

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



**Cambio en la transferencia en un proceso de psicoterapia psicoanalítica breve con una mujer violentada: un abordaje desde las configuraciones relacionales y la mirada del terapeuta.**

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

**AUTOR**

Romano Peirano Elias

**ASESORA:**

Doris Julia Argumedo Bustinza

Diciembre, 2019

## **Resumen**

La investigación tiene como objetivo estudiar y comprender el cambio en la transferencia en un proceso de psicoterapia psicoanalítica breve con una mujer violentada. El estudio implica la identificación y caracterización de las configuraciones relacionales que surgen en la relación terapéutica y de los cambios que en ésta se van produciendo. Con este fin, se realizó un análisis temático de aquellos contenidos emergentes de la relación entre la consultante y el terapeuta, los cuales fueron organizados en tres categorías (Agencia y determinación, Cercanía y pertenencia e Integración y autonomía) y una matriz común desde la cual se despliegan, y cuyo punto de origen es la necesidad de reconocimiento. Los hallazgos dan cuenta de los cambios y transformaciones en las configuraciones relacionales que organizan la relación transferencial a lo largo del proceso, los cuales se manifiestan a nivel de representaciones mentales y en la dinámica relacional. En las configuraciones relacionales resulta visible la influencia de variables socioculturales.

Palabras clave: configuraciones relacionales, transferencia, reconocimiento, representación mental

## **Abstract**

The research aims to study and understand the change in transference in a brief psychoanalytic psychotherapy process with a violent woman. The proposal implies the identification and characterization of the relational configurations that arise in the therapeutic relationship and the changes that occur therein. For this purpose, a thematic analysis of those emerging contents of the relationship between the consultant and the therapist was carried out, and were organized into three categories (Agency and determination, Closeness and belonging, Integration and autonomy) that have a common matrix from which they are deployed, and which start point is the recognition neediness. Findings realize the changes and transformations in the relational configurations that organize transference along the process, which evidence at a mental representation level and a relational dynamic. Relational configurations evidences the influence of sociocultural variable.

Keywords: relational configurations, transference, recognition, mental representations

## **Agradecimientos**

A Abril, por toda la fuerza, la ganas y el amor que trajiste

A Andrea, por su apoyo y compañía

A mis padres y a mis hermanas, por siempre estar allí

A mi tía Laya y a mi abuela, por haber sido un soporte invaluable

A Doris Argumedo, por el interés y la confianza en el trabajo

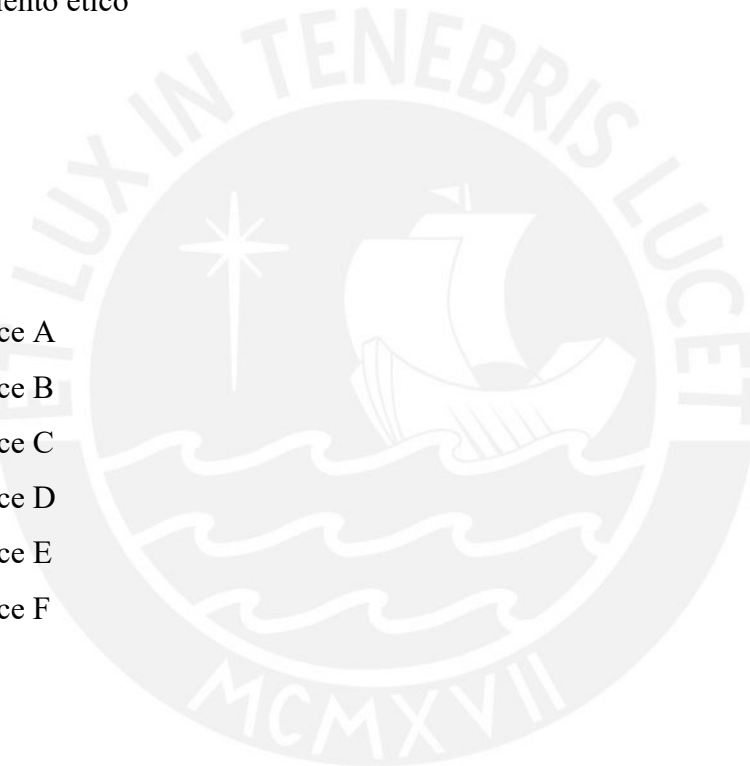
A las personas que me acompañaron en el camino, por sus comentarios, por su escucha y su presencia

Al mar



## Tabla de contenidos

|                      |    |
|----------------------|----|
| Introducción         | 5  |
| Método               | 17 |
| Diseño               | 17 |
| Participantes        | 18 |
| Material de análisis | 20 |
| Método de análisis   | 22 |
| Criterios de calidad | 23 |
| Tratamiento ético    | 23 |
| Resultados           | 25 |
| Discusión            | 38 |
| Conclusiones         | 49 |
| Referencias          | 51 |
| Apéndices            | 56 |
| Apéndice A           | 56 |
| Apéndice B           | 57 |
| Apéndice C           | 58 |
| Apéndice D           | 60 |
| Apéndice E           | 62 |
| Apéndice F           | 63 |



## Introducción

A lo largo de la historia del pensamiento psicoanalítico han surgido distintas corrientes teóricas con una comprensión particular de la mente y de la construcción de la subjetividad, en donde cada enfoque le ha otorgado un mayor o menor énfasis a aspectos internos de la psique o a la relación del sujeto con su entorno. Desde el paradigma relacional en psicoanálisis, que pretende, como lo menciona Aaron (2001), recuperar e integrar contribuciones previas provenientes de la teoría psicoanalítica, de la lingüística, la filosofía o el feminismo, el surgimiento de la mente se entiende a partir de un campo de interacciones sociales (Mitchell, 1993).

Es en el marco de un contexto relacional que el sujeto va organizando sus experiencias y construyendo su mundo interno, siempre en continua implicación con la vivencia interpersonal (Bedoya, 2012). En ese sentido, la mente estaría compuesta por configuraciones relacionales que remiten a la forma en que el sujeto organiza su experiencia con otras personas, como si estuviéramos inevitablemente conformados e inscritos en una matriz relacional en la que simultáneamente pugnamos por conservar nuestros lazos con los demás y diferenciarnos de ellos (Mitchell, 1993).

Las configuraciones relacionales aluden, desde la teoría de las relaciones objetales, a ese tejido relacional que se va desarrollando y consolidando en la interacción con los otros, que se torna luego representación y se estructura como una organización mental duradera (Horner, 1991). Por su parte, para el psicoanálisis relacional la configuración siempre se produce en el encuentro con el otro, en donde cada subjetividad despliega patrones relacionales alimentados por experiencias previas de la vida relacional de cada sujeto, produciendo así una nueva configuración que emerge como producto novedoso y específico de ese escenario intersubjetivo, creándose así la presencia de un tercero que habita en el campo relacional (Gerson, 2004; Benjamin, 2007).

Incorporando el enfoque intersubjetivo respecto a la constitución de la mente y la naturaleza de la experiencia relacional, Villarán (2009) conceptualiza las configuraciones al interior de un campo intersubjetivo y no necesariamente dentro de la mente o como representación mental, como aun lo plantea Mitchell. En el intento de romper con la dicotomía mente-cuerpo e interno-externo, la configuración de la experiencia relacional se halla en el plano de la interacción y se define como un producto del encuentro

intersubjetivo, donde el contexto y los constructos sociales propios de la cultura adquieren una relevancia particular en cómo se organiza la interacción (Villarán 2009).

La comprensión de las configuraciones relacionales como fenómeno de estudio ha sido abordada desde distintos marcos teóricos al interior del psicoanálisis, adquiriendo en cada uno de éstos cualidades y características diferenciales en la formulación y conceptualización de las mismas. Mitchell (1993) considera que las configuraciones relacionales están compuestas de tres dimensiones que antes habían sido estudiadas desde el psicoanálisis de manera aislada y que su teoría pretende integrar: el sí mismo, que alude a las representaciones que el sujeto tiene sobre sí, el objeto, que implica las representaciones de los otros significativos, y el campo interactivo, que refiere a los patrones o esquemas de interacción que se presentan en la relación con un otro.

Desde otra perspectiva, Fonagy, Target y Lemma (2011) definen la idea de un foco afectivo interpersonal (FAI) como patrones interpersonales y afectivos presentes en las relaciones del sujeto, tanto pasadas como actuales, que permiten formular una configuración recurrente del self y de los otros. En el FAI de Fonagy, Target y Lemma (2011), la configuración relacional estaría compuesta por una representación del self, una representación del objeto, un afecto y una función defensiva para esa configuración interpersonal. Luborsky (1998), por su parte, plantea una mirada operacional de las configuraciones relacionales a través del tema central de conflicto relacional (CCRT), el cual sostiene que los patrones de interacción social, que se evidencian en las narrativas del sujeto sobre sus relaciones con otras personas, están compuestos por una necesidad o deseo del self, la respuesta del otro frente a ese deseo y la respuesta del self frente a la respuesta del otro.

Teniendo en cuenta que los principios organizadores de la experiencia relacional inconsciente se originan, desarrollan y transforman en contextos intersubjetivos, tanto el objeto de intervención clínica en psicoanálisis como el método se sitúan en la relación entre el paciente y el terapeuta (Ávila Espada, 2009). Al transpolar al espacio psicoanalítico la idea de que aquello que permite a la persona ser sujeto humano es la matriz relacional, la relación entre el terapeuta y el paciente se considera también un escenario de intercambios en donde se van constituyendo ciertos modos de organización de la experiencia relacional (Mitchell, 1993). Para Luborsky (1998) la configuración relacional que se organiza en la relación terapéutica es considerada como parte de la transferencia. Desde el psicoanálisis relacional, la transferencia puede ser entendida sólo

a partir del campo intersubjetivo que se configura entre analista y paciente, y que supone un sistema de influencia mutua y recíproca (Ávila Espada, 2009).

En ese sentido, lo que el sujeto va tejiendo sobre sí desde sus vínculos tempranos y sus experiencias relacionales es llevado tanto al encuentro con otras subjetividades, como a la relación terapéutica, por lo que el ámbito de la transferencia se enmarca y concibe como parte integral de la relación que terapeuta y paciente construyen y sostienen (Mitchell y Black, 2004; Mitchell, 1993). Para poder entender las implicancias y alcances de la transferencia en la configuración de la relación terapéutica es importante hacer un recorrido conceptual desde el lugar que se la ha otorgado a lo largo del pensamiento psicoanalítico.

En la teoría psicoanalítica de Freud (1909, 1912) se sostiene que la transferencia es la reedición de un conflicto infantil del pasado que se actualiza en tiempo presente. Esta definición clásica entiende la transferencia como la experiencia del paciente sobre la relación con el terapeuta, la cual se configura y organiza por la propia estructura psíquica del paciente, cuyo origen se remite a las relaciones tempranas significativas de éste con sus cuidadores (Hamilton y Kiulighan, 2009).

Hace ya más de un siglo, Freud (1909) observaba un paralelo entre el patrón de relación que surgía entre el paciente y el terapeuta y el patrón relacional del paciente con sus padres, similitud que finalmente lo lleva a introducir el concepto de transferencia, el cual precisamente implica la transmisión de un conjunto de actitudes, conductas y afectos de las relaciones significativas pasadas del paciente a posteriores relaciones significativas con otras personas o con el terapeuta (Luborsky y Crits-Christoph, 1990; Tellides, et al. 2008; Connolly, 1996; Wiseman y Tishby, ; Atzil-Slomin, Tisby y Shefler, 2015 y Mantilla, et al. 2011)

En la descripción y concepción de Freud (1912) sobre la transferencia como representación de relaciones interpersonales tempranas que influyen en la percepción que el sujeto tiene de sus relaciones actuales, es posible identificar la presencia de dos componentes: un elemento estructural referido a la representación mental de la relación con otras personas y un componente procedimental que alude a la aplicación de este esquema mental de relación interpersonal como una guía de la interacción social y de la percepción que se tiene sobre las relaciones con otros (Connolly, 1996).

Después de Freud, el concepto de transferencia ha sido modificando en función de los aportes o enfoques de las diferentes escuelas que han surgido a lo largo del desarrollo del pensamiento psicoanalítico. En la actualidad, la transferencia no es más concebida como una reedición del pasado o como un sistema de relación exclusivo del mundo representacional del paciente que se repite, sino que ésta implica una mixtura del presente y el pasado donde la subjetividad del analista tiene una participación activa, lo que la convierte en un fenómeno nuevo que surge y se construye desde la experiencia relacional que se produce entre el analista y el paciente (Hinojosa, 2005).

La relación terapéutica es ahora entendida como la interacción de una díada conformada por paciente y terapeuta en donde el vínculo que se va desarrollando entre ambos es siempre una danza relacional, lo que implica que aquello que es construido por la pareja analítica está mediado por la forma en que cada uno va respondiendo al otro a través de los lentes de sus propias representaciones o formas de percibir la relación (Wiseman, 2017). La transferencia tiene que ver con la manera en la que el paciente organiza la experiencia de relación que está teniendo lugar en el encuentro analítico, donde analista y paciente están influyéndose mutuamente desde sus propios principios organizadores inconscientes (Ávila Espada, 2009).

Las cualidades de la transferencia, afectivas y cognitivas, varían según con quien se establezca una relación, y, aun cuando existen aspectos que permanecen en el campo interactivo del sujeto de manera continua, en cada relación son experimentados de manera diferente (Bedoya, 2012). En ese sentido, fenómenos como la transferencia y la contratransferencia son entendidos como propiedades emergentes de sistemas intersubjetivos dinámicos y no lineales (Daurella, 2018). De hecho, algunos autores (Bacal, 2017; Balint y Balint, 1939) proponen que no se debía entender la transferencia y la contratransferencia como entidades separadas y radicalmente distintas, sino desde su influencia mutua, como un fenómeno específico de la díada y no sólo de una de las partes que la conforma.

Al llevarlo al campo de la investigación, las narrativas entre paciente y terapeuta que se recogen de las sesiones para estudiar la transferencia permiten explorar la relación única y particular que van edificando analista y paciente producto de la interacción, y no exclusivamente de la estructura psíquica del paciente (Wiseman, 2017). Si bien el concepto de transferencia ha sufrido variaciones a lo largo del tiempo, siempre ha tenido una fuerte incidencia sobre la práctica clínica. Los esquemas relacionales que se



manifiestan en la relación con el terapeuta, ya sean conceptualizados como actualizaciones de esquemas de interacción del pasado o como un producto nuevo de la experiencia intersubjetiva, son un elemento clave de todas las terapias psicodinámicas pues constituye un eje principal de trabajo (Tellides, et al., 2012; Connolly, 1996).

