

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



**El lugar de la subjetividad del terapeuta en la contratransferencia:**

**Una mirada desde las configuraciones relacionales.**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN  
INTERVENCIÓN CLÍNICA PSICOANALÍTICA

**AUTORA**

Claudia Velarde Vidaurrázaga

**ASESORA**

Valeria Villarán Landolt

Agosto 2020

## Resumen

El objetivo de la presente investigación fue aportar al entendimiento de la contratransferencia y su relación con la propia subjetividad del terapeuta, a partir de las configuraciones relacionales de una terapeuta con sus otros significativos y con sus pacientes. Para lograr esto, se realizó un recorrido por las diferentes formas de entender el término contratransferencia y la relación que ha tendido este constructo con la subjetividad del terapeuta en cuestión. Se trabajó a través de un estudio sistemático de caso único, cuyo sujeto participante fue una terapeuta. A través del método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT) se analizaron de manera cualitativa y cuantitativa los elementos repetitivos en la configuración relacional de la terapeuta con sus figuras significativas y con sus pacientes. En base a las configuraciones relacionales de la terapeuta con los diferentes objetos se pudo evidenciar que las configuraciones relacionales que la terapeuta sostiene con sus padres están presentes en las configuraciones relacionales con sus pacientes, lo cual muestra elementos de la subjetividad de la propia terapeuta en la contratransferencia. A pesar de que se encontró una repetición de diferentes elementos en la contratransferencia, se encontró también una capacidad de la terapeuta de, a través del encuadre analítico, responder de manera diferente a sus pacientes, lo cual le permitió trabajar adecuadamente con la contratransferencia y fomentar transformaciones en la relación con sus pacientes.

**Palabras clave:** Contratransferencia, subjetividad, terapeuta, configuraciones relacionales, CCRT, terapia psicoanalítica

## Abstract

The main objective of the present study was to contribute to the understanding of countertransference and its relation with the therapist subjectivity, this from the relationship patterns of a therapist with her significant others and with her patients. To achieve this, different ways of understanding the term countertransference and their relationship with the therapist subjectivity were reviewed. This is a systematic single-case study, whose participating subject was a therapist. Through the method of the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT), the repetitive elements in the relational configuration of the therapist with their significant figures and with their patients were analyzed qualitatively and quantitatively. Based on the relational configurations of the therapist with the different objects, it was evident that the relational configurations that the therapist maintains with her parents are present in the relational configurations with her patients, which shows elements of the therapist's own subjectivity in the countertransference. Although a repetition of different elements was found in the countertransference, it was also found a capacity of the therapist, through the analytical setting, to respond differently to her patients, which allowed her to adequately work with the countertransference and encourage transformations in the relationship with her patients.

**Key words:** Countertransference, subjectivity, therapist, relational configurations, CCRT, psychoanalytic/psychodynamic therapy

## Agradecimientos

Para Andrés y Susiña, gracias por apoyarme y por estar siempre ahí, les debo la vida. Gracias Alfonso por la constante compañía, aliento y confianza. A Valeria por la asesoría y acompañamiento constante y a Verónica por todo el apoyo, emocional y académico. Por último, muchas gracias a María, por la apertura, el tiempo y la calidez de su colaboración sin esperar nada a cambio.



**Tabla de Contenidos**

Resumen	2
Agradecimientos	4
Introducción	6
Método	23
Diseño	23
Participantes	23
Técnicas de Recolección de Información	25
Procedimiento y Tratamiento Ético	27
Análisis de la Información	29
Criterios de Calidad	32
Resultados	35
Discusión	68
Conclusiones	82
Referencias Bibliográficas	84
Apéndices	94

## Introducción

La contratransferencia es un constructo que desde su concepción (Freud, 1910), hasta el día de hoy ha ido variando significativamente. Incluso en la actualidad existe una amplia variedad de formas de entender y utilizar el término (Stefana, 2017).

El término contratransferencia fue acuñado por Freud (1910) refiriéndose a la respuesta inconsciente del terapeuta hacia sus pacientes. Si bien esta respuesta era desencadenada por los pacientes, estaba relacionada con resistencias y conflictos internos sin resolver del terapeuta y por esto, debía ser dominada a través del autoanálisis. En *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* Freud afirma lo siguiente:

Otras innovaciones de la técnica atañen a la persona del propio médico. Nos hemos visto llevados a prestar atención a la “contratransferencia” que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. Desde que un número mayor de personas ejercen el psicoanálisis e intercambian sus experiencias, hemos notado que cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos. (Freud, 1910, p. 136)

A pesar de que Freud veía la transferencia del paciente al analista como útil, incluso llegándola a comparar con la telepatía en el sentido de que los procesos mentales del paciente pueden ser comunicados al terapeuta (Freud, 1933), la contratransferencia inicialmente fue considerada como un inconveniente en la terapia ya que se consideraba que podría limitar la comprensión del paciente (Freud, 1910). Es por ello que la

recomendación estaba orientada a que la contratransferencia debía ser removida del proceso a través del propio análisis (Freud, 1910), ello en la medida que la contratransferencia era expresión de la subjetividad del analista. En ese sentido, en esta manera de conceptualizar la contratransferencia, la subjetividad del analista ocuparía un lugar central, siendo vista, en este momento como una interferencia para el proceso analítico.

En los siguientes años luego de las postulaciones de Freud acerca de la contratransferencia, hubo poco interés por el tema. Se considera que la visión, un tanto despectiva que tuvo Freud hacia la contratransferencia, pudo ocasionar una falta de interés en el tema: si había que erradicarla, parecía no haber razón para estudiarla (Gelso & Hayes, 2007).

Después de Freud existen autores que empiezan a mirar la transferencia y contratransferencia de manera distinta, si bien el foco del psicoanálisis no estaba aún puesto en los procesos transferenciales y contratransferenciales, sí hubo ciertos aportes que fueron modificando la forma de entender y utilizar el concepto.

Por ejemplo, Adolf Stern (1923), neurólogo y psicoanalista, plantea que la contratransferencia es básicamente, la transferencia que el analista ejerce a nivel inconsciente sobre el paciente. Carl Jung (1929), desarrolla el tema de la influencia que tiene el paciente en el terapeuta y viceversa, afirmando que el tratamiento es el producto de una influencia mutua entre paciente y terapeuta, siendo así, las personalidades de ambos más importantes de lo que se suele pensar en la eficacia de la terapia. De esta forma, si el terapeuta se tratara de blindar de la influencia del paciente, estaría perdiendo una fuente de información muy importante acerca del paciente (Jung, 1929). Jung (1929) también afirma que la relación entre paciente y analista implica una transformación mutua. Por otro lado, Ella Sharpe (1947) postula que en todo psicoanálisis habrá

contratransferencia, entendida como transferencia de parte del analista, y a su vez propone que lo importante es que la contratransferencia sea reconocida para poder ayudar al paciente. A modo de síntesis, es posible decir que la contratransferencia comienza a ser entendida como un fenómeno presente en la experiencia subjetiva del analista respecto de su paciente que no necesariamente debe ser erradicado.

Por su parte, ciertos autores como Barbara Low (1935), los esposos Alice y Michael Balint (1939) y Wilhelm Fliess (1942) se interesan por el tema de la contratransferencia y profundizan sobre ella. Estos autores, al igual que Jung (1929), incluyen en su definición de la contratransferencia las emociones y personalidad del terapeuta cómo un elemento importante en el desarrollo de la terapia que no debe ser descartado ni eliminado. En ese sentido, esta concepción más amplia del constructo propone que los sentimientos y actitudes del analista constituyen información valiosa acerca del paciente y por ello, una herramienta fundamental en el proceso analítico. (Fromm-Reichmann, 1949).

En la década de los 50, una nueva forma de entender la contratransferencia llega a través de Paula Heimann (1950), quién sostiene que algunas de las opiniones de Freud acerca de la contratransferencia habrían sido malentendidas al afirmar que el terapeuta no debe sentir nada. Esta autora propone que las emociones que experimenta el analista frente a su paciente son uno de los instrumentos más importantes de investigación de lo inconsciente de su consultante (Heimann, 1950). De esta forma, para Heimann (1961) el objetivo del análisis personal del terapeuta, no es evitar los sentimientos suscitados en terapia, más bien es tener la capacidad de tolerar la experiencia emocional que susciten los pacientes en ellos y ser capaces de poner estas emociones al servicio de los objetivos terapéuticos. La visión de esta autora rescata que la situación analítica es una relación entre dos personas. Para ella, lo que distingue esta relación de otras, no es la ausencia de



emociones de una persona (el terapeuta), si no dos factores independientes: el nivel de intensidad de estos sentimientos y la posibilidad de poner estas emociones al servicio de la terapia (Heimann, 1960). En esta visión, todas las emociones del terapeuta hacia el paciente son consideradas como contratransferencia (Epstein & Feiner, 1979). Cabe señalar que, si bien en la propuesta de Heimann pareciera asomarse un interés distinto respecto a la subjetividad del analista, la contratransferencia pareciera ser vista únicamente como manifestación de la subjetividad del paciente. En ese sentido, los sentimientos y las emociones del terapeuta serían entendidos como expresiones de los afectos que experimenta el paciente.

La propuesta de Paula Heimann no está exenta de críticas, entre ellas se puede mencionar la poca delimitación que ofrece del concepto de contratransferencia (Fauth, 2006). El término pareciera abarcar todos los fenómenos que se suscitan en la sesión analítica, incluyendo factores extra clínicos, como por ejemplo la falta de sueño o los efectos secundarios de la medicación que el terapeuta pueda estar tomando (Fauth, 2006).

En paralelo a la propuesta de Paula Heimann, Heinrich Racker (1953), de manera independiente, postula una forma de entender la contratransferencia conocida como la visión complementaria. La propuesta de este autor coincide con la de Heimann en que afirma que la contratransferencia es de suma utilidad en el análisis (Racker, 1953). Dicho esto, advierte que para trabajar con la contratransferencia, el analista se debe dividir en dos partes, una vivencial e irracional para dejarse llevar y sintonizar con el analizado y otra racional y observadora para mantener una contratransferencia positiva y ser capaz de trabajar con ella (Racker, 1953). De este modo, Racker (1953) diferencia dos tipos de contratransferencia: la concordante, la cual proviene de una identificación del analista con el yo del paciente; y la complementaria, la cual es producto de la identificación del analista con los objetos internos del paciente. Es en este último tipo que la

contratransferencia es entendida como la contraparte complementaria de la transferencia o estilo de relación del paciente (Epstein & Feiner, 1979).

El aporte central de la propuesta de Racker es que favorece una mirada de la contratransferencia que ubica al analista y al paciente bajo cierta horizontalidad, dicho de otro modo, este autor nos permite mirar que la mente del analista y la de su paciente, no son tan distintas, lo que contribuye a la sensibilidad del analista para recibir las transferencias que suelen ser silenciosas (Oelsner, 2013). La contratransferencia, entonces, desde este punto de vista, pareciera incluir la subjetividad del analista, sin embargo, no se profundiza en la misma; más bien se entiende como una herramienta que se pone en marcha en el encuentro terapéutico y en ese contexto tendría como objetivo comprender al paciente.

Habiendo presentado las perspectivas y los puntos de divergencia en la conceptualización de la contratransferencia de Paula Heimann (1950) y Henrich Racker (1957), consideramos importante resaltar los puntos de encuentro entre ambas propuestas, en primer lugar, como ya se ha mencionado, ambos autores coinciden en la utilidad de la contratransferencia como herramienta central para el trabajo analítico. En segundo lugar, ambos ofrecen una definición general de la contratransferencia como la reacción emocional total del terapeuta ante el paciente. En esta línea, ambos autores contribuyen con una mirada de la contratransferencia como un elemento a ser necesariamente incluido en la comprensión de lo que ocurre al interior del setting terapéutico. Sin embargo, aún la reflexión no gira en torno a intentar comprender cómo es que la subjetividad del analista está inserta dentro de este fenómeno.

Autores como Otto Kernberg utilizan las propuestas de Heimann y Racker para plantear formas de utilizar la contratransferencia en la terapia. Kernberg (2005) afirma que el uso de la contratransferencia por parte del terapeuta permite realizar un diagnóstico

más preciso y en estrecha conexión con las relaciones objetales internalizadas que el paciente activa en sus vínculos con aquellos que lo rodean y que se manifiestan en la transferencia con su analista. En ese sentido, analizar la contratransferencia es una herramienta sumamente útil para analizar la transferencia del paciente. Tanto es así, que la contratransferencia es considerada por este autor, como una de las tres fuentes de información más significativa sobre la situación analítica junto con la experiencia subjetiva del paciente, comunicada a través de la asociación libre; y la conducta no verbal observable durante la sesión terapéutica (Kernberg, 2005).

Respecto a estas tres fuentes de información que menciona Kernberg sobre la situación analítica, nos gustaría profundizar sobre la interacción que propone este autor entre los fenómenos contratransferenciales y la subjetividad del paciente. Kernberg (2004), en el análisis de pacientes con trastornos de personalidad de carácter severo o grave, identifica que mientras más intensa y *primitiva* sea la transferencia, la información que se obtiene a través de la contratransferencia adquiere mayor relevancia, dado que, si el paciente es menos capaz de contener su propia experiencia primitiva a través de su conciencia subjetiva, mayor será su necesidad de expresar dicha experiencia a través de la acción, amplificando la contratransferencia del terapeuta. Esta dinámica estaría explicada a través del mecanismo defensivo de identificación proyectiva (Kernberg, 2004). De este modo, se podría decir que el lugar de la subjetividad del paciente en los procesos contratransferenciales podría entenderse de la siguiente manera; si estamos frente a una subjetividad frágil, entendida como una subjetividad muy invadida por experiencias primitivas, la contratransferencia sería algo así como un espacio que permite al terapeuta establecer un flujo de comunicación con un individuo que aún no es capaz de entender por sí mismo lo que está sintiendo, pensando y haciendo. Desde este punto de vista, es posible decir que la contratransferencia sería expresión de la subjetividad del

paciente, y por ello, un fenómeno útil de ser empleado en tanto contribuiría a una mejor comprensión diagnóstica de los pacientes. Sin embargo, nuevamente en esta concepción del constructo, no se incluye el reconocimiento de la subjetividad del terapeuta y su influencia en el fenómeno contratrasferencial.

Así como Kernberg, Joseph Sandler (1976) toma también lo trabajado por sus antecesores, especialmente por Paula Heimann, y señala que, en la transferencia, lo que el paciente hace, a nivel inconsciente, es un intento de fomentar que el terapeuta se comporte de determinada manera para imponer de esta forma, un tipo de interacción entre los dos. De esta manera, el paciente intenta inconscientemente actualizar, tanto sus relaciones primarias infantiles como sus relaciones defensivas, las cuales habría construido previamente. Es en ese sentido, que se considera a las reacciones, pensamientos y sentimientos del terapeuta como elementos contratransferenciales útiles en el entendimiento del paciente.

Para lograr hacer uso de la contratransferencia, Sandler (1976) sugiere que además de la atención libre flotante, el terapeuta debe mantener también una capacidad de respuesta conductual libre flotante, para de esta manera ser capaz de captar las transferencias del paciente, sosteniendo que en ciertos casos solo se puede tomar consciencia de esta dinámica a través de la observación de las respuestas o actitudes del propio analista que ya se llevaron al acto. El autor también señala que muchas veces las respuestas del terapeuta se atribuyen enteramente a sí mismo, cuando en realidad es de mayor utilidad entender estas respuestas como un compromiso entre el propio inconsciente del terapeuta y la relación de roles que el paciente está intentando establecer con él o con ella en la sesión. Para Sandler (1976), mecanismos defensivos como la identificación proyectiva, externalización y proyección, no son suficientes para entender del todo la interacción que ocurre en el proceso de transferencia y contratransferencia,

más bien recalca que hay muchas cosas que ocurren en este proceso donde se intercambian señales inconscientes de ida y de venida, los cuales no solo son procesos que se dan en la relación terapéutica, si no en relaciones con objetos fuera del consultorio.

Tanto Joseph como Anne-Marie Sandler, parecieran retomar el interés por el inconsciente y la subjetividad del terapeuta en la contratransferencia. Las contribuciones de estos autores son consideradas muy importantes para tender puentes entre diferentes perspectivas psicoanalíticas, inclusive se podría considerar que sus aportes fueron una antesala teórica para el surgimiento del psicoanálisis relacional (Fonagy, 2005).

En los años 80, el psicoanálisis relacional cobra relevancia, entre otras razones por su forma particular de entender la contratransferencia. Esta corriente incluye dentro de su concepción de contratransferencia la dinámica de intercambio transferencia y contratransferencia como un fenómeno que no es exclusivo del trabajo en el consultorio, sino más bien, como una dinámica observable en las relaciones humanas de cualquier tipo (Daurella, 2018).

Algunos de los exponentes más importantes de la visión relacional del psicoanálisis son Lewis Aron y Stephen Mitchell. Aron (1996) define la corriente relacional como una psicología de dos sujetos, en la que lo que ocurre en el setting terapéutico se co-construye entre el analista y su paciente, en contraposición a una visión más clásica del psicoanálisis, la cual hace referencia a solo un sujeto: el paciente.

Según la visión relacional del psicoanálisis, considerar la contratransferencia únicamente como una respuesta hacia la transferencia del paciente, fomenta la creencia de que el terapeuta tiene una actitud reactiva, más que subjetiva y propia (McLaughlin, 2017; Wolstein, 1988). Retomando lo propuesto por Aron (1991), desde la corriente relacional, usar el término contratransferencia como la usan Heimann y Racker,

implicaría que erróneamente se defina la experiencia del analista únicamente en función a la subjetividad del paciente.

Para Aron (1996), la influencia paciente-terapeuta es mutua, recíproca e inevitable. En este sentido Aron (1996) se separa de una visión más clásica en la que la relación paciente – terapeuta es unidireccional, siendo el paciente el único que vive de manera personal la experiencia terapéutica. Así, una mirada relacional o intersubjetiva de la relación implica el reconocimiento de un estado mental subjetivo en el otro y en uno mismo (Stern, 1998).

En éste contexto, Mitchell (1988, 2000) postula que la relación analítica no es tan diferente a otras relaciones humanas, ya que la relación entre paciente y terapeuta está influida fuertemente por el inconsciente del terapeuta. Por lo tanto, la completa neutralidad o la visión del analista como una pantalla en blanco para que el paciente proyecte, deja de ser el paradigma a partir del que se entiende la relación terapéutica (Gabbard, 2001). De esta manera, se abandona la idea del analista como reflejo de la subjetividad del paciente y más bien se comienza a pensar la situación analítica como un encuentro de dos subjetividades, en el que la persona del analista, con su subjetividad, se convierte en el obstáculo o, idealmente, en la herramienta para el trabajo (Fainstein, 2013).

Desde esta corriente, se incluye con más atención la subjetividad del analista y se proponen conceptos que incorporan, tanto al paciente como al terapeuta, en lugar de referirse a términos como transferencia y contratransferencia, que históricamente no llegan a abarcar la complejidad del fenómeno del encuentro entre dos. Dentro de los conceptos que incorporan tanto al paciente como al terapeuta cabe destacar el de *terceridad*, propuesto por Benjamin (2007). Esta noción implica una co-creación entre dos, algo que se va formando en la relación y que trasciende los límites de las dos personas

que participan de la relación (Benjamin, 2007). Esta co-creación implica, necesariamente, el reconocimiento del otro, dos sujetos que se regulan mutuamente; implica aceptar las diferencias y la otredad de alguien más, lo cual permite, a su vez, rendirse a la experiencia de estar con ese otro (Benjamin, 2007).

No obstante, cabe señalar que la corriente interpersonal contemporánea retoma el uso de estos términos con el objetivo de tener una continuidad terminológica que pueda hacer referencia a la teoría psicoanalítica anterior (Fiscalini, 2015). Así, desde esta perspectiva se entiende la transferencia como la forma que tiene el paciente de organizar sus relaciones interpersonales en una situación analítica y a la contratransferencia como la manera del terapeuta para organizar la misma situación (Daurella, 2018).

