde una posición creencial (Borensztein & Saiz de Finzi, 2012; Cabral, 2012). Asimismo, el análisis de formación promueve el cuestionamiento de la teoría, actuando como un indicador de consistencia que se ha adquirido a través de la práctica -y no sólo de la formación teórica- (Cabral, 2012).

Se evidencia el concepto de *outsider* que refiere a la legitimidad con que un analista sería capaz de utilizar las ideas de otra escuela, como “desde afuera” (Bernardi, 2011). Cada

caso clínico demuestra que, actualmente, un analista puede trabajar desde el Psicoanálisis, beneficiándose de intervenciones, técnicas o constructos teóricos de otra línea (Bernardi, 2011). El concepto de *outsider*, se entiende actualmente desde la perspectiva en la que cada sistema teórico, como lo es el Psicoanálisis, demanda ciertos niveles de coherencia con sus propias premisas, sin embargo, como ha sucedido y sucede, el trabajo clínico advierte al analista estar abierto a recurrir, en caso necesario, a técnicas o intervenciones adaptadas al caso (Bernardi, 2011).

Dicha plasticidad requerida al analista como un *outsider* respecto a las demandas de sus casos clínicos, también podrá observarse específicamente en el encuadre. El encuadre analítico en la actualidad se caracteriza por tener flexibilidad, aunque sin perder su especificidad (Álvarez, 2012; Libermann, 2011). Asimismo, con el concepto de hospitalidad condicionada (Derrida, 2000), la bibliografía actual plantea que el contrato que se establece en el encuadre conformado por analista-paciente se explicitan al comienzo del trabajo analítico, aunque puede modificarse de acuerdo a nuevas situaciones o generación de otros acuerdos (Roitman Woscoboinik, 2010). Asimismo, el Psicoanálisis debe tener en cuenta los efectos de la realidad social, económica y política en la que se desarrolla, ya que estos impactan directamente e indirectamente sobre la implementación de su método (Álvarez, 2012; Bleger, 2012). En paralelo a la demanda de flexibilidad que la práctica clínica actual necesita, es importante que se mantenga el fundamento del encuadre, ya que, como lo había planteado Freud en el siglo anterior, es una forma de cuidar tanto al analista como al paciente con un marco que respalde a ambos (Libermann, 2011). Se concluye que “el encuadre debe mantenerse como un espacio potencial de creatividad entre paciente y analista” (Libermann, 2011, p. 743).

Una nueva propuesta de encuadre deriva de los adelantos científicos-técnicos, a partir del cual se observan análisis a distancia vía teléfono o programas informáticos como Skype, entre otros (Álvarez, 2012; Roitman Woscoboinik, 2010). Si bien es considerado como un recurso posible, se destaca que generalmente contiene carácter de excepción, y que se recomienda que esté precedido por un encuentro analítico *in situ* donde se haya podido profundizar en un vínculo transferencial (Roitman Woscoboinik, 2010). Dicho enunciado puede aplicarse a las supervisiones o análisis de control (Roitman Woscoboinik, 2010).

Como símbolo representativo de la terapia psicoanalítica y su encuadre, se encuentra el diván, el cual remite a la técnica fundamental de la asociación libre y que provoca la atención flotante del analista, en donde se investiga el inconsciente (Ahumada, 2010). El uso del diván favorecería que el paciente alcance una mirada interior a partir de los elementos que



se manifiestan en la transferencia, a partir de la restricción del contacto visual ubicándose el analista detrás del diván (Ahumada, 2010). Desde el siglo XX, época donde se sitúa el surgimiento del Psicoanálisis y su defensa por su singularidad, encuentros de alta frecuencia, las interpretaciones y la abstinencia (Thompson et al., 2005), se registraron múltiples cambios socioculturales a una velocidad inconmensurable y el impacto que los mismos conllevaron (Ahumada, 2010; Álvarez, 2012; Berger et al., 2012). Entre ellos, se destaca una cierta intolerancia al encuadre psicoanalítico clásico, bordeando una reacción terapéutica negativa (Ahumada, 2010). A este respecto, se evidencia una fusión entre el uso del diván y un nuevo tipo de terapia psicoanalítica cara a cara, denominada psicoterapia de orientación psicoanalítica (Ahumada, 2010). En adición, la implementación de tratamientos a niños, familias y grupos, y el trabajo en instituciones, condujeron a un trabajo analítico sin diván, y por lo tanto, cara a cara (Ahumada, 2010). Como consecuencia, el símbolo representativo ya no sería el diván, sino que se debería encontrar otro que dé cuenta de la naturaleza del trabajo analítico, es decir, la escucha del inconsciente, aunque un símbolo que represente tal fenómeno debería ser abstracto (Ahumada, 2010).

## **7. IMPLICANCIA CLÍNICA DEL POSICIONAMIENTO DEL ANALISTA RESPECTO A SU CONCEPCIÓN DEL TRAUMA PSÍQUICO**

En el apartado de trauma psíquico se conceptualizaron los principales factores que intervienen para la contracción de la enfermedad psíquica, considerándolos en las series complementarias y conformando la segunda teorización de trauma psíquico propuesta por Freud. Asimismo, en el apartado de técnica psicoanalítica se ha podido explicitar la evolución que ha sufrido la misma, quedando constituidos los principales preceptos técnicos psicoanalíticos, considerando entre ellos el encuadre. Ahora bien, se hace necesario entonces, analizar cómo a partir de su técnica el analista interviene terapéuticamente en el trauma psíquico dando cuenta de cómo es su concepción del mismo.

El tema del abuso sexual fue de gran interés para Freud en el estudio del trauma psíquico. En un primer momento, el autor ubica la causación en los actos de seducción que había sufrido el niño y posteriormente olvidado, por lo tanto, el trauma psíquico sería en realidad un trauma sexual infantil (Rivas, 2012). El carácter traumatizante, estaría dado porque el acto de irrupción es recibido por un niño que se encuentra todavía en un estado de inmadurez, y sus efectos serían aun más patológicos si la seducción proviene de un miembro de su familia (Rivas, 2012). Es por esto que la bibliografía actual destaca la introducción de la trama vincular para la comprensión del trauma psíquico. Aquí se puede vislumbrar que la

definición del trauma psíquico conjugaba coherentemente con la utilización de la hipnosis y de la sugestión por presión, en donde el incremento de altas sumas de excitación debido a la seducción por parte de un adulto, traía aparejado afectos patógenos debido a que la vivencia traumática no podía abreaccionarse y a que el sujeto manifestaba no recordar, ni siquiera el nexo causal que la unía. Por esto, a través del método catártico contenido en estos dos tipos de técnicas, se buscaba que el sujeto pudiera recordar aquello que había olvidado, y una vez hecho consciente el recuerdo, podría unir el afecto patógeno con su representación y de esa manera abreaccionarlo.

En la segunda teorización de trauma psíquico, Freud descubre dos elementos: la causación del trauma psíquico se debía a más de un factor, y entre los cuales, se observaba su desarrollo en dos tiempos; y que muchos de los recuerdos de los pacientes no referían a eventos reales, sino que correspondían a fantasías del mismo, o a veces, a una combinación de ambos (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Rivas, 2012). Por lo tanto, el autor subraya el papel relevante de la realidad psíquica, aunque sin dejar de considerar el efecto que poseen los eventos de carácter real. El conflicto psíquico se sitúa en el ámbito de lo psicológico, pero en realidad, es una lucha entre dos pulsiones que se hallan en distintos terrenos, una en el terreno de lo preconscious-consciente y la otra ha quedado retenida en lo inconsciente (Abatángelo & Yaser, 2012; Freud, 1991b). Por lo tanto, la terapia analítica tendrá la tarea de posibilitar que las dos fuerzas se encuentren en el mismo terreno psicológico traduciendo lo inconsciente a lo consciente, valiéndose de la indicación al paciente de que aprecie y comunique sin prejuicios (Freud, 1991b). Al identificar la represión y la resistencia que la mantiene, se remueven primero interpretándolas y coligiéndolas, después presentándoselas y comunicándoselas al paciente, y se podrá lograr la sustitución de lo inconsciente por lo consciente, eliminando las condiciones que dieron lugar a la formación de los síntomas (Freud, 1991b; Thompson et al., 2005). Dicha tarea implicará que el analista evite adoptar el papel de mentor y así dejar lugar a que el paciente sea capaz de adoptar sus propias decisiones de forma autónoma (Freud, 1991b; Thompson et al., 2005). Es debido a esto, que como se ha mencionado en el apartado de técnica psicoanalítica, es recomendable que el paciente mientras realice la terapia analítica, no deba involucrarse en la toma de decisiones de asuntos vitales (Freud, 1991b).