El terapeuta, para ayudar al paciente a mejorar su capacidad para comprender y manejar sus vínculos, centra su atención no solo en las narrativas del paciente que aluden a sus relaciones con otras personas significativas, sino que también atiende a la relación que se desarrolla entre él y su paciente (Tellides, et al., 2008). La recurrencia con la que aparecen en la relación transferencial ciertos patrones provenientes de experiencias relacionales tempranas con los cuidadores principales, hacen que ésta sea considerada un vehículo central en la tarea psicoanalítica (Atzil-Slonim, Shefler y Tishby, 2015; Hinojosa, 2005). En ese sentido, la relación terapéutica provee la oportunidad única de explorar y trabajar en la experiencia relacional del paciente en el aquí y el ahora con el terapeuta, quien le provee de una base segura para emprender esa tarea (Wiseman, 2017; Atzil-Slonim, Shefler y Tishby, 2015; Tellides et al., 2012)

Desde el modelo psicoanalítico, la exploración y el trabajo de la transferencia en la relación terapéutica es un vehículo central de cambio en tanto favorece el desarrollo de formas más flexibles y alternas de percibir y experimentar las relaciones interpersonales, lo que le permite a su vez al paciente desarrollar la capacidad para manejar sus relaciones interpersonales (Atzil-Slonim, Shefler y Tishby, 2015; Tellides, et al., 2008; Wiseman y Tishby, 2017). La discusión clínica, según Luborsky y Crits-Christoph (1998), ofrece dos formas de entender el cambio que se manifiesta en la psicoterapia psicoanalítica desde lo que transcurre en la relación terapéutica: una es que el conflicto implicado en el patrón transferencial se resuelve y cambia consistentemente, mientras que un enfoque alternativo afirma que el patrón transferencial permanece evidente aunque haya éxito en la terapia, y que el cambio se evidencia en la alteración de algunos de los componentes del patrón relacional central transferido a la relación con el terapeuta.

La transferencia no sólo constituye un elemento clave del psicoanálisis o de las psicoterapias psicodinámicas de largo plazo. Desde la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica han emergido distintos modelos que incluyen la transferencia como parte fundamental de la tarea clínica (Fonagy, Lemma y Target, 2010; Malan y Della Selva, 2006; Hobson, 2016). La terapia psicoanalítica breve de Hobson (2016) considera como principio fundamental de su propuesta las formas en las que el terapeuta está implicado

en los patrones de relación repetitivos del paciente, por lo que la transferencia se constituye como el foco central del trabajo clínico. La posibilidad de cambio implica la internalización, por parte del paciente, de las experiencias de interacción que van surgiendo en la relación terapéutica, lo que potencialmente podría alterar la capacidad del paciente para manejar sus dificultades emocionales (Hobson, 2016).

La psicoterapia dinámica intensiva de corto plazo de Malan y Della Selva (2006), cuyo foco principal de trabajo es la identificación y modificación de las defensas del paciente frente a su experiencia emocional, le otorga un lugar a la transferencia en su aproximación terapéutica. El terapeuta procura explorar y facilitar que el paciente explore las emociones de sus experiencias relacionales con otras personas y de la relación transferencial, lo que permite ofrecer interpretaciones al paciente que vinculen sus relaciones pasadas a sus relaciones actuales y a la relación con el terapeuta (Malan y Della Selva, 2006).

En el caso de la terapia dinámica interpersonal (TDI) de Fonagy, Lemma y Target (2010), el trabajo en la transferencia es una intervención fundamental ya que facilita la exploración del patrón conflictivo relacional (FAI) del paciente. En el TDI el terapeuta hace un uso sistemático de la transferencia al monitorear e intentar comprender el estado mental del paciente y, aunque no siempre se utilice esta información para hacer una interpretación verbal de la transferencia, su exploración siempre orienta el despliegue del proceso terapéutico (Fonagy, Lemma y Target, 2010). La transferencia permite explorar las representaciones del self y de los otros que se activan en la relación terapéutica, así como el afecto asociado a éstas, por lo que la interpretación de la transferencia, cuando se estima pertinente, aparece potencialmente como un puente que promueve un cambio en el paciente respecto a la variación en sus formas de relacionarse con los demás (Fonagy, Lemma y Target, 2010).

A lo largo del tiempo, la investigación clínica ha tratado de desarrollar una técnica a través de la cual se pueda estudiar la transferencia como fenómeno, encontrando en el método CCRT de Luborsky y Crits-Christoph (1998) un sistema que permite captar los patrones o configuraciones relacionales que guían las interacciones con los otros y con el terapeuta (Hamilton y Kiulighan, 2009; Connolly, 1996). A través del método CCRT se ha logrado operacionalizar el concepto de transferencia con la finalidad de obtener una medida objetiva de ésta en los procesos psicoterapéuticos (Luborsky y Crits-Christoph, 1998). En este caso, la demostración empírica del concepto se evidencia en las similitudes

halladas entre los patrones relacionales del paciente con los otros y con el terapeuta (Tellides, et al., 2008). En el estudio de las configuraciones relacionales desde el CCRT, que nace de la investigación en psicoterapia psicoanalítica, lo que se busca es extraer el patrón central de relación en tanto entiende que éste estaría a la base de un conflicto central en las relaciones del paciente con los otros y con el terapeuta (Espinosa y Valdés, 2012; García Mantilla, López del Hoyo, Ávila-Espada y Pokorny, 2011).

Una limitación importante que presenta el sistema CCRT es que sólo permite captar los temas relacionales más pervasivos o que aparecen con mayor frecuencia en las narrativas de los pacientes sobre sus relaciones, limitando muchas veces la investigación a no explorar las múltiples configuraciones relacionales que pueden emerger como alternativas al patrón de relación dominante (Connolly, 1996). En lo que se refiere a los episodios relacionales con el terapeuta, aquellos que se seleccionan de las narrativas donde se incluye la interacción con éste, muchas veces son muy escasos o no necesariamente captan los eventos críticos para la relación terapéutica, o aquellos momentos que caracterizan el desarrollo de la relación (Tellides, et al., 2012). Es por ello que muchas veces se procede a estudiar las narrativas relacionales del paciente con el terapeuta a través de entrevistas a uno de éstos o ambos, las cuales permiten complementar la información y explorar con mayor amplitud y profundidad la relación terapéutica y la transferencia (Wiseman y Tishby, 2017).

Por otro lado, el enfoque teórico que está a la base del método CCRT de Luborsky y Crits-Cristoph (1998) parte de un modelo internalista de la mente en donde la transferencia es entendida como la manifestación de una representación mental previa o como la actualización de esquemas o patrones relacionales de vínculos tempranos, por lo que el carácter relacional de la experiencia intersubjetiva entre paciente y terapeuta pareciera no tener un lugar claro. El concepto de representaciones internas ofrece una visión de la mente como un espacio cerrado lleno de contenidos mentales ubicados al interior del individuo y separados de su cuerpo, de otras mentes y del contexto (Villarán, 2009).

Al poner todo el poder explicativo en los contenidos mentales del individuo, la transferencia sería entendida como el mecanismo por el cual el sujeto puede externalizar o proyectar estas representaciones internas. Esta mirada de la transferencia no permite recoger la influencia que ejerce la propia subjetividad del terapeuta en la configuración

de la relación transferencial, ni tampoco el influjo de variables propias del contexto social en la comprensión de la misma (Villarán, 2009).

Finalmente, respecto al estudio de la transferencia desde el CCRT, ha sido utilizado en procesos de psicoterapia de orientación psicoanalítica y psicodinámica tanto de largo plazo (Hamilton y Kiulighan, 2009; Atzil-Slonim, Shefler y Tishby, 2015; Connolly, 1996 Wiseman y Tishby, 2017; Luborsky y Crits-Cristoph, 1998) como en procesos breves o de corto plazo (Donayre, 2018; Aguirre, 2018; Tellides, et al., 2012; Tellides, et al., 2008). Pese a las limitaciones del método CCRT antes mencionadas, los hallazgos encontrados por las investigaciones que han estudiado la transferencia ofrecen distintos ángulos desde donde comprender la forma cómo se le aborda y el lugar que ocupa en el proceso terapéutico.

Luborsky y Crits-Cristoph (1998) fueron de los primeros en investigar la transferencia, cuya evidencia justifican por el grado de paralelismo entre el patrón de relación central con el terapeuta y con otras personas significativas. En los estudios que Luborsky y Crits-Cristoph (1998) realizan, encuentran un nivel significativo de similitud entre el CCRT del paciente con el terapeuta y con otras personas, semejanza que se evidencia en los componentes de la configuración relacional (deseo, respuesta del otro y respuesta del self). El nivel de consistencia en que el patrón central de relación del paciente se transfiere a sus relaciones interpersonales y a la relación terapéutica ha sido corroborado por otros estudios (Atzil-Slomin, Tisby y Shefler, 2015; Wiseman, 2017; Connolly, 2000, Fried et al., 1992). Incluso, en uno de estos estudios (Fried et al., 1992), en la que se trabajó con un grupo de pacientes en psicoterapia psicodinámica, la transferencia del patrón central de relación a la relación con el terapeuta fue reportada con una mayor frecuencia que la transferencia del patrón central de relación a las relaciones del paciente con otras personas.

No obstante, al indagar las narrativas interpersonales de las sesiones, tanto en psicoterapia breve como de largo plazo, se ha encontrado múltiples temas relacionales y no sólo uno principal, por lo que alguno de estos patrones no dominantes podría tener lugar en la transferencia (Connolly, 1996; Tellides et al., 2012; Tellides et al., 2008). En ese sentido, el patrón relacional extraído de las narrativas producidas en la interacción entre paciente y terapeuta no es necesariamente el más pervasivo, por lo que se concluye que si bien algunos pacientes pueden transferir el patrón principal a la relación con el terapeuta, hay otros que transfieren una configuración relacional menos frecuente o cuyos

componentes no son del todo concordantes con el patrón que se transfiere a otras personas (Tellides et al., 2012; Connolly, 1996).

En lo que se refiere a los cambios y transformaciones que suceden en el patrón transferencial durante el proceso psicoterapéutico, uno de los principales aportes de la metodología CCRT es que ha logrado contrastar los cambios estructurales inducidos por la psicoterapia psicoanalítica a lo largo del proceso terapéutico (Luborsky y Crits-Cristoph, 1998; Ávila-Espada, et al., 2011; Atzil-Slomin, Tisby y Shefler, 2015, Wiseman y Tisby, 2017). Los cambios en el patrón central de relación han sido entendidos desde una modificación no sólo en los componentes de la configuración relacional, sino que también ocurren cambios en las dimensiones positivas y negativas de los componentes y, aunque pueda ser pequeño, se considera clínicamente significativo (Ávila-Espada, et al., 2011; Grenyer y Luborsky, 1990).

Atzil-Slomin, Tishby y Shefler (2015) encontraron, en una investigación realizada con pacientes adolescentes en procesos psicoterapéuticos de largo plazo, que la configuración relacional del paciente y el terapeuta incluían tanto representaciones positivas como negativas y que, aunque las representaciones negativas se mantenían estáticas a lo largo del proceso terapéutico, las representaciones positivas de la relación entre el paciente y el terapeuta incrementaban a lo largo del mismo. Otros autores (Wiseman y Tisby, 2017) que también han estudiado el cambio en el patrón de la relación transferencial a lo largo de procesos terapéuticos extendidos, discuten, desde los resultados obtenidos, que con el tiempo los pacientes perciben y experimentan al terapeuta más positivamente, tanto a nivel de respuestas del objeto como de respuestas del self.

El escenario terapéutico o el campo analítico es un espacio donde participan dos subjetividades que forman parte de una organización social más amplia. Por ello, es necesario comprender la configuración relacional propia de la relación transferencial como una matriz de significados atravesada por el orden social propio de la cultura (Scott, 1990). Para poder vislumbrar y comprender las temáticas y narrativas propias de la transferencia es indispensable contemplar la influencia de ciertas variables socioculturales, como género, clase y raza, relaciones de poder presentes en la configuración del vínculo terapéutico y en las representaciones del sí mismo y del otro que subyacen a las mismas. Atender a la participación de estas variables en el intercambio entre el terapeuta y la consultante adquiere, para el presente estudio, un sentido central

debido a que el proceso de psicoterapia breve que se investigó se llevó a cabo en un centro especializado en mujeres violentadas, por lo que el material clínico está enmarcado en una problemática social particular que resulta de la violencia de género.

El género, como construcción simbólica que demarca lo que es propio de los hombres y de las mujeres, produce un imaginario social con una eficacia contundente a nivel representacional, en donde al interior de los significados y concepciones sociales que se van construyendo se evidencia una relación desigual al servicio de una forma de poder en la que las narrativas sociales sobre lo masculino y lo femenino son usadas para justificar la discriminación y la violencia de género (Lamas, 2000; Scott, 1990).

Bourdieu (1998) advierte que el orden social masculino está tan profundamente arraigado que no requiere justificación: se impone así mismo como autoevidente y se considera natural por el acuerdo casi perfecto e inmediato que se obtiene de las estructuras sociales y la organización social que disponen. Como sujetos sociales hemos incorporado, bajo la forma de esquemas inconscientes de percepción y apreciación, las estructuras históricas del orden masculino que legitiman la relación de dominación al inscribir como natural lo que en sí mismo es una construcción social “biologizada” (Bourdieu, 1998; Butler, 1990).

Benjamin (1996) entiende el origen de la dominación masculina y la violencia de género como una ruptura de la tensión necesaria entre la autoafirmación y el mutuo reconocimiento, una tensión que permite que el sí mismo y el otro se encuentren como iguales soberanos. Al quebrarse ese equilibrio, la persona que toma la ruta de la dominación a fin de establecer su propio poder, por su necesidad de reconocimiento, se encuentra con una ausencia donde debía estar el otro. Este vacío se llena con un material de la fantasía en donde el otro aparece tan peligroso o tan débil (o ambas) que amenaza al sí mismo y tiene que ser controlado, iniciándose entonces un círculo vicioso en donde cuánto más es subyugado el otro, menos es experimentado como sujeto humano y mayor es la violencia que el sí mismo debe desplegar contra él (Benjamin, 1996).

Al profundizar en la comprensión de la dominación del otro, ésta no adscribe de manera exclusiva su origen a la visión que Freud tenía del conflicto entre instinto y civilización, en donde se reprime el deseo de reconocimiento desde un poder autoritario que lo prohíbe pues lo entiende como naturalmente peligroso y amenazante al orden social (Foucault, 1976; Butler, 1990; Agamben, 1995). El concepto de represión no puede captar

el hecho de que el poder se sostiene o se ejerce, no negando ni reprimiendo nuestro deseo, sino dándole forma, transformándolo en un servidor voluntario, por lo que el intercambio con el otro se convierte en una relación de dominación y sumisión donde habita la violencia y la exclusión se justifica en natural y propia del orden social (Foucault, 1985; Agamben, 1995; Zizek, 2009).

En el caso de investigaciones que han trabajado con mujeres violentadas, los resultados muestran particularidades interesantes respecto a cómo se configura el patrón relacional con los otros significativos y con el terapeuta. Estudios realizados en el marco de una psicoterapia psicoanalítica breve (Tellides et al., 2012; Tellides et al., 2008) encuentran que el patrón relacional del paciente con el terapeuta ofrece contrastes interesantes entre los participantes, en algunos casos la configuración relacional se caracterizaba por una devaluación al terapeuta y en otros el terapeuta aparece como idealizado. Las narrativas sobre la relación con el terapeuta incluyen sensaciones de malestar o sentimientos negativos hacia éste y patrones relacionales en donde predominaba el control o la sumisión en la configuración relacional entre la consultante y el terapeuta.

En otro estudio (Sommerfeld y Shechory, 2016) que abordó la temática interpersonal presente en la percepción de mujeres sobre sus relaciones maritales de abuso y violencia, los temas que caracterizaban el conflicto relacional debido a su mayor presencia implicaban sumisión y dominación. En lo que se refiere a los componentes de la configuración relacional, las mujeres reportaban un deseo de ser más dominantes y menos sumisas en las relaciones con sus parejas, a pesar de que en la realidad eran menos dominantes de lo que deseaban (Sommerfeld y Shechory, 2016). Los estudios con mujeres violentadas en donde se ha explorado la temática que describe la configuración relacional permiten vislumbrar una caracterización particular en la forma cómo se organiza la experiencia relacional, evidenciando significados que no son ajenos al imaginario social que a su vez los afecta.

