

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL VÍNCULO CLÍNICO.
UNA DISCUSIÓN ENTRE PSICOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS

Laura Catalina Báez Gómez

Director: Carlos Germán Celis Estupiñan

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Psicología
Trabajo presentado para optar el título de psicóloga
Octubre 2016

Tabla de contenido	
Resumen	3
Abstract	3
Introducción	4
Metodología	6
Investigar con el Psicoanálisis: una propuesta metodológica	6
La escritura como formalización investigativa	11
Estado de la cuestión	13
Capítulo 1. Psicología como ciencia de lo humano: Un acercamiento hacia el vínculo clínico	16
I. El alma filosófica	18
II. Los métodos de la Psicología: un paso hacia la ciencia.....	21
III. Psicología como ciencia: Una adopción metódica y conceptual.....	25
IV. La Psicología en el siglo XX.....	32
La Psicología en el siglo XX: el quehacer clínico como parte de la multiplicidad.	34
V. El vínculo clínico en la Psicología: una aproximación al planteamiento de las TCC	40
Capítulo 2. La transferencia como invención psicoanalítica: un acercamiento al vínculo clínico	48
I. Del tratamiento del alma a lo inconsciente: terapéutica psicoanalítica	49
II. Transferencia como mecanismo de vínculo: Una aproximación freudiana	60
III. Transferencia en tanto dialéctica: postulaciones lacanianas	66
Capítulo 3. Construcción de una clínica de la palabra: aportes para la formación del reconocimiento del vínculo clínico en Psicología	77
I. La permanencia del proceder psiquiátrico en la Psicología Clínica	78
II. Lo que el Psicoanálisis puede aportar a la Psicología	84
Implicación de la ética en la clínica de la escucha.	84
El vínculo clínico como recurso metodológico.	92
III. Aportes para la construcción de la clínica de la palabra	96
Discusión	101
Referencias	105

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL VÍNCULO CLÍNICO. UNA DISCUSIÓN ENTRE PSICOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS

*Comparative analysis of a clinical bonding.
A discussion between psychology and psychoanalysis*

Resumen

Pensar la clínica psicológica desde la relación que se construye entre los sujetos que la conforman, como posibilidad dialéctica y por tanto analítica, es pensarla desde la noción de vínculo clínico. Teniendo en cuenta este planteamiento, con este trabajo se pretende develar el lugar que tiene el vínculo clínico en la práctica de la Psicología Clínica (a partir de la Terapia Cognitivo Conductuales), el cual se concibe como una variable inespecífica, lo que tiene como consecuencia, anular al sujeto de dicha relación. Para lograr esto, se realizará un trabajo comparativo, en tanto dialectico, con la clínica del Psicoanálisis en la que se consolida el concepto de transferencia para dar cuenta del vínculo clínico, de la posición y la posibilidad que tiene el sujeto para producir un decir de su malestar, de su insoportable. Se presenta así, la transferencia como elemento transversal en la clínica, con el propósito de aportar a la clínica psicológica una manera diferente de proceder, que involucre la posibilidad de una clínica de la palabra.

Abstract

Think clinical psychology from the relationship built between subjects that form, as dialectical analytical ability and therefore, it is thought of from the notion of clinical link. Given this approach, this work is to reveal the place that has clinical link in the practice of clinical psychology (from cognitive behavioral techniques), which is conceived as a non-specific variable, which results in annul the subject of the relationship. To accomplish this, a comparative work, while dialectical, with psychoanalytic clinic in which the concept of transfer is consolidated to account for the clinical bond position and the possibility for the subject to produce a say your will be done discomfort, unbearable. Is presented well, transfer as a cross in the clinic, with the purpose of contributing to the psychological clinic a different way of proceeding, involving the possibility of a clinic of the word.

Introducción

La clínica psicológica se consolida y estructura con el fin de reconocer los signos de la enfermedad, de lo anormal, de manera más objetiva y efectiva, así, las definiciones conceptuales y terminológicas que se proponen, sirven de base para el establecimiento de técnicas y prácticas que a partir de los hechos observables y un periodo de tiempo delimitado puedan obtener conclusiones estandarizables, pues a todo lo que se repite se le asume un carácter de generalidad. Por lo tanto, la falta de adaptación es, bajo la óptica de la Psicología y la Psiquiatría que se orienta por la lógica de lo exacto, controlable y efectivo, un trastorno, un problema que se aleja de lo prestablecido y que debe ser tratado para reconducir al individuo a un estado (ideal) de adaptación. De ese modo, la mirada es el mejor recurso para identificar la inadaptación, pues esta se hace evidente en la forma en que llegan los pacientes a consulta, cómo caminan, cómo hablan (sin escuchar lo que enuncian), para lo cual el terapeuta debe desarrollar ciertas habilidades que le permitan identificar los signos de la inadaptación.

Esta forma de proceder da cuenta de un cambio epistemológico y metodológico en las ciencias psi, pasa de la Psiquiatría clásica, en donde se partía del interés por conocer el origen de la enfermedad, a la Psicología moderna, que constituye un sostenimiento del proceder clínico de la medicina y la Psiquiatría moderna orientada por el modelo epidemiológico. De ese modo, surgen las Técnicas Cognitivo Conductuales (TCC) que “son una forma estructurada de psicoterapia que surge de la unión entre las estrategias de modificación de conducta basadas en la creencia conductual y la terapia cognitiva, vinculada con modelos cognitivos de la psicopatología” (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

En este orden de ideas, en la clínica de las TCC se introducen términos que justifican la práctica, como sucede con lo que respecta al vínculo clínico, que es entendido como rapport. El término rapport se asume como aquello que el terapeuta ha de establecer para crear una atmósfera segura y de confianza, que se basa en el respeto y la aceptación mutua (Sattler y Hoge 2007). También constituye el momento de inicio del proceso terapéutico en el que el rapport es el elemento que permite obtener el mayor número de datos posibles, para de ese modo, establecer la información del paciente como lo es el examen mental. Lo que dice el paciente es tenido en cuenta en tanto sirva a las preguntas que se plantean a partir del terapeuta. Así entonces, es pertinente

preguntarse por ¿cuáles son las condiciones de emergencia epistémica en la clínica del Psicoanálisis y la Terapia Cognitivo Conductual respecto de la noción de vínculo clínico?¹ Aquí se introduce la clínica del Psicoanálisis como una práctica que ofrece un modo de proceder distinto, orientada hacia la construcción de saber en tanto subjetivo, en donde se plantea el concepto de transferencia que da cuenta del vínculo clínico en el análisis, pensando al sujeto (tanto paciente como terapeuta) en una posición que posibilita la emergencia de lo singular de la subjetividad.

Introducir la pregunta concerniente al vínculo clínico en Psicología y en las TCC, se hace con el fin de cuestionar lo que de él se entiende, cómo surge y se construye y cuál es su significación en una clínica que se establece como ciencia que se orienta bajo el carácter de objetividad y efectividad científica. Igualmente, se propone un planteamiento distinto, una crítica en tanto posibilidad de un modo de proceder diferente, orientado por la subjetividad. Con el propósito de responder a esta pregunta, se plantea como objetivo general realizar un análisis comparativo del vínculo clínico en la clínica psicológica de las Técnicas Cognitivo Conductuales (TCC) y la clínica del Psicoanálisis, mediante una indagación epistemológica que permita explicar los conceptos a los que se refiere cada una de las disciplinas, con el fin de brindar elementos que permitan ampliar el campo de comprensión que aporte a la formación en terapéutica psicológica.