Con la introducción de las series complementarias, se propone un modelo de causalidad psíquica en dos momentos del desarrollo de la persona: factores constitucionales que relacionados con las vivencias infantiles, dan lugar a una predisposición que, conjuntamente con eventos traumáticos en la adultez, desencadenan la enfermedad psíquica

(Maladesky, 2012). Desde este enfoque, se encuentra la disposición de carácter hereditario, al ser algo dado, generalmente, impone de los más variados límites al trabajo del analista quien no puede cambiar nada de esta disposición (Freud, 1991b). En segundo lugar, se observan las vivencias infantiles, a las cuales le ha otorgado gran importancia el Psicoanálisis, ya que, son vivencias que ocurrieron en el pasado y no está en manos del trabajo analítico el poder para evitar que ocurrieran, como así también las frustraciones reales como la falta de amor, la pobreza, los reclamos éticos bajo los que se encuentra una persona, entre otros (Freud, 1991b).

Clínicamente se comprenderá que las condiciones de causación de la enfermedad psíquica son complejas y no responden a un único elemento, y que por lo tanto, se hace necesario influir en los múltiples factores que la originarían. Debido a los múltiples obstáculos con los que Freud se halló al implementar la hipnosis y la sugestión por presión, con el descubrimiento de la transferencia, y con su modificación en la teoría del trauma psíquico, la técnica psicoanalítica más eficaz entonces es la asociación libre. Si el analista comprende el trauma psíquico desde esta segunda teorización, con la asociación libre buscará que el paciente comunique cuanto se le ocurra ya sea a través de la repetición o del recuerdo, y a través de la interpretación, podrá intervenir indicando diversas expresiones que se asocien entre sí y que tengan que ver con el trauma, y entonces el paciente podrá colegirlas y resignificarlas a través de la reelaboración (Baranger et al., 1988). Freud lo ejemplifica de la siguiente manera: “el estudiante que mira por primera vez con el microscopio es instruido por el profesor acerca de lo que debe ver; de lo contrario no ve nada aunque eso esté visible ahí” (Freud, 1991b, p. 398). El trabajo analítico es un trabajo en conjunto, donde analista y paciente deben contribuir con sus herramientas y capacidades para alcanzar la cura. Se ha nombrado a dicho trabajo como terapia causal: toma como punto de partida las causas que originaron la enfermedad psíquica, y no las manifestaciones patológicas (Freud, 1991b). En este sentido, la terapia analítica es una terapia causal, ya que la sola eliminación de síntomas no equivale a lograr la cura debido a que la propia naturaleza de la enfermedad psíquica podría formar nuevos (Thompson et al., 2005). Por esto, el trabajo analítico, se propone descubrir y trabajar con aquello que ocasionó la enfermedad psíquica, y a partir de allí y posteriormente la eliminación de los síntomas (Freud, 1991b).

Como se ha podido observar, la bibliografía actual considera conveniente conservar la hipótesis de la segunda teorización donde el trauma psíquico posee una etiología multideterminada, y donde la manifestación de los síntomas responde a un compromiso (Álvarez, 2012). En este sentido, se entiende que la importancia de las series

complementarias, no sólo son determinantes para comprender a un paciente, sino que en ellas se va a sostener el trabajo de la cura (Álvarez, 2012). El analista posicionándose desde este lugar, se ve obligado también a trabajar con los elementos contratransferenciales que operan en su inconsciente, de manera que pueda alojar al paciente y su problemática, tornándose relevante el concepto de hospitalidad en la práctica clínica (Álvarez, 2012; Derrida, 2000). Los efectos sobre la cura del trabajo con la contratransferencia, auxilian al analista sobre las restricciones del paciente para realizar el trabajo analítico (Álvarez, 2012). Como ya lo había expuesto Freud en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1991c), aquí también se sostiene la exigencia por parte del analista de dominar la contratransferencia que emerge debido al influjo del paciente sobre su inconsciente (Freud, 1991; Roitman Woscoboinik, 2010). Aquello será lo que hará que el analista se adentre en el conflicto del paciente hasta donde los propios límites de sus complejos y resistencias se lo permitan, lo cual, hará estrictamente necesario el autoanálisis (Álvarez, 2012).

En relación a las implicancias clínicas respecto a la técnica, a partir del descubrimiento de la transferencia, las fases de repetir, recordar y reelaborar de paciente son fundamentales para alcanzar la cura. La compulsión a la repetición si bien es el primer paso de conducción a la cura, no por ello es inofensiva. El empeoramiento durante el tratamiento puede deberse a que el paciente debe realizar un cambio de actitud frente a su enfermedad, de lamentarse deberá ocupar su atención en los fenómenos que lo aquejan y convertirse en su oponente, aunque se le concede cierta tolerancia a su condición de enfermo, pero con precaución ya que la resistencia podría abusar del permiso de estar enfermo (Baranger et al., 1988; Freud, 1991f; Thompson et al., 2005). Se debe comunicar al paciente que dicho empeoramiento es pasajero pero completamente necesario, ya que, es imposible eliminar al enemigo –su padecimiento- en ausencia de éste (Freud, 1991f).

Las implicancias clínicas del posicionamiento, no pueden ignorar aquello que los psicoanalistas y la bibliografía actual plantean: la inclusión de lo vincular en la etiología del trauma psíquico. Sin excluir la comprensión desde las series complementarias, se incluye lo vincular, lo multifactorial lo incorpora, debido a que los inicios del trauma se sitúan desde la infancia (Walker, 2010). Por lo tanto el trauma psíquico tiene sus raíces en: la constitución y la realidad psíquica (fantasías), los eventos y la capacidad de la persona de elaborarlos, y, las otras personas involucradas tanto antes, durante la causación o posteriormente, es decir, con quién lo vivencia (Hirsch, 2004; Walker, 2010). La posibilidad de vínculos que permitan la elaboración del trauma psíquico, es una experiencia de relación segura y estable, ya que permite que el niño trabaje progresivamente los efectos patógenos producidos por la vivencia

traumática, contribuyendo al desarrollo de su psiquismo (Bohleber, 2000; Maladesky, 2012). A este respecto, el vínculo al contribuir en el desarrollo del psiquismo, fomenta un funcionamiento del Yo del niño -todavía inmaduro e indefenso- a que desarrolle recursos para evitar sentirse desbordado ante la angustia que caracteriza a la vivencia traumática (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Maladesky, 2012).

No es común en para el Psicoanálisis clásico, reforzar en los pacientes sus capacidades, sin embargo, en la clínica psicoanalítica actual se utilizan los señalamientos aprobatorios de los avances y progresos del Yo en el paciente (Akhtar, 2010; Fiorini, 2002). La bibliografía actual, recomienda que cuando aparezcan o se adquieran en el paciente indicios de crecimiento y desarrollo personal, se lo apoye, ya que esto resulta beneficioso en tanto que el paciente podrá asegurar con mayor solidez en su psiquismo dichas capacidades (Akhtar, 2010; Fiorini, 2002; Kohut, 1999; Sánchez-Cardenas, 2010). El argumento para sostener dicho enunciado es clínico, la casuística ha mostrado que al implementar una intervención de este tipo, el paciente logra mayor confianza en sí mismo, y no es simplemente una intervención que se acepta desde el exterior de forma pasiva (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Sánchez-Cardenas, 2010). Asimismo, si se comprende que el trauma psíquico sucede en una etapa en la que el Yo del niño todavía es débil y no se encuentra completamente estructurado, y conlleva consecuencias hacia la adultez, con las intervenciones donde se demuestren las capacidades personales, el paciente adquirirá la sensación de un Yo más fuerte y con más seguridad en sí mismo (Akhtar, 2010; Sánchez-Cardenas, 2010).