Según los hallazgos de algunas investigaciones (Cogan y Porcerelli, 2013; Cort, et al., 2014), las intervenciones clínicas de orientación psicoanalítica tienen un impacto favorable en consultantes violentadas o con historias de violencia en sus relaciones, ya sea desde la disminución de síntomas como la ansiedad y agresión, desde una mejoría en su salud o en sus relaciones interpersonales.

Habiendo señalado la importancia del estudio de la transferencia en psicoterapia como agente de cambio, tanto en psicoterapia breve como de largo plazo, así como su incidencia en el trabajo con mujeres violentadas, es posible delimitar el sentido de la presente investigación, cuyo objetivo se centra en caracterizar la transferencia y comprender cómo se va transformando al interior de un proceso de psicoterapia psicoanalítica breve con una mujer violentada. Para este propósito, primero se describe cómo se manifiesta la transferencia en términos de sus características y componentes, articulando en este recorrido dos fuentes de información: las sesiones transcritas y una entrevista al terapeuta. En ese sentido, una de las interrogantes que se pretende abordar es si en la transferencia existe una sola configuración relacional dominante o si, como se ha visto en algunos de los estudios citados previamente, pueden coexistir distintas configuraciones o formas diversas en las que se organice la experiencia relacional entre la consultante y el terapeuta.

Por otro lado, se explora si la transferencia cambia a lo largo del proceso de psicoterapia breve. Este movimiento del vínculo terapéutico en el tiempo se abordará desde el estudio de las narrativas de las sesiones y desde la percepción del terapeuta sobre la relación construida con el paciente a lo largo del proceso. La inclusión de la percepción del terapeuta pretende lograr un acercamiento más coherente a las conceptualizaciones teóricas más actuales sobre la transferencia como fenómeno emergente del campo relacional que se configura desde el intercambio entre ambas subjetividades, encuentro que a su vez está situado o circunscrito en un contexto social específico.

A partir de los resultados encontrados se revisa la noción de transferencia y la forma en la que este fenómeno está influenciado por el imaginario social propio del contexto cultural en el cual está situado en proceso. Finalmente, se discute el potencial impacto y alcance de la investigación en relación a otros estudios o intervenciones clínicas orientadas al trabajo con mujeres violentadas, así como las limitaciones del mismo.



## Método

Partiendo de la pregunta de investigación sobre el lugar de la transferencia en el proceso de psicoterapia breve, y de los objetivos que de esta se desprenden, se consideró adecuado y útil la implementación de una metodología cualitativa desde la cual abordar la caracterización y comprensión de los episodios y narrativas relacionales que se construyen en la interacción entre el terapeuta y la consultante a lo largo del proceso terapéutico. Los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos, por lo que la intersubjetividad es el punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales y poder obtener una comprensión profunda de éstos en una situación social tal y como se presenta (Salgado, 2007; Jiménez-Domínguez, 2000).

Al contemplar el lugar desde el cual el investigador se acerca y analiza las experiencia intersubjetiva entre dos sujetos como fenómeno social, el marco epistemológico al que queda circunscrita la metodología de la presente investigación obedece a un paradigma fenomenológico (Barrera, et. al., 2012).

### Diseño

El diseño metodológico se trata de un estudio de caso único sistemático. A través de este diseño se explora una problemática particular, como lo es la transferencia, en un caso individual durante un periodo de tiempo determinado (proceso breve de psicoterapia psicoanalítica de 12 sesiones) con el objetivo de indagar sus características y evolución a lo largo del proceso (Creswell, et al., 2007). El diseño de caso único permite focalizar la investigación en una temática específica y abordarla a partir de una aproximación que se nutre tanto del marco contextual en el que se lleva el caso como desde múltiples fuentes de información (Creswell, et al., 2007). En ese sentido, la comprensión de la transferencia, como fenómeno de estudio específico, se abordó teniendo presente el contexto de violencia de donde proviene el caso y el contexto del proceso psicoterapéutico como escenario social donde interactúan dos sujetos. Como fuentes principales de información se contempló la inclusión de la transcripción literal de las sesiones y una entrevista semi-estructurada al terapeuta.

En la investigación en psicoterapia, la metodología de estudio de caso provee la ventaja de poder capturar detalles específicos de una situación de la vida real y no artificial, como resulta ser lo que ocurre en una situación terapéutica (Widdowson, 2011).

El diseño, en ese sentido, facilita el desarrollo de una visión y de un conocimiento científico que surgen y dependen de una realidad en contexto, lo que es una aproximación coherente con las disciplinas que estudian el comportamiento humano en un contexto de interacción (Widdowson, 2011).

La validez externa que presentan los estudios de caso hace que los hallazgos obtenidos en estas investigaciones puedan ser extrapolados a la práctica clínica y puestos en diálogo con otros estudios (Widdowson, 2011). Como características propias del diseño, la pregunta de investigación, que busca indagar sobre la caracterización de la transferencia a lo largo de un proceso terapéutico, orientó la selección del caso, la cual se entiende desde su pertinencia y significancia para estudiar la problemática en cuestión.

### **Participantes**

El estudio de la transferencia en un proceso breve de psicoterapia psicoanalítica tuvo como participantes a la consultante y al terapeuta.

#### **Consultante**

La caracterización de la consultante fue realizada por el terapeuta a cargo del proceso. Esta fue cedida al banco de datos del Grupo de Investigación en Psicoanálisis, el cual autorizó la utilización de la misma para la presente investigación, así como en otras publicaciones.

#### ***Descripción del caso***

“Luz es una mujer heterosexual de 37 años originaria de Cajamarca. Tiene dos hijos llamados Fiorella de 8 años y Ricardo de 5 años. Al momento de acudir al centro estatal de atención especializada para mujeres violentadas, se había separado días antes de su pareja, Carlos de 31 años, con quién estuvo conviviendo durante 8 años. Debido a esta separación reciente, la consultante se mudó temporalmente con su hermana. Cuenta con estudios secundarios completos, no trabaja y depende económicamente de Carlos quien se dedica a la reparación de autos. Refiere contar con el apoyo de sus hermanas, ya sea para el cuidado eventual de sus hijos o incluso para ser acogida en sus viviendas.

Por otro lado, la consultante tiene antecedentes familiares de violencia. En relación a su padre, este agredía físicamente a su madre y a sus hermanas de manera regular y a ella de manera menos frecuente cuando era niña. Así mismo, reporta tener dos

antecedentes de violencia sexual por parte de un tío suyo que vivía cerca de su casa, refiriendo haber sufrido una violación sexual a los 8 años y actos contra el pudor a los 15 años al verse obligada a ver a su tío masturbarse. Refiere no haber recibido tratamiento psicológico ni psiquiátrico en el pasado, sin embargo, comenta que, en una ocasión, un médico general le recomendó una interconsulta psiquiátrica ya que presentaba síntomas de depresión, pero ella nunca llegó a asistir.

Respecto al motivo de consulta, Luz llega inicialmente al centro para realizar una denuncia contra su pareja por violencia psicológica. Luego de recibir asesoría legal y ser evaluada psicológicamente, se determinó que el riesgo vinculado a la recurrencia de la situación de violencia era leve y fue derivada a psicoterapia. Así mismo, dicha intervención se condujo en un ambiente privado proporcionado por el centro de atención. En la primera sesión refiere que su pareja es verbalmente violento con ella y es hasta hace poco que recién ha podido reconocer estas conductas como hechos de maltrato. Menciona que su pareja la insulta diciéndole que es "una puta" o "una perra" debido a los celos que él siente al imaginar que ella le es infiel. Para la consultante, estos celos le resultan incomprensibles ya que aparecen en diversas situaciones, como cuando ella quiere bañarse y su pareja lo interpreta como una señal de que le estaría siendo infiel. Esto le genera gran malestar a Luz, sintiendo mucha impotencia al no poder demostrar su inocencia a pesar de sus múltiples intentos de diálogo.

En relación con el Foco Afectivo Interpersonal (FAI) identificado en Luz durante las primeras sesiones de terapia, este se determinó a partir de las características descritas a continuación. En primer lugar, las representaciones que tiene de sí misma son predominantemente de valencia negativa, viéndose como una mujer débil, sumisa, dependiente y susceptible de perder el control. Respecto de las representaciones de los otros, Luz mantiene una tendencia a considerar a las demás personas como agresivas, injustas, peligrosas y dominantes. Estos dos tipos de representaciones vienen acompañadas de un malestar afectivo con emociones de dolor, tristeza, desamparo e impotencia. A partir de este funcionamiento, la consultante incorpora diversas funciones defensivas caracterizadas principalmente por asumir una posición pasiva frente a su propia agresividad y ubicando en el otro las expresiones de hostilidad. De esta manera, establece una dinámica relacional en la que sus deseos son solicitados de manera tímida y dependiente, esperando que el otro sea el que cambie respuestas para que ella logre sentirse bien.” (Grupo de Investigación en Psicoanálisis [GIP], 2018, Caso 001, pp. 1-2).

## **Terapeuta**

El psicoterapeuta que llevó el caso fue un psicólogo licenciado y habilitado por el Colegio de Psicólogos del Perú, quien se encontraba cursando un programa de maestría en intervención clínica psicoanalítica de una Universidad privada de Lima Metropolitana. Antes de iniciarse el proceso terapéutico, el terapeuta fue capacitado en un taller sobre violencia basada en género.

Las sesiones de terapia se llevaron a cabo en el marco institucional de un Centro de atención especializado público, en el que se brinda consejería psicológica gratuita a víctimas de violencia familiar y/o sexual. El proceso de terapia consistió de 12 sesiones de 50 minutos aproximadamente, el cual respondía a los lineamientos de la psicoterapia psicoanalítica breve que contempla el TDI de Fonagy, Lemma y Target (2010). La estructura que plantea el DIT supone la segmentación del proceso en tres fases compuestas de cuatro sesiones cada una. En la fase inicial el objetivo es establecer un vínculo con el paciente e identificar el FAI. En la segunda se trabaja en el FAI o patrón interpersonal problemático identificado previamente con el paciente. En la etapa final se revisa el progreso de la terapia y se trabaja con el paciente en la separación y en el cierre del proceso (Fonagy, Lemma y Target, 2010). Las sesiones se llevaron a cabo con una frecuencia semanal y fueron supervisadas por un psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, docente de la maestría.

## **Material de análisis**

La presente investigación cuenta con dos tipos de material de análisis para estudiar la transferencia. Un primer material de análisis son los episodios relacionales extraídos de la transcripción literal de las sesiones de un proceso breve de psicoterapia psicoanalítica, mientras que un segundo material de análisis está determinado por la transcripción de una entrevista semi-estructurada realizada al terapeuta.

Para abordar el estudio de la transferencia se partió, por un lado, del sistema de categorización CCRT-LU-S de Espinosa y Valdés (2012), el cual es un sistema clínico que permite identificar y extraer el repertorio de situaciones relacionales de un paciente a partir de las experiencias interpersonales significativas que se repiten en su discurso. En este sistema las unidades de análisis son los episodios relacionales, definidos como aquellos momentos de la sesión en los que se encuentra una narración explícita acerca de una interacción con los demás o con uno mismo (Espinosa y Valdés, 2012).

Con el objetivo de estudiar la transferencia, los episodios relacionales a considerar como material de análisis son aquellos donde hay una interacción con el terapeuta, ya sea donde el paciente realiza una narración de interacciones presentes o pasadas con el terapeuta (episodio relacional con el terapeuta en la narración) o aquellos en los que el paciente vive a nivel conductual una interacción con el terapeuta (episodio relacional con el terapeuta en acción) (Espinosa y Valdés, 2012).

Sobre la delimitación de los episodios relacionales, éstos inician con una interacción entre paciente y terapeuta y finalizan donde se evidencia un cambio de tema en el discurso o en la conducta (Espinosa y Valdés, 2012). Para cada episodio relacional es necesario identificar los tres componentes relacionales: el deseo, la respuesta del objeto y la respuesta del sujeto; y para cada uno de los componentes se debe identificar la direccionalidad y temporalidad que lo caracteriza (Espinosa y Valdés, 2012). Si bien el sistema CCRT-LU-S estipula necesario identificar los componentes del episodio relacional, para propósitos del estudio se consideró pertinente un acercamiento más flexible y abierto a las narrativas relacionales suscitadas a partir de la interacción entre la consultante y el terapeuta, lo que finalmente permitió seleccionar los episodios relacionales relevantes para la problemática que se busca estudiar, aunque estos no siempre posean los tres componentes mencionados previamente.

Un segundo material de análisis está dado por la transcripción de la entrevista semi-estructurada realizada al terapeuta, la cual apuntaba a recoger información sobre la dinámica transferencial desarrollada con la consultante a lo largo del proceso. Las preguntas de la entrevista fueron organizadas en tres ejes: 1. Aspectos inconscientes de la consultante transferidos a la relación terapéutica. 2. La participación de su propia subjetividad en la organización de la experiencia relacional con la consultante. 3. Cambios en la dinámica relacional con la consultante a lo largo del proceso terapéutico.

Teniendo en cuenta la estructura de la entrevista, se le solicitó al terapeuta entrevistado que intente reconstruir y caracterizar las situaciones o episodios relacionales entre él y la consultante, procurando facilitar el recojo de aquellos momentos de interacción significativos o puntos de quiebre que el terapeuta considera como importantes en la escenificación del vínculo con la consultante.

Como técnica de recolección de información, investigaciones que han estudiado la transferencia en procesos de psicoterapia breve como de largo plazo (Tellides et al.,

2012; Wiseman, 2017; Hamilton y Kiulighan, 2009) consideran que la inclusión de entrevistas, al terapeuta o al paciente, permiten aumentar considerablemente tanto la cantidad como la cualidad de narrativas producidas alrededor de la relación entre terapeuta y consultante. Esta variante ofrece al investigador un nuevo material de análisis de donde puede explorar el desarrollo de la relación terapéutica e identificar los eventos significativos de la misma sin necesidad de limitarse a los episodios relacionales propios de las sesiones, lo cuales muchas veces son escasos (Tellides et al., 2012; Wiseman, 2017; Hamilton y Kiulighan, 2009).

### **Método de análisis**

Para el análisis del material se utilizó el análisis temático, el cual es considerado una herramienta de investigación útil y flexible que puede potencialmente proveer una data detallada y compleja (Braun y Clarke, 2006). Para los objetivos del estudio, el conjunto de datos con el que se trabajó fue identificado por un interés analítico particular que supone el estudio de la transferencia como tema central, y la forma cómo se presenta a lo largo del proceso terapéutico, tanto desde los episodios relacionales, como desde la información que provee la entrevista semi-estructurada al terapeuta.

El análisis temático es un método que permite identificar, analizar y reportar patrones o temas recurrentes en el material de análisis, lo cual implica una organización y descripción rica y específica de la data (Braun y Clarke, 2006). Se estimó pertinente esta metodología para el estudio de la transferencia ya que lo que se busca es caracterizar las formas en las que se organiza la experiencia relacional entre paciente y terapeuta a partir de la identificación de aquellos temas que emergen en los episodios relacionales entre ambos, sin la necesidad de adherirse a una teórica implícita que determine o tipifique de antemano los temas a identificar. En ese sentido, se buscó que las temáticas puedan capturar aspectos importantes de la data en relación a la pregunta de investigación y que éstos finalmente representen un patrón con significado dentro del conjunto de datos que fue revisado (Braun y Clarke, 2006).