La metodología que orienta la investigación y que es utilizada para dar cuenta del objetivo planteado destaca aspectos como la importancia de establecer una relación singular con la pregunta de investigación que permita a quien escribe involucrarse como sujeto. Asimismo, la necesidad de investigar en tanto análisis arqueológico, es decir, rastrear los indicios que dan cuenta de las condiciones de emergencia del vínculo clínico. Otro de los aspectos a destacar es la orientación genealógica, con ella se hace referencia a las múltiples relaciones que se efectúan para que un elemento irrumpa como verídico en determinada época y en ciertos tipos de discursos.

El texto se estructuró en tres capítulos con el fin de profundizar, analizar y articular lo que respecta a la construcción del vínculo clínico en Psicología y en Psicoanálisis. En el primer capítulo se exponen los antecedentes que dan origen a la Psicología como ciencia de lo humano y el establecimiento de la práctica clínica de las Técnicas Cognitivo Conductuales. A partir de la esta

¹ Las condiciones de emergencia, concepto tomado del análisis del discurso de la “*Arqueología del saber*” de Michel Foucault (1969), se refieren a qué es lo soporta el surgimiento de la noción de vínculo clínico en la clínica psicológica de las TCC y la clínica del Psicoanálisis.

consolidación de la práctica, se estudia la formalización de lo que se refiere al vínculo, en la TCC denominado rapport. En el segundo capítulo, se analiza el surgimiento de la clínica del Psicoanálisis como práctica subjetiva y la construcción del concepto de transferencia para referirse al vínculo clínico, en la teoría freudiana y la teoría lacaniana. El tercer capítulo está orientado al desarrollo de una discusión que propone un análisis comparativo de la clínica psicológica de las TCC y la clínica del Psicoanálisis como dialogo entre ambas disciplinas, con el fin de ofrecer un planteamiento distinto, una crítica en tanto posibilidad de un modo de proceder diferente.

Metodología

Con el propósito de dar a conocer los aspectos metodológicos que sirvieron en esta investigación, es necesario exponer la forma en que se procedió, es decir, contar cómo surgió la pregunta, la forma en que se escogieron y analizaron las fuentes bibliográficas para abordar lo concerniente al vínculo clínico en la clínica psicológica y en la clínica del Psicoanálisis, además de esclarecer las hipótesis que se formularon y formalizar las conclusiones a las que se llegó. Este trabajo se estructuró en una orientación psicoanalítica, en la que se da primacía al sujeto y a lo singular de su subjetividad, entendiendo el vínculo clínico, transferencia, como eje central y posibilidad terapéutica. Asimismo, las diferentes fuentes bibliográficas se estudiaron desde un análisis arqueológico, lo que implicó la búsqueda de las condiciones de emergencia de los conceptos, destacando aquellos indicios que orientaron el recorrido metodológico.

Investigar con el Psicoanálisis: una propuesta metodológica

Para el desarrollo de esta investigación se plantea retroactivamente una propuesta metodológica con base en el análisis de enunciados como formaciones discursivas considerando principios, que se explican en este apartado, como la revisión bibliográfica, la docta ignorancia, es decir “la ignorancia de alguien que sabe cosas, pero que voluntariamente ignora hasta cierto punto su saber para dar lugar a lo nuevo que va a ocurrir” (Gallo y Ramírez, 2012, p.78). Se procura entonces, el respeto por las fuentes y la investigación teórica, implicando de este modo una construcción de saber y la acentuación de la subjetividad. Asimismo, se propuso trabajar con los elementos de la clínica del Psicoanálisis, al igual que las herramientas para el tratamiento de la

información en la investigación científica, todo ello con el fin de poder formalizar la pregunta de investigación. En esta investigación esto se reflejó inicialmente en la formulación de la pregunta, ya que se estructuró a partir del entrelazamiento de dos discursos, el del Psicoanálisis y el de la Psicología. Así, investigar se propuso del lado de sostener lo sabido y orientarse por la búsqueda de lo que no se conocía.

El modo de investigar que se llevó a cabo es retroactivo, de formalización retroactiva, debido a que sólo se pueden ir aclarando los conceptos y nociones a medida que se va investigando. De ese modo, se fueron estructurando los capítulos que conforman el trabajo a partir de la lectura y análisis de las fuentes. Igualmente, este método no constituye un prototipo o un patrón a seguir, sino que se vale del descubrimiento y la sorpresa al investigar, es decir, dándole lugar a lo inesperado. Claro está, manteniendo un orden, rigurosidad, precisión y sin olvidar los principios que constituyen al Psicoanálisis y que son fundamentales para esta investigación. A saber, primero, el Psicoanálisis como práctica de la palabra, entendido desde la investigación hace referencia a tener en cuenta aquello que concierne a la pregunta, valiéndose de las referencias bibliográficas como sujeto hablante. Segundo, la existencia de la atención flotante, la cual consta de una escucha en la que se privilegia al sujeto, es decir, permitirse conocer los textos, no acomodarlos para obtener los resultados que se esperan, ello implica estar atento ante la sorpresa y no a la predicción. Tercero, debe darse el vínculo transferencial para que de ese modo pueda haber análisis, en otras palabras, el investigador ha de vincularse con su pregunta. Cuarto, en el Psicoanálisis existe un reconocimiento de la subjetividad, debe aflorar, permitirse y trabajar con ella, valerse de la información, trabajar con ella y permitirle decir. Quinto, en el análisis no se establece un fin como tal, no hay un número estándar de sesiones ni tiempo fijo. Al momento de investigar el fin no se estipula, sino que se construye.

En "*Análisis terminable e interminable*" (1937), Freud menciona dos condiciones que una vez cumplidas, se podría hablar de la culminación del análisis. Menciona que la primera condición es que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias e inhibiciones. Esto podría traducirse en el momento de investigar como la indagación y esclarecimiento de las hipótesis que orientan cada uno de los capítulos y a partir de ellas producir un nuevo saber, aportes respecto a lo investigado. Como segunda condición plantea que, el analista ha de juzgar haber hecho consciente en el enfermo lo reprimido, lo incomprensible, eliminado las

resistencias interiores, es decir, que no retorne lo que causó malestar en él. Así entonces, se puede decir que ello constituye el esclarecimiento de la pregunta que orienta la investigación, una vez resueltas las hipótesis, pues es el investigador quien dicta el camino y el objetivo de investigar. La construcción y esclarecimiento de las hipótesis permitió la escogencia y análisis de las fuentes. En el primer capítulo, por ejemplo, la estructura se modificó en diferentes momentos, ya que se buscó el esfuerzo de precisión. Esto implicó escribir en un primero momento y en segundo, analizar lo trabajado para responder al objetivo, es decir, reescribir para precisar, dar claridad y producir un nuevo decir a partir de lo ya planteado.