Se desprende entonces que a través del trabajo analítico, se deben considerar algunas cuestiones relativas al tratamiento. En primer lugar, se buscará hacer revivir los afectos patógenos, a veces incontrolados, asociándolos y resignificándolos de manera tal que el paciente logre un proceso de integración (Bohleber, 2000; Hirsch, 2004; Walker, 2010). Como resultado, se facilitará el control yoico del paciente sobre sus explosiones afectivas, desarrollando funciones yoicas alteradas o no logradas (Akhtar, 2010), aunque el analista -tal como lo planteaba Freud- adoptará la función de “yo-auxiliar” estableciendo o reconstruyendo límites que han sido destruidos por la experiencia traumática (Bohleber, 2000; Hirsch, 2004; Maladesky, 2012; Walker, 2010). En segundo lugar, manteniendo la segunda teorización freudiana de trauma psíquico, en el tratamiento se investigará acerca de la capacidad de simbolización del paciente, ya que, justamente es esto lo que falló en la experiencia traumática, y además, la actividad fantasiosa debido a que a realidad intrapsíquica posee un rol fundamental en la causación del trauma psíquico (Walker, 2010).

Como resultado, en el trabajo analítico tanto paciente como analista, traducirán a nivel consciente el contenido de las vivencias, posibilitando la elaboración a nivel simbólico y verbal de las experiencias traumáticas (Benseñor, 2010; Walker, 2010). En tercer lugar, se considera relevante incluir en el tratamiento del trauma psíquico lo vincular, considerando la vivencia de desvalimiento o desamparo, lo cual implica que dentro de los objetivos terapéuticos se introduce la generación de nuevas representaciones necesarias para la inscripción de vínculos confiables (Benseñor, 2010; Maladesky, 2012; Winnicott, 2002).

Por último, además del posicionamiento del analista en relación a su concepción del trauma psíquico, la técnica que implementa y los objetivos de tratamiento, las consideraciones clínicas tornan necesario mencionar al encuadre. Freud al momento de definir dicho concepto planteó recomendaciones a seguir por los analistas, y no deberes rígidos e inmodificables, aunque el autor no se concentró en esta peculiaridad de su teorización (Álvarez, 2012). Actualmente, los psicoanalistas y la bibliografía, otorgan gran importancia a la flexibilidad del encuadre de la que Freud no se ocupó demasiado al escribir su teoría, pero sí implícitamente en los historiales clínicos que ha publicado, por ejemplo en el caso de Hans, se podrá observar como el autor atendió a dicho paciente, y entre las peculiaridades se desarrolla un trabajo analítico a través del padre del niño por medio de cartas que se enviaban (Freud, 1992a). La práctica clínica actual, se confronta con numerosos obstáculos (honorarios, uso del diván, cantidad y frecuencia de sesiones) relacionados a los cambios socioculturales, que le dificultan crear tratamientos que se caractericen por encuadres del Psicoanálisis clásico freudiano (Álvarez, 2012; Berger et al., 2012; Bleger, 2012; Libermann, 2011; Roitman Woscoboinik, 2010). Aquí, se plantea nuevamente el posicionamiento del analista construido por su formación y teoría de referencia (concepción del trauma psíquico), respecto a su propia flexibilidad como profesional y sus posibilidades de modificar el encuadre de acuerdo a las demandas clínicas (Álvarez, 2012; Libermann, 2011).

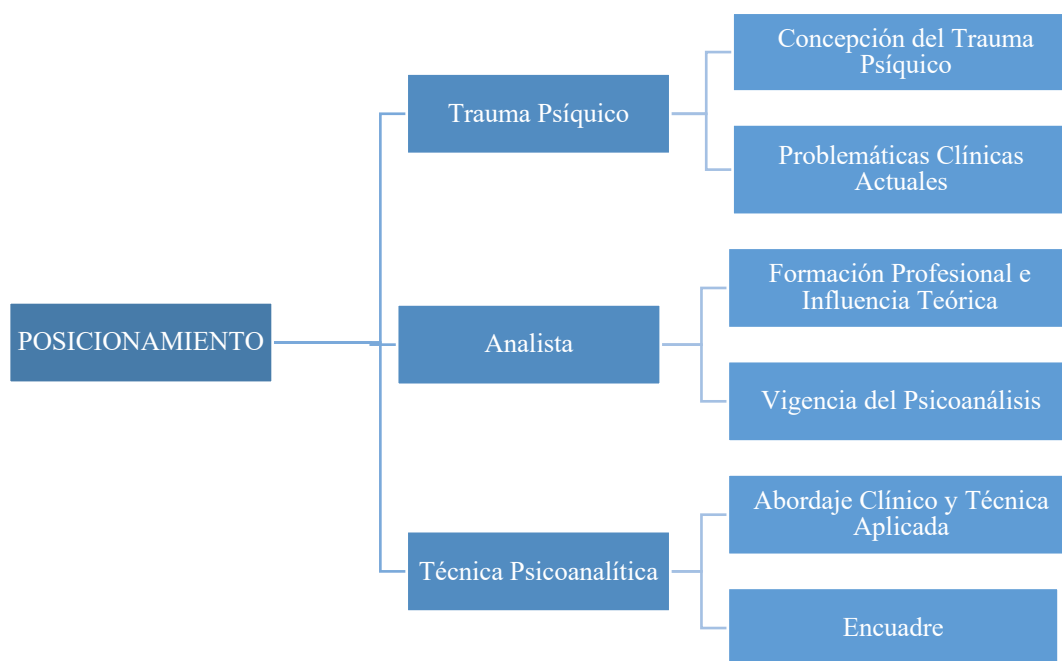
Se concluye que las implicancias clínicas respecto a los analistas que se posicionan entendiendo el trauma psíquico con una causalidad y etiología multideterminada y desarrollado en dos tiempos, en donde se torna necesario incluir la dimensión vincular, no son menores. Las consecuencias se reflejan en la técnica que implementa en donde la compulsión a la repetición es fundamental para alcanzar la cura, aunque conlleva empeoramiento en el estado del paciente y por esto el analista debe estar atento a la transferencia y contratransferencia -ambas con el mismo nivel de importancia-. Es allí donde

el analista, además de aplicar los preceptos técnicos freudianos, es impulsado a utilizar otros recursos como el reforzamiento de las capacidades yoicas y a la flexibilización del encuadre.

## 8. RESULTADOS: Experiencia de los profesionales psicoanalistas

El análisis del material de las entrevistas se clasifica y presenta en categorías construidas a partir del guión de la entrevista, los objetivos y preguntas de investigación y el marco teórico explicativo. El diagrama 1 muestra las categorías correspondientes para las dimensiones estudiadas en la presente investigación: para la dimensión de trauma psíquico se identifican las categorías de concepción del trauma psíquico y problemáticas clínicas actuales; para la dimensión de analista se identifican las categorías de formación profesional e influencia teórica y vigencia del Psicoanálisis; para la dimensión de técnica psicoanalítica se identifican las categorías de abordaje clínico y técnica aplicada, y encuadre.

Diagrama 1:



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 1 muestra las citas textuales (*verbatim*) de los discursos de los profesionales psicoanalistas de la Institución Mayéutica y la Asociación Psicoanalítica Argentina, ilustrando la perspectiva de los entrevistados acerca de las categorías identificadas. Las referencias para los entrevistados se expresan con la letra E y el número de entrevistado que corresponde. La tabla 2 (ver Anexo) muestra el guión de entrevista semiestructurada que se administró a los doce profesionales psicoanalistas.