Los temas o patrones presentes en la data fueron reconocidos desde un análisis inductivo, lo que implica que estuvieron fuertemente vinculados y que surgieron del mismo material, y, además, que la caracterización que se realizó de éstos no dependa o procure encajar en un marco de codificación pre-existente (Braun y Clarke, 2006). Por otra parte, el análisis temático que se realizó a partir de ambos materiales involucraba

examinar las ideas y suposiciones que circulan por debajo del contenido manifiesto del discurso, lo cual implica una tarea interpretativa en el registro de los temas y, a su vez, un mayor acercamiento a los modos de interpretación psicoanalíticos (Braun y Clarke, 2006).

### **Criterios de calidad**

Como parte del rigor metodológico del presente estudio y partiendo de los parámetros que sugieren Castillo y Vásquez (2003), el criterio de credibilidad garantiza que el investigador ha sido totalmente ajeno al contexto del proceso terapéutico, por lo que no ha tenido contacto alguno ni información previa del caso sino hasta que inició su estudio. Tomando en cuenta que las sesiones y la entrevista al terapeuta fueron grabadas en audio y transcritas de manera literal, la perspectiva del investigador no ha afectado la naturaleza de los datos al no existir interpretación alguna que medie entre las narrativas y la transcripción textual de las mismas. Además, el material transcrito fue revisado y procesado por un grupo de investigadores con el fin de lograr un consenso sobre la naturaleza del material.

En lo que se refiere a la auditabilidad o confirmabilidad del estudio, el proceso de análisis del material, lo cual abarca todas las ideas y decisiones que el investigador tuvo con relación al estudio, fue supervisado y monitoreado por un equipo de investigación especializado tanto en la temática que se trabaja en el estudio como en el análisis metodológico que se realiza. En ese sentido, el trabajo del investigador siempre fue asesorado y complementado por un agente externo a la investigación.

Por último, para lograr el criterio de transferibilidad o posibilidad de generalizar los resultados a otros contextos (teniendo en cuenta las limitaciones propias de la metodología que se ha utilizado), se realiza una caracterización rigurosa de los participantes involucrados en el estudio, se describe con precisión el proceso terapéutico que se estudia y el contexto personal y social de la consultante. A su vez, se describe detalladamente los resultados derivados del proceso de análisis.

### **Tratamiento ético**

Las consideraciones éticas que se han contemplado como parte del trabajo de investigación realizado abarcan distintos vértices. El proceso breve de psicoterapia psicoanalítica, que es utilizado como fuente principal, se llevó a cabo en el marco de la

formación de psicólogos licenciados y colegiados en un programa de posgrado en Intervención clínica psicoanalítica. En ese sentido, se garantiza la competencia profesional del terapeuta a cargo del proceso. El caso fue recibido a partir del convenio entre la universidad donde se realiza el posgrado y un centro de atención especializado en casos de mujeres violentadas.

Antes de iniciar el proceso, tanto la consultante como el terapeuta recibieron un consentimiento informado donde acceden voluntariamente a participar del proceso de psicoterapia breve, autorizando la grabación en audio de todas las sesiones, su posterior transcripción literal y donación al grupo de investigación del posgrado en psicoanálisis. La transcripción de las sesiones se hizo utilizando seudónimos. Como parte del consentimiento, se estipuló que la consultante pudiese solicitar que no haya grabaciones o retirarse del proceso cuando lo considere y sin perjuicio alguno. Estas consideraciones éticas buscan asegurar la confidencialidad y el cuidado de la identidad de la consultante y del terapeuta.

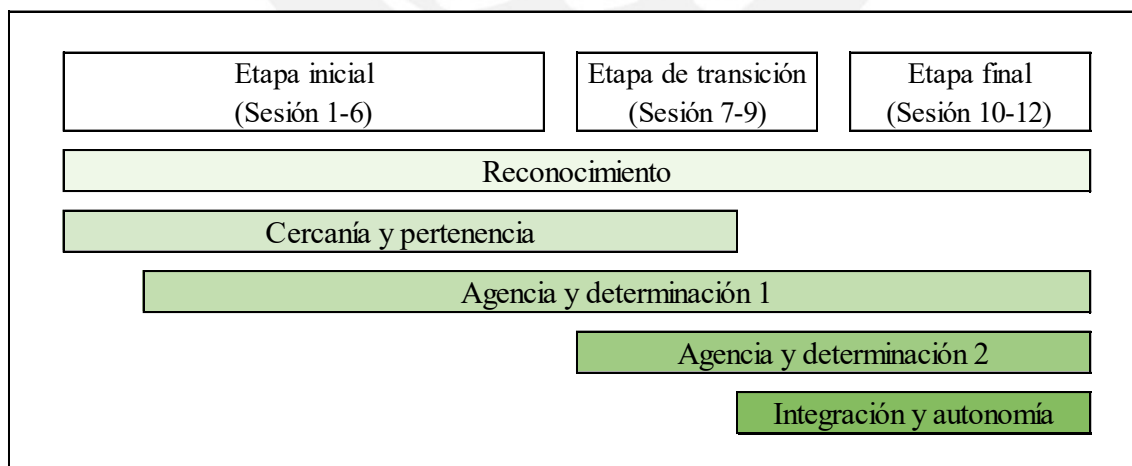
Finalmente, al terapeuta entrevistado se le solicitó, a través de un consentimiento informado, su participación voluntaria en la entrevista, asegurando nuevamente el cuidado de su identidad, la autorización para la grabación de la entrevista y su posterior transcripción literal utilizando seudónimos. Este acuerdo estipula el uso exclusivo del material para fines de investigación.



## Resultados

A partir del análisis del material transcrito de todas las sesiones que abarcó el proceso de psicoterapia psicoanalítica breve y la entrevista realizada al terapeuta, se presentarán a continuación las diferentes configuraciones relacionales que se encontraron en las interacciones entre la consultante y el terapeuta. En ellas se podrá identificar el contenido transferencial, en términos de la dinámica relacional, y las representaciones del self y del otro que resultan visibles a la base de estas configuraciones.

Debido al interés de la presente investigación en poder dar cuenta de las distintas formas que adquiere la transferencia y los cambios que se producen en la misma a lo largo del proceso, la presentación de los resultados seguirá un orden temporal. Teniendo en cuenta la cualidad de las configuraciones y los momentos del proceso en los que aparecen o dejan de manifestarse, se ha optado por dividir el proceso terapéutico en tres etapas. La primera parte del proceso, o etapa inicial, abarca desde la primera sesión hasta la sesión número seis. Un segundo momento del proceso, que ha sido formulado como una etapa de transición, contempla desde la sesión siete hasta la sesión nueve. Finalmente, la etapa final del proceso abarca desde la sesión diez hasta la última sesión. A continuación se exhibe un gráfico que ilustra la aparición de las configuraciones relacionales que tienen lugar en la relación entre la consultante y el terapeuta a lo largo del proceso terapéutico, donde se puede observar con claridad el momento del proceso en el que emergen y el tiempo durante el cual se presentan.



*Figura 1.* Configuraciones relacionales de la relación entre la consultante y el terapeuta a lo largo del proceso de psicoterapia psicoanalítica breve.

En la primera etapa del proceso ha sido posible identificar una configuración relacional central de la cual se desprenden las otras configuraciones que han sido halladas en los episodios relacionales donde tiene lugar la interacción entre la consultante y el terapeuta. Esta configuración central sería la base desde la cual se despliegan las distintas variantes o formas que adquiere la organización del campo relacional entre la consultante y el terapeuta, y que, a su vez, dan cuenta de la dinámica transferencial que emerge entre ambos. Esta primera configuración, que ha recibido el nombre de “Reconocimiento”, alude al deseo de la consultante de ser reconocida por el terapeuta desde su existencia como sujeto que tiene un valor, desde su ser.

“C: [...] explicaciones porque me bañé porque me peiné. Lo que yo quiero es que me ayuden a encontrarme, a saber que yo existo. Que yo tengo un valor” (Sesión 1, 0402-0404)

“C: [...] vamos a ver qué pasa doctor, como antes le dije, necesito que me ayude a encontrar- a encontrarme a mí misma. No sé. Algo.” (Sesión 3, 0577-0579)

Esta demanda, que se podría caracterizar como nuclear o primaria, pone al descubierto una representación del self sin existencia, devaluado y dependiente de un otro, en este caso el terapeuta, que es representado y ubicado como alguien poderoso que posee la facultad para validar su existencia y determinarla como sujeto. El self queda en un estado de carencia y vulnerabilidad frente a un otro idealizado y poderoso, a quien necesita para poder reconocer y legitimar su propia existencia.

Una de las configuraciones que se desprende de la configuración central recién descrita ha sido categorizada como “Cercanía y pertenencia”. Esta configuración relacional se define por un deseo de cercanía y proximidad que le pueda asegurar a la consultante la posibilidad de ser entendida y reconocida por el terapeuta. Existe, en este deseo de proximidad, la intención de buscar habitar un espacio en común, que en la narrativa se expresa en términos de contexto sociocultural, que opere como elemento de identificación y disminuya la brecha que marcan sus propias diferencias. En la forma en la que se despliega esta configuración a lo largo del proceso se puede apreciar que la consultante busca explorar constantemente si el terapeuta conoce la realidad que ella vive

y si la diferencia con respecto al lugar que ocupan, tanto a nivel de variables culturales como en la asimetría propia de la relación de poder que constituyen, puede ser tan grande que torne imposible el ser comprendida por el terapeuta.

“C: [...] en mi cumpleaños mi hermana me invitó a salir, no sé si conoce “Los vientos del sur” o ha escuchado de repente, eh acá en el centro” (Sesión 1, 0227-0229)

“T: mmm. Bueno, seguiremos conversando Luz, de esto ya nos vamos como generando un marco para entender un poco este

C: logrará entender (risas)

T: esta situación ¿no? porque creo que lo que está sucediendo ahora también todo lo que le ha sucedido antes nos ayuda a pensar un poco y ver para adelante después

C: siendo como soy, ¿logrará entenderme algún día doctor?, a veces ni yo misma me entiendo” (Sesión 2, 0826-0836)

“T: usted me comenta que le comenzó a suceder esto a partir de un accidente de tránsito.

P: sí yo trabajaba en Wilson

T: mmm

P: la galería Compuplaza no sé si ha escuchado” (Sesión 4, 0364-0368)

A partir de esta dinámica relacional se logra identificar una representación del otro, en este caso el terapeuta, como potencialmente distante y ajeno, que ocupa un lugar de poder encarnado en la figura de “el doctor”, por quien la consultante es llamada desde el pronombre “usted”. Ello dibuja un escenario relacional en el que ambos sujetos establecen una modalidad formal de interacción propia de un modelo médico e institucional que delimita con claridad los lugares que se ocupan y la distancia que se demarca entre ambos. Se deriva de esta configuración la representación de un self que experimenta su diferencia con respecto al otro como una amenaza a la posibilidad de ser comprendida y reconocida por este. La distancia que marca la diferencia entre ambos no sólo resulta de la verticalidad de la relación (“doctor-usted”) sino también de aquellas características que atraviesan la construcción subjetiva de cada una de las partes de la

diada, donde las variables culturales de clase social, género y raza intervienen en la constitución de la configuración relacional. El impacto de las diferencias produce, a nivel de representación, la imagen de un self inferior frente a un otro dominante.

Dentro del proceso, la configuración “Cercanía y pertenencia” surge y se manifiesta a lo largo de toda la etapa inicial, y es en la etapa de transición en la que deja de aparecer como parte de la dinámica relacional entre la consultante y el terapeuta.

La configuración que emerge con mayor recurrencia a lo largo del proceso, y que ha sido categorizada con el nombre “Agencia y determinación”, se caracteriza por el deseo de la consultante de que el terapeuta le diga qué hacer o qué decir al respecto de las distintas problemáticas que trae a la sesión. Frente a este deseo la respuesta del terapeuta adquiere dos formas. En una de estas, el terapeuta responde señalándole que la respuesta está en ella, poniendo el foco en aquellos aspectos relacionados a la experiencia de la consultante. Es decir, no satisface directamente el deseo de la consultante sino que le devuelve una forma de mirar el problema desde el lugar en el que ella se encuentra, ya sea a través de una pregunta o de un señalamiento. El hecho de que el terapeuta dirija el foco de trabajo a lo que desde la consultante se puede pensar desencadena una respuesta en la que ella se culpa, se juzga y se coloca como la causa del problema, lo cual viene acompañado de un pedido de credibilidad, donde la consultante busca ser concebida como un sujeto desprovisto y desvalido.

A continuación se presentarán algunas viñetas de las sesiones donde la interacción entre la consultante y el terapeuta ilustran la dinámica relacional recién descrita, la cual surge desde la etapa inicial y se mantiene a lo largo de las tres etapas, aunque la frecuencia con la que se manifiesta disminuye con el transcurrir del proceso.

“T: ya sea inicialmente en la casa con tu papá o luego en la casa con tu tío o en la casa en Z, o con Carlos, o ahora con tu hermana, me pregunto si tal vez más allá de los lugares podemos pensar también en algo vinculado a ti, en cómo te relaciones con cada uno de estos espacios y personas

P: y déjeme decirle que si lo he pensado ah de repente el problema no son ellos sino tal vez soy yo (risas)

T: [...] pero sobre lo que tú, eh, tu cuota en todo caso ahí es donde yo creo que tenemos muchas más posibilidades de pensar y generar algunos cambios

P: ¿cómo qué? por ejemplo

T: o sea, pensar en si es que este lugar en el cual te sientes sin salida, en el cual tú te sientes más débil, más frágil, impotente y tienes que dar esta actitud o apariencia de tranquila, dócil incluso. ¿Cómo así será, digamos, este lado tuyo tendrá que ver en lo que sucede?

P: (suspira) muchas veces no sé ni qué hacer doctor, no sé, como le dije ¿no? tal vez el problema soy yo

T: y qué sería o qué significaría que el problema seas tú, esa es la segunda vez que me lo dice

P: (espira), (aspira) porque bueno, cómo le explico, porque de repente sin querer como le estoy comentando relaciono una cosa con la otra y no salgo del círculo y por eso es que yo necesito que me ayuden a salir de todo eso

T: fíjese, [...] yo lo pensaría en términos de [que] en usted podemos encontrar la solución

P: ¿cómo? ¿Qué hago?" (Sesión 2, 0672-0727)

“T: Entiendo. Fíjese, [...] creo que las dificultades en su relación con Carlos están muy unidas a estos miedos ¿no?

P: tal vez sea eso doctor, por eso es que yo le decía, antes yo solo atinaba a decir no lo sé, pero como también le dije tal vez el problema soy yo, porque no sé cómo enfrentarme a todo esto, o no puedo superarlo, más que todo eso.” (Sesión 4, 0476-0501)

En seguida se presentarán dos fragmentos de la entrevista al terapeuta donde resulta posible visualizar, desde la percepción de éste, aquellos componentes de la dinámica relacional recién descritos que organizan el intercambio entre ambos. En esta interacción se evidencia como el terapeuta se siente exigido ante la demanda de la consultante, lo cual implica habitar el campo relacional desde la tensión que se genera entre el no responder a la necesidad de la consultante por completo y el responder ante ésta ofreciéndole una potencial alternativa. Se produce entonces un escenario sin salida donde el terapeuta percibe que al no darle a la consultante todo lo que pide podría estar no reconociendo su pedido o incluso violentándola, lo cual le despierta cierto nivel de culpa. Pero, por otro lado, el responder a su demanda diciéndole qué hacer implicaría también no reconocer a la consultante como sujeto autónomo. En este interjuego entre ambos el terapeuta no quiere ser ubicado como el objeto violento que juzga y no reconoce

a la consultante, pero a su vez reconoce que al satisfacer la demanda termina ejerciendo cierta violencia hacia ella.