De lo señalado hasta aquí, se considera importante resaltar cómo el psicoanálisis relacional recupera el interés en la reflexión del lugar que ocupa la subjetividad del terapeuta en la relación con su paciente. Así mismo, es importante señalar cómo este interés pareciera haberse estado gestando en autores que anteceden a esta corriente, pero que quizás no llegan a colocar este tema de forma tan explícita o central para la técnica, como sí lo hace el psicoanálisis relacional.

Gelso y Hayes (2001), proponen operacionalizar el concepto de contratransferencia, explicando qué incluye y qué no, para de esta manera emplearlo con mayor facilidad en investigaciones de tipo empírica. Los autores buscan, de este modo, rescatar un concepto que continúa siendo útil en la práctica terapéutica a través de una definición que trascienda diferentes teorías psicológicas y que sirva para demostrar empíricamente su utilidad (Gelso & Hayes, 2007).

Esta operacionalización de la contratransferencia toma algunos aspectos descritos por los autores antes mencionados como Freud (1910), Heimann (1960), Racker (1953)

y Mitchell (1988), pero al mismo tiempo establece una diferencia respecto de los mismos. Gelso y Hayes (2001) definen la contratransferencia como la reacción peculiar de los terapeutas hacia sus consultantes (sensorial, afectivo, cognitivo y comportamental), la cual está basada en conflictos o dificultades de los propios terapeutas. Según estos autores, la contratransferencia puede ser consciente o inconsciente y puede aparecer en respuesta a la transferencia del consultante o a otros fenómenos. Además, distinguen entre contratransferencia aguda y crónica, siendo crónica la contratransferencia provocada frecuentemente por los consultantes y la aguda, la que es irregular o poco característica del terapeuta (Gelso & Hayes, 2001). De acuerdo con esta conceptualización del término, no estarían incluidas las reacciones desencadenadas por factores extra clínicos, lo cual mantiene el término amplio incluyendo respuestas consientes e inconscientes, sin perder el foco histórico de la contratransferencia como individual y con un origen en el terapeuta (Gelso & Hayes, 1998).

Gelso y Hayes (1998) incluyen cinco componentes en su definición de contratransferencia: (a) el origen, (b) los desencadenantes, (c) la manifestación, (d) el manejo y (e) los efectos.

Acerca del origen, este se identifica en los conflictos intrapsíquicos del propio terapeuta; sobre los desencadenantes, son todos aquellos eventos de la terapia que evocan conflictos sin resolver del terapeuta, Gelso y Hayes agrupan los desencadenantes en tres categorías: atributos del paciente, contenido de la terapia y proceso de terapia; la manifestación de la contratransferencia, se observa a través de la conducta, pensamientos o sentimientos del terapeuta como resultado de la activación de los propios conflictos; los efectos de la contratransferencia serían las consecuencias que tiene la misma en el proceso y resultado de la terapia; y el manejo de la contratransferencia, la habilidad que tiene el terapeuta de regular y utilizar productivamente sus reacciones contratransferenciales.



Es sobre el primer y tercer componente, en los que profundiza el presente estudio. El primer componente, el origen de la contratransferencia, en la medida en que se trataría de aquel componente que explora en el propio terapeuta y su subjetividad y por otro lado, el tercer componente, la manifestación de la contratransferencia, a partir de la cual podemos estudiarla (Gelso & Hayes, 1998).

De lo mencionado hasta aquí, es posible decir que el concepto de subjetividad ha ampliado el concepto de contratransferencia: los sentimientos del terapeuta hacia su paciente ya no se entienden como aspectos que evidencien conflictos sin resolver en necesidad de un análisis personal (Gerson, 1996). Tampoco se entienden como una forma de comprender el inconsciente del paciente únicamente, si no más bien como una parte esencial de la persona del terapeuta (Gerson, 1996). De ahí que resulte esencial incluir la experiencia subjetiva del terapeuta en el trabajo con pacientes, ya que todo lo que el terapeuta hace en la terapia estaría basado en su propia subjetividad (Renik, 1993).

Si bien la subjetividad del terapeuta es un concepto más amplio que no solo atañe a la noción de contratransferencia, pues incluye en él toda experiencia subjetiva con respecto al mundo interno del terapeuta, la contratransferencia, originándose también en el terapeuta, forma parte de dicha subjetividad (Gelso & Hayes, 2007). A esto es necesario añadirle que la contratransferencia estaría compuesta por la subjetividad del terapeuta, pero siempre y necesariamente evocada a través de la relación terapéutica (Gelso & Hayes, 1998).

Para acercarnos a la subjetividad del terapeuta y sus conflictos internos, el concepto de configuraciones relacionales ofrece un marco interesante de análisis. A lo largo de la historia del psicoanálisis, particularmente dentro de la teoría de relaciones objetales y más recientemente del psicoanálisis relacional, diferentes autores han sostenido que nuestra subjetividad se organiza en representaciones de relaciones o

funciones de personas, producto de la interiorización de relaciones significativas del pasado (Villarán, 2017).

Autores como Sullivan (1953), Baldwin (1992) y más adelante Lemma, Target y Fonagy (2011), se han referido a esta organización denominándola *representaciones self-otro*, *esquemas relacionales* y *foco afectivo interpersonal*, respectivamente.

En lo que respecta a Baldwin (1992), sobre lo esquemas relacionales, este autor afirma que dichos esquemas se basan en la idea de que las personas desarrollan estructuras cognitivas que se expresan en patrones de relaciones interpersonales. Desde esta perspectiva, el foco de interés no está puesto en el self de la persona en un nivel intrapsíquico y aislado, sino más bien, la relación que mantiene esta persona con los(as) que la rodean y cómo desarrolla modelos de relación en base a estas experiencias. De esta manera, Baldwin (1992), al referirse a estos modelos de relación, hace alusión a una suerte de mapa que le permite a la persona navegar en el mundo social.

Mitchell (1993), en un intento por integrar los aportes de sus antecesores, llama a estas organizaciones: *configuraciones relacionales*. Éstas incluirían tres dimensiones: el sí mismo, el objeto y el campo interactivo. Las configuraciones relacionales, según describe este autor, son un nivel simbólico de organización en el que las interacciones están consciente o inconscientemente resueltas y fijas, es decir, la persona tiene fijado un rol en su relación con el otro y también tiene preestablecida una idea de cómo el otro se relacionará en respuesta (Mitchell, 2000). Estas configuraciones relacionales estarían fuertemente influidas por la experiencia infantil (Lemma et al., 2011) y las características sociales de la persona como la raza, el género y la cultura de la persona (Layton, 2000).

En un esfuerzo por identificar y entender las configuraciones relacionales de manera empírica, Luborsky y Crits-Cristoph (1998) desarrollan una definición

operacional del concepto, a la que denominan *patrones centrales de relación* o *patrones relacionales*. Y definen este concepto cómo los modos inconscientes en los que se han organizado los patrones característicos de relación, es decir, las formas de relacionarse de una persona con los demás (Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

En esta línea, desarrollan el método de Tema Relacional del Conflicto Central (*Core Conflictual Relationship Theme: CCRT*; Luborsky & Crits-Christoph, 1998), el cual permite identificar los episodios de relación en narrativas de sesiones de terapia o entrevistas. Éste es un método que favorece un análisis que permite comprender la cualidad y el grado en el que las configuraciones relacionales se repiten con diferentes objetos (Espinosa & Valdés, 2012).

En este sentido, el método CCRT ha sido utilizado originalmente para medir y comprender la transferencia, en tanto permite explorar las configuraciones relacionales reiterativas del paciente (Luborsky & Crits-Christoph, 1998) y en estudios posteriores, ha sido también utilizado para estudiar la contratransferencia.

Tishby y Vered (2011) fueron pioneros en usar el método de Luborsky y Crits-Christoph para analizar los patrones de relación de terapeutas y así estudiar la contratransferencia siguiendo la definición de este constructo que ofrecen de Gelso y Hayes (1998). Su estudio tuvo por objetivo explorar si el tema conflictivo relacional de los terapeutas con sus padres se repetía en la relación con sus pacientes. Estos autores utilizaron la entrevista RAP (Relationship Anecdotes Paradigm), herramienta diseñada también por Luborsky (1998) para la obtención de episodios relacionales que luego se analizaron a través del método CCRT. De esta manera, entrevistaron a 12 terapeutas que describieron episodios relacionales con sus padres y con dos de sus pacientes. En el análisis de la data, los autores encontraron una repetición para los tres componentes del

CCRT en los patrones de relación que los terapeutas describían con sus padres y pacientes (Tishby & Vered, 2011).

Por su parte, Johnson (2015) realizó una investigación de caso único con el objetivo de evaluar la utilidad del método CCRT para medir la contratransferencia. Si bien dicho estudio no obtuvo resultados que confirmen ni contradigan la utilidad del método para medir este constructo, el estudio afirma que se requiere mayor investigación en el tema. Lo que encontró el autor en dicha investigación fue que las sesiones de terapia no fueron suficientes para hallar información acerca del terapeuta que luego pueda ser analizada a través del CCRT; en 14 sesiones de terapia no se encontraron Episodios de Relación válidos. Sin embargo, el autor sí encontró que la configuración relacional central del terapeuta participante fue extraída exitosamente usando la entrevista RAP (Johnson, 2015).

Otro estudio que también evalúa la contratransferencia a través del CCRT es el de Messina, Arduin, Frangioni, Sambin, & Gelso (2018). Este estudio, al igual que los mencionados anteriormente, hace uso de la definición de contratransferencia que ofrecen Gelso y Hayes (1998). En esta investigación de caso único se analizaron episodios relacionales del terapeuta participante con sus pacientes y padres. Los episodios con sus pacientes fueron extraídos de material grabado en audio de las primeras sesiones de supervisión clínica de un terapeuta con 5 pacientes diferentes. Por otro lado, los episodios con los padres fueron obtenidos mediante la entrevista RAP. Ambos insumos de información fueron luego analizados por medio del método CCRT. Los autores encontraron que la data cuantitativa de los episodios relacionales de los terapeutas con sus padres correlacionaba significativamente con las relaciones con sus pacientes (Arduin et al., 2018), lo cual estaría apoyando la hipótesis de Gelso y Hayes (1998) que indica que la contratransferencia estaría originada en los conflictos internos del terapeuta.

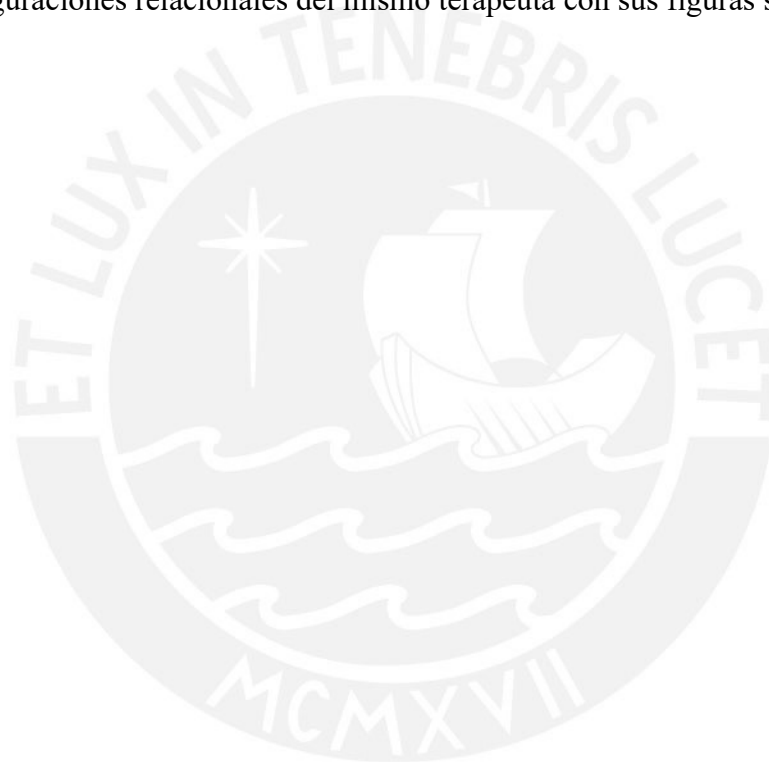
Los tres estudios presentados brindan luces sobre lo fructífero de emplear el método CCRT para estudiar la contratransferencia. Dicha utilidad ha sido reportada también por otros autores (Bourke & Grenyer, 2010; Tishby & Wiseman, 2014). Es interesante observar cómo en las investigaciones descritas se utiliza la definición de Gelso y Hayes (1998) sobre contratransferencia, una definición que demuestra ser útil en tanto ofrece claridad y delimitación al concepto favoreciendo su estudio.

Dicho esto, es importante señalar que estos esfuerzos por investigar la contratransferencia datan de los últimos diez años, hecho que hace que persista una asimetría marcada entre el gran contenido clínico generado y la poca investigación o evidencia empírica acerca del tema (Gabbard, 2001; Tishby & Vered, 2011).

A su vez, a partir de la revisión realizada es posible decir que la investigación enfocada en el terapeuta y sus conflictos internos es escasa (Arduin et al., 2018). Lo que resulta paradójico si reconocemos lo central de este fenómeno para el proceso y los resultados de la psicoterapia (Gelso & Hayes, 2001; J. A. Hayes, Gelso, Goldberg, & Kivlighan, 2018).

Teniendo ello en cuenta, la presente investigación se propone seguir en el esfuerzo por contribuir con los estudios enfocados en la subjetividad del terapeuta, manifestada a través de la contratransferencia, teniendo como objetivo general aportar al entendimiento de la contratransferencia y su relación con la propia subjetividad del terapeuta, a partir de las configuraciones relacionales de una terapeuta con sus otros significativos y con sus pacientes. Para ello tiene tres objetivos específicos:

- Describir la relación que sostiene la terapeuta participante con sus figuras significativas a través del análisis de las configuraciones relacionales con cada una de ellas.
- Describir la contratransferencia del terapeuta con sus pacientes a través del análisis de las configuraciones relacionales que operan en la relación con dichos pacientes.
- Comparar las configuraciones relacionales del terapeuta con sus pacientes, con las configuraciones relacionales del mismo terapeuta con sus figuras significativas.



## Método

### Diseño

La presente investigación es un estudio sistemático de caso único, cuyo sujeto participante es una terapeuta de seudónimo María (Roussos, 2007). Un estudio de caso único tiene como una de sus ventajas darle a la investigación una sensación amplia y profunda del fenómeno a estudiar a través de la persona (Widdowson, 2011) y al ser la contratransferencia un concepto tan complejo y particular de cada individuo, se pretende justamente esto; estudiar a profundidad el fenómeno de la contratransferencia a través de la experiencia de María y de entender lo que vivencia cuando se relaciona con sus pacientes. La presente investigación pretende también establecer un vínculo entre la práctica clínica y la investigación, que es otra de las características de los estudios de caso único (Roussos, 2007).

### Participantes

*Terapeuta participante: “María”*

María, la terapeuta participante es una mujer de 37 años, residente de Lima, que cumple con los criterios de selección del presente estudio, los cuales incluyeron que sea una psicóloga colegiada y que cuente con al menos tres años de experiencia supervisada en el trabajo con paciente psicoanalíticamente orientado. María estudió psicología y realizó una maestría en psicología clínica en los Estados Unidos, luego de lo cual hizo una formación en psicoterapia psicoanalítica y en paralelo empezó con su práctica terapéutica.

Ella está casada con Mariano y juntos tienen dos hijos; Natalia y Vicente, ambos hijos tienen menos de ocho años y viven con María y Mariano. Los padres de María viven en la misma ciudad, juntos tuvieron cuatro hijas, de las cuales María es la tercera. Una de las hermanas de María vive en el extranjero y las otras dos viven en la misma ciudad y mantienen una relación cercana con María.

#### *Pacientes Participantes*

Con respecto a los pacientes, se tomó en cuenta como criterio de inclusión que sean pacientes que actualmente estén en proceso de terapia con el terapeuta en cuestión, o de lo contrario, que hayan culminado recientemente su proceso, con no más de dos meses entre la culminación del proceso y el inicio de la recolección de los datos para la presente investigación.

De los pacientes con los que contaba el terapeuta que cumplieran con los criterios establecidos, la terapeuta en cuestión seleccionó tres, bajo la indicación que debía escoger que sean lo más diversos posibles en edad, sexo, tiempo en terapia y características generales. Dicha diversidad se buscó con el objetivo de hallar elementos comunes en la contratransferencia que sean relativos al terapeuta y a sus propias figuras parentales y no fomentar similitudes que puedan tener que ver con los pacientes y sus particulares.

#### *Paciente #1: “Serena”*

Serena es una joven de 23 años, estudiante de psicología, natural de la misma ciudad del Perú de donde proviene María. Empezó a atenderse con María dos años atrás. La frecuencia con la cual Serena se atendió por la mayor parte del tiempo en terapia fue de dos veces por semana, sin embargo, en la actualidad es de una vez por semana por insistencia del padre de Serena, quién paga la terapia. Serena llega a terapia, por un lado, porque está estudiando psicología y siente que es algo que quiere hacer como psicóloga,



pero también porque siente que no ha superado el divorcio de sus padres, el cual fue hace casi 20 años.

*Paciente #2: "Lorena"*

Lorena tiene 18 años y va a terapia con María desde que tiene 15 con una frecuencia sostenida de dos veces por semana desde hace poco más de dos años. Lorena llega a terapia por iniciativa propia cuando sus padres inician un proceso de divorcio. Ella buscaba entender y aceptar el proceso de separación de sus padres, pero también porque llevaba un tiempo sintiéndose triste, insegura y fea. Además, Lorena llega a terapia poco tiempo después de que una amiga cercana sufriera de anorexia, frente a esto, fue Lorena quien decide buscar ayuda contactando a la madre y profesoras de la amiga en cuestión, hecho que la dejó muy movida y preocupada.

*Paciente #3: "Iván"*

Iván tiene 38 años y va a terapia con una frecuencia de dos veces por semana desde hace poco más de un año y medio. El motivo de consulta de Iván fue su sensación de que hay cosas en la vida que esperaba tener a su edad y que por algún motivo no ha logrado, como, por ejemplo, formar una familia. Él siente que la mayoría de sus amigos están casados o tienen hijos y que él nunca ha logrado tener una relación con alguien que lo haya llevado a mudarse o comprometerse con la persona. En esa misma línea, siente que nunca se ha enamorado de alguien y de alguna forma eso lo asusta.

### **Técnicas de Recolección de Información**

Como técnica de recolección de la información, se utilizó la entrevista de Paradigma de Anécdotas en Relación, RAP por sus siglas en inglés (Relationship

Anecdotes Paradigm) (Luborsky, 1998). El RAP es una entrevista semiestructurada en la cual el investigador le solicita al sujeto (en este caso, al terapeuta) que relate incidentes o episodios que involucren a sí mismo en relación con otra persona. La narración de cada uno de estos episodios debería durar entre tres y cinco minutos. El audio de la entrevista debe ser grabado y luego transcrito de manera literal para el posterior análisis. Los Episodios Relacionales obtenidos a través de la entrevista RAP brindan el material necesario para identificar las Configuraciones Relacionales de la terapeuta utilizando como método de análisis el CCRT (Luborsky, 1998).

La entrevista RAP ha sido utilizada de manera exitosa en diferentes investigaciones para extraer episodios de relación que posteriormente fueran analizados a través del método CCRT (Arduin et al., 2018; Johnson, 2015; Tishby & Vered, 2011).

Además de la entrevista RAP, se diseñó una entrevista semi estructurada con el fin de dar un mayor contexto y profundidad a las relaciones que sostiene la terapeuta con sus figuras significativas, con sus pacientes y su percepción de las mismas. Una entrevista semi estructurada es una en la cual ciertas preguntas están definidas de antemano, sin embargo estas preguntas son lo suficientemente abiertas para que las siguientes posibles preguntas a partir de las respuestas no puedan ser planeadas con antelación, por lo que la entrevistadora puede generar más preguntas no planeadas en el mismo momento de la entrevista (Wengraf, 2001).