Es importante mencionar que, aunque se planteen objetivos específicos, que es necesario que la investigación se oriente por ellos, estos no deben estar anudados a respuestas esperadas; es decir, se plantean objetivos, hipótesis y una pregunta no con el fin de encontrar lo que se sabe (resultados esperados), sino de sorprenderse con lo encontrado. Anudado a esto, cabe señalar que en el proceso de investigar se puede encontrar que los resultados no son satisfactorios o éxitos, lo que constituye un decir acerca de algo y no una investigación fallida. Freud lo menciona haciendo alusión al análisis al decir que, si las condiciones de un análisis terminado no se cumplen debido a dificultades externas, es pertinente hablar de un “análisis imperfecto” (en tanto no es de resolución satisfactoria) y no de un análisis no terminado (o análisis fallido). De ese modo, se procuró rigurosidad en la relación entre los objetivos y las conclusiones de cada capítulo, teniendo en cuenta que las conclusiones iban surgiendo a medida que se investigaba, que se escribía y reescribía lo esbozado. El esfuerzo radicó en no anteceder las respuestas a las preguntas.

De ese modo, el investigar es un proceso que involucra al sujeto investigador y es el investigador mismo quien debe darle valor a su investigación (Gallo y Ramírez, 2012). Así, la pregunta que orientó el trabajo surgió a partir de interrogarse por la relación que involucra tanto al paciente como al terapeuta en la clínica psicológica. Esta se fue formulando y estructurando de forma paralela en el proceso de formación psicológica, como en el trabajo en el laboratorio de discurso, que inició como semillero de investigación orientado por el Psicoanálisis. Además, esta investigación fue expuesta y sometida a evaluación por pares en las muestras de semilleros de investigación de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Es importante mencionar que la formulación de la pregunta constituyó un proceso que a medida que se iba investigando, se iba modificando y precisando.

Con el fin de responder a la interrogación por el vínculo clínico, se utilizaron herramientas como lo son la recolección de información, específicamente de información bibliográfica; fuentes secundarias, mediante la indagación de material concerniente a temas de la clínica del Psicoanálisis y la clínica psicológica; artículos investigativos; grupos de discusión, en el que se trabajó con estudiantes y docentes que conforman el laboratorio de discurso “Sujeto y Psicoanálisis”; y el análisis de la información. El grupo de discusión es una de las herramientas de investigación que orientó en mayor medida el trabajo investigativo, ya que la pregunta que dio origen a la investigación surgió en el trabajo con el laboratorio. Algunos de los trabajos que orientaron el establecimiento de la pregunta fueron *“El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica”* (1963) y *“El poder psiquiátrico”* (1974) de Michel Foucault, además de las diferentes discusiones a que se dio lugar en el transcurso del trabajo en el laboratorio.

Teniendo en cuenta estos elementos, se propuso un modo de investigar en el que se involucre investigar con el método indiciario, que implica rastrear los indicios que dan cuenta de la pregunta y permiten explorar aquello establecido, o ya constituido como saber, para así construir un nuevo saber. Saber que implica una posición por parte del investigador. Este proceder tiene en cuenta aquellos detalles y hechos en apariencia insignificantes, ya que ellos permiten dar cuenta de lo subjetivo. Esta forma de proceder sirvió para estructurar los capítulos. En el primer y segundo capítulo se planteó analizar cómo surge la orientación clínica tanto en la Psicología como el Psicoanálisis, para después exponer el abordaje de vínculo clínico. En el primer capítulo el trabajo se hizo complejo, debido a que fue necesario hacer una revisión del recorrido epistemológico e histórico del concepto, de la disciplina y de la práctica. En ello se tuvo cuidado de no convertir esa reflexión en una historia de las ideas, es decir, de no convertir esa revisión en un relato que contaba cronológicamente una cantidad de hechos. Sino que en la exploración de cada momento de evolución se fueron esclareciendo las condiciones de emergencia y entrecruzamientos discursivos, así como la formación de conceptos. De ese modo, se fue considerando cada momento evolutivo del concepto, de la disciplina y de la práctica, al igual que se fue realizando un rastreo en esa revisión.

Este trabajo no constituyó simplemente contar el relato de la evolución, también se tuvo en cuenta lo considerado error, como es denominado aquello que se sale del control, pues el error, de igual modo, permite evidenciar la subjetividad. Así, este método posibilita un reconocimiento de

la subjetividad y la singularidad del sujeto, especialmente del investigador. Foucault en su trabajo *“La arqueología del saber”* (1969) introduce la noción de contradicción, que da cuenta del abandono por la coherencia entre las teorías, los conceptos, los discursos y las prácticas. Así, se propuso dar lugar a la interrogación de las contradicciones en lo que respecta al vínculo clínico en la clínica psicológica y que se establecen como saberes fijos e incuestionables. Una de las cuestiones que se abordó como contradicción fue la consolidación de las Técnicas Cognitivo Conductuales, pues estas corrientes de pensamiento individualmente se presentan como contradictorias y, sin embargo, se amalgaman y erigen como una práctica clínica. Otra de las contradicciones que se analizó es respecto a las diferentes formas de nombrar el vínculo clínico y cómo debido a la escases de bases epistemológicas, los términos para referirse a él son utilizados en una y otra forma de la clínica sin mayor cuidado.

Ahora bien, uno de los elementos en los que se propuso mantener el esfuerzo al investigar es la precisión², pues esta permitió indagar exhaustivamente por la epistemología de los conceptos y analizar especialmente los detalles que han de emerger en las diferentes definiciones y nociones. Esto posibilitó cuestionar la información y formular nuevas preguntas e hipótesis. Es importante mencionar que este método remite a un modo de proceder particular, irrepetible y no es susceptible de ser evaluado desde estándares. Lo que no implica que se trabaje de manera imprecisa, se procede de modo distinto, orientado por la pregunta, procurando mantener el esfuerzo de precisión y claridad. Este esfuerzo de precisión que orientó el recorrido metodológico, es una forma de proceder que debió evocarse en todo momento para no terminar haciendo una historia de las ideas o un recuento cronológico y, por el contrario, volver a la pregunta una y otra vez; cuestión que se refleja en el desarrollo de la investigación.

Lo expuesto hasta este punto, permite evidenciar la formalización retroactiva del recorrido metodológico en el proceso investigativo, que tuvo como producto la construcción de un análisis comparativo, en tanto dialéctico, y que resultó en un tercer capítulo. Al ser los dos primeros capítulos descriptivos y analíticos, en el último se planteó una discusión dialéctica, en la que se

² El concepto de precisión es un criterio en la investigación que posibilita la conducción y construcción de ideas claras y distintas. Para ello, es necesario detenerse en el detalle, pues es el que orienta al momento de investigar y en la clínica (Gallo y Ramírez, 2012, p.58). Así, la precisión es una advertencia, un criterio de rigurosidad que orienta el modo de actuar que el investigador debe asumir.

consolidó la postura del investigador mediante la formulación de aportes éticos, metodológicos y, por tanto, clínicos, a partir de la orientación psicoanalítica. Un aspecto a resaltar es el aporte central de la clínica de la palabra, el cual surge en un lapsus en relación con la clínica de la escucha. Este aporte fundamenta y constituye un nuevo decir de la clínica a partir de la investigación.