**Tabla 1** Citas textuales (*verbatim*) de los profesionales psicoanalistas***I. Formación profesional e influencia teórica***

«... concurrencia en el Hospital Moyano... atender de forma privada... consulta externa y también interconsulta en el Hospital Británico». E4

«... entré a trabajar en el Hospital Rivadavia, en el consultorio de adolescentes del servicio de psicología... fundamentalmente psicoanalítico... también tengo... una orientación hacia la escuela inglesa, Winnicott, Kohut, lo estude bastante y me interesa». E11

***II. Concepción del trauma psíquico***

«... una situación que por el exceso de intensidad es difícil de tramitar... lo traumático es lo que no tiene palabra también y el análisis lo que hace es en todo caso ponerle palabra a eso traumático». E3

«... el trauma con las vivencias infantiles y la actual también, pero lo que le pasa actualmente remite a una cuestión sexual infantil que no está resuelta». E4

«... está lo innato, lo adquirido, el desencadenante... Obviamente el desarrollo humano es complejo... los padres, la carencia, agregan una complicación al desvalimiento». E8

«... en general tiene mucho que ver con las experiencias infantiles, los vínculos primarios, los vínculos tempranos... lo de las series complementarias es como que también siempre está presente... Padres exigentes, o maltratadores, o abandonicos... los síntomas están multideterminados, no es una sola cosa». E11

***III. Problemáticas clínicas actuales***

«...en relación a la pregunta por el propio sexo». E1

«... hay un problema de sostenimiento por parte de los adultos...». E3

«... pareja,...traumas infantiles importantes no elaborados... carencias y abandonos o violencia paterna ... ósea padres ausentes...». E8

***IV. Abordaje clínico y técnica aplicada***

«... primero es escucharla, es tratar de con preguntas ir la llevando a ver si lo relaciona con algo... Fundamentalmente es la escucha y la atención...». E2

«Mantener la atención flotante para poder escuchar, no poner nada propio... eso se puede hacer si el analista tiene análisis propio». E3

«... relevante es la clínica hospitalaria, la otra la formación teórica, y por supuesto los análisis y las supervisiones... ». E5



«Se trabaja con lo que se dice, trabajamos con la palabra, trabajamos con lo que se escucha en un análisis más allá de lo que es el lenguaje comunicacional... Y después hay situaciones dentro de lo que es la singularidad de cada quien...». E9

«... una base: análisis personal largos análisis, el control de los casos, análisis de control, la pertenencia a una institución, la formación teórica». E12

### ***V. Encuadre***

«... la flexibilidad esa tiene que estar en todos esos lados ¿no? la única regla fundamental, de ahí en más todo el resto es abierto, todo eso que se llama encuadre, que tiene que ver con tiempo, espacio y dinero, todo eso se arma, no es una cosa que está... la ideología social es un poco renuente al tiempo que requiere un análisis para poder bucear en uno mismo...». E1  
 «... elasticidad no quiere decir que uno haga cualquier cosa, pero que de alguna manera tampoco sea tan cerrado y que algunas cosas se permita...». E2

«... después son cuestiones epocales... en eso soy flexible, obviamente... el tema del pago que también ... al comenzar un tratamiento que no haga ningún cambio...». E3

«... hay determinadas cosas del encuadre que por supuesto han cambiado... por ejemplo el diván...». E6

«... el encuadre que es lo que sostiene al paciente, más allá de las paredes, el diván y esto o lo otro, es lo que uno es como analista...». E8

### ***VI. Vigencia del Psicoanálisis***

«Y hoy los tiempos viste que son muy apurados, la gente quiere ya respuestas... es efectivo, te lo digo como analista pero también como analizante ... Porque va a la causa, cuando vos vas a la causa lo demás se va... si vos operas solamente para la disminución del síntoma, se va a volver a rearmar». E3

«... porque pienso que las manifestaciones de lo inconsciente siguen vigentes y el Psicoanálisis se ocupa, básicamente, de explorar los síntomas que tienen su raíz en lo inconsciente». E4

Los resultados de entrevistas muestran que psicoanalistas actuales poseen experiencia hospitalaria e institucional donde se trabaja con una línea psicoanalítica, además de la práctica clínica de su consultorio; su formación refiere a una base en Freud y otros autores como Winnicott y Kohut. Se registra que psicoanalistas actuales poseen una concepción del trauma psíquico equivalente a la segunda teorización propuesta por Freud, donde relacionan el trauma psíquico con eventos adversos en la sexualidad infantil no elaborados y con eventos actuales que los reactualizan. Identifican y agregan el aspecto vincular otorgándole un rol

importante en la etiología del trauma psíquico. El elemento vincular también ha sido identificado en las problemáticas clínicas actuales con las que se enfrentan en su trabajo analítico, como también problemáticas de sexualidad. En cuanto a la técnica psicoanalítica, los psicoanalistas conservan y aplican los preceptos técnicos fundamentales planteados por Freud (atención flotante, escucha, asociación libre e interpretación). En referencia al encuadre, se registra una variabilidad respecto a los consejos aportados por la teoría freudiana, específicamente en los elementos de diván, honorarios, cantidad y frecuencia de las sesiones; dicha variabilidad se identifica a partir de la flexibilización requerida por causas de la práctica clínica actual. Por último, los resultados muestran que se sostiene una vigencia del Psicoanálisis debido a que se lo concibe como una disciplina que responde a cuestiones fundamentales del ser humano y por su utilidad en el tratamiento del trauma psíquico debido a que investiga y trabaja sobre las causas del mismo.

## **9. DISCUSIÓN**

La revisión bibliográfica a partir de la concepción de Sigmund Freud y la perspectiva actual, así como los resultados obtenidos en las entrevistas a psicoanalistas, dan cuenta de que el posicionamiento del analista se constituye por una concepción del trauma psíquico equivalente a la segunda teorización freudiana (series complementarias y realidad intrapsíquica) y con la utilización de la regla fundamental psicoanalítica (asociación libre, interpretación, atención parejamente flotante, abstinencia y neutralidad) y el encuadre (diván, encuentro personal, honorarios, cantidad y frecuencia de sesiones). Sin embargo, se registra la necesidad de incorporar una explicación del trauma psíquico que comprenda e incluya el aspecto vincular, y respecto a la técnica la introducción de nuevos conceptos y una flexibilización del encuadre que permita responder a las demandas de la práctica clínica actual.

Por un lado, los resultados de la presente investigación de acuerdo a la bibliografía actual y los profesionales entrevistados, sostienen que en la causación del trauma psíquico se observa la segunda teorización de Freud, destacando las series complementarias y la importancia de la realidad intrapsíquica. Si bien Freud contempla que dicho fenómeno comienza en la niñez, no se concentra en estudiar específicamente los vínculos del niño con sus cuidadores primarios (madre y padre sobretodo) en relación al trauma psíquico. No es claro si esta incompletud fue debido a que su foco estaba puesto en otros elementos de la etiología, o porque en la época en la cual se encargó de investigar su casuística no lo manifestaba. Es por esto que, actualmente, surge la necesidad de incluir en la comprensión

del trauma psíquico la imposibilidad (trauma de desamparo) que le otorgan los vínculos al niño sobre la capacidad simbolizante para que él mismo pueda ligar las vivencias traumáticas y que los efectos desestructurantes de las mismas no se cristalicen en su psiquismo infantil todavía inmaduro (Benseñor, 2010; Maladesky, 2012; Walker, 2010; Winnicott, 2002). Los resultados de las entrevistas a psicoanalistas dan cuenta de las características de su formación y abordaje clínico: por un lado, la base se encuentra en la teoría freudiana, por otro lado, complementan a la misma con autores como Winnicott -quien se dedica a estudiar los vínculos- (Winnicott, 2002), o Kohut -quien se dedica al desarrollo del Yo- (Kohut, 1999). Dichos resultados se conjugan con la bibliografía actual, ambos entonces manifiestan que la práctica clínica, registra casos de niños carentes de vínculos afectivos contenedores y estables por diversos motivos, los cuales actúan contrariamente a su capacidad simbólica y plasticidad mental, ya que, al haber un vacío afectivo su psiquismo todavía en desarrollo no dispone de las funciones psíquicas para disminuir los efectos patológicos de las vivencias traumáticas (Benseñor, 2010; Walker, 2010).