La entrevista incluyó preguntas que dieran cuenta de cómo la terapeuta percibe a sus pacientes y la relación que sostiene con cada uno de ellos (Apéndice A). Además, se hicieron preguntas en función a la percepción de María de sus propios patrones o formas típicas de relacionarse con las demás personas y en qué medida ella considera que estas formas de relación influyen en la relación que sostiene con sus pacientes. Las preguntas

incluidas en la entrevista fueron discutidas previamente con miembros del equipo de investigación para corroborar su relevancia en el presente estudio.

La secuencia de la entrevista estuvo entrelazada con la entrevista RAP, es decir, para que la entrevista tenga una secuencia lógica se dividió por objeto, se empezó por el primer paciente, acerca del cual se hicieron preguntas de entrevista semi estructurada y luego la entrevista RAP. La secuencia continuó con los dos siguientes pacientes y luego con las figuras significativas de la vida de María, finalizando con las preguntas más generales acerca de cómo la terapeuta concibe sus formas típicas de relación y su impacto en la relación con sus pacientes.

### **Procedimiento y Tratamiento Ético**

Al inicio de la primera entrevista se le informó la idea general del estudio sin darle información profunda acerca de las variables y el proceso de investigación y ambas, participante e investigadora firmaron el consentimiento informado (Apéndice B), en el cual la participante accedió voluntariamente a la investigación manteniendo su derecho a retractarse en cualquier momento si así lo deseara. Además, el consentimiento contiene en líneas generales el objetivo de la investigación y los procedimientos éticos de anonimato con el que se trabajaría la información obtenida, dicho consentimiento fue firmado por la terapeuta en cuestión antes de empezar con la recolección de información.

En total se desarrollaron tres encuentros para la recolección de la información. Durante la primera sesión de entrevista se le pidió a la terapeuta que describa un poco de sí misma, y luego que relatara episodios relacionales con el primero de los pacientes escogido para la investigación utilizando la entrevista RAP (*Relationship Anecdotes Paradigm*; Luborsky, 1998). Durante la segunda sesión de entrevista se le solicitó a la

terapeuta relatar episodios relacionales del segundo y tercer paciente y durante la tercera y última entrevista se empezó por solicitar los relatos de episodios relacionales con las figuras significativas del propio terapeuta, también utilizando la entrevista RAP (Luborsky, 1998). Además, durante la tercera sesión se realizaron las preguntas de la entrevista semiestructurada enfocadas a qué es lo que piensa la terapeuta respecto a la influencia de su propia subjetividad y sus propios vínculos, en el vínculo y el trabajo con sus pacientes. Dichas preguntas se realizaron con el propósito de ampliar el material recogido para así nutrir la discusión del presente estudio. El total del material de las entrevistas fue de 2 horas y 50 minutos.

La definición de las personas significativas por las cuales se consultaría se realizó a partir de la revisión de otras investigaciones (Tishby & Vered, 2011; Tishby & Wiseman, 2014) y de la primera entrevista con la terapeuta participante.

Las entrevistas fueron grabadas en audio y luego se procedió a realizar las transcripciones literales del material de las entrevistas RAP, cuidando la confidencialidad y el anonimato del terapeuta, omitiendo o modificando cualquier dato personal, tanto de la terapeuta como de sus pacientes, que pudieran hacerlos identificables. Las transcripciones las hizo la autora del presente estudio; nadie más que ella tuvo acceso a los audios de la entrevista. El acceso a las entrevistas transcritas (con los datos ya modificados) fue compartida sólo con una persona involucrada en la investigación como codificadora independiente para la aplicación del método CCRT y se hizo luego de que dicha persona firmara un acuerdo de confidencialidad sobre el mismo (Apéndice C). Luego de realizado el estudio, el material de audio y las respectivas transcripciones fueron eliminados.

## **Análisis de la Información**

Para identificar las configuraciones relacionales en los Episodios Relacionales obtenidos a través del RAP se utilizó el método CCRT (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Siguiendo las etapas propuestas por Espinoza y Valdez (2012) para la utilización de este método, se trabajó de acuerdo a los siguientes pasos:

### *Preparación del material:*

Las transcripciones literales de las entrevistas RAP se colocaron numeradas secuencialmente de manera que luego se pueda referir al lugar exacto de inicio y fin de cada episodio relacional a través de dichos números.

### *Delimitación y valoración de los Episodios Relacionales*

Se determinaron los Episodios Relacionales (ER) que aparecían dentro de las entrevistas y luego se identificó los componentes dentro de cada uno de dichos episodios. Los componentes de cada episodio relacional se dividen en Deseos (DO y DS), Respuestas del objeto (RO) y Respuestas del sujeto (RS) (Espinoza & Valdés, 2012). Luego se procedió a identificar la direccionalidad y temporalidad de cada uno de los componentes encontrados. Adicionalmente se formuló una categoría “tailor made” o hecha a medida para identificar cada componente de los episodios y también para identificar con dicha categoría, la categoría estándar según el manual CCRT-LU-S (Espinoza & Valdés, 2012). Los componentes y direccionalidades tal y como se proponen en el método CCRT se muestran en la siguiente tabla (Tabla 1).

Tabla 1  
*Componentes del sistema CCRT-LU-S*

Deseos					Respuestas				
DO			DS		RO			RS	
DOA	DOO	DOS	DSO	DSS	ROA	ROO	ROS	RSO	RSS
El sujeto desea que el otro haga algo con otro	El otro desea algo de sí mismo	El sujeto desea algo de otro	El sujeto desea algo para otro	El sujeto desea algo para sí mismo	El otro hace algo a otro	El otro hace algo a sí mismo	El otro hace algo al sujeto	El sujeto hace algo a otro	El sujeto se hace algo a sí mismo
("yo quisiera que él lo apoye más")	("ella desea ser feliz")	("yo quisiera que me entienda")	("yo quisiera apoyarla")	("yo quisiera sentir más confianza")	("siempre lo protege")	("él se reprime")	("ella me ignora")	("yo la ignoro")	("yo me culpo a mí mismo")

Nota. Adaptado de Espinosa, D., & Valdés, N. (2012b). Manual de codificación de episodios relacionales a partir de la versión en castellano del método del Tema Central de Conflicto Relacional CCRT-LU-S (p. 12). Proyecto Fondecyt, 1–25.

### *Codificación de los episodios relacionales*

Se utilizó la lista de categorías CCRT-LU-S (Espinosa & Valdés, 2012), el cual incluye 119 subcategorías agrupadas en 30 categorías, para identificar en cada componente de cada ER, la subcategoría más cercana a la etiqueta “tailor made” otorgada anteriormente. Este procedimiento se hizo en paralelo por dos personas; la autora del presente estudio y un evaluador independiente. Ambas delimitaciones y valoraciones se expusieron y ponderaron para llegar a un acuerdo.

### *Otorgar una valoración a los episodios relacionales*

A partir del número de componentes otorgado a cada ER, se otorgan valoraciones que van desde el cero hasta el cinco. Para el posterior análisis de datos sólo se utilizaron los ERs valorizados con un puntaje de tres o más, es decir, ERs que contienen por lo menos un componente de cada tipo: Deseo, Respuesta del objeto y Respuesta del sujeto.

### *Conciliación y grado de acuerdo entre los codificadores*

Se procedió a conciliar los resultados de dos codificadores independientes. La conciliación consistió en encontrar acuerdos sobre la delimitación de cada ER, la valoración de cada uno de estos episodios (dependiendo de la cantidad de elementos de cada uno), la direccionalidad asignada para cada componente y la categoría CCRT-LU-S asignada a los componentes de cada ER. El nivel de concordancia en la identificación de ERs y sus respectivos componentes fue luego calculado de acuerdo al índice Kappa (Cohen, 1960).

El CCRT se utilizó como un método mixto dado que se recurrió al análisis de los ERs, y la asignación de categorías de manera cualitativa y que luego dichas categorías se analizaron cuantitativamente al hacer comparaciones con respecto a las magnitudes y frecuencias de éstas.

El análisis posterior también fue mixto, inicialmente se trabajó a través de un análisis temático. El proceso de análisis temático empieza por buscar patrones en el material, en este caso de las entrevistas (Braun & Clarke, 2006). Este proceso se hizo teniendo en cuenta como información valiosa, más no exclusiva, la información obtenida a través del método CCRT. A través de este análisis se encontraron patrones que colaboraron con el entendimiento de los objetivos de investigación.

Posteriormente se realizó un análisis cuantitativo de las categorías identificadas a través del método CCRT. Se hicieron análisis de correlación dentro de cada componente (DO, DS, RO, RS) a través del coeficiente de Spearman rho, el cual es útil para analizar datos que no necesariamente tienen una distribución normal y cuya relación no necesariamente es lineal (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2010). La asociación que se realizó entre componentes de distintos objetos para obtener el índice de correlación incluyó la diversidad de categorías presentes en el componente asociado y la frecuencia

con la que cada categoría se presentó en dicho componente, lo cual permitió un análisis complementario al análisis de los patrones centrales de relación.

El coeficiente de Spearman ha sido utilizado de manera similar en investigaciones que emplearon el CCRT como herramienta (Arduin et al., 2018; Dahl et al., 2017; Drapeau & Perry, 2004; Tishby & Vered, 2011).

El objetivo de utilizar tanto elementos cualitativos como cuantitativos en la investigación es enriquecer y complementar el conocimiento generado (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018), además permite triangular la información obtenida y de esta forma nutrir y ofrecer mayor sustento al análisis de la información (Hernández et al., 2010).

### **Criterios de Calidad**

Una vez transcritas las entrevistas, se procedió a la identificación de episodios relacionales en el texto y la posterior codificación del material según el procedimiento del método CCRT. Tanto la identificación de los episodios, como la codificación se realizó de manera paralela e independiente por dos codificadoras para luego comparar la identificación o codificación y llegar a un acuerdo.

Los valores de concordancia, tanto de la identificación de cada episodio válido y como de la identificación de cada componente, se calcularon con porcentajes de acuerdo, es decir, la cantidad de episodios o componentes en los cuales ambas codificadoras estuvieron de acuerdo, entre el total encontrados. Dichos porcentajes se muestran en la siguiente tabla (Tabla 2).



Tabla 2

*Concordancia en la identificación de episodios relacionales y sus respectivos componentes*

Elemento	Porcentaje de concordancia
Episodios relacionales	75%
Componentes	80%

Por otro lado, la confiabilidad de la concordancia entre las codificadoras para los componentes, dirección y diferentes elementos de la selección de la categoría, fue calculada utilizando el índice Kappa de Jacob Cohen (1960), el cual para calcular la concordancia toma en cuenta la posibilidad del azar para ajustar dicha concordancia. Los resultados fueron los siguientes (Tabla 3).

Tabla 3

*Concordancia en la codificación*

Elemento	Coefficiente kappa	Fuerza de la concordancia
Componentes	0.68	sustancial
Dirección	0.66	sustancial
Armonía	0.57	moderada
Super cluster	0.62	sustancial
Cluster	0.56	moderada
Categoría	0.57	moderada

Los coeficientes luego fueron etiquetados según la fuerza de la concordancia según la propuesta de Landis y Koch (1977). Todos los elementos obtuvieron un puntaje mayor a 0.4, lo cual los ubica en una fuerza moderada o sustancial.

Adicionalmente, para asegurar la calidad del presente estudio, se siguieron los lineamientos descritos y agrupados por Yardley (2000) para asegurar la calidad de investigaciones cualitativas. Estos criterios son los de compromiso, rigor, transparencia y coherencia. Para cumplir con los criterios se trabajó a profundidad el tema teniendo a su vez la asesoría de otra profesional con experiencia en los temas y métodos utilizados. Además, se contó con la asistencia de una codificadora experta en el instrumento de

análisis (el método CCRT) para la selección, codificación y evaluación de los episodios relacionales, los cuales son el material de análisis de la presente investigación. Dicho proceso se realizó en paralelo por la investigadora y la asistente con el objetivo de aportar mayor validez al proceso de codificación. Para lograr transparencia, tanto el proceso de recolección de data, así como el de análisis de esta fueron detallados y explicados a profundidad.



## Resultados

En las tres sesiones de entrevistas que se realizaron siguiendo el modelo RAP (Luborsky, 1998), se obtuvo información acerca de las relaciones que la terapeuta, de pseudónimo María, sostiene con sus figuras significativas (padres y esposo) y con los tres pacientes descritos en líneas anteriores. Utilizando el método CCRT Lu-S (Espinosa & Valdés, 2012) se identificaron 202 Episodios Relacionales (ERs) en dichas entrevistas. Los ERs se valorizaron según la calidad y cantidad de la información ofrecida por cada episodio y se encontraron 165 episodios válidos (82% del total encontrado). Sólo los ERs válidos fueron utilizados para el análisis de las configuraciones relacionales centrales y para el análisis cuantitativo posterior.

A pesar de que solo se le solicitó a María ERs con sus padres, su esposo y los tres pacientes: Serena, Lorena e Iván; se obtuvieron ERs narrados espontáneamente con más objetos de la vida de María. La cantidad de ERs válidos por objeto se muestran en la siguiente tabla, ordenados según el número de episodios obtenidos (Tabla 4).

Tabla 4  
*Cantidad de Episodios Relacionales válidos (ER) según el objeto*

Objeto de Relación	Cantidad de ERs	Porcentaje
Lorena	36	22%
Iván	24	15%
Serena	22	13%
Padre o Madre de pacientes	15	9%
Supervisor/a	12	7%
Padres (narrados en conjunto)	9	5%
Esposo	8	5%
Otros pacientes	7	4%
Padre	6	4%
Madre	5	3%
Psiquiatra	4	2%
Investigadora (en acción)	3	2%
Otros	3	2%
Amiga/s	2	1%
Gente	2	1%
Hermana	2	1%
Terapeuta de María de adulta	2	1%
María (self)	1	1%
Terapeuta de María de niña	1	1%

Con respecto a las figuras significativas solicitadas, la distribución de los ERs válidos recogidos fue de 6 ERs con su padre, 5 ERs con su madre, 9 ERs de ambos padres narrados de manera conjunta y 8 ERs con Mariano, su esposo (Figura 1).

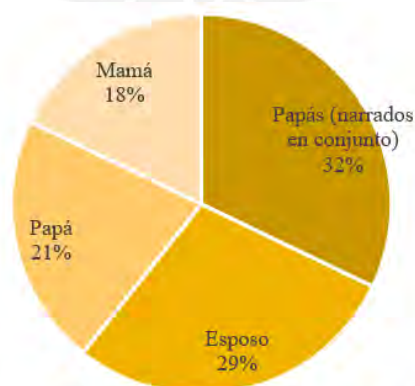


Figura 1: Cantidad de ERs con personas significativas

Por otro lado, la cantidad de episodios relacionales obtenidos de los 3 pacientes solicitados (es decir pacientes seleccionados para el presente estudio, sin considerar los ERs con pacientes narrados espontáneamente durante las entrevistas): Serena, Lorena e Iván, fue considerablemente superior (82 episodios), representando así el 75% de los episodios solicitados, el otro 25% siendo episodios con sus padres y Mariano. La distribución entre los tres pacientes fue de 36 episodios con Lorena, 24 episodios con Iván y 22 episodios con Serena (ver Figura 2).

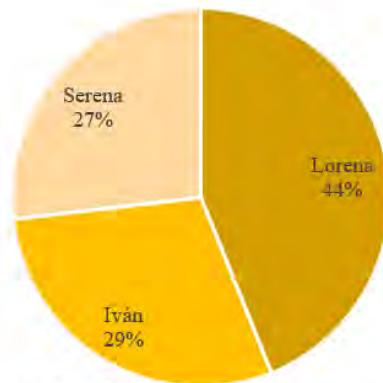


Figura 2: Cantidad de ERs con pacientes (solicitados)

De acuerdo con los objetivos específicos de la presente investigación, primero se describirán las configuraciones relacionales que María sostiene con sus figuras significativas representadas por sus padres y pareja. Posteriormente se procederá a describir y profundizar en las configuraciones con los tres pacientes que se solicitaron para el presente estudio, es decir, se ahondará en la contratransferencia de María hacia ellos. Durante dichas descripciones se buscarán conexiones entre la contratransferencia que María sostiene con sus pacientes, y las configuraciones relacionales con sus figuras significativas.

### **Configuraciones Relacionales Centrales en la relación de María con sus padres**

Con respecto a las configuraciones de María con sus padres, se puede ver una clara similitud entre la configuración relacional central que María sostiene con su padre y la que sostiene con su madre (Tabla 5). Tomando en cuenta los ERs individuales, es decir, en los que habla de la relación con su padre por un lado y de su madre por el otro, en ambas configuraciones relacionales se encontró el deseo de María que sus padres la tomen en serio, no la critiquen y la respeten (DOS: A2), el análisis cuantitativo muestra a su vez una relación altamente significativa entre el deseo hacia su madre y hacia su padre (DO:  $r_s=.831$ ,  $p<.001$ ). También se encontró una similitud en el deseo para ella misma de desarrollarse, crecer, y ser autónoma (DSS: D2) (DS:  $r_s=1$ ,  $p<.001$ ) (Ambos deseos, el DOS A2 y el DSS D2, son iguales en el patrón central de María). La respuesta que obtiene, tanto de su padre como de su madre, es de ayuda (ROS: B2), pero también de reproche y menosprecio (ROS: J1) (RO:  $r_s=.562$ ,  $p<.001$ ) y ella, también en ambos casos responde oponiéndose a ellos y disputando (RSO: J2) (RS:  $r_s=.706$ ,  $p<.001$ ). La única diferencia entre las configuraciones relacionales sostenidas con su padre y su madre es la respuesta que tiene María consigo misma luego de las interacciones con cada uno de ellos. Por un lado, cuando interactúa con su padre, María suele quedarse enfadada u ofendida (RSS: H1), mientras que, con su madre, María suele quedarse sorprendida y confundida (RSS: F2).

Tabla 5  
*Patrones relacionales de María con sus padres*

	DOS	DSO	DSS	ROS	RSO	RSS
Padre	<b>A2 80% (4)</b>		<b>D2 100% (3)</b>	<b>B2 30% (3), J1 20% (2)</b>	<b>J2 40% (2)</b>	<b>H1 50% (3)</b>
	María quiere que su padre la tome en serio		María quiere estudiar y desarrollarse	El padre de María la ayuda económicamente, pero también la critica	María no piensa como su padre, le da la contra	María se siente criticada y se enfada
Madre	<b>A2 50% (3)</b>		<b>D2 100% (2)</b>	<b>B2 20% (2), J1 20% (2)</b>	<b>J2 67% (2)</b>	<b>F2 50% (3)</b>
	María quiere que su madre la tome en serio		María quiere estudiar y desarrollarse	La madre de María la ayuda con los hijos, pero también la subestima	María le reclama a su madre, piensa diferente a ella	María se sorprende, se queda confundida
Padres narrados en conjunto	<b>A2 50% (3)</b>	<b>C1 100% (2)</b>	<b>D2 100% (2)</b>	<b>J2 64% (7)</b>	<b>M1 56% (5)</b>	<b>D2 56% (5)</b>
	María quiere que sus padres la tomen en serio y respeten sus decisiones	María quiere llevarse bien con sus padres	María quiere desarrollarse y quisiera que no le afecten las críticas de sus padres	Los padres de María critican y cuestionan las decisiones de María	María mantiene cierta distancia en la relación con sus padres y se diferencia de ellos	María toma decisiones propias y es autosuficiente

Los porcentajes se refieren a la presencia de dicha categoría en cada componente y su direccionalidad.