La escritura como formalización investigativa

Teniendo en cuenta la propuesta de investigación con elementos psicoanalíticos y de la investigación psicológica, es preciso señalar qué aspectos fueron considerados para la formalización del presente trabajo. A saber, la organización del cuerpo del trabajo que está estructurado en tres capítulos que responden a los temas principales y objetivos específicos, el vínculo clínico en Psicología, la transferencia en Psicoanálisis y el análisis comparativo en tanto discusión. Los capítulos, a su vez, están organizados por apartados que permiten el desarrollo del tema y al finalizar cada capítulo se encuentra una conclusión que reúne los aspectos más relevantes.

El primer capítulo, Psicología como ciencia de lo humano: Un acercamiento hacia el vínculo clínico, está dividido en cinco apartados: “El alma filosófica”; “Los métodos de la Psicología: Un paso hacia la ciencia”; “Psicología como ciencia: Una adopción metódica y conceptual”; “La Psicología en el siglo XX”, con un subapartado “La Psicología en el siglo XX: el quehacer clínico como parte de la multiplicidad”; y “El vínculo clínico en la Psicología: una aproximación a las TCC”. En ellos se trabaja la concepción de alma, psique y mente en relación con el estudio del hombre, en el que la Psicología de interesa y se propone estudiar estableciéndose a partir del modelo científico. Esto produce una fragmentación en su consolidación, de donde surgen las distintas corrientes de pensamiento y con ellas La Terapia Cognitivo Conductual. De ese modo, en el desarrollo del capítulo se trabaja el surgimiento del vínculo clínico en la clínica psicológica y las diferentes formas de nombrarlo.

El segundo capítulo, La transferencia como invención psicoanalítica: un acercamiento al vínculo clínico, se distribuye en tres apartados en los que se consideró importante analizar el surgimiento de la terapéutica psicoanalítica, teniendo en cuenta que el Psicoanálisis nace como clínica; esto se trabaja en el primero apartado que se titula “Del tratamiento del alma a lo inconsciente: terapéutica psicoanalítica”. Al estudiar la clínica del Psicoanálisis, su proceder, la construcción del método y los diferentes conceptos, se llega a la consolidación del concepto de

vínculo clínico denominado transferencia y que se trabaja en el segundo apartado “Transferencia como mecanismo de vínculo: Una aproximación freudiana”. En el tercer y último apartado, “Transferencia en tanto dialéctica: postulaciones lacanianas”, se analizó el concepto de transferencia desde la teoría lacaniana, principalmente con el trabajo *“Intervención sobre la transferencia”* (1951) de Jacques Lacan y sus posteriores postulaciones a partir de autores como Jacques-Alain Miller y Miquel Bassols.

El tercer capítulo, Construcción de una clínica de la palabra: aportes para la formación del reconocimiento del vínculo clínico en Psicología, se realizó un análisis comparativo del vínculo clínico en la clínica psicológica y la clínica del Psicoanálisis de modo dialéctico. De esa manera, el capítulo se orientó bajo la pregunta ¿qué puede aportar el Psicoanálisis a la Psicología?, primero desarrollando un apartado de contextualización respecto a la formalización de la Psiquiatría como práctica clínica, para entender la práctica clínica psicológica. Esto permite introducir la noción de ética y junto con ello aportes éticos y metodológicos a la práctica clínica de las TCC y la Psicología. Finalmente, se hace un aporte fundamental, como hallazgo, con el fin de ofrecer un planteamiento distinto, una crítica en tanto posibilidad de un modo de proceder diferente. Se propone así, una clínica de la palabra.

Los tres capítulos que consolidan la investigación corresponden a tres momentos que dan cuenta de la formulación y desarrollo de la pregunta que orienta el presente estudio, a través de los cuales se expone el recorrido transitado durante el proyecto. Asimismo, se describen los inconvenientes presentados en el trabajo efectuado o, en otras palabras, el descubrimiento de nuevas incógnitas y cuestionamientos que surgen al momento de investigar y que permitieron precisión en tema que interesa al trabajo. Con lo expuesto hasta este punto, se evidencia el recorrido para abordar las condiciones de emergencia del vínculo clínico y se acentúa lo imprescindible que resulta contar con el sujeto al momento de investigar. De igual forma, se constata lo planteado anteriormente respecto a los resultados esperados, se muestra que los hallazgos no responden a planteamientos prescritos de antemano. Se reafirma entonces, el dejarse sorprender en el curso de la investigación, dando lugar al sujeto, al que se investiga como el que investiga, y la construcción de un nuevo decir.

Estado de la cuestión

Sostener la premisa de que puede haber algo nuevo por revelar al investigar, implica un trabajo previo, lo que constituye la elaboración del estado de la cuestión, entendido como aquel que permite evidenciar el problema a investigar que surge a partir de lo dicho por el que investiga y por otros. De ese modo, el estado de la cuestión es un elemento importante en el proceso investigativo, pues sirve inicialmente como fuente de reconocimiento sobre el tema que concierne, así como permite establecer y direccionar la pregunta que orienta la investigación, teniendo en cuenta lo dicho y no dicho hasta el momento al respecto, es decir, identificar el estado actual del tema. Respecto al tema que compete a esta investigación, el vínculo clínico en la clínica psicológica de las TCC y la clínica del Psicoanálisis, han sido escasos los recursos investigativos encontrados hasta el momento y no se han encontrado trabajos que aborden la temática desde un punto de vista comparativo y crítico. Por lo tanto, se han tenido en cuenta, para el desarrollo del estado de la cuestión, trabajos que hacen una aproximación respecto a los conceptos y nociones que interesan a la presente investigación.

Entre los documentos encontrados, existen algunos que favorecen un acercamiento, comparativo, entre las distintas formas de referirse al vínculo, así como entre diferentes escuelas de pensamiento. Ello se evidencia en el trabajo de Miguel Uribe Restrepo, titulado *“Factores comunes e integración en las psicoterapias”* (2008). Restrepo fundamenta su trabajo en los factores que permiten pensar en una integración en las distintas psicoterapias, principalmente en la psicodinámica, la cognitiva conductual y la interpersonal. El interés que subyace a este trabajo se centra en la importancia que se da a la relación entre terapeuta y paciente, debido a que Restrepo manifiesta que, indistintamente de la escuela psicoterapéutica de la que se hable es necesario tener en cuenta dicha relación, que influye y guía el tratamiento. Sin embargo, se resalta primordialmente el rol del terapeuta y las expectativas del paciente como únicos factores determinantes.

Un artículo que es importante resaltar, ya que hace un reconocimiento de los fundamentos epistemológicos de la relación terapeuta-paciente desde un punto de vista ético (moral³), más exactamente del pluralismo de los valores, es el de Doris Ospina, titulado *“La relación terapeuta-paciente en el mundo contemporáneo”* (2008). En él hace un análisis de la situación actual de la relación terapeuta-paciente que ha de establecerse a nivel terapéutico y permite una aproximación de la filosofía política en el contexto de la salud. Así entonces, Ospina refiere que la posición del terapeuta, en tanto poseedor de saber, ha perdido fuerza y es necesario reelaborar una posición que permita abordar lo terapéutico desde un punto de vista más humanizado. En su trabajo, Ospina expone los diferentes nexos que se pueden establecer a través de dicha relación, con respecto a la identidad cultural, a la educación y al uso de la tecnología. Finalmente, su trabajo concluye en una propuesta en la que el eje central del modelo organizativo de la salud sea la relación terapeuta-paciente, en la que los profesionales deberán adaptarse a ella y no al contrario, inclinada hacia la formación en valores y permitiendo un trato humanitario y consecuente con el paciente.