“T: [...] fue una paciente que valore mucho, a la cual me gustaba ver, o sea, esperaba las sesiones con ella, si bien la sentía bastante demandante

E: La sentías demandante ¿en qué sentido?

T: [...] y esperaba de mi más de lo que yo creo que probablemente podía darle en ese tiempo, en las doce sesiones, eso por un lado, y por otro lado, digamos, era una paciente que su tristeza y su dolor los manifestaba ¿no?, los ponía en sesión con una intensidad que me tocaba a mi como recoger y saber tratar con respeto y al mismo tiempo ayudarla a ver qué cosas si puedo ayudarla y qué cosas no ¿no?, entonces era un reto coger toda esa demanda emocional que ella tenía

E: Esa demanda emocional de la que hablas ¿cómo crees que se presentaba?

T: En llantos y en decirme “qué hago, qué hago”, con intensidad, con frecuencia (Entrevista al terapeuta)

“T: [...] mi intención era que pueda entender algo de lo que estaba sucediendo, y era como hacer una suerte de malabarismo, entre tratar de responder a su demanda no, un poquito como ella quería pero también ofrecer algo distinto que le permita como pensar desde otro lado no, lo que estaba diciendo

E: Se abrían ahí como dos caminos entiendo ¿no?

T: Si

E: ¿Cómo crees que ella reaccionaba o tomaba estas respuestas tuyas de, ya sea respondiéndole un poquito como lo que ella quería que tu atiendas y por otro lado abriéndolo otra forma de pensar lo que ella también te estaba trayendo?

T: [...] Entonces creo que incluso con las respuesta que le daba, ella luego me decía pero no puedo hacer eso, ¡¿Por qué?!” (Entrevista al terapeuta)

Al inicio de la etapa de transición la configuración “Agencia y determinación” adquiere una particularidad diferencial, siendo el punto de origen una sesión en la que la

consultante llega cuando el tiempo de la misma ya había culminado y, pese a ello, el terapeuta le ofrece la posibilidad de tener la sesión. Este evento constituye el precedente desde el cual la configuración relacional alcanza una nueva forma de expresarse tanto a nivel de dinámica relacional, lo cual se evidencia en el cambio que se produce en la respuesta del terapeuta y en la respuesta de la consultante, como a nivel de representación del self y del otro. Para facilitar la distinción entre las dos formas en las que se manifiesta la configuración “Agencia y determinación” se optó por categorizarlas como “Agencia y determinación 1”, la cual hace referencia a la organización relacional descrita recientemente, y “Agencia y determinación 2”, cuya caracterización se detallará a continuación.

Se observa en el material que la variación en la respuesta del terapeuta, frente a la necesidad de la consultante de que le diga qué hacer, consiste en sugerirle o plantearle algún escenario posible que implique cierta direccionalidad o expectativa, lo que es vivido por la consultante como una gran exigencia a la que no podrá responder en tanto lo que se espera de ella le resulta excesivo. Por un lado, y como ya se mencionó anteriormente, la consultante responde desde la culpa y el desvalimiento de su propia imagen. Sin embargo, y como una respuesta nueva que emerge como parte de esta configuración, la consultante reacciona presentándose como alguien capaz de causar daño al otro en tanto puede tornarse violenta y descontrolada si es que hace uso de su fuerza o su potencia.

La equivalencia entre el ser fuerte y el ser violenta deja a la consultante, en el plano de la interacción con el otro, en un estado de pasividad donde necesita pedirle al otro que le diga qué hacer puesto que si ella hace uso de su potencia para lograr algo por sí misma podría ser vivido como destructivo. Si bien se observa una fuerte necesidad de reconocimiento por parte de la consultante, el temor a su propia agresión configura un escenario relacional en donde queda sometida a la voluntad del otro y, en ese sentido, se desvanece la posibilidad de ser reconocida desde sus propias diferencias y singularidades como sujeto.

A continuación se presentarán algunas viñetas de las sesiones donde la dinámica relacional entre la consultante y el terapeuta permite vislumbrar las particularidades de la configuración “Agencia y cumplimiento 2”, la cual emerge en la etapa de transición y continúa apareciendo en la etapa final del proceso, aunque con el transcurrir de las sesiones la recurrencia con la que se presenta va decayendo.

“T: pensaba si la preocupación que usted tuvo para venir acá hoy día y llegar y sentirse mal por eso tal vez también evidencia que se esfuerza mucho quiere cumplir bien conmigo acá ser una paciente puntual que viene a todas su citas, ser la paciente del mes.

P: (risa) eso quisiera pero espero ver mi nombre (risa) [...]

T: [...] ¿qué se imaginó que iba a pasar acá si llegaba tarde?

P: que iba a decir bueno tu horario ya se cumplió así que hasta la próxima o algo así por eso cuando entré digo aunque sea un par de minutitos no? porque para mí horario es horario.

T: [...] una oportunidad para pensar cómo es que usted se relaciona con esto de los horarios y que pasa si falla y parece que es algo que la molesta mucho hay como un esfuerzo muy grande en usted por cumplir cada este pauta que se le indica y cualquier cosa que se aleje de eso es muy desagradable para usted.

P: [...] a veces como que no me puedo controlar, reaccione cuando no debí, casi hago llorar a mis hijos por el simple hecho que yo quería llegar a tiempo pero también sabía que ya estaba sobre la hora y el enojo me ganó.

T: hablemos de ese enojo entonces, parece que gana de vez en cuando, ¿cómo es ese enojo?, si le damos voz y palabra ¿qué nos diría ese enojo?

P: no pida eso porque voy a terminar tirando todo (risa) no de verdad ahora me moleste mucho pero como soy consciente de que me desquite con las personas menos indicadas”  
(Sesión 7, 0171-0233)

“T: ¿será que por eso, también, le da miedo, asumir una labor más firme, frente a Carlos incluso?

P: tal vez sea eso, porque vuelvo a revivir lo que me dijo la mis Rebeca, aquel entonces. Por eso es que a veces yo pienso que realmente yo necesito calmantes, como le dije el otro día, porque me descontrolo, entro en crisis nerviosa, hasta yo misma me desconozco, se lo juro, [...] Por eso le digo, hasta yo misma me desconozco. Yo llegué acá, porque, yo necesito que me ayuden a controlarme. Gracias a dios, no sé, salí elegida, no sé, para tomar la terapia de domingos. Como le vuelvo a repetir, yo necesito que me ayuden de repente, para... parte de razón tiene Carlos de decirme tú deberías estar en Larco Herrera (llanto), pero yo no era así. Todo eso me pasa a raíz del accidente. Yo no era así (llanto)

T: /mm/



P: muchas veces estoy sola pensando y digo ¿no? mejor hubiera sido que esa noche del accidente, yo hubiera muerto (llanto), porque este cambio yo no quiero (llanto). Hasta yo misma me puedo hacer daño.” (Sesión 9, 0336-0372)

A modo de complemento, se presentará una viñeta de la entrevista con el terapeuta donde tiene lugar la escenificación de la dinámica relacional previamente caracterizada y es posible distinguir los elementos que la componen y las representaciones del self y del otro que subyacen a la configuración “Agencia y cumplimiento 2”

“T: [...] había otra cosa que también sucedía en las sesiones era que ella temía descontrolarse y sentía mucha culpa por eso, entonces cualquier posibilidad de asumir un rol más activo en sus vínculos. Había hecho una equivalencia entre eso y ser una descontrolada loca ¿no?, impulsiva o incluso agresiva, entonces se quedaba, frente al terror de eso, en una posición muy pasiva” (Entrevista al terapeuta)

Tanto en los episodios relacionales de las sesiones como en los fragmentos extraídos de la entrevista al terapeuta, los cuales remiten a ambas variantes de la configuración “Agencia y cumplimiento”, es posible entrever representaciones del self antagónicas y polarizadas. En uno de los polos o extremos, se evidencia una representación del self totalmente desprovisto de recursos, carente y desposeído de poder frente a las dificultades que se le presentan. Se trata de un self pasivo y sin agencia, que necesita ser determinado por el terapeuta.

A su vez, el self también es representado como poseedor de aspectos negativos que lo ubican como la causa del problema, aspectos de los cuales tendría que deshacerse o desprenderse, pero, al percibirse a sí misma como desprovista de recursos, necesitaría de un otro que lo determine. En este caso, el terapeuta es representado como un otro poseedor de un saber/poder con el que podría salvar o restaurar a la consultante en tanto satisface su deseo, o, de no satisfacerlo, puede convertirse en un otro que no le cree y que la culpa. En ese sentido, existe un self devaluado que se ubica en una posición de dependencia respecto a un otro idealizado, el terapeuta, que podría proveerla de aquello

que necesita para salir del estado de denigración en el que se encuentra, lo cual constituiría para la consultante el camino hacia la cura.

En el otro extremo, se hace notoria una representación del self violento y descontrolado que puede dañar o destruir al otro o a sí mismo. Se trata de un self potencialmente enfermo y “loco” que habría que encerrar o que incluso fantasea con dejar de existir. Ambas opciones implican formas de subyugar este aspecto del self y, además, dejan al descubierto el temor que siente la consultante sobre su propia agresión, la cual es vivida como destructiva. A su vez, es posible identificar un self a la búsqueda de aprobación, que pretende cumplir y ser complaciente con el otro, y que procura cubrir los aspectos de sí mismo que interpreta como nocivos por el temor a ser denigrado y no reconocido por éste. La representación del otro, en este caso del terapeuta, presenta a una figura que le exige adecuarse a sus demandas y expectativas y que, desde ese lugar de saber/poder, puede descalificarla o anularla en tanto satisface o no las mismas.

A continuación se presentará un fragmento de la entrevista con el terapeuta que ilustra con mayor nitidez y precisión las representaciones del self y del otro desde las cualidades antagónicas recién descritas

“E: ¿cómo crees que se manifestó la transferencia con la consultante?”

T: [...] la mayor parte del tiempo fue sobre todo una lógica de, creo que yo ser como el doctor bueno ¿no?, que la va a ayudar ¿no?, y que tiene todas las respuestas, una cuota de idealización también, Pero hubo un momento, un momento un poco complicado pero también importante, que , en el cual, no me acuerdo exactamente el contenido pero yo le digo algo y ella entiende como lo contrario de lo que le estoy diciendo, entonces en ese momento yo sentí que me vio de pronto como el malo ¿no?, casi como si yo avalara el discurso de su esposo al decir que ella se va con otros patas, pero ella me respondía “pero yo no voy donde otros patas, yo soy fiel”, o sea, como si yo le hubiese dicho que no lo era ¿no? Entonces por un momento me volví esa persona que la estuviera acusando”  
(Entrevista al terapeuta)

En la etapa de transición, aquella instancia del proceso en la que aflora por última vez la configuración “Cercanía y pertenencia” y empieza a surgir la configuración “Agencia y cumplimento 2”, emerge también una nueva configuración relacional que denota un cambio tanto en la dinámica relacional como en las representaciones del self y

del otro subyacentes. Esta nueva forma en la que se organiza la relación ha sido categorizada como “Integración y autonomía”, y se instaura desde el deseo de la consultante de que el terapeuta la ayude y le diga qué hacer, frente a lo cual éste reacciona desde las mismas variantes que adquiriría su respuesta en la configuración “Agencia y cumplimiento”, es decir, devolviendo el foco de trabajo a aquello sobre lo que desde la consultante se podría pensar o presentando un escenario que denotara cierta direccionalidad.

El cambio más notorio recae en que la respuesta de la consultante frente a la intervención del terapeuta no provoca que se culpe ni que busque ser percibida desde su desvalimiento o su violencia. Por el contrario, el cambio en la respuesta alude a una mayor disposición para poder recibir lo que el terapeuta le responde sin sentirlo como una amenaza frente a la cual deba defenderse. En tanto la consultante puede empezar a sentirse más reconocida y comprendida por el terapeuta, la interacción se abre hacia un territorio menos vertical en el cual puede, al interior del vínculo, reconocerse a sí misma con mayor potencia y autonomía sin que esto necesariamente implique descontrol. A continuación se presentan algunas viñetas que ilustran esta nueva dinámica relacional entre la consultante y el terapeuta, la cual, si bien empieza a emerger en la fase de transición, en el devenir de la etapa final va apareciendo con mayor frecuencia.

“T: parece que algo le generó cierta molestia,

P: el hecho de que no siempre tenga esa fuerza para decir aquí estoy yo existo, yo siento, no siempre.

T: hubo un momento en las sesiones en las cuales, al inicio, usted simplemente me dijo que no tenía esas fuerzas y ahora me dice que no siempre las tiene,

P: porque, es más que cierto, porque con todos los temas que hemos venido conversando ¿no? Usted a veces me dice que tengo la voz firme ¿no? y como también a veces me dice ¿por qué en ese momento no salió la voz firme, que normal, que en algunos casos tienes?

T: como con la profesora, y el chispas, y ahora me va escuchar que me dijo la sesión pasada y que hoy día me cuenta fue efectivo,

P: de verdad que sí.” (Sesión 11, 0189-0225)

“T: [...] decir y por qué no me compro un vestido bonito, o por qué no me compro un celular, o un reloj, ¿no?

P: prefiero vestido porque reloj no uso (risas)

T: ya, entonces hay cosas, por supuesto hay cosas que creo que usted podría, dependiendo de dónde usted se conecte, desde qué lado hable, decir “oye yo quiero verme bonita”, “quiero tener un vestido que me siente bien”, pero eso tiene que ver con la voz de la firmeza, del reclamo [...]

P: lo voy a lograr. Sí, porque no solamente se trata de mí sino mis dos pequeños.

T: y como alguna vez conversamos, la mejor forma de cuidarlos también es que usted misma esté bien, entonces mientras usted se cuide también

P: claro

T: [...] no que estén viendo qué es lo que pasa con mamá y papá, y para que ellos dejen de verlo ustedes tienen que comenzar a verlo, por lo menos tú.

P: eso sí, eso sí, ¿qué cosas no? qué cosas. Al menos he terminado, he logrado terminar una terapia, porque como ya le comenté antes, empecé una no la terminé, no llegué ni a la mitad. Y sí, yo voy a poner de mi parte para que las cosas sean diferentes.” (Sesión 12, 0543-0591)

Para nutrir, desde otra fuente, la descripción sobre la forma en la que se ha ido estructurando la configuración “Integración y autonomía” se presentará a continuación un fragmento de la entrevista con el terapeuta.

“T: sí, creo que al inicio ella seguramente me veía a mí como el doctor ¿no? Idealizado un poco en esa onda y yo sentí que hacia el final hubo un poco más de simetría en el trato, que tenía que ver con cómo podíamos bromear a cerca de algunas cosas, o ella se reía más, traía más cosas, en fin. O sea, sentí que al comienzo estaba como en una posición más infantil tal vez, mas pasiva, más dependiente, y si bien no es que haya desaparecido, pero comenzó a aparecer otras formas más, más entre adultos tal vez ¿no? De hablar.” (Entrevista al terapeuta)

Tanto en las respuestas que van surgiendo como parte de la interacción entre ambos en las sesiones como en la percepción del terapeuta sobre la imagen que posee la consultante sobre sí misma, se hace notorio un cambio progresivo en la representación del self y del otro. La representación del self va alcanzando una mayor nivel de agencia en tanto la consultante se percibe a sí misma como capaz de poder hacerse cargo de las problemáticas interpersonales por las que se ve afectada, se visualiza con los recursos y la fuerza necesaria para poder asumirse desde un rol más activo donde puede depender más de sí misma y no quedar sometida a la necesidad de que sea el otro quien la determine. Este mayor nivel de agencia implica, en paralelo, un cambio en torno a un self que puede legitimar su existencia sin tener que recurrir a un otro idealizado. A su vez, se torna menos visible una representación del self escindida desde el desvalimiento y la destructividad, y va obteniendo mayor cabida una percepción más integrada de sí misma, donde la agresión estaría más asociada a la fuerza que necesita para, efectivamente, promover cambios al interior de sus vínculos.