A continuación, se puede observar una viñeta que ejemplifica la configuración relacional central con su padre:

Mi papa es dramático, ¿ya? entonces me manda un mensaje y me dice: "hijita, he llegado a tu casa y tus hijos están solos [...] me da mucha pena, porque son chiquitos y estos años pasan rápido"... y todo este drama, porque yo trabajo los martes y jueves hasta tarde, entonces llego a mi casa a las nueve y Vicente efectivamente está durmiendo, y claro no los acuesto, no los baño, no nada (suspira) y este... y a mi obviamente, como que eres mujer y eres mamá, o sea, a las mujeres las critican más que a los hombres... a las mamás, más que a las mujeres que no tienen hijos, en su maternidad más que a los papás obviamente, y entonces... ah y si eres terapeuta te fregaste, porque "ah ¿eres psicóloga?" ah

olvídate, todo tienes que hacerlo bien, ¿no? Entonces... ya estás como que en un lugar en el que la gente siempre está lista para cuestionar tus decisiones. Y de hecho, me vino a decir esto, pues que, que cómo no estaba, ¿no? entonces yo [...] le contesté super molesta que en verdad no se meta, y que eso era mi vida y que... y que a mis hijos no les pasaba nada y que les hacía bien saber que su mamá trabajaba, porque ellos sabían que yo no estaba tomándome un café con una amiga, estaba trabajando, ¿no? y que en verdad para mí es importante que ellos vean que yo trabajo. Pero sí me generó culpa, ah, no se lo dije, no se lo reconocí, más bien fui super agresiva, me defendí. [...] ah, y me vino con que "ay, cuando ustedes eran chicas y yo trabajaba hasta tarde, yo llegaba y ustedes estaban durmiendo me daba pena" y yo era como ok, pero esos son tus arrepentimientos, no, no los míos ¿no? Somos dos personas separadas (María, ER 33, Entrevista 3, Setiembre 2019).

Por otro lado, en cuanto a la relación con la madre, la crítica que siente al respecto de ella tiene un tinte diferente; mientras que la crítica de su padre se suele sentir con una mayor exigencia en la cual ella se siente burlada y dolida, en los episodios relacionales con su madre, María suele sentirse subestimada, como si su madre no esperara mucho de ella en términos de desarrollo y eso la hace sentir también criticada o menospreciada como se puede observar en la siguiente viñeta:

Algún día pues le habré dicho "ay, como que hoy no quiero estudiar" o "no quiero ir", algo así pues le habré dicho a mi mamá, este comentario. Y su respuesta fue: [...] "Ay hijita, pero de repente no deberías entrar a la universidad, deberías pensar en algo como una carrera artística, una cosa así" aparte la gente que canta, va a la universidad, digamos, hace una carrera igual, ¿no?! pero como que me estaba diciendo como que ay, de repente eso no es lo tuyo, como que bruta, ¡algo



así! y yo me quedé como ¿qué? sorprendida (ríe) yo sí quería estudiar, tenía aspiraciones, digamos, no, pero que ¿qué? Y ellos (sus padres) no querían que yo estudie derecho (suspira). Yo creo que si les hubiera dicho primero que estudiaba psicología hubieran, mi papá al menos, hubiera querido menos. A mi mamá le daba igual, pero mi papá no quería que estudiara derecho... a ella le daba igual los dos, normal, porque como ella nunca trabajó (suspira) y es, digamos que los dos, igual son un modelo antiguo, si quieres llamarlo machista o tradicional, va, o sea funciona, porque pues, "no vas a chambear tanto, lo importante es que te mantengan, que tú estés con los hijos, pero bueno tienes tu título". Esa era la mirada de ella, entonces daba igual (María, ER 38, Entrevista 3, Setiembre 2019).

Si bien las configuraciones relacionales centrales entre María y su padre y entre María y su madre tienen muchas cosas en común, es interesante contrastar estas dos formas de relacionarse con la configuración que aparece cuando María habla de sus padres en conjunto.

En la tabla anterior (Tabla 5), podemos observar los tres patrones relacionales que aparecen con los padres de María de forma comparativa, es aquí donde podemos ver cómo de pronto cuando María habla de sus padres en conjunto, poniendo cierta distancia de las interacciones concretas, aparece el deseo de María hacia sus padres (DSO) de estar cerca a ellos, lo cual no aparece en las interacciones que tiene directamente con cada uno de ellos. Por otro lado, la respuesta del objeto hacia María (ROS) también se torna diferente; mientras que en las interacciones de manera individual con sus padres, María relata que tanto su madre como su padre la ayudan, pero también la critican, cuando habla de ellos en conjunto aparece mucho más fuerte la respuesta de oponer y criticar sin que aparezca la ayuda o la comprensión (en el caso de los padres narrados en conjunto hay siete ROS calificados en la categoría J2, mientras que la categoría que le sigue solo tiene una).

Pareciera como si esta respuesta ambivalente de los padres hacia María, de crítica, pero también de ayuda, fuera desestimada por María, quién en los momentos donde hace una abstracción de su interacción con sus padres, se le hace más fácil ver las formas en las que sus padres la critican y no tanto cuando la ayudan y la apoyan. Ante esto, en esta configuración central con sus padres en conjunto, ella, en lugar de oponerse, busca poner cierta distancia o límites (RSO: M1) en términos de formas de pensar o hacer las cosas para luego sentirse autónoma e independiente (RSS: D2), es decir, busca diferenciarse de sus padres. En la siguiente viñeta puede observarse esta dinámica.

Pasa que son muy cariñosos y son muy culposos, entonces siempre hay algo que se puede hacer mejor, siempre están criticando (suspira) las decisiones. Entonces, como mis papás son sobreprotectores y lo han sido siempre, muchas de mis hermanas, de hecho, dos de ellas, la mayor y la menor, son muy sobreprotectoras con sus hijos (suspira) y todo el mundo sabe que eso no es bueno, nosotros sabemos que eso no es bueno, y de verdad, yo no me siento sobreprotectora, para nada con mis hijos. Y yo sí creo que los cuido, más bien yo sí me siento cuidadosa, pero para sus estándares yo soy una madre descuidada pues (María, ER 72, Entrevista 3, Setiembre 2019).

De esta manera, como vemos en la viñeta anterior, María busca tener su propia forma de pensar, su propia forma de hacer las cosas, lo cual, si bien en momentos le puede generar cierta culpa, en líneas generales la suele dejar con una sensación de estar orgullosa de su propia forma de hacer las cosas, que coincide justamente con el deseo que tiene para ella misma (DSS: D2).

### Configuración Relacional Central de María con su esposo Mariano

En el caso de Mariano, el esposo de María, la configuración relacional central que sostiene de acuerdo con las etiquetas a medida se podría describir de la siguiente manera: *María quiere que Mariano la apoye, la considere, la engría (DOS: B2), además quiere llevarse bien con él, estar cerca (DSO: C1). Mariano es muy comprensivo con María, la toma en cuenta y pone muchas veces las necesidades de María como una prioridad (ROS: A2), además la ayuda y le hace favores, frecuentemente sin que María se los haya tenido que pedir (ROS: B2). Ante estas respuestas de Mariano, María se suele quedar impresionada con la forma de ser de Mariano, a quién admira (RSO: A14).*

El patrón relacional que mantiene con Mariano se puede ver en la siguiente tabla (Tabla 6).

Tabla 6  
*Patrón relacional central con Mariano*

DOS	DSO	DSS	ROS	RSO
<b>B2 67% (4)</b>	<b>C1 100% (2)</b>	<b>D2 (100%)</b>	<b>A2 36% (5), B2 29% (4)</b>	<b>A14 44% (4)</b>
María quiere que Mariano la apoye, la considere	María quiere estar cerca a Mariano y llevarse bien con él	María quiere desarrollarse	Mariano es comprensivo y toma en cuenta a María, es generoso con ella y la ayuda	María se siente impresionada con lo bueno que es Mariano con ella

Los porcentajes se refieren a la presencia de dicha categoría en cada componente y su direccionalidad.

Siguiendo la línea de la interacción que sostiene María con sus padres, Mariano aparece como una figura que pareciera permitirle de alguna manera a María tomar distancia con sus padres. Mariano se muestra, en la mente de María como alguien totalmente diferente a sus padres en muchos sentidos. A su vez la relación que tiene con Mariano y cómo trabajan en conjunto, hace que María pareciera necesitar menos cercanía con sus padres. La siguiente viñeta puede ilustrar un poco más de esta idea.

Y yo de verdad nunca les pido nada (a sus padres), o sea ponte... Lila que es la menor (hermana menor de María), un montón de veces le pide ayuda para que se quede acompañando a los hijos, que los traiga algún sitio, los lleve. Yo jamás. Yo me organizo y Mariano y yo funcionamos como que, en completo, digamos. Y si no, tengo al taxista de confianza, o sea, manejo la situación (María, ER 46, Entrevista 3, Setiembre 2019).

Por otro lado, Mariano parece entrar como una figura algo idealizada en la vida de María que le da todo lo que necesita sin que ella lo pida y con quien se pareciera satisfacer su deseo tan prevalente en las interacciones con sus objetos de que el otro la reconozca y la tome en serio (DOS: A2). Este deseo aparece como deseo principal en la mayoría de los patrones relacionales centrales analizados en la presente investigación. La correlación entre el deseo (DO) que aparece en la configuración relacional con Mariano y con los padres de María es altamente significativa ( $r_s=.781$ ,  $p<.001$ ).

De esta forma, mientras que el deseo de que Mariano la reconozca está presente, se muestra de una forma algo diferente, en el sentido de que lo que busca de Mariano es el reconocimiento de sí como una mujer que se desarrolla tanto en el ámbito de la maternidad y el cuidado como en el ámbito profesional y académico, reconocimiento que no parece tener de parte de sus padres. La ayuda y reconocimiento que recibe de Mariano pareciera superar las expectativas de María como podemos ver en la siguiente viñeta:

Yo llegue (de viaje), ponte viernes en la mañana, una cosa así, de madrugada. y llego al aeropuerto ¡y estaba él! o sea ¿entiendes? es este hombre, ay no. No entiendo bien, pero, es un amor, es un amor, no me lo merezco, nadie se lo merece en verdad (riendo)... Sí. es una maravilla. Sí, es bien, es bien paja... (María, Entrevista 3, Setiembre 2019).

Así como en la viñeta anterior, María expresa en muchas oportunidades cómo es que Mariano mueve sus cosas para que ella no lo tenga que hacer, le hace favores que a sus amigas sus esposos no le hacen, entre otras cosas que dejan a María sorprendida, agradecida, pero sobre todo admirada de la forma de ser de Mariano, que no sólo la reconoce, si no que no la critica, ni le pide rendir cuentas ante él:

Alguna vez me pregunta y me dice "¿has hecho un gasto? ¿has gastado tanto en tal tarjeta?" entonces yo le digo "sí", "ah ya", pero nunca me cuestiona qué gastaste, qué compraste, dónde fuiste, ¡no! es como "ah ya, quería saber que este gasto era de nosotros" ¿no? una cosa así (María, ER 51, Entrevista 3, Setiembre 2019).

Todos los componentes de los episodios relacionales con Mariano fueron calificados en categorías armoniosas. Es así como María pareciera poder obtener todo lo que no obtiene de sus padres de una manera perfecta con Mariano. María es consciente de la evidente diferencia entre las configuraciones relacionales que sostiene con sus padres en comparación a la que sostiene con Mariano como se puede ver en la siguiente viñeta:

Entrevistadora: ¿Cómo te parece que es tu forma típica de relacionarte con los demás? ¿Crees que hay un patrón de relación de ti con los demás?

María: (suspira) Ay, yo creo que debe haber varios. Hay varios. Este... cuando siento que la gente me cuestiona, sí soy como defensiva. Tengo algo como defensivo, sí... como que sí voy al conflicto para resolver o no resolver, digamos. O sea, o para defenderme o para resolver el asunto, ¿ya? [...] No es que los voy a gritar de frente pero sí es como "mira, esto, tú esto", al toque como me defendiendo. Con mis papás, al menos es más así. Con Mariano no, no es así, más bien es bien

distinto, porque en ningún momento sien-o sea es muy rara vez en la que siento que él está haciendo algo de lo que yo necesite defenderme, ¿no? [...] con ellos (padres) mantengo una distancia, no tenemos una relación muy... cercana... trato de evitarla, justamente por esto, trato de evitarla y de mantenerla como más superficial, porque hay esta tendencia familiar a.... conflicto (ERs 59, 60 y 61, Entrevista 3, Setiembre 2019).

### **Configuración Relacional Central de María con paciente #1: Serena**

La relación que María sostiene con Serena parece estar muy influida por la sensación que tiene María de compartir características y aspectos de su vida con Serena, desde cosas que Serena cuenta que le son muy familiares a María porque ambas provienen de la misma provincia del Perú, hasta emociones de Serena con las que María se siente muy identificada:

Era una chiquita con la que yo... me pasaba mucho más al comienzo que ahora, me identificaba un montón (suspira), eh, no exactamente en la relación con los papás, pero su mamá tenía cosas que mi mamá hacía... y finalmente mi mamá es Arequipeña (Serena también es de Arequipa), ella me hablaba de sitios que yo conocía, lugares a donde había ido, entonces hay como algo que sentía yo muy familiar y la entendía, digamos, de muchas maneras yo sentía que, que entendía lo que ella vivía (María, Entrevista 1, Setiembre 2019).

Esta sensación que tiene María de comprender y familiarizarse con Serena parece estar reflejado en el patrón relacional que sostiene con ella, el cual se puede formular de la siguiente manera: *María quiere que Serena crezca y se desarrolle para poder ver las cosas desde una perspectiva diferente (DSO: D2), Serena se suele sorprender de las*

cosas que María le ofrece, a veces quedándose nerviosa o confundida (ROO: F2), sin embargo es comunicativa con María, expresándole y contándole las cosas que le pasan (ROS: B11). María en respuesta toma en serio a Serena mostrándose receptiva con sus sentimientos (RSO: A2), siendo sumamente cuidadosa con lo que le dice a Serena para que sus interpretaciones no sean tomadas de mala manera (RSS: F2). (Tabla 7).

Tabla 7  
*Patrón relacional con Serena*

DSO	ROO	ROS	RSO	RSS
<b>D2 37% (7)</b>	<b>F2 29% (5)</b>	<b>B11 37% (11)</b>	<b>A2 29% (10)</b>	<b>F2 40% (2)</b>
María quiere que Serena crezca, que pueda ver las cosas desde una perspectiva diferente y que salga del lugar donde la ponen sus padres	Serena se sorprende de las cosas que no había sido capaz de ver. Se queda confundida o nerviosa.	Serena es comunicativa con María, le expresa lo que siente, le cuenta lo que le pasa.	María toma en serio a Serena, se muestra interesada y receptiva de lo que está sintiendo Serena.	En ciertos momentos María es sumamente cuidadosa con lo que le dice a Serena por miedo a que sea tomado de mala manera.

Los porcentajes se refieren a la presencia de dicha categoría en cada componente y su direccionalidad.

Serena es la única de los tres pacientes solicitados en donde no hay plasmado un deseo del otro (DOS), es decir, en donde no se ve con claridad qué es lo que María quiere de Serena. Además, Serena es la única paciente de los tres en donde el deseo que María tiene para el otro es el de *estar orgulloso, ser autónomo* (DSO: D2), que es justamente el deseo que María tiene para ella misma en la relación que tiene con sus padres (DSS: D2) (Tabla 8).

Tabla 8  
*Patrón relacional con Serena en comparación con el Patrón relacional con sus padres*

	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
Patrón relacional con Serena	-	<b>D2</b>	-	<b>F2</b>	<b>B11</b>	<b>A2</b>	<b>F2</b>
Patrón relacional con Padres	<b>A2</b>	<b>C1</b>	<b>D2</b>	-	<b>J2</b>	<b>J2, M1</b>	<b>D2, F2</b>

En este caso, la correlación a través del coeficiente de Spearman se realizó comparando el deseo de María para ella misma en la relación que tiene con sus padres

(DSS) con el Deseo que tiene hacia Serena (DSO), los datos muestran una correlación altamente significativa ( $r_s=.758$ ,  $p<.001$ ). Pareciera ser que, a través de estos deseos, María dejara entrever que sus propios deseos están también plasmados en los deseos que tiene para Serena.

También es interesante comparar la respuesta de Serena hacia ella misma en las interacciones (ROO: F2) y la respuesta de María hacia ella misma en las interacciones con sus padres (RSS: D2, F2) donde vemos que existe una categoría en común, la de preocupación y miedo, pero otra más en María, la de desarrollo propio y autonomía, mostrándonos cómo es que comparten la sensación, pero quizás María siente que ha alcanzado con sus padres algo de esta autonomía que quiere lograr con ellos y lo mismo desea para Serena. Ambas categorías (La respuesta de Serena: ROO y las respuestas de María con sus padres: RSS) correlacionan significativamente ( $r_s=.554$ ,  $p=.001$ ), mostrándonos lo parecidas que María siente que son, a través de la caracterización de las interacciones, sensación que podemos ver en la siguiente viñeta:

Pero con ella me he sentido identificada más con todo, o sea como, como en más cosas. Este.... no sé, en la vergüenza: ella tiene un montón de vergüenza y a mí me pasa esto también. Tengo mi lado como de vergüenza. Y entonces, cuando ella me hablaba de eso me decía "es que, es que esto que me pasa" y me explicaba y yo decía "entiendo perfecto" o sea, no le decía, pero decía entiendo perfectamente lo que me estás hablando (lo dice como riendo), [...] pero claro, no eran cosas dolorosas... [...] Entenderla me daba ternura (María, Entrevista 1, Setiembre 2019).

Las similitudes entre la configuración relacional central que María tiene con sus padres y la que tiene con Serena podría estar relacionada con el hecho de que María percibe ciertas semejanzas entre sus propios padres y los padres de Serena y las relaciones



que sostienen en ambos casos. Por un lado, lo que comenta en la primera viñeta sobre la madre de Serena “su mamá tenía cosas que mi mamá hacía” (María, Entrevista 1, Setiembre 2019), y por otro, aunque María no habla de esta conexión, María percibe que el padre de Serena tiene ciertas actitudes que le muestran a Serena que desvaloriza la terapia, y ella en sus relatos también siente que su propio padre es alguien que no cree en las psicólogas. Sobre el padre de Serena, María afirma:

Cuando yo llamaba al papá o le mandaba un correo al papá, el papá sostenía la frecuencia un tiempo más, todo por no venir a verme, ¿no? y hablarlo conmigo (suspira) porque era para él una pérdida de tiempo, una lavada de cerebro, todo lo que hacemos los psicólogos ¿no? evidentemente (suspira) y entonces, nunca lo conocí, cosa que, este señor que finalmente pagaba no tenía ninguna curiosidad de quién era la persona que estaba viendo a su hija ¿no? o de tener algo que decir. [...] Desvalorizaba el espacio y finalmente la carrera que su hija ha escogido, ¿no? (María, ER 13, Entrevista 1, Setiembre 2019)

Y sobre su propio padre María comenta:

En esa generación hay pocos hombres... mujeres tal vez más, pero pocos hombres que creen en nosotras, o sea en la terapia, en los psicólogos, entonces (suspira) yo creo que, si le hubiera dicho de saque psicología (como elección propia de carrera), tampoco le hubiera gustado tanto, o nada. [...] Pero finalmente, sí me pagó las dos carreras, o sea tampoco lo puedo criticar tanto, ¿no? (María, ER 39, Entrevista 3, Setiembre 2019).

Dos hombres que no creen en la psicología y que, además, son los que pagan las carreras, las terapias. De hecho, María menciona cómo es que el padre de Serena es el que da la plata, siendo “papá remotamente” (María, Entrevista 1, Setiembre 2019) sin

ocuparse de la disciplina, los cuidados y los permisos, mientras que en el caso de los padres de María, ambos tienen como respuesta hacia ella ayuda (ROS: B2) en paralelo al ignorar y reprochar (ROS: J1), sin embargo la ayuda del padre (las interacciones calificadas como B2) son todas referidas a que el padre de María le compra algo, la ayuda económicamente o le paga la carrera, mientras que las ayudas (B2) de la madre de María están referidas a ayudarla con el cuidado de sus hijos.