Existe una investigación que tiene gran relación con lo planteado en el presente trabajo, la desarrollada por Ana María Arango y Miguel Fernando Moreno, *“Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico”* (2009), en donde hacen un recorrido histórico y práctico de las diferentes formas de referirse al vínculo terapéutico en la terapia dinámica, conductual, cognitiva y centrada en el cliente. Con relación a la terapia dinámica hacen referencia a su influencia psicoanalítica, así como el rol del terapeuta y del consultante, predominando el del terapeuta, en el establecimiento del vínculo. Al hablar de la terapia conductual refieren que no existe una definición como tal y sólo se preocupan por resaltar algunos factores propios del terapeuta que son indispensables para el establecimiento del vínculo, lo que llevará al éxito de la terapia. En esta terapia se habla principalmente de rapport. En la terapia cognitiva mencionan que el término que alude al vínculo es el de esquemas interpersonales, entendiéndolos como estructuras mentales prototípicas que dependen de las experiencias interpersonales. Finalmente, en la terapia centrada en el cliente expresan que es entendida como interactiva y el interés se centra en cómo el cliente experimenta el proceso terapéutico y cómo se siente con el terapeuta. Esta investigación constituye un acercamiento a la temática a tratar, sin embargo, en la exposición de las corrientes

³ Ética entendida desde el pensamiento contemporáneo, que es abordada como el conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida (Diccionario de la Real Academia Española).

de pensamiento hay un abandono por los presupuestos epistemológicos, limitándose a una descripción de los términos.

Respecto a la segunda temática que interesa a la presente investigación, el vínculo clínico (transferencia) en la clínica del Psicoanálisis, la investigación esta anudada a la perspectiva teórica y práctica, por lo que la clínica constituye un campo tanto investigativo como de construcción conceptual. Siguiendo esta idea, el trabajo desarrollado por Luis Carlos Rosero García, *“Transferencia y pulsión: ejes de la clínica analítica”* (2015), da cuenta del surgimiento de la transferencia como elemento transversal en la clínica. Rosero expone aspectos del surgimiento del concepto por parte de Sigmund Freud, quien en el ejercicio de su clínica llegó al descubrimiento de la transferencia como elemento que permite el análisis y, asimismo, la palabra como medio analítico que favorece el alivio del sufrimiento; como se denomina en el campo psicoanalítico “la cura por la palabra”. De igual forma, expone la transferencia entendida a partir de las propuestas freudianas y de las propuestas lacanianas. Es válido resaltar la pertinencia epistemológica que fundamenta esta investigación, pues permite entender el concepto desde sus primeros indicios hasta la inmersión de las distintas posturas. La cuestión a tener en cuenta, es lo que permitiría conectar las propuestas psicoanalíticas con las psicológicas, trabajo que se pretende desarrollar en la presente investigación.

Otra de las investigaciones abordadas se refiere al vínculo terapéutico en Psicología, y más específicamente a la alianza terapéutica de la Psicología Dinámica. La investigación desarrollada por Patricia Santibáñez y colaboradores titulada *“Variables inespecíficas en psicoterapia”* (2008), expone aquellas variables que están inmersas durante el proceso terapéutico y que influyen en el desarrollo que ha de tener, así como en los resultados. Estas variables las divide en tres grupos, uno con respecto a las variables del consultante, en las que destaca variables demográficas, diagnóstico clínico, creencia y expectativa y disposición personal; un segundo grupo para referirse a las variables del terapeuta como actitud, habilidades, personalidad, nivel de experiencia y bienestar emocional. En el tercer grupo se refiere a las variables de la relación y alianza terapéutica, en donde menciona que la alianza terapéutica constituye un trabajo en armonía entre el terapeuta y consultante. Asimismo, refiere que la alianza integra tres componentes que la estructuran y su buena integración favorece un buen proceso y resultados positivos, a saber, vínculo, tareas y metas. Así entonces, los autores concluyen que las variables del consultante y del terapeuta deben ser

comprendidas en función de la interacción que entre ellas se produce. Esta investigación constituye un antecedente importante, dado que pone de manifiesto uno de los aspectos que interesan a una de las formas de referirse al vínculo terapéutico en Psicología. Además, se ha encontrado que el término alianza terapéutica es de los más utilizados en lo que respecta al vínculo clínico.

Las investigaciones anteriormente mencionadas evidencian aspectos que interesan a la clínica, como el vínculo clínico, sus diversas formas de ser nombrado, su conceptualización y, en cierto punto, su aproximación epistemológica. Se exponen, igualmente, las diferentes corrientes de pensamiento que interesan a la presente investigación. Sin embargo, es importante mencionar que los acercamientos que se hacen al vínculo clínico se refieren, principalmente, al papel que ha de desempeñar el terapeuta, haciendo énfasis en los requisitos, logros e intereses como punto principal, dejando de lado a aquel que asiste a consulta, llámese paciente, cliente, usuario, o limitándolo a factores sociodemográficos y expectativas. Asimismo, la postura psicoanalítica constituye una de las temáticas a tratar y una propuesta metodológica en la clínica psicológica; por tanto, se menciona en este estado de la cuestión, aspectos referentes a la transferencia.

Los trabajos hasta ahora expuestos, cuentan con aportes significativos para el presente trabajo, sirviendo como constancia de lo dicho, pero también permiten identificar que esta investigación no constituye una repetición y sino un aporte que plantea indagar por aspectos que permitan realizar un análisis comparativo del vínculo clínico en la clínica psicológica de las TCC y la clínica del Psicoanálisis.

Capítulo 1. Psicología como ciencia de lo humano: Un acercamiento hacia el vínculo clínico

En el presente capítulo se pretenden exponer las condiciones que dan origen al concepto de vínculo clínico, en particular a la manera en que se aborda y define en la Psicología Clínica cognitivo conductual. Es importante entender la Psicología no sólo desde los conceptos contemporáneos, sino desde su epistemología, para de ese modo analizar las diferentes formas de pensamiento producto de diversas épocas que, también, son consecuencia de lo que se plantea y estructura como ciencia. Además, es considerable mencionar que este objetivo responde a la pregunta que orienta la presente investigación, la pregunta por las condiciones de emergencia de

vínculo clínico en la clínica del Psicoanálisis y en la clínica psicológica, concretamente, en la Terapia Cognitivo Conductual. De ese modo, abordar las relaciones humanas como vínculos que se establecen entre sí, relaciones que permean diferentes modos de ser y estar, permite comprender al sujeto que se relaciona, no sólo consigo mismo, sino con los otros, con el mundo, y a su vez, da lugar al cuestionamiento sobre sí. Cuestión que en la clínica psicológica también se da y que es, o ha de ser, un elemento importante que permita el desarrollo del trabajo terapéutico. A saber, el vínculo clínico, el cual hace referencia a la relación que ha de desarrollarse entre el psicólogo y el paciente.