Como consecuencia, tal como lo sostienen los psicoanalistas entrevistados y la bibliografía actual, el trabajo de escucha para el analista debe agudizarse en dos sentidos: la identificación de un trauma psíquico equivalente a la descripción de la segunda teorización de Freud, y la interacción de factores vinculares lo que podría ser el trauma de desamparo; lo cual, señalará el posicionamiento del analista y consecuentemente la técnica a implementar (Benseñor, 2010). Esto se debe a que si se incluye el trauma por déficits vinculares, la técnica psicoanalítica clásica necesariamente debe incluir otras modalidades, como lo son las sesiones familiares o vinculares, en donde no solo se trabaja con el paciente, sino sobre los efectos patológicos que tienen en él la dimensión vincular (Benseñor, 2010). De aquí se desprende entonces que el Psicoanálisis clásico debe encontrarse abierto a recibir los aportes de otras corrientes psicológicas -concepto de *outsider* (Bernardi, 2011)-, como lo son: el Psicoanálisis Infantil, en tanto que éste contiene la posibilidad de investigar sobre la causación del trauma psíquico, que luego se reconstruirá y trabajará analíticamente en el análisis de un adulto (Benseñor, 2010; Maladesky, 2012). Esto se debe a que se sostiene la posición freudiana de que el trauma psíquico se desarrolla en dos tiempos: infancia y adultez. No obstante, las investigaciones actuales sostienen que si bien es importante considerar el contexto familiar y vincular en la contracción de la enfermedad psíquica, sucede que la realidad genera situaciones en las que las personas no pueden sobrellevar y elaborar determinadas experiencias traumáticas, como lo son las catástrofes naturales o los atentados terroristas, aún poseyendo un psiquismo estable sin déficits vinculares (Walker, 2010).

Aunque se debe considerar en la causación del trauma psíquico la predisposición del sujeto para hacerlo, predisposición que se conforma por las series complementarias (Freud, 1991b). El Psicoanálisis clásico también debe tomar los aportes de ramas psicológicas vinculares, comprendiendo los déficits vinculares como factores fundamentales en la causación del trauma psíquico (Álvarez, 2012; Benseñor, 2010; Bohleber, 2000; Maladesky, 2012; Winnicott, 2002), y la psicología del *self* para indicaciones terapéuticas de reforzamiento de capacidades yoicas (Fiorini, 2002; Kohut, 1999; Sánchez-Cardenas, 2010).

Los cambios en las modalidades de presentación de la psicopatología producida por el trauman psíquico puede registrarse tanto en la bibliografía actual como en el material extraído de las entrevistas. En relación a la inclusión de la dimensión vincular, se observa que es una necesidad de tipo clínica (Álvarez, 2012), ya que, variadas modalidades de presentación en la práctica refieren a problemas asociados a la pareja o a la relación padres e hijos, lo cual refuerza el argumento de que el vínculo es un elemento fundamental a considerar en el trabajo analítico.

Una relación inevitable es que en el trabajo analítico se desarrolla un tipo de vínculo entre paciente y analista. Freud no describió dicho fenómeno como una relación terapéutica tal como lo sostiene la bibliografía actual, aunque con los conceptos de transferencia y contratransferencia se infiere que el autor estaba hablando de un tipo de vinculación particular, la de la situación analítica propiamente dicha. Es por esto, que la concepción actual de los psicoanalistas y la bibliografía, sostienen que durante y después de la teorización freudiana, ya sea en la práctica clínica como en el desarrollo teórico, se requiere hablar de dichos conceptos, porque se considera que poseen un papel fundamental en la cura del trauma psíquico (Roitman Woscoboinik, 2010). Este papel fundamental sí fue considerado por Freud acerca de la evidencia que le proveía la constitución de una neurosis de transferencia para la reelaboración del trauma psíquico, es decir, desde lo que el paciente transmite al analista, interpretándolo y asociándolo. Sin embargo, la práctica clínica actual demanda conceder la misma relevancia a la contratransferencia, ya que se registran experiencias analíticas que dan cuenta del valor y repercusión de dicho concepto, y ya no considerándolo como un obstáculo terapéutico -como lo visualizaba Freud-, sino como una herramienta provechosa y de mucho alcance (Álvarez, 2012; Berger et al., 2012; Borensztein & Saiz de Finzi, 2012; Roitman Woscoboinik, 2010). Asimismo, actualmente se registra la introducción del fenómeno de amistad de transferencia y el concepto de hospitalidad, ambos generan una nueva comprensión del vínculo entre analista y paciente, ya no solo desde lo técnico, sino también desde la subjetividad de cada uno (Kancyper, 2012).

Sobre la contratransferencia, Freud reconoce que el analista se identifica a sí mismo como objeto de las expresiones afectivas del paciente. Sin embargo, no refiere a que el analista, en su práctica clínica, despliega muchos aspectos de su propia persona (afectos, fantasías, historia, formación, entre otros) (Neyraunt, 1976), sino menciona acerca de los puntos ciegos en los que debe trabajar el analista. Es una tensión en ambos sentidos, del paciente al analista, y al revés, lo que permite un enriquecimiento de la praxis en el que el analista permite integrar y vehicular a través de la interpretación aquel contenido que para el paciente es imposible ligar y tramitar (Abatángelo & Yaser, 2012; Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019). El material de las entrevistas y la bibliografía actual dan cuenta de que en la cura, entonces, se incluye la presencia del analista quien se involucra como profesional y como persona (Marucco, 2015). No obstante, tanto Freud como la concepción actual de los entrevistados y la bibliografía, destacan que hay casos en los que se moviliza a una transgresión de la abstinencia adquirida a través de la formación, debido a experiencias que surgen en el campo de la contratransferencia (Abatángelo & Yaser, 2012). Por lo tanto, se apela a la habilidad profesional del analista en relación a su capacidad de escucha, sostenimiento del encuadre, trabajo con la contratransferencia y abstinencia e interpretación, todos elementos que devienen de su aptitud para registrar el contenido inconsciente en juego y la consecución de la cura (Abatángelo & Yaser, 2012; Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019). En este terreno de transferencia y contratransferencia, la bibliografía actual incluye los conceptos de hospitalidad (Derrida, 2000) y de insight (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Marucco, 2015) -que Freud no utiliza-, ya que parte del objetivo del tratamiento psicoanalítico que es modificar la inevitable puesta en acto de la repetición, para convertirla en potencial de reflexionar y asociar mediante la simbolización-palabra a través de acoger al paciente, de manera tal que se alcance la elaboración psíquica de aquello que había sido reprimido y no representado (Abatángelo & Yaser, 2012; Krakov, 2010).

En relación a la técnica psicoanalítica, Freud brinda consejos a los profesionales para un mejor desarrollo de la práctica clínica, entre ellos se destacan el análisis propio y el de formación. Ambos conceptos también se registran en la bibliografía actual y en los resultados de las entrevistas, en donde se sostiene que el analista es su propio instrumento de trabajo, en el cual se presentan obstáculos como sus puntos ciegos que potencialmente o directamente perturbarían el trabajo analítico; y donde se promueve una apertura teórica que permita cuestionamientos para lograr una mejor consistencia (Borensztein & Saiz de Finzi, 2012; Vázquez Guijo de Canovi, 2011). Dicho enunciado asimismo se relaciona con la introducción del concepto de *outsider* (capacidad del profesional de tomar aportes de otras corrientes)

(Bernardi, 2011), y con el concepto del analista como potencialidad libidinizante (habilidad para trabajar con la libido desde el trauma psíquico, pero también como posibilidad de crear nuevas resignificaciones) (Marucco, 1998, 2004). A este respecto, se observa que el trabajo analítico es un trabajo en conjunto, donde analista y paciente contribuyen con toda su persona y recursos para alcanzar la cura. Se registra una equivalencia entre Freud, la bibliografía actual y los entrevistados en tanto que se concibe al Psicoanálisis como una terapia de tipo causal la cual se propone descubrir y trabajar con las causas que ocasionaron el trauma psíquico, para posteriormente poder actuar y reflexionar sobre los síntomas (Thompson et al., 2005). El aporte que realiza la bibliografía actual respecto a dichas consideraciones es a través del trabajo con el crecimiento psíquico del paciente y el reforzamiento de capacidades y recursos yoicos (Fiorini, 2002; Kohut, 1999; Sánchez-Cardenas, 2010) y con el concepto de insight (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Marucco, 2015), destacando la importancia de ambos en tanto que son dos recursos técnicos que contribuyen a que el paciente se vea facilitado en la tarea de asociar libremente y encontrar nuevas significaciones que propone el trabajo analítico.