Si bien se pueden ver las similitudes entre las respuestas de sus padres y los padres de Serena y en cómo es que María experimenta la relación con ellos, no se encuentra una similitud en las respuestas que María tiene hacia ellos. Mientras que, con sus padres, María tiene una respuesta de poner límites (RSO: M1) o defenderse criticando o refutando (RSO: J2), con los padres de Serena, María más bien busca incluirlos, darles un espacio con ella buscándolos (RSO: A2) y no defendiéndose cuando siente que ellos la critican a ella o al espacio de terapia. Una posible hipótesis puede ser que María les da un espacio con ella para que Serena tenga más espacio para ella misma. María incluso, a pesar de que Serena es una adulta (tiene 23 años), llega a trabajar con su madre por un tiempo viéndola periódicamente, con el objetivo de ayudar a Serena:

Y en algún momento del año pasado trabajamos con la mamá, porque ya era una cosa, era un maltrato importante y persistente por parte de la mamá que vivía con ella, y la empecé a ver, ¿una vez al mes? Sí. Y le dije que esto iba a durar un periodo de tiempo, duró como 9 meses, y la relación (entre Serena y su madre) mejoró un montón. Yo de hecho siempre le recomendaba a la mamá y le decía, ya hacia al final de la sesión cuando la mamá se siente más contenta, más en confianza, le decía [...] que de pronto ella puede buscar una terapia, un espacio para ella, que era una mujer joven... y me decía *sí, sí, sí, sí, sí*, y al final nunca. Y me decía que para ella era suficiente ir a hablar conmigo, que eso era terapia.

Entonces yo le decía que ¡no! que íbamos a hablar de su hija, no de ella (María, ER 10 y 11, Entrevista, Setiembre 2019).

### Configuración Relacional Central de María con paciente #2: Lorena

La relación que María mantiene con Lorena, según las categorías del CCRT y la descripción de las etiquetas a medidas de cada componente, se puede caracterizar de la siguiente manera: *María desea ser tomada en cuenta como persona por Lorena (DOS: A2) a la vez de que la quiere cuidar y ayudar (DSO: B2, C1). Lorena suele ser espontánea y sorprenderse ante las cosas nuevas (ROO: C3), pero también es inestable y frágil (ROO: G2). Lorena toma en serio a María (ROS: A) y le cuenta sus cosas (ROS: B1), ante lo cual María se muestra receptiva y atenta, además de sentir mucha ternura por ella (RSO: A2) y quedarse preocupada, ya que siente que Lorena se pone en riesgo constantemente (RSS: F2).* (Tabla 9).

Tabla 9  
*Patrón Relacional con Lorena*

DOS	DSO	ROO	ROS	RSO	RSS
<b>A2 50% (2)</b>	<b>B2 18% (0), C1 18% (0)</b>	<b>C3 19% (6), G2 19% (6)</b>	<b>B1 29% (9), A 29% (9)</b>	<b>A2 28% (12)</b>	<b>F2 61% (11)</b>
María quiere ser tomada en cuenta como persona por Lorena	María quiere sostener, cuidar y ayudar a Lorena	Lorena se sorprende con cosas nuevas, es espontánea, pero también es inestable, frágil y se pone en riesgo	Lorena es comunicativa con María, le cuenta sus cosas. Toma en serio lo que María le ofrece y el espacio de terapia con ella	María se muestra receptiva con Lorena y atenta a sus emociones. También siente mucha ternura por ella	María se preocupa mucho por Lorena, siente que está siempre en riesgo

Los porcentajes se refieren a la presencia de dicha categoría en cada componente y su direccionalidad.

Cómo podemos observar, el deseo de María tan prevalente en muchas de sus interacciones de ser tomada en serio y que el otro se muestre receptivo con ella (DOS: A2), está presente también aquí, en la relación con Lorena y en este caso, Lorena responde

satisfaciendo ese deseo (ROS: B2, A) tomando en serio, no solo a María y lo que tiene para decirle, sino también a su propio espacio de terapia con ella, lo cual se podría entender como una extensión también de María: “(Lorena) No falta a una sesión, no cancela una sesión. Si no puede me avisa con anticipación para cambiarla...” (María, Entrevista, Setiembre 2019). María a su vez busca retribuir esa actitud y tiene muy presente a Lorena y a sus sesiones “(Lorena) es alguien a quién yo le tengo mucha consideración, respeto un montón sus sesiones. O sea, yo sé lo que ella las valora y trato de evitar moverlas” (María, Entrevista, Setiembre 2019).

Lorena es una paciente que despierta mucho cuidado en María, en el sentido de que María se suele preocupar por ella, por darle sus espacios y respetarlos, como hemos visto, al punto de que cuando tiene viajes puede regresar un día antes o irse un día después para así, no moverle la sesión, lo que no suele hacer con otros de sus pacientes, además se suele quedar preocupada por ella mucho más que por otros pacientes (RSS: F2).

Sí, siempre hay algo nuevo con ella, una preocupación. Hay momentos en que no, pero también hay momentos en el que me levanto a la mitad de la noche y me angustia de, si está bien, ¿no? si es que está bien, porque sí es una paciente de verdad en riesgo (María, ER 32, Entrevista 2, Setiembre 2019).

Esta preocupación y la forma en que Lorena ocupa la mente de María más que otros pacientes también se puede ver cuando observamos cómo es que Lorena ha tomado gran parte de las entrevistas, en términos de tiempo, pero también en cantidad de episodios relacionales, de los tres pacientes solicitados, Lorena tiene la mayor cantidad de episodios relacionales válidos de los tres (44%). Esto se ve reflejado en una de las entrevistas semiestructuradas:

Investigadora: ¿Cómo te hace sentir ella en su interacción contigo?

María: Preocupada.

Investigadora: Preocupada

María: Sí. súper preocupada. Yo siempre estoy preocupada, y ella me deja su preocupación. Sí. Y le cuesta un montón conectarse. Tres veces en todo este tiempo se le han llenado los ojos de lágrimas, nunca ha llorado, se le han llenado, o sea se ha conmovido... Pero nunca ha llorado. Y de hecho ayer la vi con los ojos muy rojos y le dije: *no sé [...] si estás con los ojos rojos porque has llorado mucho (suspira) no sé si... has vomitado o si lo que tienes es simplemente sueño*, y me dijo: *las tres cosas...* (ER 48 y 49, Entrevista 2, Setiembre 2019).

Frente a la fragilidad de Lorena, María quiere sostener, proteger y asegurarse de que Lorena esté bien cuidada (DSO: B1, C1) estas ansias de cuidarla llegan al punto de que María se tiene que recordar que Lorena no es su hija y que hay otras personas, sus padres, encargadas de su bienestar:

En varios momentos mi supervisora me ha dicho "tú no eres la mamá, ¿no? sabes. Entonces yo (suspirando) "si" ya. Y eso me da como *ahh* (expresa alivio). Ya ok, yo no soy la mamá, ¿no? O sea ¿qué tanto más puedes hacer? tú la ayudas lo que tú puedas ayudarla, en tu labor, y no en otra cosa (María, ER 62, Entrevista 2, Setiembre 2019).

En esta línea de buscar cuidar a Lorena y la sensación de que por momentos fuera responsable de ella, es que María trabaja muy de cerca con los padres de Lorena, tanto es así que éstos ocupan el 60% (9) de las interacciones con todos los padres de pacientes en las entrevistas realizadas. Si bien María tiene relación con ambos padres de Lorena, la relación que sostiene con cada uno es diferente. Por un lado, el padre de Lorena es descrito por María como preocupado y atento, pero también, inmaduro y bastante ausente, ya que

viaja mucho por temas de trabajo. María siente que tiene una alianza con él en el cuidado de Lorena y que él le consulta muchas cosas:

El papá se apoya un montón en mí cuando tiene que tomar decisiones, y casi que me lo consulta todo. Y yo trato de decirle "lo que tú pienses" o "tienes toda la razón" o "si eso has pensado, sigue por ahí" ¿no? como que nunca le digo, "has esto, has el otro" pero me consulta mucho. Y de hecho esta paciente, en un montón de momentos creo yo tiene la fantasía de que yo soy su mamá, entonces su papá y yo decidimos las cosas, y me dice "es que mi papá te pregunta todo" (suspira) y a ella le gusta eso, ¿no? Que yo le pueda contestar al papá y juntos veamos... Eso sí nunca le he dicho, eventualmente se lo diré. (María, ER 36 y 36, Entrevista 2, Setiembre 2019).

Por otro lado, la madre de Lorena es percibida por María como una persona mucho más desconectada de las necesidades de su hija y de su cuidado en general: "Digamos de lo, de lo que tú puedes ver con esta mamá que, que tiene una falta de continuidad, es muy impulsiva, es sumamente agresiva, le dice cosas que no le debería decir..." (María, Entrevista 2, Setiembre 2019) que además pareciera no darle la importancia al espacio de terapia de su hija y a María, al punto que a la Mamá de Lorena le cuesta recordar el nombre de María.

Es muy interesante comparar la interacción que María sostiene con la madre de Lorena con la de sus propios padres (Tabla 10), esto hace notar cómo, desde la narrativa que nos ofrece María, la dinámica de interacción entre María con sus propios padres es muy similar a la interacción de María con la madre de Lorena, siendo su deseo del otro igual: que el otro la tome en cuenta (DOS: A2) y la respuesta del otro muy similar; con sus padres es una respuesta ambivalente de ayuda (ROS: B2) y menosprecio (ROS: J1), mientras que la madre de Lorena sólo presenta menosprecio (ROS: J1). Sin embargo, una

de las cosas que cambia radicalmente entre estas interacciones son los deseos para el otro y para ella misma; mientras que en la relación con sus padres no aparece el deseo para el otro (DSO), es decir, un deseo de ofrecerle algo a sus padres, sí aparece un deseo de ella misma de crecer, desarrollarse y ser independiente (DSS: D2). Por el contrario, en la relación con la madre de Lorena aparece un deseo de ofrecerle un espacio (DSO: A1) y no aparecen deseos para ella misma (DSS).

De alguna forma esto nos muestra cómo es que María está enfocada de una forma generosa hacia la madre de Lorena aunque su respuesta sea de menosprecio (ROS: J1), mientras que con sus padres está más enfocada en ella misma y en sus propias necesidades. Otra diferencia resaltante es la respuesta que María tiene con la madre de Lorena en contraposición a la respuesta con sus propios padres; mientras que María busca contacto con la madre de Lorena y le ofrece espacios (RSO: A2), con sus propios padres más bien tiene respuestas más orientadas al reclamo, a oponerse a ellos (RSO: J2), o a ponerles límites (RSO: M1). Esto nos demuestra una vez más la capacidad de María de responder diferente a objetos que se asemejan en su interacción y de esta forma transformar sus respuestas. La sensación con la que María se queda luego de las interacciones también varía, mientras que con su padre María se queda enojada (RSS: H1) y con su madre asustada o confundida (RSS: F2), no se encontró ninguna RSS en las interacciones con la madre de Lorena.

Tabla 10

*Comparación de los patrones relacionales de María con sus padres y la madre de Lorena*

	DOS	DSO	DSS	ROS	RSO	RSS
Padre	<b>A2</b>	-	<b>D2</b>	<b>B2, J1</b>	<b>J2</b>	<b>H1</b>
Madre	<b>A2</b>	-	<b>D2</b>	<b>B2, J1</b>	<b>J2</b>	<b>F2</b>
Madre de Lorena	<b>A2</b>	<b>A1</b>	-	<b>J1</b>	<b>A2</b>	-

Conectando con estas interacciones parece relevante hablar de cómo es que María suele tratar o suele percibir su trato con los padres de sus pacientes en general:

Siento que con adolescentes trabajo paja, porque cuando vienen los papás con preocupaciones, molestos o lo que sea [...] hago un vínculo paja con los papás. [...] Hay terapeutas que dicen "no, mira, este" o sea como que hay una distancia, que la hay, pero quiero decir que no es que se los muestro de esa manera (suspira), más bien soy más como conciliadora que haciendo distancias. O de repente en compensación, no sé. ¡Puede ser! O sea, como para no llevar conflicto al consultorio, hay gente que se pelea con los papás, o que no les importa que los papás no los quieran. Yo sí siento que la alianza con los papás es super importante y la uso muy estratégicamente (María, ER 70, Entrevista 3, Setiembre 2019).

En total se recolectaron 15 ERs (9%) de padres y madres de pacientes. Cuando fueron agrupados, el patrón de relación que se identificó a partir de ellos (Tabla 11) coincide mucho con lo que María expresa en la viñeta anterior y es muy similar al patrón relacional con la madre de Lorena.

Tabla 11

*Patrón relacional de María con los padres de sus pacientes en general*

DOA	DOS	ROS	RSO
<b>B2 60% (3)</b>	<b>A2 67% (4)</b>	<b>J1 32% (7)</b>	<b>A2 41% (9)</b>
María quiere que los padres cuiden a sus hijos y mantengan sus espacios terapéuticos	María quiere ser receptiva con los padres, estar en contacto con ellos	Los padres muchas veces menosprecian el espacio, bajan la frecuencia, no escuchan las recomendaciones que María les da	María cita a los padres, los acoge, los invita a conversar, busca ser conciliadora con ellos

Los porcentajes se refieren a la presencia de dicha categoría en cada componente y su direccionalidad.



### **Configuración Relacional Central de María con paciente #3: Iván**

En el caso de Iván, la configuración relacional que sostiene con María es muy diferente a la dinámica con las dos pacientes antes mencionadas. Sobre todo al inicio, la actitud de Iván molestaba mucho a María; él solía ser seductor con ella o irresponsable con las sesiones y el pago de las mismas; ambas actitudes le hacían sentir a María que no la toma en serio, ni a ella ni a la terapia.

Al comienzo yo le llamaba "el paciente seductor" porque era super seductor y luego lo llamaba "el paciente que no paga nunca" porque también, pagaba tarde, mal y nunca ¿ya? *Ajjj* ¡tengo una rabia! ¡Y al comienzo yo quería que se vaya! en todo momento he querido que se vaya por diferentes razones, hasta esta última parte que hubo un cambio bien paja, ¿ya? Pero antes de eso yo ya estaba harta de él. Yo era como "¡que se vaya!" [...] Siempre peleaba, no quería pagar esa sesión "no, ésta no, yo te avisé tal", "no, no me avisaste con suficiente anticipación", "este día no sé qué". Siempre como que, tratando de no pagar, de mover, de cambiar, tratando de desnaturalizar el vínculo y que yo no sea su psicóloga (María, ER 69 y 76, Entrevista 2, Setiembre 2019).

A partir de los ERs y las etiquetas a medida, la relación de María con Iván se puede caracterizar de la siguiente forma: *María quiere que Iván la tome en serio, a ella y a la terapia que ella ofrece, pagándole a tiempo y respetando sus sesiones (DOS: A2), además María busca ofrecerle a Iván cosas que él sea capaz de recibir (DSO: B2). Sin embargo Iván pone constantemente a prueba a María, buscando que ella no le cobre algunas sesiones (ROS: K2) mientras es impuntual con los pagos, y suele ausentarse a la terapia sin avisar (ROS: I1), frente a esto, María hace interpretaciones buscando que Iván pueda pensar en las cosas que hace (RSO: B1) mientras busca poner límites a la relación cobrando las sesiones que corresponden ser cobradas y no aceptando regalos*

de parte de Iván (RSO: M1), María siente mucha rabia y quisiera que Iván abandone la terapia (RSS: H1). (Tabla 12):

Tabla 12

*Patrón relacional con Iván*

DOS	DSO	ROS	RSO	RSS
<b>A2 59% (10)</b>	<b>B2 30% (3)</b>	<b>I1 20% (8), K2 20% (8)</b>	<b>B1 33% (7), M1 33% (7)</b>	<b>H1 28% (7)</b>
María quiere que Iván tome en serio la terapia y a ella, que le pague a tiempo y que respete el espacio	María quiere ofrecerle a Iván cosas que él pueda recibir	Iván no paga a tiempo, falta y no avisa, además pone a prueba a María y demanda que no le cobre las sesiones en las que falta	María le interpreta cosas, le ofrece cosas para que Iván pueda pensar. Por otro lado, le pone límites, le cobra las sesiones que le corresponde, no le recibe regalos que Iván le hace	A María le da mucha rabia Iván, se siente harta de él y quiere que se vaya

Los porcentajes se refieren a la presencia de dicha categoría en cada componente y su direccionalidad.

Cómo vemos en el patrón de relación con Iván, María tiene con él respuestas muy similares a las que tiene con sus padres, viendo aquí claramente como es que en el encuentro con Iván, su contratransferencia es similar a su propia relación con sus figuras significativas, quizás activándose en este encuentro, aspectos de su propia subjetividad en la relación con dicho paciente. Por ejemplo, la sensación con la que se queda María luego de las interacciones con Iván es de fastidio, muy similar a la respuesta que tiene con su padre (RSS: H1). Además, la respuesta que tiene María hacia Iván, al igual que con sus padres es poner límites (RSO: M1), sin embargo, cuando se trata de Iván tiene además otra respuesta en paralelo, que es la de invitarlo a pensar, a reflexionar sobre lo que hace y de ofrecerle cosas que le puedan servir para entender qué está pasando (RSO: B1).

Una vez más, María nos muestra cómo es que a pesar de que su propia subjetividad, vista a través de los patrones relacionales que sostiene con sus padres, estarían activándose de alguna manera en la contratransferencia con Iván, también hay

una transformación de estas interacciones en beneficio de la terapia y de sus pacientes, cosa que en el caso de Iván se ve con mucha claridad. En esta dinámica llega a un punto donde, después de mucho tiempo en el que María pone límites, interpretando y buscando formas de ayudarlo, él hace un gran cambio y la relación con Iván se transforma por completo. Este cambio se da justamente a través de una pelea que tienen, una vez más, por un tema de pagos, en la cual María insiste en ponerle límites:

Un día vino, me preguntó "¿de tal mes son tantas no?" Y ya me debía dos meses ponte, juntos (suspira) "¿en tal mes son tantas no? y el martes no porque estuve enfermo, y te dije que estaba enfermo" y no sabes la mecha (suspira) y me dijo "y te dije que estaba enfermo y aparte estaba en la clínica y me pusieron una inyección... no sé qué" entonces yo dije, mira: -Como hago con los niños... "pase lo que pase, esta sesión, yo te espero, es inamovible. no importa dónde estás, es como colegio, tu hijo falta, igual tienes que pagar, es lo mismo" (suspira) y entonces "ayy no que no sé qué" me empezó a decir así. Yo estaba harrta, te estoy hablando hace cuatro meses, dije "que se largue" (suspira) y le dije "ah, sabes qué, y tú justo que me preguntas, cuando tu motivo de consulta fue que tú no entendías qué pasaba, por qué era que no lograbas como que" ah, y que nunca se había enamorado, eso era parte de su motivo de consulta, que no entendía por qué; que le gustaban, le encantaban, pero que nunca se había enamorado. "que no entiendes porque no te has enamorado, que pasa con tus vínculos, cómo no los sostienes a largo plazo. Yo te digo que es por esto. Es esto es lo que haces con las personas, no cumples tu parte, no respetas los límites de los otros. En ti no hay un compromiso de seguir y de y de un otro. No hay un otro frente a ti." Entonces, te mueres todo lo que le dije. "Y a parte, tú a mí, el mes que tú no me pagas, yo lo tengo que pagar por ti, hay alguien que tiene que pagar por ti." [...] Entonces le

dije "Hay una dificultad para pagar, para reconocer mi trabajo, para reconocer lo que esto es, nuestro vínculo terapéutico; y yo no puedo hacer mi trabajo, si tu-" [...] Te mueres los gritos de él, como que el escándalo, como que ahh y yo dije "Le voy a decir esto y se va a parar y se va a ir" y me dijo "Alucina que tienes razón, discúlpame" Yo así. (cara de sorpresa) me dijo "Discúlpame, en verdad yo estoy súper agradecido contigo, yo vengo acá porque esto me ayuda un montón, tú eres super importante y yo te voy a pagar", No sé qué más me dijo. Yo dije "puta madre, se va a quedar este huev-"(risas) y a partir de ese momento, hace cuatro meses; no faltó, no canceló, no movió, no llegó tarde a una sesión y ha pagado puntual, sin que yo le tenga que decir nada. Él cuenta las sesiones, transfiere ¡y me avisa! Porque lo otro es que a veces me transfería y no me avisaba, "Ah, pero si te trasferí hace dos semanas" ¡¿Y yo como voy a saber?! Si no me mandas la constancia, ¿puedes creerlo? porque aparte no me transfería los montos completos, me transfería cualquier monto, entonces yo, ¿soy adivina? ¿no? ¿entiendes? [...] Y ahora ¡no entiendo! no entiendo qué está pasando. Ahora es otro; pasó a ser un paciente que quiere ser ayudado... es locazo... sí. Con él, ha habido cambios, digamos. Pero esa vez yo dije: ya me deshago de él y aunque sea le doy algo para que se lleve, le digo algo que le pueda servir para la vida, que lo pueda pensar, ¿no? dije ¡ya está! y no. [...] Ahora viene y ¡me da gusto! viene a chambear, no viene ni a reírse, ni a seducirme (María, ER 78, 80 y 81, Entrevista 2, Setiembre 2019).