Ahora bien, los temas que interesan a este primer capítulo corresponden a un recorrido descriptivo, el cual parte desde el análisis de los factores primordiales que permitieron el posicionamiento de la Psicología como ciencia, seguido, del estudio de las condiciones de emergencia de su práctica clínica, para finalmente, dar cuenta de la función del vínculo clínico en la terapéutica psicológica. Este capítulo está dividido en cinco apartados. El primero, “El alma filosófica”, inicia con un abordaje de los planteamientos filosóficos respecto del estudio del alma, resaltando que previo a la edad moderna el estudio del alma (o la *psyche*) constituía una vía para entender la trascendencia del hombre. En el segundo apartado, “Los métodos de la Psicología: un paso hacia la ciencia”, se estudia el reconocimiento de la ciencia como fuente y construcción de conocimiento, que se va cimentando a partir de distintos métodos que surgen de disciplinas y formas de pensamiento que se contextualizan con la época. Es de este modo que el método científico, considerado como el modo verdadero de obtener conocimiento, adquiere estatus a nivel científico y todo aquello que pretenda considerarse ciencia debe regirse por él, camino que siguió la Psicología.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el tercer apartado, “Psicología como ciencia: una adopción metódica y conceptual”, se hace necesario señalar que la Psicología emerge como ciencia experimental, como consecuencia de los diferentes pensamientos que se oponen a ella o la consideran insuficiente. Surgen entonces, corrientes de pensamiento como la Psicología descriptiva o comprensiva, el Psicoanálisis, el conductismo y sus derivaciones o conductismo de segunda generación como el análisis experimental de la conducta, la Psicología Cognitiva, etc. Seguido, en el cuarto apartado, “La Psicología en el siglo XX” y el subapartado, “La Psicología en el siglo XX: el quehacer clínico como parte de la multiplicidad”, se expone la estructuración de

prácticas terapéuticas como La Terapia Cognitivo Conductual en la Psicología, que buscan entender y abordar lo humano desde sus planteamientos conceptuales, a partir de la descripción de fenómenos y procedimientos. De ese modo, se llega al apartado “El vínculo clínico en la Psicología: una aproximación a las TCC”, en el que se formula el vínculo clínico como consecuencia de la construcción de la clínica psicológica. Es decir, se realiza una aproximación epistemológica de la Psicología y su posterior constitución como clínica, para comprender las condiciones de emergencia del vínculo. Por tanto, se hace necesario en el recorrido, rastrear los indicios sobre el vínculo e identificar qué lugar se le otorga dentro de su proceder. Así entonces, el objetivo que guía este primer capítulo, es el de rastrear el concepto de vínculo clínico, en Psicología, principalmente, en la Terapia Cognitivo Conductual.

I. El alma filosófica

Para cuestionar qué es la Psicología, en qué se soporta su quehacer y bajo qué fundamentos se estructura como ciencia y como práctica, es indispensable analizar las épocas cruciales en las que dicha disciplina se ha cimentado, realizando así un bagaje histórico que permita vislumbrar los momentos en que empieza a surgir y a posicionarse como saber y como disciplina.

Ahora bien, la filosofía tuvo gran interés por entender el actuar y pensar del hombre, pensar en tanto sabiduría y actuar como hombre virtuoso, cuestiones que estaban íntimamente relacionadas. De ese modo, el conocimiento concerniente al alma estaba ligado a la virtud de forma intrínseca, cuestión que Sócrates consideraba no podía ser enseñada, como se enseñan las ciencias. Sócrates sostenía que “siendo muy virtuosos y muy hábiles [los hombres], jamás han podido hacer mejores, ni a sus hijos, ni a los hijos de otros” (Platón, 1871, p.20). A lo que prosigue diciendo, en referencia al discurso de Protágoras (1871), que la virtud quizás no ha de ser enseñada al igual que otros saberes, pero sí ha de ser aprendida en la experiencia, en la interacción con los otros, lo que constituye, por tanto, la formalización de un saber concerniente a todos los hombres. Asimismo, esto lleva a entender la virtud como un todo, un conjunto de elementos que se asemejan pero que son distintos en sí, a saber, la templanza, valentía, bondad y justicia.

Sócrates mantenía la idea del conocimiento epistémico y de la doxa (opinión), en donde la sabiduría se anudaba a este último, pues la virtud al constituirse como un cuidado y transformación del propio ser, se implicaba como construcción (como descubrimiento) y conducción del alma. Por

otro lado, Platón consideraba que la adquisición de la virtud estaba del lado de la búsqueda de la verdad; virtud que era propia de los filósofos interesados por el estudio del alma. Esta búsqueda se hacía mediante la recuperación del conocimiento correspondiente al mundo de las ideas que se olvidaba al nacer, es decir, recordar lo aparentemente olvidado. De igual forma Aristóteles creía que la “eudaimonía” (felicidad) se adquiría mediante la virtud, lo cual, a su vez, constituía a un hombre de ética. Estos planteamientos permitieron a Aristóteles construir una episteme sobre el alma. Es de tener en cuenta, que en los sistemas filosóficos de la antigüedad el alma (o psyché) era considerada un ser natural. A partir de los estudios realizados por Aristóteles, quien la entiende a partir de la biología general, el alma se estudia desde la física, como un cuerpo físico, así entonces, “la física trata el alma como forma del cuerpo viviente, y no como sustancia separada de la materia” (Canguilhem, 2000, p.3). Este pensamiento, aunque se transformó en el pensamiento filosófico posterior, en la edad media y en la modernidad, permaneció del lado de las ciencias naturales, e incluso de las humanas, anudado al estudio del alma que influyó en el pensamiento contemporáneo.

Es importante hacer un aparte en este punto, referente a la noción, y más exactamente a las formas y traducciones en que se nombra la psyche o el alma. En la filosofía griega lo concerniente a la psyche era una concepción accidental, pues se llegaba a ella no de forma directa, sino mediante la indagación de la idea de inmortalidad o de trascendencia, es decir, la psyche constituía un sostenimiento y una vía para entender el cosmos, aquello considerado trascendente. La cuestión ahora es entender cómo se sustituye la palabra psyche por la palabra alma, como es entendida en el mundo occidental. Con los filósofos presocráticos se hablaba de psyche o psyché, pero dadas las traducciones de la época se empezó a hablar de alma posteriormente; la palabra psyche fue reemplazada por alma, entendida como esencia vital de los hombres que permite conocer y entender el mundo, como sustancia inmaterial, inmortal y trascendente.

Ahora bien, en la edad media San Agustín consideraba que el alma, lo que él llamó espiritualidad, era el camino para conocer a Dios y amarle, pues constituía la intimidad del hombre, la intimidad sobre sí mismo, ya que en el hombre interior habita la verdad, y en el descubrimiento de su interioridad es cuando se encuentra con Dios. Para San Agustín el alma es el lugar de la memoria, en donde lo psicológico tiene lugar para existir, entendiendo lo psicológico como el alma. Posteriormente, Santo Tomás y San Buenaventura mantuvieron el pensamiento aristotélico

y platónico-agustiniano, respectivamente, sosteniendo que el estudio del alma se encontraba a merced de la búsqueda del cultivo, conocimiento y cuidado de sí, objetivos que se alcanzan mediante la búsqueda de la virtud, la sabiduría, la salvación y en gran medida, del amor a Dios. Asimismo, en la edad media emergieron otras perspectivas respecto al estudio del alma, entendidas como psiquismo, que se presentan como: 1) construcción de un saber formalizable, epistémico sobre el psiquismo, del lado de la ciencia; 2) conocimiento, en tanto ascesis subjetiva, del lado de la transformación o purificación del sujeto, relacionado con el cuidado de sí y del alma.