Ocuparse de la vulnerabilidad del paciente, para algunos psicoanalistas, no es función del Psicoanálisis ni las modificaciones en la técnica deben efectuarse por reasegurar el Yo del paciente (Green, 2002). Sin embargo, con el concepto de *outsider* (Bernardi, 2011), se observa que es posible contribuir con este aspecto utilizando otras perspectivas y sin oponerse a la teoría psicoanalítica, ya que como cada caso es singular y demanda elementos diversos, la misma casuística posibilita incluir otros recursos técnicos (Sánchez-Cardenas, 2010). Sobre reforzar las capacidades y mostrar al paciente su crecimiento psíquico, se objeta también que es realizar un trabajo cognitivo-conductual tal como se plantea en las entrevistas, pero en la praxis importa poco que la técnica pueda ser explicada desde dos corrientes teórico-prácticas diversas, en este caso la psicoanalista y la cognitivista, cuando el fin es la cura del paciente (Sánchez-Cardenas, 2010); es por esto que el concepto de *outsider* cobra mayor relevancia (Bernardi, 2011). Se puede encontrar un esbozo de este tipo de recurso en Freud, ya que plantea que el analista no debe adoptar el rol de mentor, sino dejar lugar a que el paciente a partir de su crecimiento psíquico sea capaz de tomar sus propias decisiones de manera autónoma (Freud, 1991b). Además, se registra que al emitir dichas intervenciones, surgen en los pacientes indicios de mayor seguridad interna que de ningún modo entorpecen la evolución del trabajo analítico, al contrario la fortalecen y aseguran (Sánchez-Cardenas, 2010). Asimismo, la bibliografía actual con el concepto de *outsider* sostiene que el analista debe desarrollar un trabajo en el que conjugue las teorías anteriores con las nuevas de manera

coherente, lo cual le permitirá además observar los hechos clínicos y priorizarlos ante una preferencia teórica o técnica (Bernardi, 2011). Es importante debido a que la práctica clínica enfrenta al analista con cuestiones de las que todavía no tiene conocimiento o de las que por limitaciones propias de la disciplina no puede abordar, y por lo tanto, podrá revisar sus premisas teóricas y técnicas, en busca de nuevas formas de abordaje coherentes y abiertas dentro de su ámbito (Bernardi, 2011).

Asimismo, se evidencian otra serie de factores que han promovido una modificación en la práctica clínica actual y específicamente del encuadre -tal como lo plantea la bibliografía y los resultados de las entrevistas-, como son las transformaciones culturales y económicas (Álvarez, 2012; Bleger, 2012; Libermann, 2011), pero también la evolución de la teoría psicoanalítica freudiana como se ha observado en el apartado de técnica. Asimismo, la forma en la que el Psicoanálisis como disciplina que contiene teorías psicológicas y métodos psicoterapéuticos y de investigación (Laplanche et al., 2004), es introducido en un lugar, obliga a sus analistas a considerar el impacto y los efectos que generan la realidad socio-política en el que está inserto, ya que los mismos infiltran muchos aspectos de la vida social y profesional, entre los cuales se encuentra el Psicoanálisis (Bleger, 2012). Asimismo, en los resultados de las entrevistas, se evidencia la experiencia de los profesionales de trabajo en instituciones hospitalarias, donde se aplica el Psicoanálisis, pero donde es necesario adaptarlo y modificarlo, particularmente los preceptos que definen al encuadre, de manera que se integre con el funcionamiento de los Hospitales e Instituciones que generalmente no poseen los recursos para aplicar el encuadre clásico (no hay suficiente espacio físico, los honorarios surgen del pago de obras sociales, no se cuenta con diván, la frecuencia y cantidad de sesiones es intermitente). Por esto, surge la necesidad de mantener un encuadre que sea a la vez flexible y que guarde su especificidad de manera tal que cumpla su función (Bleger, 2012).

Dichas consideraciones son contempladas tanto en la bibliografía actual como en las entrevistas a psicoanalistas, en referencia a la introducción del Skype en el trabajo analítico, donde se investiga e interroga acerca de cómo se desenvuelve la transferencia a través de un programa informático, si los preceptos técnicos fundamentales se ven afectados, qué elementos de la comunicación no verbal se pierden -si es que se pierden-, qué rol cumple el entorno físico a la hora de realizar un trabajo analítico (Roitman Woscoboink, 2010). Asimismo, la concepción actual evidencia que las problemáticas de hoy -vinculares sobre todo (de pareja y padres e hijos)-, a veces no admiten la aplicación del encuadre clásico planteado por Freud, lo que genera que se habilite una nueva modalidad de presentación del

encuadre en donde se incorpore a otro en la relación bipersonal de paciente y analista, creando un encuadre vincular-familiar (Ahumada, 2010; Álvarez, 2012). Otro elemento que se ha flexibilizado en el encuadre es el uso del diván como puede observarse en la bibliografía actual y en los entrevistados, en donde se sostiene que a partir de los cambios socio-culturales y económicos, es necesario realizar una práctica clínica que fusione la posibilidad del uso del diván como también la posibilidad de un trabajo analítico cara a cara, ya que el foco estará puesto en la naturaleza de dicho trabajo que es la escucha del inconsciente de paciente (Ahumada, 2010; Berger et al., 2012). La evidencia clínica muestra que una cantidad considerable de casos que admiten la flexibilización del encuadre obtienen resultados terapéuticos positivos, sin registrar perturbaciones o dificultades que se creían posibles a partir de la modificación del encuadre (ya sea en la inclusión de otro, en la cantidad y frecuencia de sesiones, en el uso del diván, en el pago de honorarios, en el uso de dispositivos informáticos) (Álvarez, 2012; Libermann, 2011).

Tal como lo planteó Freud, y como lo sostienen la bibliografía actual y la perspectiva de los psicoanalistas, el encuadre es fundamental para realizar el trabajo analítico, y por lo tanto, se deberán considerar sus propias modificaciones a través de una flexibilidad que no impida el transcurso del tratamiento y atendiendo a cada caso particular, pero evitando que pierda su fundamento y especificidad, ya que, como se ha expresado anteriormente es aquel elemento que resguarda, contiene y protege tanto al paciente como al analista en sus dimensiones físicas y psicológicas (Álvarez, 2012; Bleger, 2012; Libermann, 2011; Roitman Woscoboinik, 2010).

Todo lo dicho, permite reflexionar en que el posicionamiento del analista se funda en la segunda teorización de trauma psíquico propuesta inicialmente por Freud, y sostenida por los psicoanalistas actuales. La técnica implementada (asociación libre e interpretación) que se deriva de dicho posicionamiento posee una clara relación con la concepción que el analista posee del trauma psíquico y las implicancias clínicas que surgen del mismo. Sin embargo, se destacan la introducción de otros conceptos y modificaciones que no se relacionan con la concepción que el analista posee del trauma psíquico, sino que se derivan de las exigencias de la práctica clínica actual y de la combinación del Psicoanálisis clásico con otras corrientes psicológicas de gran importancia (como las vinculares y del desarrollo del *self*). Por lo tanto, se deduce que la técnica que el analista implemente estará determinada tanto por el posicionamiento respecto al trauma psíquico, pero también, y en gran parte, por la introducción e implementación de conceptos y recursos que se derivan de otras corrientes. Como consecuencia, se reflexiona acerca de la importancia de la responsabilidad profesional



para formarse en el Psicoanálisis clásico freudiano, pero al mismo tiempo, la capacidad de incluir otros aportes que contribuyan para alcanzar la cura del paciente. Dicha habilidad no significa adoptar un eclecticismo, sino que, como se ha visto, cuando el profesional posee un posicionamiento que se caracteriza por tener una base sólida y coherente acerca del trauma psíquico y de la técnica psicoanalítica, ésta actúa como garantía para no caer en un eclecticismo, siendo capaz de enriquecer su trabajo sin cambiar la naturaleza de su adscripción teórica.