La representación del otro pierde esa cualidad amenazante, donde si bien el terapeuta era percibido como alguien que la podía salvar desde el lugar de poder e idealización en el que se encontraba, también desde ese lugar podía juzgarla o exigirle en exceso. La representación del otro empieza a ser habitada por el reconocimiento, la comprensión y la intención de ayudarla. El terapeuta ya no es representado como aquella figura amenazante que la va a culpar sino que es alguien que puede percibir en su agresión, no un aspecto violento y enfermo, sino la fuerza que necesita la consultante para poder generar un cambio que le permita cuidarse y protegerse. Esta modificación tanto en la representación del self como del otro facilita que la consultante pueda incorporar los señalamientos del terapeuta, relacionarlo con sus propias experiencias y que, finalmente, la interacción entre ambos se torne más lúdica y emerja el sentido del humor.

## Discusión

Partiendo de la noción de transferencia como una propiedad emergente del campo relacional e intersubjetivo que se origina en el vínculo terapéutico (Daurella, 2018, Bacal, 2017), las configuraciones que han sido identificadas y descritas como parte del presente estudio aluden, precisamente, a las formas en las que se ha organizado la relación entre la consultante y el terapeuta a lo largo del proceso de psicoterapia psicoanalítica breve. Los resultados evidencian una configuración relacional central o predominante que ha permanecido a lo largo del proceso pero, a su vez, también han surgido en la transferencia configuraciones menos recurrentes impregnadas de una temática relacional diferente. Ambos hallazgos coinciden con los resultados de investigación empírica previa tanto en el ámbito de la psicoterapia (Luborsky y Crits-Cristoph, 1998; Espinosa y Valdés, 2012; García Mantilla, et al., 2011; Wiseman y Tishby, 2017; Connolly, 1996) como en estudios de procesos terapéuticos con mujeres violentadas (Sommerfeld y Shechory, 2016; Tellides et al., 2012; Tellides et al., 2008). Tanto el patrón de relación más recurrente como aquellas configuraciones menos frecuentes remiten a una misma matriz relacional que se define desde la necesidad de reconocimiento, y ha sido identificada como el punto de origen desde el cual se despliegan las distintas formas en las que se organiza la relación terapéutica.

En la consultante, el pedido de reconocimiento hacia el terapeuta deviene de una necesidad muy primaria a través de la cual pueda sentir que existe como sujeto al interior de un vínculo, donde desde la mirada del otro le sea devuelta la experiencia de su propio ser. La necesidad de reconocimiento y sus implicancias en el vínculo terapéutico anuncian la problemática principal que transcurrirá en la transferencia a lo largo del proceso terapéutico y, al mismo tiempo, constituyen la base a partir de la cual se expresan y manifiestan las distintas configuraciones relacionales que han sido registradas. El escenario terapéutico, como dispositivo que estructura la relación entre consultante y terapeuta (Agamben, 2015; Foucault, 1976), implica un intercambio asimétrico donde ambas partes, cada una desde el lugar que ocupa en el imaginario social, contribuye a que en este espacio se gesten conflictos de reconocimientos en el cual se oscila entre la posibilidad de habitar la tensión que involucra el reconocimiento mutuo o si, debido a ciertos factores, la ruptura de esta tensión deviene en dinámicas de sometimiento y dominación (Herrera, 2018; Benjamin, 1996; Fraser, 2000; Giménez, 2007).

Uno de los factores que incide directamente sobre la relación terapéutica y que torna incierta la posibilidad de ser reconocida por el otro resulta de aquellos aspectos socioculturales, aludiendo principalmente a la diferencias de raza y clase social, que demarcan una distancia entre la consultante y el terapeuta. Desde el inicio del proceso hasta la etapa de transición, la consultante manifiesta la necesidad de descubrir elementos identificatorios que, en tanto coincidan, puedan aminorar la distancia entre ambos. Se sitúa en este intercambio el origen de la configuración Cercanía y pertenencia y, a su vez, ésta permite vislumbrar la articulación entre los efectos que producen las diferencias socioculturales y aspectos propios de la relación terapéutica como lo son la dependencia y la confianza en el vínculo.

Es sabido que aquellas conductas emitidas para asegurar la confianza en la disponibilidad del cuidador no solo remiten a la proximidad física del mismo sino a los aspectos de índole psicológica que se activan en este acercamiento, tales como el reflexionar en los sentimientos, deseos y pensamientos del otro (Fonagy, 2001). Al transpolar esta dinámica vincular a la relación terapéutica se vuelve indispensable, como se advierte desde la configuración Cercanía y pertenencia, contemplar que las secuencias de interacción que se actualizan en la situación clínica también se derivan de las diferencias culturales propias de este encuentro intersubjetivo, siendo el enactment racial un ejemplo de ello (Rasmussen, 2018; Leary, 2000).

Para poder comprender las raíces de la distancia social que alejan a la consultante del terapeuta, en términos de etnicidad y clase social, conviene examinar las bases del contexto cultural del cual emergen. Los registros imaginarios de la sociedad peruana devienen de una radical alteridad y de un nivel de perturbación histórica que ha estado profundamente marcado por la desigualdad (Bruce, 2007). La mayoría de peruanos percibe que el origen étnico sigue siendo determinante en la generación de distancias sociales (Demus, 2005). Estamos ante una identidad social fragmentada que corresponde a un país pluricultural, donde cada fragmento se distancia del resto y construye imágenes deformadas del otro, donde las relaciones se rigen por las leyes de dominio, y donde la violencia entre los fragmentos puede ser el único nexo entre estos (Herrera, 2018). La discriminación y la violencia, como producto ideológico, son justificadas a través de discursos y sistemas sociales de un poder dominante que impone a los sujetos un orden social basado en categorías estamentales que legitiman y naturalizan argumentos

implícitos de superioridad en términos económicos y étnicos (Herrera, 2018; Bruce, 2007; Foucault, 1985).

En ese sentido, la incertidumbre que yace sobre la posibilidad de confiar en que el terapeuta pueda ser representado por la consultante como una base segura de la cual depender emocionalmente se puede explicar desde la pertenencia de ambos a un contexto social quebrado en términos de reconocimiento y equidad. La relación de poder entre el terapeuta y la consultante no sólo se deriva del lugar que ocupa el primero como portador y productor de un saber/poder (Foucault, 1976), sino del conjunto de significados presentes en el imaginario cultural de cada uno respecto del otro (Giménez, 2007). Por ello, las diferencias étnicas y de clase social son elementos que se actualizan en la relación transferencial y producen una organización relacional particular en la que se movilizan ciertos temores y angustias que no sólo obedecen al mundo interno de la consultante, sino también al contexto cultural en el que está situada la relación terapéutica (Rasmussen, 2018; Leary, 2000).

Las formas en las que se organiza la relación terapéutica a lo largo del proceso son portadoras de los imaginarios sociales que subyacen al intercambio entre cada una de las partes, y no es ajena a este fenómeno la configuración Agencia y determinación, que, además, es aquella que emerge con mayor frecuencia. Uno de los caminos para aproximarse a la comprensión de esta configuración sería desde la función que cumple la defensa al interior de la dinámica relacional. En el IPAF de Fonagy, Target y Lemma (2011), uno de los elementos que componen la configuración relacional es una función defensiva posible de identificar en los patrones relacionales recurrentes. El deseo de ser determinada por la voluntad del terapeuta emite evidencia de cómo la sumisión frente al otro puede ser entendida, tal y como lo plantea Benjamin (1996), como una estrategia defensiva del sí mismo para preservar la relación y el contacto con el otro, lo que finalmente asegura la propia autoafirmación.

Desde el pensamiento de Winnicott (1979), el mantener la conexión con el objeto, aceptando el dominio de éste y renunciando el self a su propia agresión, exploración y separatividad, se puede explicar a partir del temor a que el objeto sea destruido y no pueda sobrevivir a la agresión del verdadero self. Este funcionamiento implicaría, a su vez, cierto nivel de indiferenciación entre los dos sujetos que componen el vínculo (Winnicott, 1979). En la configuración, la consultante, al buscar ser determinada por el otro, lo cual implica un acto de sometiendo, estaría desplegando una maniobra defensiva para proteger



y preservar el vínculo, a costa de abortar su propia agresión y, con ello, su fuerza y potencia. Como elementos subyacentes, se hace notoria la representación de un self escindido que, en un extremo, se presenta como desvalido y sometido y, en el otro polo, como potencialmente destructivo, donde la expresión de la fuerza equivale a la violencia.

La dinámica de sumisión y dominio presente en la configuración relacional entre la consultante y el terapeuta ha sido también hallada por otros estudios (Tellides et al., 2012; Tellides et al., 2008; Sommerfeld y Shechory, 2016, Donayre, 2018; Aguirre, 2018) que han trabajado con población de mujeres violentadas. En la configuración Agencia y cumplimiento se puede entrever cómo el intercambio de posiciones y representaciones entre la consultante y el terapeuta los lleva a habitar constantemente tanto el lugar del sometido que sede el control al otro, como el del dominante que violenta. El terapeuta percibe que si satisface el deseo de la consultante y la determina diciéndole qué hacer, no estaría reconociendo a la consultante desde sus propios recursos y, a su vez, le estaría exigiendo que se adapte a su propia voluntad, lo que implicaría un grado de violencia. Pero, cuando el terapeuta no satisface la demanda, la consultante termina culpándose a sí misma, depositando en el terapeuta la figura de alguien que la juzga, lo que estaría provocando que este último experimente su participación como ofensiva.

En ambos casos, el análisis de este intercambio se complejiza en tanto evoca el orden social al que se adscriben sus propias diferencias de género. El terapeuta teme encarnar a una figura masculina que, amparada en las normas que rigen el género y determinan lo inteligiblemente humano y lo que no, obtenga un derecho preferente de dominio y violencia sobre el otro (lo femenino), lo cual también estaría respaldado por códigos raciales en contra del mestizaje (Butler, 1990). Se podría decir que el terapeuta se encuentra muy cuidadoso del lugar de poder que ocupa, no sólo desde su rol de psicólogo, sino en un imaginario social donde las diferencias de género, raza y clase adquieren significados que admiten y legitiman el dominio de unos sobre otros (Bruce, 2007).

Al interior de la dinámica de dominación y sumisión se ha encontrado contrastes interesantes a nivel de representaciones del terapeuta, donde en algunos casos se caracterizaba por una devaluación y sentimientos negativos hacia éste, y en otros casos aparecía como una figura idealizada (Tellides et al., 2012; Tellides et al., 2008). Estos hallazgos coinciden con la polarización que se encuentra en la representación mental del terapeuta, quien puede ser percibido por la consultante como una figura que la puede

“salvar” en tanto la provee de aquello que necesita o como alguien que la juzga, la culpa o le exige demasiado y, en ese sentido, la violenta.

Por su lado, la consultante ocupa un lugar de sumisión desde donde, contradictoriamente, pide ser reconocida como un sujeto que es capaz de valerse por sus propios recursos, aunque teme, que si hace uso de los mismos, termine destruyendo al otro. En ambas versiones de la configuración Agencia y determinación se hace muy difícil que ambos miembros de la relación se encuentren desde el reconocimiento mutuo. La tensión que Benjamin (1996) entiende como necesaria para que tenga lugar el reconocimiento entre dos sujetos se está constantemente quebrantando y, como resultado de ello, se produce una dinámica de dominio y sumisión. Esta configuración relacional no está exenta de la influencia de significados propios del contexto socio-cultural al que está circunscrita, sino que, por el contrario, está atravesada por éstos (Rasmussen, 2018; Leary, 2000). Para el presente estudio este aspecto adquiere una relevancia particular debido a que el material clínico está enmarcado en una problemática social que solo puede ser entendida atendiendo a su naturaleza pluridimensional, en tanto está atravesada por relaciones de poder de género, raza y clase.

Como sujetos sociales hemos incorporado, bajo la forma de esquemas inconscientes de percepción y apreciación, las estructuras históricas del orden masculino que legitiman la relación de dominación al inscribir como natural lo que en sí mismo es una construcción social (Bourdieu, 1998). La carencia de subjetividad en la mujer, propia del orden social masculino, se evidencia en cómo se somete, desde su condición de desvalimiento y abnegación, a un otro que representa lo que ella no puede ser, y donde el ejercicio de su propio deseo e independencia puede incluso estar al servicio del orden social dominante. (Benjamin, 1996).

En la configuración Agencia y determinación es posible entrever con cierta nitidez el conjunto de narrativas y estructuras sociales que impregnan la construcción del campo relacional y que se derivan del lugar de poder que ocupa el terapeuta en la relación con la consultante, no sólo como poseedor de un saber (Foucault, 1976), sino también desde la diferencia de género, raza y clase social que hacen a la diada. Notar el impacto que tienen las variables del contexto socio-cultural en la forma en que ambas subjetividades se presentan ante sí y en la constitución de los lugares que cada uno habita permite una comprensión más amplia de la relación transferencial y de los cambios que en esta se suscitan (Leary, 2000).

En lo que se refiere a los cambios que se han producido en la organización de la relación terapéutica a lo largo del proceso, resulta notable que todos éstos hayan tenido lugar durante la etapa de transición y que, además, tengan como precedente aquella sesión en que la consultante llegó a la consulta cuando el tiempo de esta ya había culminado y, pese a ello, el terapeuta le ofreció tener la sesión completa, encontrándose ambos por fuera del encuadre formal.

Uno de estos cambios remite al desvanecimiento de la configuración Cercanía y pertenencia, la cual no vuelve a surgir en lo que resta del proceso. Como lo menciona Luborsky y Crits-Christoph (1998), una de las formas en las que se manifiesta el cambio en la psicoterapia psicoanalítica implica que el conflicto presente en el patrón transferencial se resuelva y cambie consistentemente. Por un lado, se podría enhebrar que el evento que precede a este cambio satisface y resuelve, de alguna manera, la necesidad de cercanía de la paciente, no desde aspectos concretos o físicos en los que ambos puedan coincidir, sino desde una mayor proximidad y confianza en el vínculo. Por ello, este acercamiento, que se da en un plano emocional, constituye un elemento que promueve la posibilidad de cambio en la organización de la experiencia relacional.

Que el terapeuta pueda comprender y validar las dificultades que tuvo la paciente para llegar a tiempo a la sesión implica un nivel de proximidad afectiva desde el cual puede validar y comprender las vicisitudes propias de la vida de la consultante y, en ese sentido, acercarse a ella desde la empatía y el reconocimiento. El efecto que trae consigo este evento no sólo es notorio en la dinámica relacional entre ambos, como podría serlo una mayor confianza en el vínculo, sino también en las representaciones mentales subyacentes. Algunos estudios (Wiseman y Tisby, 2017; Atzil-Slonim, Tishby y Shefler, 2015) han encontrado cambios en las representaciones mentales presentes en la relación entre el paciente y el terapeuta, donde en el devenir del proceso psicoterapéutico los pacientes perciben más positivamente al terapeuta. Este hallazgo coincide con el cambio que sucede a partir de esta etapa del proceso, en la que el terapeuta deja de experimentarse como potencialmente distante o ajeno, y se perfila la edificación de una representación de éste como más cercano y confiable.