Luego de este episodio, la relación con Iván que vemos a través de los episodios relacionales que relata María cambia por completo, desde cómo se aproxima él y se hace cargo de su parte en la relación, hasta las respuestas de María hacia él y el deseo de María de que Iván se vaya desaparece. Lo que genera el cambio pareciera ser en parte la

insistencia de María por ofrecerle cosas para pensar en paralelo al ponerle límites, sin embargo algo que parece clave en lo que viene después y en cómo cambia la dinámica es que a partir de este momento, Iván deja de menospreciar el espacio y le ofrece a María algo que ella suele buscar en todas sus interacciones: reconocimiento (DOS: A2), Iván empieza a tomar en serio a María: “viene a chambear, no viene ni a reírse, ni a seducirme [...] Él está moviéndose hacia un cambio... sí. Y que yo me siento distinta de él, o sea respecto de él” (María, Entrevista 2, Setiembre 2019).

### **Comparación de las Configuraciones Relacionales de María con sus figuras significativas y con sus pacientes**

Habiendo profundizado en la relación que María sostiene con cada uno de los objetos incluidos en el presente estudio y con el fin de responder al tercer objetivo específico de la investigación, el cual incluye realizar una comparación entre las configuraciones relacionales del terapeuta con sus pacientes y sus figuras significativas; se procedió a comparar a manera de síntesis las configuraciones que María sostiene con sus figuras significativas (padres y pareja) con aquellas que sostiene con sus pacientes y los padres de sus pacientes.

En el siguiente esquema resumen de las configuraciones relacionales de María (Figura 3), se puede observar el Deseo (DOS) más prevalente en María y los dos tipos de respuesta que suele obtener de los otros (ROS), dichas respuestas han sido asignadas a cada objeto de su vida, los cuales están representados en colores celeste y rosado: el celeste representa los objetos significativos en su vida, es decir, sus padres y esposo, mientras que el color rosado representa a sus pacientes o padres de sus pacientes. Luego, en el mismo cuadro se asigna a cada objeto la respuesta de María hacia éstos (RSO). Las

categorías de cada componente han sido redactadas de acuerdo a las etiquetas a medida y también se incluye el nombre de la categoría representado en dos colores según su clasificación de acuerdo al método CCRT (Espinosa & Valdés, 2012); de color verde se muestran las categorías “armoniosas” mientras que las categorías “no armoniosas” se colocan de color rojo.

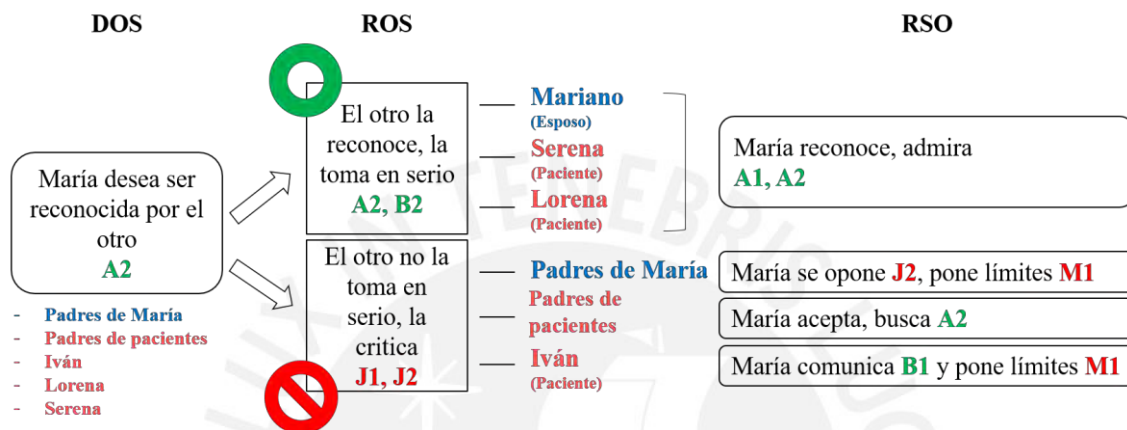


Figura 3: Esquema de configuraciones relacionales centrales de María. En color celeste aparecen los objetos significativos de María y en color rosado sus pacientes. Los componentes armoniosos se representaron de color verde, mientras que los no armoniosos de color rojo

Como se puede observar, el deseo que organiza las interacciones de María es el de ser tomada en serio, ser reconocida y respetada por el otro (DOS: A2). Ante este deseo, los objetos de la vida de María, tanto significativos como pacientes, se dividen en dos: los que satisfacen su deseo reconociéndola y tomando en cuenta a María y a los espacios de terapia que ella tiene para ofrecer (ROS: A2, B2), y los que no la toman en serio, y que más bien responden con críticas y menosprecio hacia ella (ROS: J1, J2).

En el primer caso, cuando se siente reconocida por el otro, María responde tomando en serio a la otra persona y dándole un lugar con atención y admiración (RSO: A1, A2). Sin embargo, cuando el otro no satisface su deseo de reconocimiento, como es

el caso de sus padres, los padres de sus pacientes e Iván; María se siente criticada y muchas veces molesta, la sensación que tiene en todos los casos es muy similar, mostrándonos con claridad cómo es que la contratransferencia está muy alineada con la relación que María sostiene con sus figuras significativas.

Sin embargo, es muy interesante ver cómo es que hay una clara diferencia en la respuesta que tiene María con sus figuras significativas y con pacientes, o padres de pacientes, cuando éstos no satisfacen su deseo de reconocimiento. Mientras que la respuesta de María puede ser de molestia, oposición o de imponer límites (RSO: J2, M1) en todos los casos, en el caso de sus pacientes o padres de los mismos, esta oposición viene acompañada de respuestas armoniosas de acogerlos, escucharlos y darles un espacio, como es el caso de los padres de sus pacientes (RSO: A2), y de interpretar, comunicar y buscar ofrecer cosas que el otro pueda tomar, como fue en el caso de Iván (RSO: B1), permitiendo así, una transformación en las relaciones que sostiene María a través de su práctica terapéutica.

A través del coeficiente de correlación de Spearman, se hizo un análisis para identificar correlaciones para cada componente entre los objetos significativos de la vida de María y sus pacientes. Este análisis se hizo tomando en cuenta la totalidad de categorías propuestas por el CCRT Lu S (Espinosa & Valdés, 2012) y las frecuencias con las que aparecen en la relación de María con cada objeto. Los resultados cuantitativos encontrados ayudaron a darle una mayor profundidad al análisis cualitativo y complementaron dichos hallazgos, ofreciéndoles un mayor sustento.

En primer lugar, cuando se analizó el componente de deseo dirigido hacia el otro (DO), encontramos que existen correlaciones significativas entre los deseos que María sostiene con sus padres y los deseos que sostiene hacia Mariano, Serena, Iván y los padres de sus pacientes.

Cómo se observa en la Tabla 13, la única paciente que no presenta una correlación significativa con los padres de María es Lorena. A partir de este análisis se revisaron los deseos (DOS) hacia Lorena y se encontró que la diferencia con Lorena es que el deseo de ser tomada en cuenta está presente en menor medida que con los demás objetos. Además, se encontraron deseos que no se encontraron en los demás objetos: que Lorena se sienta en confianza y que no le pase nada malo. Es posible que Lorena, en el estado frágil en el que María la percibe, evoque en ella deseos muy diferentes, probablemente ubicándola en una situación de mayor necesidad que otros pacientes y objetos de su vida.

Como se puede ver, el deseo hacia sus padres es el que mayor correlación tiene con los demás objetos, sin embargo, no se encontró una correlación entre los diferentes pacientes, lo que podría estar mostrándonos cómo es que diferentes pacientes evocan diferentes aspectos de la subjetividad de María.

Tabla 13

*Nivel de correlación con respecto al deseo de María (DO)*

	1	2	3	4	5	6
1. Padres de María (total)	-	0.781***	0.445*	0.152	0.403*	0.6***
2. Pareja (Mariano)		-	0.37*	0.216	0.216	0.8***
3. Serena			-	0.073	0.293	0.252
4. Lorena				-	0.194	0.379*
5. Iván					-	0.151
6. Padres de pacientes						-

Los números en la fila superior representan a los mismos objetos de la primera columna.

Los niveles de correlación se calcularon utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.

Valores de significación: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Por otro lado, el deseo que tiene María de desarrollarse y crecer aparece muy prevalente en el deseo que tiene para ella misma (DSS), pero también en el deseo que tiene para los demás, sobre todo cuando se trata de sus pacientes. Se realizó el análisis de correlaciones en base a los deseos para el otro (DSO) y para sí misma (DSS) de manera



agrupada (DS) y se encontró, nuevamente un alto grado de correlación entre los objetos significativos de la vida de María y sus pacientes y los padres de sus pacientes (Tabla 14).

En este caso se ve cómo los deseos hacia sus padres (DS) correlacionan con los deseos que sostiene con todos los pacientes a excepción de Iván. A partir de esto lo que se observa es que, tanto en el caso de Iván como en el caso de Lorena, un nuevo deseo aparece, el cual no está presente en los ERs con los demás objetos. Este deseo está codificado en la categoría B y se refiere a ofrecerles a Iván y a Lorena cosas que puedan pensar, y a que puedan entrar en confianza. Este deseo no aparece con sus padres y explicaría también la correlación positiva significativa entre el deseo hacia Iván y el deseo hacia Lorena (ver tabla 14).

Tabla 14

*Nivel de correlación con respecto al deseo de María (DS) con diferentes objetos*

	1	2	3	4	5	6
1. Padres de María (total)	-	0.998***	0.503**	0.468**	0.156	0.609***
2. Pareja (Mariano)		-	0.496**	0.471**	0.137	0.605***
3. Serena			-	0.807***	0.46*	0.639***
4. Lorena				-	0.641***	0.697***
5. Iván					-	0.421*
6. Padres de pacientes						-

Los números en la fila superior representan a los mismos objetos de la primera columna.

Los niveles de correlación se calcularon utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.

Valores de significación: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Se realizó el mismo análisis cuantitativo tanto con las respuestas de los objetos (RO) (Tabla 15) como con las respuestas de María (RS), de la misma manera, el análisis agrupa las diferentes direcciones de las respuestas (Tabla 16). Hay algunas cosas interesantes que saltan a la luz, como ciertas correlaciones positivas significativas entre objetos significativos de la vida de María y pacientes que parecieran, desde la perspectiva de María, responder de manera similar. Sin embargo, cuando revisamos las correlaciones de las respuestas que María tiene hacia ellos (RS), nos encontramos que aquí, la cantidad

de correlaciones significativas son más escasas, indicándonos que a pesar de que por momentos los pacientes de María o los padres de sus pacientes puedan responder de una manera similar a sus objetos primarios, María logra ofrecerles algo diferente a cambio.

Tabla 15

*Nivel de correlación con respecto a la respuesta del objeto (RO) con diferentes objetos*

	1	2	3	4	5	6
1. Padres de María (total)	-	0.379*	0.4*	0.011	0.42*	0.501**
2. Pareja (Mariano)		-	0.372*	0.313	0.121	0.113
3. Serena			-	0.559**	0.525**	0.502**
4. Lorena				-	0.02	0.513**
5. Iván					-	0.357
6. Padres de pacientes						-

Los números en la fila superior representan a los mismos objetos de la primera columna.

Los niveles de correlación se calcularon utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.

Valores de significación: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Tabla 16

*Nivel de correlación con respecto a la respuesta de María hacia el objeto (RS) con diferentes objetos*

	1	2	3	4	5	6
1. Padres de María (total)	-	0.225	0.396*	0.319	0.435*	0.039
2. Pareja (Mariano)		-	0.422*	0.528**	0.288	0.186
3. Serena			-	0.837***	0.676***	0.7***
4. Lorena				-	0.705***	0.667***
5. Iván					-	0.488**
6. Padres de pacientes						-

Los números en la fila superior representan a los mismos objetos de la primera columna.

Los niveles de correlación se calcularon utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.

Valores de significación: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Esta idea es particularmente clara cuando comparamos las configuraciones relacionales que María sostiene con los padres de sus pacientes en comparación con las que sostiene con sus propios padres, donde encontramos que mientras existe una correlación positiva significativa tanto de sus deseos, como de las respuestas del otro, no se encontró una correlación en la respuesta del self (tabla 17).

Tabla 17

*Nivel de correlación entre las configuraciones relacionales de María con sus propios padres y con los padres de sus pacientes.*

	DO	DS	RO	RS
Nivel de correlación	.6***	.609***	.501**	0.039

Los niveles de correlación se calcularon utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.  
Valores de significación: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$



## Discusión

El objetivo general de esta investigación fue aportar a la comprensión de la contratransferencia y su relación con la propia subjetividad de la terapeuta, a partir de las configuraciones relacionales de la terapeuta con sus otros significativos y con sus pacientes.

A partir del análisis de las configuraciones relacionales de María, se encontró que el deseo más prevalente de ésta hacia sus padres fue ser tomada en serio por el otro. Este es un deseo que, como discutimos más adelante, pareciera organizar todas las demás interacciones que María sostiene dentro y fuera del consultorio.

Por otro lado, se encontró también que María pareciera aceptar o reconocer ciertas respuestas (propias y de sus padres) con mayor facilidad que otras. Esto se pudo observar cuando se realizó la comparación entre las configuraciones relacionales encontradas en los episodios con sus padres narrados individualmente y los episodios con sus padres narrados de manera conjunta. En estos últimos, María, al tomar una mayor distancia de la experiencia, pareciera dejar de percibir ciertas respuestas de sus padres de ayuda y más bien pareciera ver sus propias respuestas como distanciamiento en lugar de rechazo u oposición.

A través del análisis de las configuraciones relacionales ofrecidas por María, identificamos que ella pareciera buscar separarse emocionalmente de sus padres, con el fin de conseguir su independencia y desarrollo personal. En ese sentido, Mariano, su pareja pareciera ser un objeto que le permite hacer esto. Él aparece como una figura idealizada que, en el relato de María satisface su deseo tan prevalente de ser tomada en

cuenta y, además, al trabajar en conjunto con ella, le permite a María ser independiente de sus padres en términos emocionales y también prácticos.

En este primer momento vemos cómo el análisis de las configuraciones relacionales de María se demuestra útil para entender y profundizar en la forma en que María representa y organiza las interacciones que sostiene con las personas significativas de su vida y cómo estas interacciones se conectan entre ellas. De acuerdo con la corriente intersubjetiva, esta es una forma de entender la mente de María y por lo tanto, su subjetividad (Mitchell, 1988).

Con respecto a la contratransferencia que María sostiene con sus pacientes, observada desde las configuraciones relacionales analizadas, hemos podido ver que, si bien hay puntos en común, María sostiene una contratransferencia particular con cada uno de los pacientes mencionados en el presente estudio.

María nos cuenta que ella se siente muy identificada con Serena, la primera paciente que menciona. Esta identificación se encontró también en el análisis de las configuraciones relacionales, donde encontramos que María pareciera colocarle a Serena sus propios deseos. Por otro lado, María comenta que siente mucha preocupación hacia Lorena, la segunda paciente mencionada. Esto también se pudo ver de diferentes maneras en el análisis, por ejemplo, en la configuración relacional de María con Lorena vemos que la respuesta más prevalente que María tiene hacia ella misma en la interacción con Lorena es la de preocupación. Luego observamos cómo es que los deseos de María con respecto a Lorena fueron los que marcaron una mayor diferencia de los deseos que tiene respecto a sus padres, lo cual puede estar conectado con la preocupación que tiene María acerca del bienestar de Lorena. Además, Lorena es la paciente de la que se ofrece la mayor cantidad de episodios relacionales, probablemente una expresión más del gran espacio que ocupa esta paciente en la mente de María.

En estos dos primeros casos, más allá de ver cómo están operando las configuraciones relacionales de María con sus pacientes, vemos también cómo es que los comentarios de María sobre su propia experiencia subjetiva con sus pacientes, es corroborada por el análisis de las configuraciones relacionales. Esto nos sugiere que María es consciente de su propia contratransferencia, lo que a su vez pareciera ayudarla a trabajar con sus pacientes. Esta idea estaría avalada por estudios que han encontrado que la consciencia sobre uno mismo como terapeuta y la capacidad de funcionamiento reflexivo y mentalización es beneficiosa en los resultados de la terapia (Bimont & Werbart, 2018; Cologon, Schweitzer, King, & Nolte, 2017; Fauth & Williams, 2005) y especialmente importante para manejar adecuadamente la contratransferencia (Gelso & Hayes, 1998). Por el contrario, cuando estos afectos quedan sin ser observados y pensados, pueden llevar al terapeuta a enactments o impasses peligrosos para la terapia (Wiener, 2009).

Con respecto a Lorena, hemos podido ver cómo es que la emoción más frecuente en la contratransferencia de María es la preocupación. María se siente constantemente preocupada por Lorena, dentro y fuera de las sesiones de terapia y es la paciente, según lo reportado por María, a la que más tiene en consideración cuando se trata de cuidar su espacio terapéutico. Un estudio que incluyó a más de 1000 terapeutas encuestados encontró que “sostener en la mente” a los pacientes entre sesión y sesión es un fenómeno común, sin embargo es más frecuente en terapeutas que experimentan una mayor dificultad en su práctica clínica (Wiseman, Orlinsky, & Schröder, 2009). Además, el estudio encontró que los sentimientos de impotencia del terapeuta con respecto a la terapia también estarían asociados con el espacio que el terapeuta les hace, figurativamente, en su mente, esto independientemente de si la impotencia es atribuida a factores internos o externos (Wiseman et al., 2009).

Por otro lado, ciertas características de Lorena podrían también estar influyendo en la contratransferencia que siente María hacia ella. Características de los pacientes como por ejemplo ciertos tipos de patología se han asociado con una mayor intensidad de contratransferencia de parte del terapeuta (Colli, Tanzilli, Dimaggio, & Lingiardi, 2014), esto se ve, especial, pero no exclusivamente cuando los terapeutas no trabajan con la transferencia o las dinámicas relacionales entre paciente y terapeuta como parte de la terapia (Nissen-lie, Dahl, & Høglend, 2020). Además, se han encontrado evidencias que indican que pacientes que son de tipo evitativo o dependiente, tienden a generar una contratransferencia de tipo parental o protectora (Colli et al., 2014). Tanto dichas características como el tipo de contratransferencia parental parecen estar presentes en la relación que María indica sostener con Lorena según las configuraciones relacionales analizadas.

La sensación que María tiene con Iván, el tercer paciente, es de molestia; ella se siente incómoda con Iván al punto de desear que él abandone la terapia. Iván, al menospreciar el espacio de terapia que María le ofrece, pareciera despertar en ella una sensación similar a la que tiene con sus padres cuando éstos la menosprecian, ya que ella tiene respuestas hacia Iván muy similares a las que tiene con sus padres.

En las configuraciones relacionales que María sostiene con este paciente vemos claramente cómo hay aspectos de las relaciones que María sostiene con sus propios padres que se ven activados a través de la relación que tiene con Iván. De esta manera es que podemos ver cómo es que la subjetividad de María y sus relaciones primarias se ven plasmadas en las sensaciones que Iván despierta.