## 10. SÍNTESIS Y FUTURAS LÍNEAS

El Psicoanálisis es una disciplina que, por un lado, estudia e investiga acerca de la etiología del trauma psíquico, y por otro, es un método de tratamiento para la cura del mismo. En su práctica clínica, el analista debe posicionarse entre la complejidad de la teoría pasada y actual, respondiendo con una técnica que demuestre la coherencia entre ambas. Se postula que Freud teorizó sobre el trauma psíquico entendiendo y concluyendo que su causación es multifactorial a través del esquema de series complementarias y la inclusión de la realidad psíquica (fantasías) que surgen ante las vivencias traumáticas y su posterior significación (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Walker, 2010). Explorar y analizar sobre el trauma psíquico continúa teniendo un papel relevante en el desarrollo del Psicoanálisis, ya que, la concepción que el analista posea del mismo lo conduce a la implementación de una técnica específica, que conlleva implicancias clínicas de esa misma naturaleza (Benseñor, 2010; Walker, 2010). Dicha importancia se justifica porque tanto en las entrevistas como en la bibliografía se observan modificaciones respecto a la técnica implementada, como también se evidencia que una determinada concepción del trauma psíquico (posicionamiento) conlleva a aplicar una técnica que responda a todos elementos que lo constituyen (Álvarez, 2012; Thompson et al., 2005). Debido a esto, el Psicoanálisis como disciplina psicológica debería continuar trabajando sobre la conceptualización y clínica del trauma psíquico, donde se observe la inclusión de la dimensión vincular y el ambiente a través de la introducción del concepto de *outsider* (Álvarez, 2012; Bernardi, 2011; Bohleber, 2000; Maladesky, 2012; Winnicott, 2002), ya que, como se observa en las entrevistas y en la bibliografía actual, es esencial para comprender la etiología, pero también para considerarla en el método utilizado para su cura, lo que podría traer nuevas modificaciones en su técnica.

En relación a la técnica psicoanalítica, se observan profundas modificaciones desde sus comienzos con la hipnosis y la sugestión por presión en donde se procuraba que el paciente reprodujera los procesos psíquicos que habían actuado en el evento traumático y

concentrándose en los síntomas, siendo las metas de que recordara y abreaccionara (Freud, 1991f). Efectuada la renuncia a la hipnosis, el foco se puso en las ocurrencias libres del paciente de manera tal que la meta era colegir lo que él negaba recordar, venciendo las resistencias que surgen en el terreno de la transferencia a través del cumplimiento de la regla psicoanalítica fundamental –comunicar sin crítica todas sus ocurrencias- y de la interpretación de las mismas (Bohleber & Leuzinger-Bohleber, 2019; Freud, 1991f).

Se destacan, hallazgos post-freudianos tanto en la bibliografía como en el material extraído de las entrevistas, entre los cuales se destaca el rol del analista como potencialidad libidinizante donde se sitúa al analista como portador de nuevas significaciones (Marucco, 1998, 2004); la transferencia en tanto amistad de transferencia como una entrega tanto del analista como del paciente en la que a partir de la sinceridad y la confianza el paciente puede trabajar su sufrimiento (Kancyper, 2012); la importancia de la contratransferencia como recurso que colabora en el trabajo analítico y ya no como un obstáculo (Álvarez, 2012; Berger et al., 2012; Borensztein & Saiz de Finzi, 2012; Roitman Woscoboinik, 2010), el reforzamiento de las capacidades yoicas como intervención favorecedora para el psiquismo del paciente (Fiorini, 2002; Kohut, 1999; Sánchez-Cardenas, 2010), y la flexibilización del encuadre (Álvarez, 2012; Libermann, 2011; Roitman Woscoboinik, 2010). El encuadre es una parte esencial del trabajo analítico en donde se despliegan los conceptos descriptos anteriormente, y es necesario revisitarlo con la inclusión de la dimensión vincular en la comprensión del trauma psíquico, lo cual apareja que la técnica tradicional adicione el reforzamiento de capacidades psíquicas del paciente, hecho que no obtuvo anteriormente por déficits vinculares (Fiorini, 2002; Kohut, 1999; Sánchez-Cardenas, 2010). El Psicoanálisis alejándose de la ortodoxia, deriva en una concepción diversa de la relación analítica entre paciente y analista, en donde este último de acuerdo a sus criterios clínicos y teóricos, construye sus propios límites de flexibilidad (uso del diván, honorarios, cantidad y frecuencia de sesiones) y la utilización de la transferencia y contratransferencia, considerando cada caso particular (Álvarez, 2012; Libermann, 2011). Por lo tanto, el encuadre será proporcionalmente modificable de acuerdo a la necesidad del inconsciente del paciente para expresarse, aunque su naturaleza clásica (diván, encuentro personal y obediencia a los preceptos técnicos fundamentales) operan y continúan siendo óptimos para alcanzar la cura (Álvarez, 2012). Dichas transformaciones permiten al Psicoanálisis situarse en concordancia con las demandas de la práctica clínica actual, ya que, los últimos tiempos se han caracterizado por cambios en diversos sectores de la sociedad, como el plano económico, político, social (Berger et al., 2012; Marucco, 2015).

Se concluye, entonces, que la introducción de nuevos conceptos y las modificaciones en el encuadre, son cambios necesarios para que el Psicoanálisis pueda responder a las exigencias de la práctica clínica actual y adaptarse a la misma velocidad en la que la sociedad cambia, arribando a un conocimiento que continúa teniendo vigencia, debido a que los principios que los psicoanalistas utilizan para guiar al paciente en la reelaboración de su trauma psíquico y a alcanzar la cura, continúan siendo los propuestos por el Freud en el siglo XX.

Como futuras líneas, se propone como eje de investigación para la complementariedad del Psicoanálisis, el estudio sobre cuáles funciones yoicas contribuyen o perjudican la elaboración del trauma psíquico en pacientes adultos, y qué papel poseen las mismas en la causación. Como se ha podido observar en el presente trabajo, las intervenciones de reforzamiento de capacidades psíquicas poseen un papel que parece ser necesario para alcanzar la cura, por lo tanto, una mayor comprensión de dicho fenómeno podrá contribuir a la integración de la técnica psicoanalítica clásica con el aporte de una rama psicológica que implemente el reforzamiento de dichas capacidades.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abatángelo, L. M., & Yaser, L. R. (2012). Repetición y transferencia a la luz de algunos aportes del psicoanálisis argentino contemporáneo. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXIX(N° 4)*.
- Ahumada, J. (2010). Mimetic-autistic dynamics and negative therapeutic reaction in today's patients. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXVII(3)*.
- Akhtar, S. (2010). Healthy Reserves. En *Good feelings. Psychoanalytic Reflections on Positive Emotions and Attitudes* (1st editio). <https://doi.org/9781855757806>
- Álvarez, R. B. (2012). Los obstáculos en el proceso de la cura: flexibilidad de encuadres. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXIX(N°4)*.
- Andreuccio Annunziata, P. M. (2010). La reparación y la angustia traumática: ¿existe lugar para lo simbólico? *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXVII(N°3)*, 10-14. <https://doi.org/10.16194/j.cnki.31-1059/g4.2011.07.016>
- Arroyo Guillamón, R. (2017). Convertirse en psicoterapeuta. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37(131)*, 79-94. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100005>
- Baranger, M., Baranger, W., & Mom, J. (1988). The infantile trauma from us to Freud. Pure trauma, retroactivity and reconstruction. *International Journal of Psychoanalysis, 69*, 112-128. Recuperado de <http://www.theijp.org/>
- Benseñor, C. G. (2010). ¿Qué nos dicen los niños acerca del trauma? *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXVII(N° 3)*.
- Benveniste, É. (1991). *Problemas de lingüística general I*. México D.F. Siglo: Siglo Veintiuno Editores.
- Berger, A., Karpel, P., & Lejbowicz, J. (2012). Psychoanalysis possible in the virtual age. *Anuario de Investigaciones de la Universidad de Buenos Aires, XIX*, 53-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139948044>
- Bernardi, R. (2011). The challenge to and of the «outsider»: The reception of Kohut's ideas by an analyst trained in a different tradition. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXVII(N°4)*.
- Bleger, L. (2012). José Bleger: “de la sesión al encuadre”. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXIX(N° 4)*.
- Bohleber, W. (2000). The development of trauma theory in psychoanalysis. *Psyche 54*,