Sin embargo, la distancia que se acorta entre la consultante y el terapeuta no sólo remite a una proximidad afectiva sino que, al mismo tiempo, se resquebraja la distancia que los aleja en términos de sus diferencias de género, raza y clase, así como las representaciones que devienen de un imaginario social marcado históricamente por la

desigualdad y la discriminación (Bruce, 2007). Las diferencias de género, raza y clase dejan de constituirse como posibles amenazas frente a la posibilidad de ser reconocida por un otro diferente que, desde su lugar de terapeuta, puede acercarse a la consultante sin que esto implique que una de las partes niegue aquellas diferencias inherentes a su propia subjetividad.

En el caso de la configuración Agencia y determinación, el cambio no implica la resolución total del patrón relacional conflictivo, sino que remite a la alteración de algunos componentes del mismo, lo cual también es considerado como un cambio significativo (Luborsky y Crits-Christoph, 1998). La respuesta de la consultante frente a lo que le señala el terapeuta adquiere un matiz distinto en tanto abandona el desvalimiento y la culpa para que empiece a tornarse visible el temor a su propia agresión, la cual experimenta como potencialmente violenta y destructiva. El cambio en este componente de la configuración surge durante la etapa de transición y también tiene como antecedente la sesión en que la consultante llega tarde.

Hasta ese momento del proceso, el terapeuta era representado como una figura que podía juzgar, culpar o exigir a la consultante, es decir, como un hombre que no la reconocía. Sin embargo, el terapeuta, al comprender las particularidades de la vida de la consultante y ofrecerle tener la sesión, no responde en la forma en que ella esperaba, no se torna violento sino que la entiende y, desde ese gesto, la reconoce. El terapeuta se diferencia del objeto interno malo y se abre espacio para el cambio en el vínculo ya que, a partir de este evento, es la consultante quien empieza a ponerse en contacto con su propia violencia. Nuevamente aparece un correlato a nivel social en tanto la respuesta del terapeuta rompe con la imagen de una figura que desconoce a la consultante en términos culturales. Pese a que posee ciertas diferencias (género, raza y clase) que lo ubican en el imaginario social como alguien que, desde el lugar de poder que ocupa, puede excluir y denigrar con legitimidad a aquellos diferentes (Bruce, 2007; Jiménez, 2007; Herrera, 2018), el terapeuta se sale del marco formal de su encuadre para encontrarse con la consultante en un plano de mayor equidad.

Al igual que el cambio que sucede al interior de la configuración Agencia y determinación, el cambio que se presenta con mayor consistencia, por sus implicancias tanto en la dinámica relacional como en las representaciones subyacentes a la misma, también se manifiesta en la etapa de transición y tiene como precedente el mismo evento antes descrito. En este caso, el cambio está relacionado al surgimiento de la configuración

Integración y autonomía, con la cual arriba una nueva forma en la que se organiza el vínculo que, si bien mantiene en común algunos elementos de la configuración Agencia y determinación, supone una diferencia notable en la dinámica relacional y en las representaciones.

Cuando el terapeuta responde a la consultante ofreciéndole la posibilidad de tener la sesión no sólo se diferencia del objeto interno proyectado en la relación transferencial sino que también sobrevive a la agresión de la consultante y, a partir de este punto, se empieza a resquebrajar la equivalencia entre su agresión y la violencia, entre el mundo interno y la realidad. Para ciertos autores (Klein, 1952; Baranger, 1976; Grinberg, Sor y Bianchedi, 1991) este fenómeno es entendido como un movimiento hacia la integración y el crecimiento mental. En la configuración Integración y autonomía la consultante responde a las intervenciones del terapeuta manifestando una mayor convicción en el despliegue de sus propios recursos y su potencia. El terapeuta reporta haberse encontrado, hacia la etapa final del proceso, habitando una relación de menor verticalidad con la consultante. En ese sentido, es plausible bosquejar una relación positiva entre el movimiento hacia la integración y el asumir una mayor autonomía al interior de la relación terapéutica por parte de la consultante.

Para Hobson (2016), la posibilidad de cambio implica la internalización, por parte del paciente, de las experiencias de interacción que van surgiendo en la relación terapéutica, lo que potencialmente puede modificar la capacidad del paciente para manejar sus dificultades emocionales. En ese sentido, la experiencia de una relación en la que la consultante no ha sido atacada por el terapeuta, ni este último se ha asustado o se ha visto dañado por su agresión, ha tenido un impacto en la representación mental del self y del otro.

Otras investigaciones (Wiseman y Tisby, 2017; Atzil-Slonim, Tishby y Shefler, 2015) que han estudiado los cambios en la relación transferencial, evidencian una coincidencia respecto a la variación de la representación mental del terapeuta a lo largo del proceso. Lo que marca el surgimiento de la configuración Integración y autonomía es la disminución de la representación escindida del self como carente y violento y el emerger de una nueva representación del self que se asume con mayor capacidad e independencia. Al mismo tiempo, la representación del otro va transcurriendo hacia una mayor integración en la que ya no se trata de una figura que la juzga y violenta o que la

“salva” sino de alguien que reconoce sus recursos y su fuerza, pero ante estos no se asusta, y es desde ese lugar desde donde la puede ayudar.

Hacia el final del proceso, y como lo refleja la configuración Integración y autonomía, el terapeuta y la consultante habitan algunos pasajes del proceso en una mayor proximidad y sintonía. Si bien la asimetría inherente a la relación terapéutica se mantiene, dado que no es posible entender el poder por fuera de las relaciones humanas (Herrera, 2018), éste último no se ejerce desde el dominio y la discriminación. Para Arendt (1970), quien entiende que el poder adquiere sentido desde las relaciones humanas o la intersubjetividad, cuando éste emerge de manera organizada y articula el orden social supone una armonía, pero cuando la organización se rompe aparece inevitablemente la violencia. En la misma línea, Peña (en Herrera, 2018), diferencia el poder creativo del que se beneficia el vínculo frente al poder perverso, narcisista y destructivo que se ejerce en beneficio propio. Al respecto de la alusión al poder creativo, resulta pertinente señalar el surgimiento del humor y las bromas en esta última etapa del proceso.

A la comprensión del cambio como expresión de un movimiento de la consultante hacia la autonomía y la horizontalidad en la relación con el otro, a la cual se adscribe el terapeuta, habría que adicionar que la verticalidad de la relación no sólo estaba sujeta a los aspectos infantiles actualizados en la relación terapéutica, sino que éste también remite a las diferencias que cada uno encarna respecto a su género, clase social y raza. La disminución en la verticalidad de la relación no sólo implica una mayor igualdad en términos de agencia y autonomía sino también de una mayor igualdad en términos de equidad social, en la que quien ocupa el lugar de poder en el imaginario social reconoce al otro desde la diferencia.

En lo que respecta a los alcances de la investigación, es pertinente considerar el posible impacto que puedan tener estudios de estas características en el ámbito clínico. Ya sea desde la práctica en psicoterapia breve de orientación psicoanalítica o desde el trabajo clínico con mujeres violentadas, en la organización de la relación terapéutica se gesta el escenario de trabajo donde tienen lugar cambios significativos para el proceso. Otro potencial alcance que puede derivarse de la investigación es el contraste que podría establecerse con investigaciones que hayan estudiado y analizado las configuraciones relacionales de la relación terapéutica en procesos de psicoterapia abiertos o a largo plazo con mujeres violentadas, con el objetivo de identificar variaciones en términos de cómo

se organiza la relación terapéutica y en el despliegue y cambios de las configuraciones a lo largo del proceso.

Al contemplar los pocos estudios que han investigado los procesos terapéuticos con mujeres violentadas en el contexto nacional, en el cual las brechas sociales, la desigualdad, el racismo, la violencia de género y la discriminación tienen un lugar central, incorporar las implicancias culturales y sociales en un fenómeno como la transferencia, que usualmente recibe un abordaje exclusivamente clínico, viabiliza la articulación de un estudio clínico y una temática social con una relevancia importante para el medio en el cual ha sido realizada la intervención.

Si bien el estudio de la transferencia en sus inicios se pretendió sustentar desde la comparación de los patrones relacionales propios de la relación terapéutica con los patrones del consultante con sus otros vínculos significativos (Luborsky y Crits-Cristoph, 1998; Espinosa y Valdés, 2012), la presente investigación entiende, al abordar la transferencia como producto dinámico que emerge del campo relacional (Daurella, 2018; Bacal, 2017), que ésta no sólo implica una repetición del pasado sino que es un fenómeno nuevo que se crea en el encuentro entre ambas subjetividades. Que este encuentro esté marcado por una asimetría propia del espacio terapéutico no implica que la subjetividad del terapeuta no participe en la creación del vínculo. En ese sentido, los hallazgos de la investigación confirman la participación de ambas subjetividades en la construcción de las configuraciones relacionales.

Teniendo en cuenta que el psicoanálisis no es la única disciplina que trabaja con personas violentadas y que hay otros campos en las ciencias humanas y sociales que interactúan, desde entrevistas o trabajos de campo, con esta población, resultaría importante, como lo sugiere Robben (2011), que éstas puedan tener un acercamiento y familiarización con los fenómenos de transferencia y contratransferencia. En ese sentido, el alcance de la investigación no se limita al trabajo clínico o psicoanalítico, sino que se extiende incluso hacia otros campos del saber que también intervengan y trabajen con esta población.

Por otro lado, estudios de esta naturaleza ponen al descubierto la necesidad de articular o hacer dialogar al psicoanálisis con otras disciplinas para lograr una comprensión más amplia de lo que ocurre en una situación clínica. Como lo menciona Derrida (en Herrera, 2018), el psicoanálisis debe, si pretende subsistir, estudiar lo ético,

lo jurídico y lo político, considerando que estos aspectos constituyen y estructuran el espacio social en el que se producen los eventos más traumáticos y violentos.

En cuanto a las limitaciones del estudio, una de las más notorias reside en que, al tratarse de un diseño de caso único, si bien permite tener una visión más profunda y amplia de la experiencia intersubjetiva que yace en el intercambio relacional entre la consultante y el terapeuta, los resultados no pueden ser generalizados. Por lo cual, sería importante poder llevar a cabo mayores estudios de esta naturaleza con el fin de ampliar los hallazgos y así poder enhebrar un mayor sustento sobre las formas en las que se organiza la relación terapéutica con mujeres violentadas, tanto en el medio local como en otros contextos.





## Conclusiones

Las conclusiones que se pueden derivar del presente estudio contemplan distintos vértices desde donde observar y comprender las formas en las que se organiza la relación terapéutica en una psicoterapia psicoanalítica breve con una mujer violentada.

1. Lo primero a notar es que en el vínculo terapéutico se produce más de una configuración relacional y, aunque una de éstas puede presentarse como la más recurrente, en términos de la cantidad de veces que emerge en la relación y por el tiempo que permanece en el proceso, el considerar sólo un único patrón de relación central hubiese podido ser limitante de cara a la caracterización y comprensión de la relación transferencial (Connolly, 1996; Tellides et al., 2012; Tellides et al., 2008). En la relación entre la consultante y el terapeuta los temas o contenidos por los que se caracterizan las configuraciones relacionales son múltiples y susceptibles al cambio.
2. Las configuraciones relacionales identificadas en el material de análisis no pueden pensarse como una construcción aislada del contexto social del cual emergen, lo que adquiere una mayor determinación al contemplar que la consultante llega a la terapia como resultado de una problemática social como lo es la violencia de género. En ese sentido, el intercambio y las dinámicas que se producen entre ambos están organizadas en función a la representación que adquieren sus diferencias de género, raza y clase en el imaginario social. Los temores y los deseos que manifiesta la consultante no sólo son producto de su pasado sino que también son elementos emergentes de un escenario intersubjetivo atravesado por las relaciones de poder y de dominio que delimitan sus propias diferencias en términos culturales y sociales.
3. El cambio en la organización del vínculo, ya sea por el desvanecimiento total de una configuración, por la variación en uno de sus componentes o por el surgimiento de una nueva configuración, está estrechamente ligado a la experiencia vincular que tiene lugar en aquella sesión en la que la consultante llega tarde. Se produce, a partir de este evento, un movimiento hacia la integración en tanto el terapeuta no responde como lo esperaba la consultante, la otredad hace su aparición sin violentar la diferencia.
4. La forma en la que el mundo representacional de la consultante y el terapeuta confluyen en el campo relacional y, desde su afeción mutua, produce ciertos

contenidos o temáticas, pone en evidencia la dificultad para identificar y delimitar con claridad fenómenos como la transferencia y la contratransferencia. Además, en tanto son fenómenos situados en un contexto histórico cultural específico, su procedencia no sólo remite al mundo interno de cada una de las partes que conforma la diada, sino que están condicionados, en parte, por la estructura social a la cual pertenecen.



## Referencias

- Agamben, G. (1995). *Homo sacer. El poder soberano y la vida desnuda*. Argentina: Adriana Hidalgo.
- Aguirre, M. (2018). *El lugar de lo transgeneracional en las configuraciones relacionales de una mujer violentada por su pareja*. (Tesis de maestría no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Arendt, H. (1970). *Sobre la violencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Aron, L. (2001). *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*. Londres: Analytic Press.
- Atzil-Slonim, D., Tishby, O. y Shefler, G. (2015). Internal representations of the therapeutic relationship among adolescents in psychodynamic psychotherapy. *Clinical psychology and psychotherapy*, 22, 502-512.
- Ávila, A. (2009). *La psicoterapia psicoanalítica relacional: conceptos fundamentales y perspectivas*. Trabajo producido en el Simposio Interpsiquis 2009.
- Bacal, H. (2017). Más allá de la transferencia y la contratransferencia: la especificidad diádica del proceso psicoanalítico. *Clínica e investigación relacional*, 11(2).
- Balint, M. & Balint, A. (1939). On transference and counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 20, 223- 230.
- Baranger, W. (1976). *Posición y objeto en la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Kargieman.
- Bedoya, M. (2012). La noción de matriz relacional y sus implicancias para el ejercicio clínico de la psicología dinámica. *Psicología desde el caribe*, 2 (3), 686-706.
- Benjamin, J. (1996). *Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós.
- Benjamin, J. (2007). *Intersubjectivity, Thirdness and mutual recognition*. Charla ofrecida en el Institute of Contemporary Psychoanalysis, LA California, EEUU.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

- Bruce, J. (2007). *Nos habíamos choleado tanto. Psicoanálisis y racismo*. Perú: Universidad San Martín de Porres.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. España: Anagrama
- Butler, J. (1990). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. España: Paidós.
- Castillo, E. y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia médica*, 34(3), 164-167.
- Creswell, J., Hanson, W., Plano, V. y Morales, A. (2007). Qualitative Research Desings: Selection and Implementation. *The counseling psychologist*. 35(2), 236-264.
- Cogan, R. y Porcerelli, J. (2003). Psychoanalytic Psychotherapy with People in Abusive Relationships, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 7(1), 29-46.
- Connolly, M., Crits-Christoph, P. y Demorest, A. (1996). Varieties of transference patterns in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1213-1221.
- Cort, N.; Cerulli, C.; Poleshuck, E.; Bellenger, K.; Xin Tu, Y.; Mazzotta, K.; Talbot, N. (2014). Interpersonal psychotherapy for depressed women with histories of intimate partner violence. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 6(6), 700-707.
- Donayre, C. (2018). *Una mirada a los cambios en las configuraciones relacionales de una mujer violentada participante de un proceso psicoanalítico breve* (Tesis de maestría no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Espinosa, D. y 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. Proyecto Fondecyt No. 3130367. Manuscrito sin publicar.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. España: Espaxs.
- Foucault, M. (1985). *Vigilar y castigar*. México, D.F.: Siglo XXI
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad*. México D.F.: Siglo XXI