En los comienzos de la edad moderna, el filósofo René Descartes (1596-1650), influyó en gran medida en lo que es considerado ciencia y pensamiento contemporáneo. Descartes consideraba que era posible tener un conocimiento verdadero de las cosas, no en tanto acumulación de saberes, sino en la experiencia del pensar, dudar y razonar. De este modo propone un método que le permite demostrar la existencia de la razón, pues consideraba que llegar al conocimiento de las cosas verdaderas era una labor del sí mismo, una construcción del pensamiento propio. En *“El discurso del método”* (1637) Descartes expone la cuestión del pensar y lo que este ocasiona en el hombre. Al pensar, se da lugar a la duda, en tanto dudar de todo aquello que los sentidos muestran, pues los sentidos engañan; entonces cuando se piensa acerca de la existencia de las cosas, ha de significar que se existe pues se piensa. De ese modo es que Descartes propone la máxima de “yo pienso, luego existo”, entendiendo el luego como un por lo tanto.

Es así que Descartes denomina al hombre como “sustancia cuya esencia y naturaleza toda es pensar, y que no necesita, para ser, de lugar alguno, ni depende de cosa alguna material” (Descartes, 2003, p.46). Este punto es importante, debido a que constituye el momento en que da indicios de la conceptualización del dualismo mente-cuerpo, suponiéndolos como dos sustancias distintas y separadas. Sin embargo, no menciona el término mente, hace referencia al alma para dar cuenta de la sustancia, de aquello que permite pensar. “... de suerte que este yo, es decir, el alma, por la cual yo soy lo que soy, es enteramente distinta del cuerpo y hasta más fácil de conocer que éste y, aunque el cuerpo no fuese, el alma no dejaría de ser cuanto es” (Ibíd., p.46). Anudado a esto, Descartes consideraba que la perfección no se entrelazaba con la duda, por lo cual, para poder entender su postura, debía pensar en algo que tuviese la característica de perfección, a saber, Dios, el único ser que poseía tal característica y del que el hombre dependía. Descartes se planteaba que Dios al existir crea, en los hombres, la inquietud de su existencia y la forma en que se da

cuenta de ello es pensando, lo que a su vez es posible por medio de la razón. En otras palabras, la razón da cuenta de la existencia de consciencia que se hace real a partir del pensamiento.

Para concebir la existencia de algo como verdadero, Descartes se regía por la regla de que las cosas que se conciben clara y distintamente son todas verdaderas (Ibíd.). Toda idea considerada verdadera, por los hombres, existe por una razón, lo que significa que ha sido puesta por Dios en ellos, como muestra de su perfección y su existencia, expone Descartes en su discurso del método.

Así finalmente, se puede vislumbrar respecto al estudio del alma, una preocupación por la construcción de conocimiento, ya sea como conocimiento transmisible o adquirido. En otras palabras, se plantea que el alma puede ser abordada desde diferentes perspectivas, pero lo que respecta a la transmisión ha de ser cuestionado, ya que sobre el alma hay saberes que pueden ser sistematizados y articulados en conocimientos razonables, al igual que hay saberes no formalizables. Hay que mencionar, además, que el estudio del alma desde sus inicios es ambiguo, pues existen versiones que le dan múltiples orígenes y definiciones, desde la razón, la espiritualidad, la experiencia, la física y biología (fisiología). La historia permite ver también las modificaciones que han tenido las distintas formas de nombrar lo considerado alma, psyché o psyche, así como las diferentes versiones que se dan para entenderlas. Así pues, el pensamiento filosófico tiene gran relevancia en las posteriores propuestas que surgen en torno al concepto que a esta investigación compete. Descartes, por ejemplo, propuso una forma revolucionaria de concebir el alma, dando pie a la concepción dual que se alberga hasta la actualidad.

II. Los métodos de la Psicología: un paso hacia la ciencia

Con el nacimiento de la ciencia moderna y los descubrimientos que se hicieron en astronomía, química y física gracias al método galileano-newtoniano, aquellos interesados en explicar la psique se preguntaban si este método podría también dar respuestas a lo psíquico o por el contrario lo excluía. El método galileano-newtoniano se caracterizaba por: 1) la articulación entre la observación inductiva y deductiva racionalista, que a partir de la creación de hipótesis y su contrastación con la realidad da cuenta de los objetos que se obtienen por medio de la observación rigurosa y repetida. En otras palabras, surge el método hipotético-deductivo. 2) El relevo de lo categórico-deductivo por lo hipotético deductivo, bajo la premisa de que las

regularidades encontradas en la naturaleza son hipótesis que han de ser sometidas a control experimental. 3) El tratamiento matemático de la experiencia, que tiene como fin darle expresión matemática, cuantitativa a la realidad para hacer más precisa su observación y su control experimental. 4) El establecimiento de leyes científicas (universales y estadísticas) colegidas a partir de la experimentación que permitan el control y la predicción de nuevos hechos, ello a partir de la observación directa de hechos aislados, ya que las regularidades no son directamente observables y son descubiertas al compararse con otras observaciones y se enuncian mediante leyes.

De ese modo, se van estableciendo modos de investigar, modos del método científico moderno. Autores como Olsen A. Ghirardi describen las características del método newtoniano como: a) estudiar un fenómeno dándole forma matemática, b) controlar dicho fenómeno experimentalmente, c) deducir nuevas conclusiones de lo encontrado y d) hacer uso de lo concluido para predecir y controlar la realidad. A partir de ello las disciplinas dedicadas al estudio de la psique, del alma, como la Psicología, se interesan por tener un conocimiento exacto, preciso y transmisible; por lo cual el alma ya no podía ser su objeto de estudio, pues su objeto debía poseer la característica de ser abordado mediante la matematización y el control experimental. Pensando en ello, “se privilegió lo que se considera el soporte matemático de la vida psíquica: las sensaciones, entendidas como elementos simples que habían sido inferidos a través de la deducción analítica, de cuyas combinaciones se obtenían los elementos complejos y, por inducción, se conjeturaban las leyes de asociación” (Lopera, 2006, p.79). Al dar primacía al soporte matemático y al control de la vida psíquica, lo particular de los sujetos, se limita el pensar del sujeto y la forma de relacionarse con el mundo. Podría decirse entonces, que se pretende predecir lo humano, predecir su relación con el otro y estandarizar lo concebido como alma.

Sin embargo, las sensaciones como objeto de estudio no satisfacían en su totalidad la necesidad de cientifización que fundamentaba la Psicología, esto debido a que las sensaciones al igual que el alma eran objetos inobservables. De ese modo, y para poder igualar la precisión de otras ciencias, fue necesario excluir y eliminar experiencias del campo psíquico como el amor, la espiritualidad, la búsqueda de trascendencia, la virtud, la amistad, la sexualidad. A pesar de ello,

la Psicología denominada ascética⁴ tenía interés por aspectos relativos a la transformación subjetiva, mas no era fundamental la construcción de conocimiento sobre el psiquismo. En este punto, se va esbozando una división en la Psicología, una del lado del conocimiento subjetivo, de la vida psíquica, y otra que pretendía eliminar los aspectos existenciales del ser humano para construir “conocimiento científico”.