- Journal for psychoanalysis and its applications*, 797-839.
- Bohleber, W., & Leuzinger-Bohleber, M. (2019). The special problem of interpretation in the treatment of traumatized patients. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 61(6), 1-19.  
Recuperado de <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2019%7Dn061a4.pdf>
- Borensztejn, C. L., & Saiz de Finzi, J. M. (2012). La observación en psicoanálisis como sustrato a partir del cual surgen nuevas ideas. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, Tomo(Nº 4). <https://doi.org/>
- Botella, C. (2011). Concerning the «limitations» of the Freudian method. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, Tomo LXVII(4), 53.
- Cabral, A. C. (2012). Posición religiosa, análisis de formación y pluralismo. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, Tomo LXIX(Nº 4).
- Catz, H. C. (2011). El trauma en la piel. Tatuajes: de las cicatrices mortíferas a las marcas simbolizantes. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, Tomo LXVII(Nº4).
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2003). Variedades de datos y variedades de análisis y Los conceptos y la codificación. En *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Medellín: Contus.
- Derrida, J. L. (2000). *La hospitalidad. Entrevista de Anne Dufourmantelle*. Buenos Aires: Ediciones la Flor.
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of the tongues between the adults and the child - (the language of tenderness and of passion). *International Journal of Psycho-Analysis*, 30(3-4).
- Fiorini, H. J. (2002). Las funciones yoicas en el proceso terapéutico. En *Teoría y técnica de Psicoterapias*. Buenos: Ediciones Nueva Visión.
- Flick, U. (2004). Codificación y categorización. En *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S. L.
- Fractman, A. (2005). El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos. *Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Volúmen XX*, 179-259 179.
- Freud, S. (1991a). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. XI). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1910).
- Freud, S. (1991b). *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. XV). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1916).

- Freud, S. (1991c). *La interpretación de los sueños (Primera Parte)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. IV). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1900).
- Freud, S. (1991d). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. XXII). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1932-1936).
- Freud, S. (1991e). *Primeras publicaciones psicoanalíticas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. III). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1893-1899).
- Freud, S. (1991f). *Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. XII). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1911-1913).
- Freud, S. (1992a). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años y A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. X). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1909).
- Freud, S. (1992b). *El yo y el ello y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1923-1925).
- Freud, S. (1992c). *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. II). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1893-1895).
- Freud, S. (1992d). *Fragmento de un caso de histeria y Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1901-1905).
- Freud, S. (1992e). *Presentación autobiográfica; Inhibición, síntoma y angustia; ¿Pueden los legos ejercer el análisis?* Buenos Aires: Amorrortu Editores. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1925-1926).
- Goldstein de Vainstoc, M. (2011). El trabajo del sueño en la entrada al análisis. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXVII(Nº4)*.  
<https://doi.org/10.16194/j.cnki.31-1059/g4.2011.07.016>

- Green, A. (2002). *Idees directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris: PUF.
- Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta ed.). México D.F: Mc Graw Hill.
- Hirsch, M. (2004). Psychoanalytic traumatology - the trauma in the family. *Schattauer-verlag*.
- Kaës, R. (2010). *Un singular plural. El psicoanálisis ante la prueba del grupo*. Recuperado de <https://www.nber.org/papers/w15827.pdf>
- Kancyper, L. (2012). Las transferencias en el psicoanálisis con niños y adolescentes: narcisista, edípica, fraterna y la amistad de transferencia. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXIX(Nº 4)*.
- Kohut, H. (1999). *La restauración del si mismo* (Vol. 1). México D.F: Paidós.
- Krakov, H. (2010). Estudio sobre el concepto de Agieren. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXVII(Nº 3)*. Recuperado de <https://www.nber.org/papers/w15827.pdf>
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis* (6ta ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Leguizamón, S. E. (2010). Working out of repetition. Two times in an analysis. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXVII(Nº 3)*.
- Libermann, Z. (2011). ¿Patologías actuales o Psicoanálisis actual? *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXVII(Nº4)*.
- Maladesky, A. V. (2012). De la Hilflosigkeit a la vulnerabilidad psicossomática. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo LXIX(Nº 4)*.
- Marucco, N. (1998). *La identidad del Edipo. Acerca de la escisión del yo. De la compulsión a la repetición y de la pulsión de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Marucco, N. (2004). La posición del analista (el otro) y la clínica actual. *En el otro en la trama intersubjetiva, Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, (3)*, 1171-1181.
- Marucco, N. (2007). Entre el recuerdo y el destino: la repetición. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 3364(50)*, 155-174.
- Marucco, N. (2015). Actualización del Concepto de Trauma en la Clínica Analítica. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia, 5*, 1-8.
- Muñoz, M. (1996). Trauma, symptoms and psychic reality in between. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, Nº Extra:6*.
- Neyraunt, M. (1976). *La transferencia*. Buenos Aires: Corregidor.

- Organización Mundial de la Salud. (2008). Mejora y Ampliación de la Atención de los Trastornos Mentales, Neurológicos y por Abuso de Sustancias. *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental*.
- Pignatiello, A. (2006). Trauma y otras repercusiones del abuso sexual desde una perspectiva psicoanalítica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 3. Recuperado de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012008000100004&lang=pt](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012008000100004&lang=pt)
- Rivas, M. F. (2012). Abuso sexual intrafamiliar: ¿trauma o retraumatización? *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, Tomo LXIX(N° 4).
- Roitman Woscoboinik, P. (2010). Übertragung: transferencia-transmisión-traducción. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, Tomo LXVII(N° 3).
- Rubistein, A. M. (2007). The efficacy of the analysis and the use of case in freudian texts. *Anuario de Investigaciones de la Universidad de Buenos Aires*, XIV(1), 97-102. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943040>
- Sánchez-Cardenas, M. (2010). Actively consolidating the patient's progress: a controversial aspect of technique. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, Tomo LXVII(3).
- Sapisoichin, G. (2011). La escucha de la regresión en el proceso analítico. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, Tomo LXVII(4).
- Thompson, S., Mattera, S., Mordoh, E., Gurevicz, M., & Lombardi, G. (2005). The concerns about therapeutic effects on psychoanalysis. *Anuario de Investigaciones de la Universidad de Buenos Aires*, XII, 265-269. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941028>
- Tutté, J. C. (2006). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, (23).
- Vázquez Guijo de Canovi, D. (2011). Análisis de formación: ¿formación de un analista? *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, Tomo LXVII(N°4).
- Walker, C. E. (2010). Traumatic experiences - about internal and external elaboration. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, Tomo LXVII(3).
- Winnicott, D. W. (2002). *El proceso de maduración en el niño y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.



## 12. ANEXO

**Tabla 2** Guión de la entrevista semiestructurada a profesionales psicoanalistas

- 1) Estudios, formación, con qué tipos de pacientes trabaja y cuál es su especialidad.  
¿Cómo fue su recorrido en la formación y cuál fue su motivación para formarse en psicoanálisis? (Interés/motivación para formarse en psicoanálisis)
- 2) ¿Cuáles son las problemáticas más recurrentes en su práctica clínica? ¿Cómo orienta su práctica de acuerdo a esas problemáticas?
- 3) ¿Cuáles son para usted, desde su experiencia clínica, las causas fundamentales en el origen de las neurosis/los síntomas/patología? ¿Y por qué? Y desde su experiencia clínica, ¿Qué es lo que usted considera como los factores que originan al trauma?
- 4) ¿Por qué considera que el Psicoanálisis tiene vigencia en la actualidad?
- 5) Teniendo en cuenta los escritos técnicos de Freud, ¿Qué le aconsejaría Usted hoy a un colega? ¿Qué cosas cambiaría y cuáles mantendría igual?