- Fraser, N. (2000). *Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento*. Madrid: New Left Review.
- Freud, S. (1912). *La dinámica de la transferencia*. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1909). *Cinco lecturas de psicoanálisis*. London: Hogarth Press.
- García Mantilla, M., López del Hoyo, Y., Ávila-Espada, A. y Pokorny, D. (2011). Evaluación del cambio mediante el método CCRT-LU-S en un caso de duelo no resuelto tratado mediante psicoterapia psicoanalítica focal. *Revista argentina de clínica psicológica*, 20(1), 5-13.
- Gerson, S. (2004) The Relational Unconscious: A core Element of Intersubjectivity, Thirdness, and Clinical Process. *Psychoanalytic Quarterly*, 73(1):63-98
- Grinberg, Sor y Bianchedi (1991). *Nueva Introducción a las ideas de Bion*. Argentina: Yébenes.
- Hamilton, J. y Kivlighan, D. (2009). Therapists projection: the effects of therapists relationship themes on their formulation of clients relationship episodes. *Psychotherapy Research*, 19(3), 312-322.
- Herrera, L. (2018). *Reflexiones psicoanalíticas sobre la violencia y el poder en el Perú*. Perú: Biblioteca peruana de psicoanálisis.
- Hinojosa, N. (2005). Transference and relationship: technical implications in the psychoanalytic process with a borderline patient. *International fórum of psychoanalysis*. 14, 36-44.
- Hobson, P. (2016). *Brief psychoanalytic therapy*. London: Oxford University Press.
- Horner, A. (1991). *Psychoanalytic object relations therapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Jiménez-Domínguez, B. (2000). Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza. *Revista apertura*. Recuperado de: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/3investigacion.html>
- Jiménez, G. (2007). *Racismo, mestizaje y modernidad: visiones desde latitudes diversas*. México: UNAM
- Klein, M. (1952). Orígenes de la transferencia. En: *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós-Hormé

- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco Nueva Época*, (7)18, 1-24.
- Leary, K. (2000). Racial enactments in dynamic treatment. *Psychoanalytic dialogues*, 10(4), 639-653.
- Lemma, A., Target, M., Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy. A clinicians guide*. New York: Oxford University Press.
- Luborsky, L. y Crits-Christoph, P. (1998) *Understanding transference: the core conflictual relationship theme method*. New York: Basic books, Inc.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. y Mellon, J. (1996). Advent of objective measures of the transference concept. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(1), 39-47.
- Mieles, M., Tonon, G., Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, 195-222.
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: una integración*. España: Siglo XXI.
- Mitchell, S. y Black, M. (2004). *Más allá de Freud*. Barcelona: Herder.
- Rasmussen, G. (2018). *Relaciones de poder de clase y raza en la relación terapéutica en un caso de psicoterapia psicoanalítica breve con una mujer violentada*. (Tesis de maestría no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Robben, A. (2011). Seducción etnográfica, transferencia y resistencia en diálogos sobre el terror y violencia en Argentina. *Aletheia*, 1(2).
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13, 71-78.
- Scott, J. (1990). El Género; una categoría útil para el análisis histórico. En: *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Valencia: Alfons el Magnanim.
- Scott, J. (2011). Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis? *La manzana de la discordia*, 6(1), 95-101.

- Tellides, C., Fitzpatrick, M., Drapeau, M., Bracewell, R., Janzen, J. y Jaouich, A. (2008). The manifestation of transference during early psychotherapy sessions. *Counselling and psychotherapy research*, 8(2), 85-92.
- Tellides, C., Fitzpatrick, M., Drapeau, M., Bracewell, R., Chamodraka, M. y Marini, N. (2012). The manifestation of transference during early psychotherapy sessions: exploring an alternate data source for therapist narratives in transference research. *Counselling and psychotherapy research*, 12(4), 257-266.
- Villarán, V. (2009). *Mothers' experiences and infants problems in sleeping, feeding and anger regulation* (Tesis doctoral). Fordham University, Nueva York, Estados Unidos.
- Widdowson, M. (2011). Case study research methodology. *International Journal of Transactional Analysis Research*, 2(1), 25-34.
- Winnicott, D. (1979). *Realidad y Juego*. España: Gedisa.
- Wiseman, H. (2017). The quest for connection in interpersonal and therapeutic relationships. *Psychotherapy Research*, 27(4), 469-487.
- Wiseman, H. y Tishby, O. (2017). Applying relationship anecdotes paradigm interviews to study client-therapist relationship narratives: core conflictual relationship theme analyses. *Psychotherapy Research*, 27(3), 283-299.
- Zizek, S. (2009). *Sobre la violencia*. España: Paidós.

## Apéndice A

### Compromiso Ético del Psicólogo(a) a cargo del proceso de consulta psicológica

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ y con número de colegiatura \_\_\_\_\_ (C.Ps.P.), me comprometo a conducir el presente proceso de consulta psicológica de acuerdo con las normas éticas del ‘Código de Ética Profesional’ del Colegio de Psicólogos del Perú. Este proceso de consulta psicológica es gratuito e implica 12 sesiones. Se da en el marco del curso Taller de Supervisión Clínica II de la Maestría en Intervención Clínica Psicoanalítica de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo la supervisión de \_\_\_\_\_ con número de colegiatura \_\_\_\_\_ (C.Ps.P.),

Mi participación implica lo siguiente:

- Asumir las 12 sesiones pactadas con la consultante
- Transcribir las consultas modificando el nombre y los datos necesarios a fin de proteger la identidad de él (la) consultante
- Utilizar las transcripciones de las consultas únicamente para los siguientes fines: presentación y discusión clínica en el marco del curso Taller de Supervisión Clínica II.
- Ser consiente que él (la) consultante podrá retirarse del proceso en el momento que lo considere pertinente.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

---

Firma del (la) psicólogo(a)

---

Firma del (la) supervisor(a)



## Apéndice B

### Compromiso Ético del Psicólogo(a) a cargo de la investigación

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ y con número de colegiatura \_\_\_\_\_ (C.Ps.P.), me comprometo a conducir la investigación con las normas éticas del 'Código de Ética Profesional' del Colegio de Psicólogos del Perú. Esta investigación se da en el marco de los cursos Seminario de Tesis 1 y Seminario de Tesis 2 de la Maestría en Intervención Clínica Psicoanalítica de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Mi participación implica lo siguiente:

- Grabar en un dispositivo de audio todas las sesiones que formen parte de este proceso.
- Realizar la desgrabación y transcripción literal de las sesiones únicamente luego de finalizado el proceso de consulta, y usarlas para fines de la realización del proyecto de tesis en el marco del curso Seminario de tesis 2.
- Ser consiente que el (la) participante podrá retirarse del proceso de investigación en el momento que lo considere pertinente.
- Comprometerme a resguardar y proteger la identidad de la participante cambiando en las transcripciones literales su nombre y los datos personales que pudieran hacerla identificable.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) psicólogo

\_\_\_\_\_  
Firma del(la) supervisor(a)

## Apéndice C

### Protocolo de Consentimiento Informado para participación de usuarios en procesos de consulta psicológica

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para participar en un proceso de consulta psicológica gratuito de 12 sesiones, que será conducido por el (la) psicólogo(a) \_\_\_\_\_ con número de colegiatura \_\_\_\_\_ (C.Ps.P.). Soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

Dicha consulta psicológica se realizará en el marco del curso Taller de Supervisión Clínica II de la Maestría en Intervención Clínica Psicoanalítica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, en donde el psicólogo(a) se encuentra inscrito(a).

Entiendo que el contenido de las conversaciones que formen parte del proceso de consulta psicológica será transcrito y reconstruido por el psicólogo(a) y que éste (a) se compromete a proteger mi identidad cambiando mi nombre por un pseudónimo al cual solo él (ella) tendrá acceso, y cambiando los datos que pudieran hacerme identificable.

Entiendo que las transcripciones de las conversaciones que formen parte del proceso de consulta psicológica serán usadas por el psicólogo (a) para fines estrictamente educativos en el marco del Taller de Supervisión Clínica II el cual estará a cargo del supervisor(a) \_\_\_\_\_, con número de colegiatura \_\_\_\_\_ (C.PS.P)

He recibido información en forma verbal sobre todo lo mencionado anteriormente y he tenido la oportunidad de discutir sobre las condiciones de mi participación en esta consulta psicológica y hacer preguntas para atender las dudas que pudiera tener con relación a ésta,

Entiendo que recibiré una copia de este protocolo de consentimiento informado. Para cualquier duda sobre mi participación en este proceso de consulta psicológica puedo comunicarme con Pierina Traverso, miembro del comité consultivo de la Maestría en Intervención Clínica Psicoanalítica al correo [ptraver@pucp.edu.pe](mailto:ptraver@pucp.edu.pe) o con Carla Mantilla, directora de la Maestría en Intervención Clínica Psicoanalítica al correo [cmantil@pucp.edu.pe](mailto:cmantil@pucp.edu.pe).

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) consultante

\_\_\_\_\_  
Firma del psicólogo(a)



## Apéndice D

### 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 él (la) psicólogo(a) \_\_\_\_\_ con número de colegiatura \_\_\_\_\_ (C.Ps.P.). Soy consciente que mi participación es enteramente voluntaria.

El objetivo de la investigación es \_\_\_\_\_.

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 él(la) psicólogo(a) se encuentra matriculado(a).

Entiendo que participar de esta investigación implica que todas las conversaciones que formen parte del proceso de consulta psicológica en el que participo y que está a cargo del(a) psicólogo(a) \_\_\_\_\_, sean grabadas en audio.

Estas grabaciones en audio serán transcritas de forma literal y dichas transcripciones literales serán utilizadas para fines de investigación por parte del psicólogo(a) a cargo. Entiendo que, en las transcripciones literales, el psicólogo(a) se compromete a proteger mi identidad cambiando mi nombre y los datos que puedan hacerme identificable.

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

Entiendo que el psicólogo(a) a cargo del proceso de consulta psicológica 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 ni para el proceso de consulta psicológica iniciado.

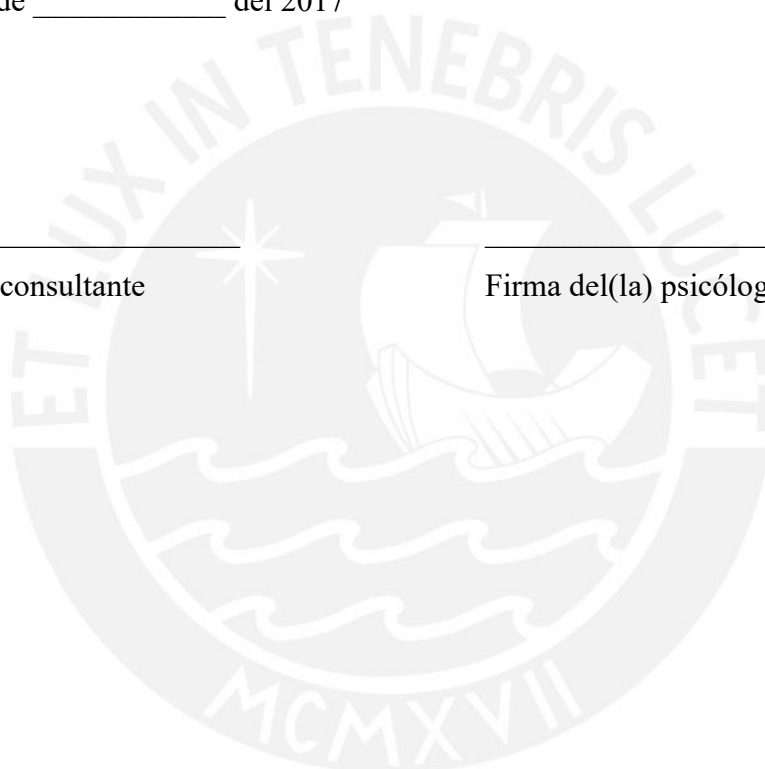
Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento informado. Para cualquier duda sobre mi participación en este proceso puedo comunicarme con Carla Mantilla, directora de la Maestría en Intervención Clínica Psicoanalítica, al correo [cmantil@pucp.edu.pe](mailto:cmantil@pucp.edu.pe).

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

---

Firma del(la) consultante

Firma del(la) psicólogo(a)



## Apéndice E

### Protocolo de consentimiento Informado para autorizar donación de audios al Grupo de Investigación en Psicoanálisis

Yo, \_\_\_\_\_ con  
DNI \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que las transcripciones literales y las grabaciones en audio del proceso de consulta psicológica en el que participo y que está a cargo del(a) psicólogo(a) \_\_\_\_\_ con número de colegiatura \_\_\_\_\_ (C.P.S.P. \_\_\_\_\_), formen parte del banco de datos de procesos de consulta psicológica del Grupo de Investigación en Psicoanálisis de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) y sean usadas para fines de investigación científica por los miembros de dicho grupo.

Estoy consciente que los audios que formen parte del banco de datos de procesos de consulta psicológica serán guardados en archivos de seguridad y protegidos por la coordinadora del grupo, Dra. Valeria Villarán Landolt (C.P.S.P. \_\_\_\_\_)

Entiendo que solo la Dra. Valeria Villarán Landolt tendrá acceso a los mismos y la facultad de autorizar su uso en los proyectos de investigación de los miembros del grupo que lo requieran y que cumplan con los lineamientos para garantizar el resguardo de mi identidad.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento informado. Para cualquier duda o consulta puedo comunicarme con Valeria Villarán, coordinadora del grupo de Investigación en Psicoanálisis de la PUCP, al correo [vvillaran@pucp.pe](mailto:vvillaran@pucp.pe).

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) consultante

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) psicólogo(a)

## Apéndice F

### Protocolo De Consentimiento Informado Para Donación De Audios Al Grupo De Investigación En Psicoanálisis

Yo, \_\_\_\_\_ ,  
DNI \_\_\_\_\_, y número de colegiatura \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que las transcripciones literales y las grabaciones en audio del proceso de consulta psicológica en el que participo como TERAPEUTA formen parte del banco de datos de procesos de consulta psicológica del Grupo de Investigación en Psicoanálisis de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) y sean usadas para fines de investigación científica por los miembros de dicho grupo.

Estoy consciente que los audios que formen parte del banco de datos de procesos de consulta psicológica serán guardados en archivos de seguridad y protegidos por el coordinador(a) del Grupo.

Entiendo que solo el Coordinador(a) tendrá acceso a los mismos y la facultad de autorizar su uso en los proyectos de investigación de los miembros del grupo que lo requieran y que cumplan con los lineamientos para garantizar el resguardo de mi identidad.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento informado. Para cualquier duda o consulta puedo comunicarme con la actual coordinadora del Grupo de Investigación en Psicoanálisis de la PUCP, la Dra. Valeria Villarán, al correo [vvillarán@pucp.pe](mailto:vvillarán@pucp.pe) o al teléfono 992424450.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018

\_\_\_\_\_  
Firma del donante

Dra. Valeria Villarán Landolt