Tisby y Wiseman (2014) identifican, en una investigación exploratoria, cinco tipos de contratransferencia: deseo hacia los padres transferido al paciente, proyección de la respuesta de los padres (RO) al paciente, repetición de la respuesta (RS), Repetición de

la respuesta negativa de los padres (RO) y reparación de la respuesta negativa (RO) de los padres. En la configuración relacional que María sostiene con Iván podemos encontrar los tres primeros tipos de contratransferencia descritos por los autores (Tishby & Wiseman, 2014).

Sin embargo, también vemos que, aunque sus respuestas emocionales son de un fuerte rechazo hacia Iván y de ponerle límites como hace con sus padres, se encontró además una respuesta enfocada a invitarlo a pensar y reflexionar, lo cual nos muestra también la capacidad que tiene María de transformar esta dinámica a través del marco terapéutico que tiene con Iván. Esta transformación se da en muchos niveles: desde las respuestas que tiene Iván, quién ahora le da a María el reconocimiento que ella busca, hasta las respuestas de María, quién lo recibe con gusto para trabajar. La transformación intersubjetiva en la configuración relacional de María e Iván pareciera a su vez, estar acompañada por una transformación intersubjetiva e intrasubjetiva profunda en Iván.

Así mismo, la transformación que vemos en Iván coincide con las tres dimensiones de las configuraciones relacionales que propone Mitchell (1988): el self, el otro y el espacio entre los dos. Es decir, el cambio parece darse en Iván, en María y cómo ella vivencia la relación con Iván, y en la relación misma entre los dos. Es en ese sentido que la transformación que observamos no es un evento únicamente intrapsíquico, punto que se profundizará más adelante en la presente investigación.

Por otro lado, esta capacidad que demuestra María para responder de manera diferente en el contexto de la terapia también se puede ver con los padres de pacientes. Se encontró una clara similitud entre las configuraciones relacionales de María con sus propios padres y con los padres de sus pacientes en las categorías de deseo y respuesta del otro, pero no en las respuestas de María. Es decir, lo que se encontró fue que, a pesar de que en la contratransferencia con los padres de sus pacientes se pareciera activar la



configuración relacional de María con sus propios padres, y a pesar de que ella percibe que estos le responden de manera similar a la que ella siente que son las respuestas más comunes de sus padres; María no les responde a ellos como les responde a sus padres. En estas interacciones se observa como María, a través del encuadre terapéutico tiene la capacidad para responder de manera muy diferente, invitándolos a conversar y buscando ser conciliadora con ellos.

La activación de patrones centrales de relaciones primarias sin la repetición de la respuesta podría estar relacionada con una transformación de María a través de su trabajo con pacientes. Los terapeutas que prestan atención a la experiencia de sus pacientes en su propio mundo interno pueden aprender mucho de ellos mismos, incluso transformando el propio mundo interno del terapeuta (Wiseman et al., 2009) en este sentido, la psicoterapia puede ser, y pareciera que está siendo en el caso analizado en la presente investigación, un espacio de crecimiento no solo para el paciente, sino también para la terapeuta (Bimont & Werbart, 2018).

Pudimos observar que el deseo de María de ser reconocida y tomada en serio por el otro es el que de alguna manera organiza sus interacciones. Frente a este deseo, los demás, ya sean pacientes o figuras significativas, responden de dos maneras, o tomándola en serio y satisfaciendo su deseo (como lo hacen Mariano, Serena y Lorena), o no tomándola en serio, y más bien respondiendo de formas que la hacen sentir que está siendo menospreciada (como es el caso de sus propios padres, Iván y los padres de sus pacientes).

Cuando María percibe que es tomada en serio, ella responde tomando en serio también y admirando; sin embargo, en los casos en los que siente que el otro no la toma en serio y la menosprecia, vemos una clara diferencia entre su respuesta hacia sus pacientes (o padres de pacientes) y hacia sus figuras significativas. En lo que respecta a

sus figuras significativas, María responde oponiéndose y manteniendo distancia, sin embargo, cuando se trata de sus pacientes, María, aunque también manteniendo distancia, responde buscando, aceptando y ofreciendo cosas que el otro, es decir su paciente, pueda pensar y usar.

En el caso analizado en la presente investigación se ha observado una clara similitud entre como María configura su experiencia relacional con sus pacientes y como lo hace con sus figuras significativas. Lo que esto nos muestra es que la contratransferencia no es únicamente un reflejo del mundo interno del paciente, si no que contiene aspectos de la subjetividad del terapeuta que se manifiesta en la relación con sus pacientes. Esto concuerda con los hallazgos de otros estudios también, como el Tishby y Vered (2011) quienes encontraron una repetición significativamente alta entre configuraciones relacionales de 12 terapeutas con sus padres y con sus pacientes. Lo que los autores discuten, utilizando la definición que Gelso y Hayes (1998) ofrecen del término de contratransferencia, es que la presencia de elementos de los patrones centrales de relación con los propios padres en los patrones de relación con los pacientes, podría estar representando el origen de dichos elementos contratransferenciales. Es a la luz de investigaciones empíricas como esta que se puede tener un mayor entendimiento y validez a reflexiones como la de Fordham (1969), quién sostuvo la idea de que los pacientes representan figuras parentales para el analista de manera inconsciente. Lo que hemos visto a través del análisis de las configuraciones relacionales de María pareciera corroborar esta idea.

Sin embargo, las reacciones contratransferenciales pueden también, hasta cierto punto, reflejar el mundo interno del paciente (Gabbard & Wilkinson, 1994; Löfflerstaska, Sell, Zimmermann, Huber, & Klug, 2019; Rossberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2008) lo cual a su vez explicaría cómo es que la contratransferencia, vista a través de las

configuraciones relacionales que sostiene María muestra claras diferencias entre un paciente y otro. Se podría sostener, en este sentido, que la contratransferencia no es producto únicamente del inconsciente de la terapeuta, si no que más bien pareciera contener aspectos del paciente también. En este sentido lo que se ha encontrado en el presente estudio coincide con la visión relacional de la relación terapéutica. Esta idea se retomará más adelante en la discusión.

Si, cómo vemos, las reacciones y emociones del analista frente a sus pacientes no son únicamente manifestaciones del mundo interno del analista, ni tampoco son únicamente reflejo del paciente, la contratransferencia, al incluir al terapeuta necesariamente pone en relevancia la persona del terapeuta como tal en la terapia. Siendo su subjetividad un aspecto necesario de quién *es* el terapeuta; reaccionar personalmente es todo lo que uno puede hacer: el terapeuta no tiene otra opción que ser quien es (Gerson, 1996). En esa línea, investigaciones empíricas acerca de la efectividad del proceso terapéutico han encontrado que la persona del terapeuta parece ser central en la eficacia de la terapia (Norcross & Guy, 2007). Se ha encontrado que el impacto del terapeuta en la efectividad de la terapia es incluso mayor al impacto que tiene la corriente psicológica escogida para el tratamiento y a la cantidad de experiencia del terapeuta (Wampold & Imel, 2005).

Esto implicaría que la subjetividad del terapeuta pareciera ser más importante en la terapia y en sus resultados que lo que quizás se ha considerado en el pasado. Renik (1993) afirma que el analista sólo es capaz de hacer consciente su contratransferencia una vez que ya la ha llevado a la acción, es decir, luego de un enactment. El hecho de aceptar la subjetividad del analista en el proceso terapéutico tendría implicancias en la técnica, como por ejemplo, que las motivaciones personales inconscientes expresadas en la acción por el analista no son solo inevitables si no necesarias en el proceso analítico (Renik,

1993). Hablar de lo que el terapeuta siente en el encuentro con sus paciente, si se realiza adecuadamente, le ofrece al terapeuta una mayor conciencia de su participación en la terapia y aumenta la posibilidad de una visión que favorezca el desarrollo del paciente (Maroda, 2004).

Lo que se ha encontrado en la presente investigación apoyaría los cuestionamientos acerca de la neutralidad como era concebida de manera clásica en el psicoanálisis. De esta manera, lo que encontramos en las configuraciones relacionales de María con sus pacientes coincide con la idea de que no hay interacciones analíticas que se ofrezcan desde un lugar de neutralidad en el sentido clásico, o de objetividad total, si no que más bien las intervenciones de un terapeuta reflejan a la persona del terapeuta como un sujeto independiente (Aron, 1996; Gelso, 2004; Gerson, 1996; Maroda, 2004; Mitchell, 2000; Renik, 1993).

Los resultados del presente estudio estarían apoyando esta idea, ya que encontramos cómo es que las configuraciones de María con sus figuras primarias están constantemente presentes en las relaciones con sus pacientes. Es así que no se pueden pensar en emociones contratransferenciales como emergentes únicamente del paciente, sino más bien todas las emociones y asociaciones aparecen desde la interacción analítica por más de que el terapeuta se mantenga en silencio o escondido detrás de una supuesta neutralidad (Aron, 1996). El hecho de que el terapeuta sea capaz de mostrar sentimientos genuinos en respuesta al paciente incluso puede facilitar una experiencia emocional más profunda para este último (Maroda, 2004). Desde la óptica del psicoanálisis interpersonal, la persona del terapeuta puede ser casi tan importante como la persona del paciente (Maroda, 2004).

Por supuesto hay que tomar en cuenta que la presente investigación ha buscado empíricamente la contratransferencia desde la perspectiva de la terapeuta de manera

unilateral y, por lo tanto, no se ha tenido en cuenta la versión de los pacientes de los cuales María nos relata. Desde este punto de vista y de acuerdo con los objetivos propuestos, lo que ha encontrado la presente investigación, han sido los puntos en común en las formas de interactuar con sus diferentes objetos, es decir, similitudes en las relaciones que María sostiene fuera y dentro del consultorio. Pero, así como se encontraron similitudes, es interesante también ver cómo es que las relaciones de María con sus tres diferentes pacientes también son, en muchos aspectos, muy diferentes entre sí.

La contratransferencia se ha entendido por algunos autores como la forma del terapeuta de captar la transferencia del paciente, otros autores entienden la contratransferencia como la redirección de los sentimientos, pensamientos y reacciones del terapeuta respecto de sus figuras significativas hacia el paciente (Alayarian, 2014). Sin embargo en el presente estudio las configuraciones relacionales encontradas no parecen emerger de forma aislada, sino más bien, de manera interactiva entre terapeuta y paciente, lo cual coincide con los hallazgos otra investigación que también utilizó el CCRT como método para estudiar la contratransferencia (Bourke & Grenyer, 2010). Podría pensarse quizás que las características, necesidades y diferentes configuraciones relacionales de cada paciente parecieran interactuar con las de María, quien, a partir de esto, formaría configuraciones que, si bien se pueden asemejar en muchos puntos, también difieren en otros.

En este punto podríamos preguntarnos acerca de lo que distingue la relación terapéutica de otro tipo de relaciones. Si bien la relación terapéutica no es tan diferente a otras relaciones humanas como el psicoanálisis clásico postulaba (Mitchell, 2000), y dentro de la relación entre paciente y terapeuta encontramos elementos transferenciales de ambos; existe una asimetría entre los dos. Esta asimetría, como la plantea Aron (1996) se refiere a que a pesar de que paciente y analista se influyen y se regulan mutuamente,

la influencia no es necesariamente equivalente ni les corresponden las mismas funciones, roles o responsabilidades a ambas partes. Algo que es decisivo en mantener la relación analítica y que la distingue de otro tipo de relaciones es que el analista es el o la responsable de mantener esa relación *analítica* en todo momento, tratando de hacer lo correcto para el análisis (Mitchell, 2000).

Esta idea la podemos ver en el caso de María e Iván, en donde a pesar de que María siente un fuerte rechazo por Iván, quién le da mucha rabia, e incluso quisiera que abandone de la terapia, María se esfuerza por ofrecerle cosas para que Iván pueda pensar, reflexionar y a la larga cambiar positivamente. Esta asimetría necesaria para el trabajo está en parte sostenida en el hecho que el paciente llega buscando ayuda del terapeuta a quién le debe de pagar por sus servicios y a que el terapeuta asume la responsabilidad y autoridad del tratamiento (Aron, 1996).

Dentro del contexto de un pensamiento psicoanalítico relacional, el cambio no es entendido como un evento intrapsíquico únicamente, más bien es entendido como modificaciones en el campo interpersonal entre paciente y analista, los cuales pueden crear nuevos patrones de relación que, al ser internalizados pueden crear nuevas experiencias en el paciente con los demás y consigo mismo (Mitchell, 2000). Esto es justamente lo que vemos en el cambio que se da en Iván. Es quizás por ello que, dentro de este marco, es especialmente importante entender dónde se origina la contratransferencia, cómo es que se manifiesta y cuáles son las mejores formas de trabajar con ella.

Un metaanálisis de diferentes estudios con respecto a contratransferencia y su manejo (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011) encontró que mientras que llevar al acto la contratransferencia en la relación terapéutica suele ser perjudicial para el resultado de la terapia, trabajar con la contratransferencia, a pesar de que previamente se haya actuado,

es por el contrario de ayuda para la terapia y sus resultados. En el estudio los autores concluyen que se necesita mayor investigación cualitativa y controlada en el campo de la investigación de la contratransferencia (Hayes et al., 2011). En este sentido es de suma importancia para el desarrollo de la terapia que el terapeuta acepte su propia contribución a los enactments que se dan dentro de una relación terapéutica (Mitchell, 1993) y que se trabaje el desarrollo de la introspección del terapeuta en términos de su propia configuración relacional (Hayes et al., 2011; Schattner & Tishby, 2018).

En el caso analizado en la presente investigación, vemos cómo es que María, en su relato, hace uso de la contratransferencia en el episodio en el cual María e Iván discuten acerca del pago de una sesión y María decide hablar de cómo es que Iván se está comportando con ella, es decir, decide hablar, más allá del hecho del pago de la sesión, de la relación entre ellos dos incluso comparándola con otras relaciones de la vida de Iván. Este uso de la contratransferencia se puede entender como *una inmediatez*, la cual se define como una discusión de la relación terapéutica por paciente y terapeuta en el aquí y ahora (Kuutmann & Hilsenroth, 2012).

Aunque hace falta mayor investigación sobre la inmediatez y su uso en el consultorio, existen estudios empíricos que han encontrado que la inmediatez facilita la conciencia emocional de los pacientes (Mayotte-Blum et al., 2012) y que en ciertos casos ayudan a pacientes a responder y hablar sobre sus sentimientos acerca de su terapeuta (Hill et al., 2014; Safran, 2002). Lo que encontramos en la relación entre María e Iván pareciera ser justamente esto, ya que vemos cómo la inmediatez, según el relato de María, pareciera haber ayudado a Iván a ser más consciente de su rol en la relación con María y a expresar sus sentimientos hacia ella y la terapia que ella ofrece, lo que aparentemente fomentó un gran cambio en la relación entre María e Iván, en él y en sus relaciones fuera del consultorio.

Si bien algunas definiciones de la contratransferencia pueden haber resultado insuficientes para entender lo que pasa dentro de la relación terapéutica, definiciones como las de Gelso y Hayes (2001) incluyen en la contratransferencia elementos tanto del paciente como del terapeuta. Estos autores en su definición, al decir que la contratransferencia es originada en el terapeuta y desencadenada por el paciente, presuponen que la contratransferencia es un producto de la interacción entre paciente y terapeuta (Hayes & Gelso, 2001). Es así como el término continúa siendo relevante y útil para entender y profundizar sobre el vínculo paciente-terapeuta frente a nuevas formas de entender esta relación.

Tanto la entrevista RAP, como el método CCRT mostraron ser medios adecuados para estudiar la contratransferencia. Sin embargo, recolectar la data y codificar la misma a través del método del CCRT es un proceso largo y por lo tanto costoso, lo cual hace que finalmente se manejen muestras muy pequeñas en los estudios que lo utilizan (Tishby & Vered, 2011).

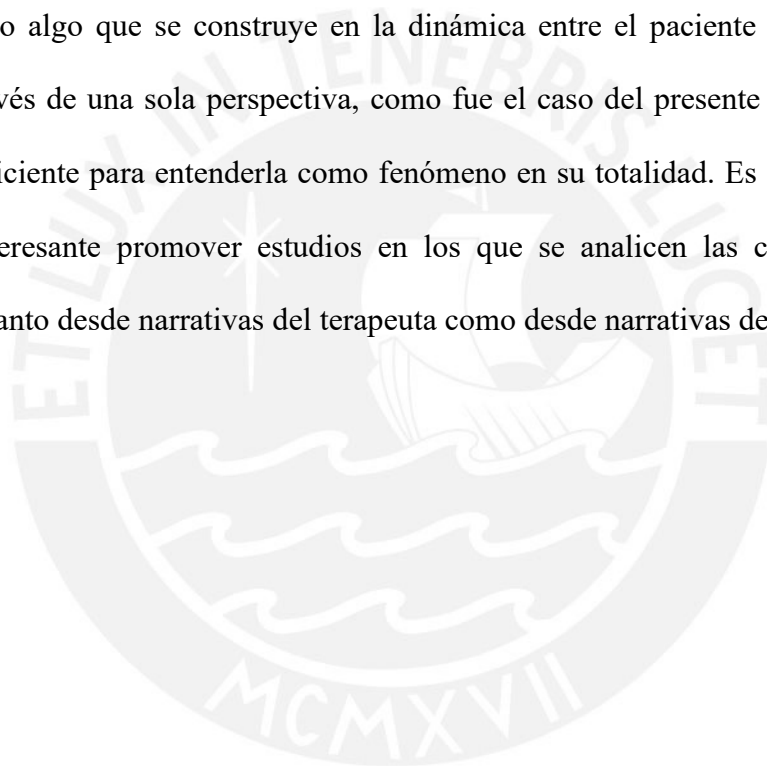
En el presente estudio, específicamente en el caso de la relación que María sostiene con su paciente Lorena, vemos cómo el cuidado y la preocupación por el bienestar físico y mental de la paciente toma una gran importancia. Sería interesante en este sentido, en un siguiente estudio el incluir a los hijos de los terapeutas como parte de las figuras significativas para entender un poco la interacción con ellos y comprender si, al estar el terapeuta en un rol de cuidado con sus pacientes, son justamente las relaciones con otras personas que dependen de su cuidado las que se podrían activar con mayor facilidad en la relación con sus pacientes.

Herramientas importantes para el manejo adecuado de la contratransferencia, son la supervisión clínica y la psicoterapia propia del terapeuta, ya que permiten y promueven cierta conciencia y trabajo de los propios conflictos internos del terapeuta (Hayes et al.,



2011). En este sentido, si bien no se estudiaron estas variables directamente, es interesante cómo en el caso de María, sin haber solicitado episodios relacionales con su propio terapeuta ni con sus supervisores, se narraron espontáneamente al hablar de su propia relación con sus padres y de la contratransferencia con sus pacientes, respectivamente. Sería relevante incluir estas herramientas y su relación con la contratransferencia como parte de futuras investigaciones.

Por otro lado, al ser la contratransferencia un proceso que no es exclusivo del terapeuta, sino algo que se construye en la dinámica entre el paciente y el terapeuta, medirlo a través de una sola perspectiva, como fue el caso del presente estudio, puede resultar insuficiente para entenderla como fenómeno en su totalidad. Es en este sentido que sería interesante promover estudios en los que se analicen las configuraciones relacionales tanto desde narrativas del terapeuta como desde narrativas del paciente.



## Conclusiones

- La presente investigación ha logrado identificar con claridad puntos de encuentro entre las configuraciones relacionales presentes en la relación que una terapeuta sostiene con sus figuras significativas y la que sostiene con sus pacientes, lo cual nos ha permitido ver cómo es que, de alguna manera la subjetividad de la terapeuta en cuestión está entrelazada con la contratransferencia que manifiesta.
- Si bien los puntos de encuentro entre las configuraciones relacionales de la terapeuta con sus figuras significativas y con sus pacientes nos señala que la subjetividad de la terapeuta estaría involucrada en la contratransferencia, las diferentes configuraciones relacionales entre los diferentes pacientes muestran la participación de los pacientes en la contratransferencia. Es decir, los hallazgos de la presente investigación parecen apoyar la idea de la contratransferencia como un fenómeno que se crea en la relación terapéutica entre paciente y terapeuta.
- Si bien se observó, a través del caso, cómo es que la subjetividad del terapeuta influye en los deseos y las emociones evocadas en la relación con sus pacientes, también se pudo ver que la terapeuta, dentro del encuadre analítico, es capaz de responder de una manera diferente en la relación con sus pacientes en beneficio de la terapia.
- A través del caso de Iván, pudimos observar cómo fue que el uso de la contratransferencia en un determinado momento fue un punto de quiebre que motivó el cambio en la configuración relacional que sostenían la terapeuta y su

paciente, y por consecuencia, el cambio en el paciente y en otras relaciones que sostenía fuera del consultorio.

- Los resultados sugieren que la consciencia de la contratransferencia parece ser fundamental para hacer uso de la contratransferencia en una terapia, evitar impasses perjudiciales y fomentar la transformación del paciente.



## Referencias Bibliográficas

- Alayarian, A. (2014). Psychoanalysis and conceptualization of the therapeutic relationship. In D. Charura & S. Paul (Eds.), *The Therapeutic Relationship Handbook Theory and Practice*. Mc Graw Hill.
- Arduin, A., Frangioni, V., Gelso, C., Messina, I., Sambin, M., & Solina, C. (2018). Origins of Countertransference and Core Conflictual Relationship Theme of a Psychotherapist in Training as Emerging in Clinical Supervision. *Psychotherapy*, 55(3), 222–230. <https://doi.org/10.1037/pst0000148>
- Aron, L. (1991). The Patient 's Experience of the Analyst 's Subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(1), 29–51.
- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Londres: Analytic Press, Inc.
- Baldwin, M. W. (1992). Relational Schemas and the Processing of Social Information.pdf. *Psychological Bulletin*, 112(3), 461–484.
- Balint, M., & Balint, A. (1939). On Transference and Countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 20, 223–230.
- Benjamin, J. (2007). *Intersubjectivity , Thirdness , and Mutual Recognition*. Los Angeles: Institute for Contemporary Psychoanalysis.
- Bimont, D., & Werbart, A. (2018). “I’ve got you under my skin”: Relational therapists’ experiences of patients who occupy their inner world. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(2), 243–268. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1300135>

- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2010). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research, 20*(6), 680–691. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.504242>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*(1), 37–46.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient Personality and Therapist Response: An Empirical Investigation. *American Journal of Psychiatry, 171*(1), 102–108.
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist Reflective Functioning, Therapist Attachment Style and Therapist Effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(5), 614–625. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0790-5>
- Dahl, H. S. J., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Gabbard, G. O., Perry, J. C., & Christoph, P. C. (2017). Does Therapists' Disengaged Feelings Influence the Effect of Transference Work? A Study on Countertransference. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 24*(2), 462–474. <https://doi.org/10.1002/cpp.2015>
- Daurella, N. (2018). Transferencia y contratransferencia desde la perspectiva del psicoanálisis relacional: a la búsqueda de la responsividad óptima. *Aperturas Psicoanalíticas, 59*(2018), 1–21.
- Drapeau, M., & Perry, J. C. (2004). Childhood trauma and adult interpersonal functioning : a study using the Core Conflictual Relationship Theme Method (

CCRT ). *Child Abuse & Neglect*, 28, 1049–1066.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.05.004>

Epstein, L., & Feiner, A. H. (1979). Countertransference : The Therapist ' s

Contribution to Treatment. *Contemporary Psychoanalysis*, 15(4), 489–513.

<https://doi.org/10.1080/00107530.1979.10745593>

Espinosa, D., & Valdés, N. (2012). *Codificación de Episodios Relacionales a partir de la versión en castellano del Método del Tema Central de Conflicto Relacional CCRT-LU-S: Manual de Procedimiento.*

Fainstein, A. (2013). Countertransference. A contemporary approach from the River Plate region. In *Transference and Countertransference Today* (pp. 68–87).

Londres.

Fauth, J. (2006). Toward more (and better) countertransference research.

*Psychotherapy*, 43(1), 16–31. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.1.16>

Fauth, J., & Williams, E. N. (2005). The In-Session Self-Awareness of Therapist-

Trainees : Hindering or Helpful ? *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 443–

447. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.443>

Fiscalini, J. (2015). Transference and Countertransference as Interpersonal Phenomena

An Introduction. In M. Lionells, J. Fiscalini, C. H. Mann, & D. B. Stern (Eds.),

*Handbook of Interpersonal Psychoanalysis.*

Fliess, W. R. (1942). The Metapsychology of the Analyst. *The Psychoanalytic*

*Quarterly*, 11, 211–227.

Fordham, M. (1969). Technique and Counter-Transference. In S. Shamdasani (Ed.),

*Analyst - Patient Interaction Collected Papers on Technique* (pp. 84–104).

Routledge.

- Freud, S. (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. In *Obras completas* (pp. 129–142).
- Freud, S. (1933). 30º Conferencia. Sueño y Ocultismo. In A. Editores (Ed.), *Obras completas* (pp. 29–52).
- Fromm-Reichmann, F. (1949). Notes on the Personal and Professional Requirements of a Psychotherapist. *Psychiatry*, *12*(4), 361–378.  
<https://doi.org/10.1080/00332747.1949.11022748>
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(8), 983–991. <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of Countertransference with Borderline Patients* (J. Aronson, Ed.). Rowman & Littlefield Publishers.
- Gelso, C. (2004). Countertransference and its management in brief dynamic therapy. In *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy* (pp. 231–250). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gelso, C., & Hayes, J. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Gelso, C., & Hayes, J. (2001). Countertransference management. *Psychotherapy*, *38*(4), 418–422. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.418>
- Gelso, C., & Hayes, J. (2007). *Countertransference and the Therapist's Inner Experience. Perils and Possibilities*.
- Gerson, B. (1996). *The Therapist as a Person* (B. Gerson, Ed.). The Analytic Press.

- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference Management and Effective Psychotherapy: Meta-Analytic Findings. *Psychotherapy, 55*(4), 496–507. <https://doi.org/10.1037/pst0000189>
- Hayes, J., & Gelso, C. (2001). Clinical implications of research on countertransference: Science informing practice. *Journal of Clinical Psychology, 57*(8), 1041–1051.
- Hayes, J., Gelso, C., & Hummel, A. (2011). Managing Countertransference. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 239–258). New York: Oxford University Press.
- Heimann, P. (1950). On Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis, 31*, 81–84.
- Heimann, P. (1960). Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology, 33*(1), 9–15.
- Heimann, P. (1961). Acerca de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 4*.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México DF: Mc Graw Hill.
- Hill, C. E., Gelso, C. J., Chui, H., Spangler, P. T., Hummel, A., Jackson, J., ... Miles, J. R. (2014). *To be or not to be immediate with clients : The use and perceived effects of immediacy in psychodynamic / interpersonal psychotherapy*. (October), 37–41. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.812262>
- Johnson, M. C. (2015). *Using the Core Conflictual Relationship Themes (CCRT)*



- method as a Countertransference coding technique*. Pennsylvania State University.
- Jung, C. (1929). Problems of modern psychotherapy. In *Collective Works*, 16.
- Kernberg, O. (2004). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*. Yale University Press.
- Kernberg, O. (2005). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. México: Manual Moderno.
- Kuutmann, K., & Hilsenroth, M. J. (2012). Exploring In - Session Focus on the Patient – Therapist Relationship : Patient Characteristics , Process and Outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 187–202. <https://doi.org/10.1002/cpp.743>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159–174.
- Layton, L. (2000). Cultural hierarchies, splitting, and the dynamic unconscious. *Journal for the Psychoanalysis of Culture & Society*, 5(1), 65–71.
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). *Brief Dynamic Interpersonal Therapy*. Oxford: University Press.
- Löffler-stastka, H., Sell, C., Zimmermann, J., Huber, D., & Klug, G. (2019). Is countertransference a valid source of clinical information? Investigating emotional responses to audiotaped psychotherapy sessions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 83(4), 353–375.
- Low, B. (1935). The psychological Compensations of the Analyst. *The International Journal of Psychoanalysis*, 16, 1–18.
- Luborsky, L. (1998). The relationship anecdotes paradigm (RAP) interview as a

- versatile source of narratives. In *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. American Psychological Association.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (American Psychological Association, Ed.). Basics Books.
- Maroda, K. J. (2004). The Power of Countertransference: Innovations in Analytic Technique. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53).  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Mayotte-Blum, J., Slavin-Mulford, J., Lehmann, M., Pesale, F., Becker-Matero, N., & Hilsenroth, M. (2012). Therapeutic Immediacy Across Long-Term Psychodynamic Psychotherapy : An Evidence-Based Case Study. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 27–40. <https://doi.org/10.1037/a0026087>
- Mclaughlin, J. T. (2017). *Transference , Psychic Reality , and Countertransference. 50*(4), 639–664. <https://doi.org/10.1080/21674086.1981.11926976>
- Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitchell, S. (1993). *Love and dread in psychoanalysis*. New York: Basics Books.
- Mitchell, S. (2000). *Relationality: From Attachment to Intersubjectivity*. New York: Psychology Press.
- Nissen-lie, H. A., Dahl, H. J., & Høglend, P. A. (2020). Patient factors predict therapists ' emotional countertransference differently depending on whether therapists use transference work in psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research, 0*(0), 1–13.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1762947>

- Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2007). *Leaving It at the Office, A guide to Psychotherapist Self-Care*. The Guilford Press.
- Oelsner, R. (2013). Introduction. In R. Oelsner & A. Lema (Eds.), *Transference and Countertransference Today* (pp. 1–17). Londres: Routledge.
- Racker, H. (1953). A Contribution to the problem of counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 34(4), 313–324.
- Renik, O. (1993). Analytic Interaction : Conceptualizing Technique in Light of the Analyst ' s Irreducible Subjectivity. *The Psychoanalytic Quarterly*, 62(4), 553–571. <https://doi.org/10.1080/21674086.1993.11927393>
- Rossberg, J., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2008). Specific Personality Traits Evoke Different Countertransference Reactions. An Empirical Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(9), 702–708. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318186de80>
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261–270.
- Safran, J. D. (2002). Brief Relational Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(2), 171–195. <https://doi.org/10.1080/10481881209348661>
- Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *Int. R. Psycho-Anal.*, 3, 43–47.
- Schattner, E., & Tishby, O. (2018). Patient and Therapist Relational Patterns: Implicit Negotiations. In O. Tishby & H. Wiseman (Eds.), *Developing the Therapeutic Relationship* (pp. 61–80). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0000093-000>

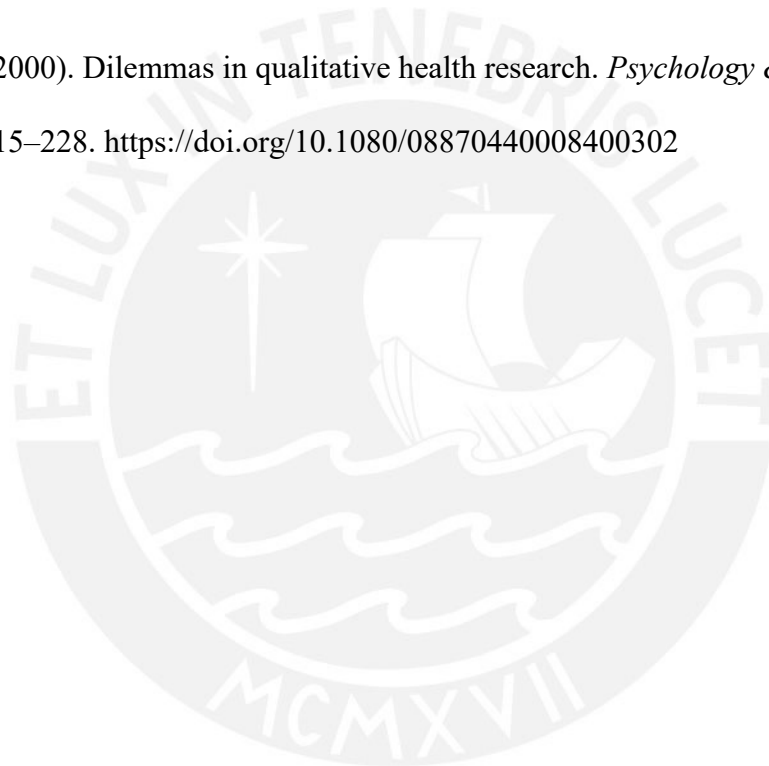
- Sharpe, E. (1947). The psycho-analyst. *International Journal of Psychoanalysis*, 28, 1–6.
- Stefana, A. (2017). *History of Countertransference. From Freud to the British Object Relations School*. New York: Routledge.
- Stern, A. (1923). On the counter-transference in psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 11, 166–174.
- Stern, D. (1998). *The Interpersonal World of the Infant*. Londres: Karnac Books.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Tavistock.
- Tishby, O., & Vered, M. (2011). Countertransference in the treatment of adolescents and its manifestation in the therapist-patient relationship. *Psychotherapy Research*, 21(6), 621–630. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.598579>
- Tishby, O., & Wiseman, H. (2014). Types of countertransference dynamics: An exploration of their impact on the client-therapist relationship. *Psychotherapy Research*, 24(3), 360–375. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10788/1880>
- Villarán, V. (2017). *Configuraciones Relacionales en la clínica y el proceso Psicoanalítico Configuraciones Relacionales. Grupo de Investigación en Psicoanálisis Línea de Investigación*.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. (2005). *The Great Psychotherapy Debate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Routledge.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative Research Interviewing*.
- Widdowson, M. (2011). Case study research methodology. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 2(1), 25–34.

Wiener, J. (2009). *The Therapeutic Relationship*. Texas A&M University Press.

Wiseman, H., Orlinsky, D., & Schröder, T. (2009). ““You were always on my mind””: Therapists ’ Intersession Experiences in Relation to Their Therapeutic Practice , Professional Characteristics , and Quality of Life. *Psychotherapy Research*, 19(1), 42–53. <https://doi.org/10.1080/10503300802326053>

Wolstein, B. (1988). Introduction. In *Essential Papers on Countertransference* (pp. 1–15). New York: New York University Press.

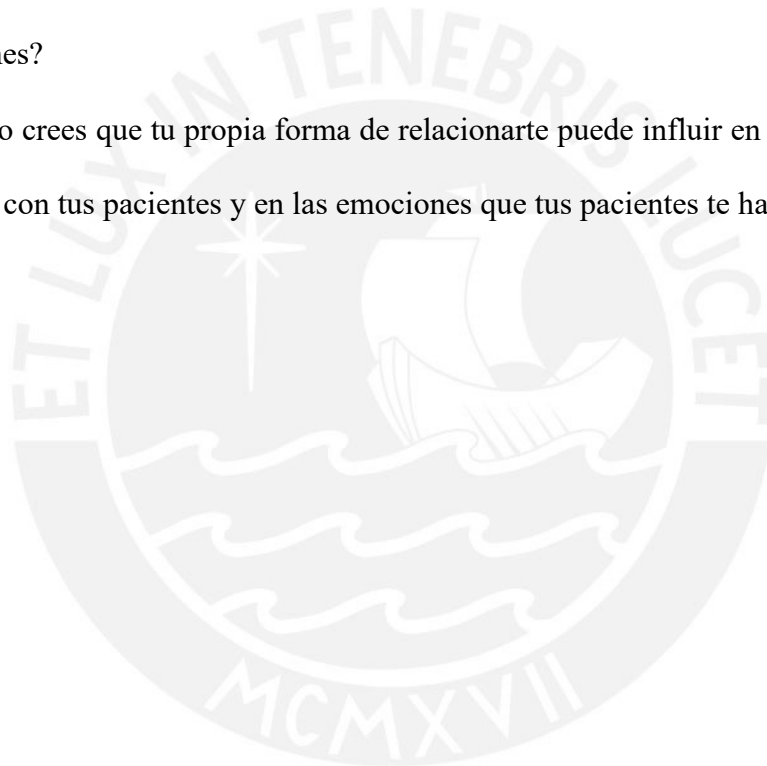
Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2), 215–228. <https://doi.org/10.1080/08870440008400302>



## Apéndice A

### Entrevista Semiestructurada: Preguntas guía incluidas en la entrevista

- ¿Cómo es (cada paciente) y cómo se relaciona contigo?
- ¿Cómo te hace y te ha hecho sentir (cada paciente) en su interacción contigo?
- Tomado en cuenta los episodios que me has contado, ¿Cómo te parece que es tu forma típica de relacionarte con los demás? ¿Crees que hay algún patrón o patrones?
- ¿Cómo crees que tu propia forma de relacionarte puede influir en la relación que tienes con tus pacientes y en las emociones que tus pacientes te hacen sentir?



## Apéndice B

### Protocolo de Consentimiento Informado para participantes de proyectos de investigación

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para participar de la investigación que será conducida por la psicóloga Claudia Velarde Vidaurrázaga con número de colegiatura 32283 (C.Ps.P.). Soy consciente que mi participación es enteramente voluntaria. Esta investigación pretende explorar la relación entre el terapeuta y sus pacientes.

Dicha investigación será realizada en el marco de los cursos Seminario de Tesis I y Seminario de Tesis II de la Maestría en Intervención Clínica Psicoanalítica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, en donde la psicóloga se encuentra matriculada. Entiendo que participar de esta investigación implica que todas las entrevistas que formen parte del proceso de investigación en el que participo serán grabadas en audio.

Estas grabaciones en audio serán transcritas de forma literal y serán utilizadas exclusivamente para fines de investigación por parte de la psicóloga a cargo. Entiendo que, en las transcripciones literales, la psicóloga se compromete a proteger mi identidad, así como la de las personas involucradas, cambiando los nombres y los datos que puedan hacernos identificables.

Soy consciente que la investigación realizada por la psicóloga a cargo para fines de elaboración de su tesis puede generar artículos y presentaciones científicas. Entiendo que en dichas producciones científicas la psicóloga a cargo se compromete a mantener su compromiso de proteger mi identidad cambiando el nombre y los datos que puedan hacerme identificable.

Entiendo que la psicóloga a cargo de la investigación tendrá bajo su responsabilidad y cuidado los audios y transcripciones literales hasta que finalice su tesis, luego de lo cual, todo este material será destruido. He recibido información en forma verbal sobre todo lo mencionado anteriormente y he tenido la oportunidad de discutir las condiciones de mi participación en esta investigación, y hacer todas las preguntas que he considerado necesarias.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en la investigación en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento informado. Para cualquier duda sobre mi participación en este proceso puedo comunicarme con Carla Mantilla, directora de la Maestría en Intervención Clínica Psicoanalítica, al correo [cmantil@pucp.edu.pe](mailto:cmantil@pucp.edu.pe).

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019

---

Firma del(la) participante

Firma del(la) psicólogo(a)



## Apéndice C

### Compromiso de confidencialidad para personas involucradas en proyectos de investigación

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, declaro por medio de la presente que he sido informado(a) de que como parte de mi participación como codificadora de la investigación conducida por la psicóloga Claudia Velarde Vidaurrázaga con numero de colegiatura 32283 (C.Ps.P.) tendré acceso a material confidencial. Esta investigación es parte del proyecto de tesis de Claudia Velarde en el contexto de la Maestría de Intervención Clínica Psicoanalítica de la Pontificia Universidad Católica del Perú y tiene como objetivo explorar la relación entre el terapeuta y sus pacientes.

Entiendo que, si bien dicho material ha sido alterado para proteger la identidad de las personas involucradas, comprendo que se trata de información reservada, que atañe a aspectos íntimos de personas que deben ser cuidados.

Por todo ello me comprometo a lo siguiente:

1. Respecto al material transcrito:
  - No reproducir el material, de ninguna forma y con ningún fin.
  - Hacer un uso personal del material sin compartirlo con terceros.
  - Devolver el material a la investigadora en el momento acordado

- Destruir cualquier copia a la que haya tenido acceso una vez concluida mi participación.

2. Respetto a la información de los casos

- Abstenerme de comentar cualquier aspecto referido a los casos con fines no académicos.
- Abstenerme de comentar cualquier aspecto referido a los casos con personas ajenas a la investigación
- Realizar cualquier discusión acerca de los casos en condiciones que permitan garantizar la confidencialidad.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019

Firma