De modo paralelo, se fueron estableciendo otros métodos que también buscaban construir un saber científico, pero no del lado del método galileano-newtoniano, renunciando a la matematización. Uno de ellos es la corriente de pensamiento conocida como paradigma indiciario, que es un modo de proceder en el que se tiene en cuenta los indicios considerados imperceptibles o insignificantes, para inferir y estructurar una realidad desconocida. La relevancia de introducir el paradigma indiciario como una de las posibilidades metodológicas, es debido a que tiene en cuenta lo particular y no lo general, como se pretendía. Este método constituía un rescate por lo singular de la subjetividad, de la concepción del alma como parte de lo humano, de la vida psíquica, no del lado de lo cuantificable y observable. Así entonces, el paradigma indiciario se relaciona de manera más cercana con el caso individual, con la situación específica, difícil de generalizar por su misma naturaleza. Carlo Ginzburg (1939), historiador italiano y precursor de la microhistoria, propone el paradigma indiciario como modelo de construcción de conocimiento al margen del positivismo, en donde plantea tres formas de razonar como posibilidad de producción de saber a partir del uso del recurso del indicio, la huella y no de la mecánica repetición de la estadística. Ginzburg establece una relación con el método del crítico de arte italiano Morelli, en donde buscaba identificar los rasgos de singularidad del artista en una pintura para así poder establecer

⁴ Cuando se habla de una Psicología ascética, se hace referencia a aquella que establece la construcción del conocimiento al logro de la transformación o ascesis, haciendo uso del método en tanto cualidad o experiencia sedimentada. Para Foucault, “el ascetismo debe ser entendido en ‘un sentido muy general, es decir, no en el sentido de una moral de la renuncia sino el de un ejercicio de sí sobre sí por el cual uno intenta elaborarse, transformarse y acceder a un determinado modo de ser’” (Foucault, 2000, p.258). Este ascetismo difiere notablemente del propuesto por el cristianismo, pues no constituye una renuncia de sí y de la realidad, para de ese modo alcanzar la gloria eterna después de la muerte. En cambio, la ascesis propuesta por Foucault, hace referencia a un modo de acceder a la realidad, que posibilita al sujeto en su actuar ético, así como la confrontación constante con su conocimiento como forma de saber; en otras palabras, corresponde a una práctica de libertad y no a un proceso de liberación.

la originalidad o falsedad de una pieza pictórica. Este método se centraba en aquellos detalles sin aparente importancia y que no eran intención del artista plasmar.

Como segundo método está el del personaje de ficción Sherlock Holmes, del escritor Arthur Conan Doyle, el cual se valía de los elementos presentes en la escena, elementos sin aparente importancia, y de la conjetura para solucionar casos aparentemente imposibles de resolver por los métodos policíacos tradicionales. Este método le permitía a Holmes abordar desde otra perspectiva, desde la investigación y basado en el seguimiento de indicios, formular hipótesis que después conseguía probar. Otro de los métodos con los que Ginzburg plantea una relación metodológica es con el Psicoanálisis, en donde Freud construyó una clínica que rastreaba las formaciones del inconsciente a través de la escucha de sus pacientes, una escucha que orientaba a rastrear aquellas manifestaciones que permitían bordear y construir el inconsciente del sujeto. Los métodos de Morelli y Holmes influyeron en el método psicoanalítico, ya que permitió entender que el psiquismo en lugar de ser un desorden es un encadenamiento lógico susceptible de ser reconstruido al detalle. Estos métodos implican rastrear huellas, indicios que reúnen conocimiento de otras formas de saber.

Así entonces, se presentan dos alternativas⁵ para la Psicología, una en la cual debe adecuarse al ideal impuesto por la física galileana (o por el método newtoniano), restringiendo el psiquismo a algunos aspectos, privilegiando el abordaje de las sensaciones; y otro en el que se basara en el paradigma indiciario olvidando la generalidad y exactitud propias del método galileano, conservando una serie de excepciones relativas al alma, no susceptible de formalización sino sólo en forma parcial. Sin embargo, puede plantearse una tercera opción, la de asumir una posición dialéctica que permitiese la unión y no una separación tajante de las dos posibilidades de abordar al hombre. Es decir, servirse de los elementos de un método para de ese modo poder investigar, lo cual no implica crear un híbrido metodológico ni ser ecléctico. Implica no reducir a la predicción

⁵ Al mencionar que hay dos alternativas metodológicas para la Psicología, se hace referencia a las expuestas en el enunciado anterior. Sin embargo, existen otras alternativas metodológicas de las que puede hacer uso la Psicología, por ejemplo, la investigación acción participativa, investigación cualitativa y cuantitativa, entre otros. Por tal razón, es importante mencionar que en el presente apartado se hace alusión específicamente al método galileano-newtoniano y el paradigma indiciario.

las formas de relacionarse de lo humano, no reducir lo psíquico, el alma, a un elemento cuantificable.

III. Psicología como ciencia: Una adopción metódica y conceptual

En los anteriores apartados se ha expuesto una aproximación de los inicios de la Psicología, o siendo más específicos, de su objeto de estudio, el cual ha sufrido transformaciones que han dado origen, a su vez, a nuevas formas de pensamiento, modos de abordar y formas en su práctica. Los planteamientos propuestos por los filósofos en la edad antigua, así como por los de la edad media, posibilitaron una ambigüedad en cuanto al abordaje del alma, la *psyché*, que favoreció la implementación de nuevos modos de abordar lo humano, dando cabida a lo científico. Como resultado de la ambigüedad previa a la Psicología, ésta nace diversa en su conocimiento y en quehacer.

En el análisis de los aportes históricos que han determinado el surgimiento de la Psicología como estudio del alma o de la psique, se ha encontrado como principal contribuyente a la filosofía, pues esta permitió tener una orientación más cercana al pensar y el construir del hombre. De ese modo, se interesó por temas como la espiritualidad, la transformación subjetiva y el cuidado de sí, lo que a su vez implicaba ausencia de carácter científico, falta de rigurosidad, exactitud. Así, a partir del siglo XIX se consideró que la ciencia debía romper su relación con la filosofía y que en saberes como el de la Psicología, se debían crear formas del proceder científico que dejaran atrás aquello considerado metafísico. Surgen entonces en la Psicología corrientes como el empirismo, positivismo, materialismo, evolucionismo que exponen otras formas de abordar lo humano. Sin embargo, también crean la duda respecto a la definición del objeto de estudio de la Psicología que esperaba, ante todo, responder al carácter científico de la época.

El pensamiento positivista liderado por Auguste Comte, se soportó y sirvió del materialismo, empirismo y evolucionismo, estas corrientes se convirtieron en su respaldo teórico. El positivismo se fundamentaba en hechos verdaderos investigables y de soporte científico; y a su vez rechazaba lo metafísico, aceptando “como reales únicamente aquellas cosas que puedan conocerse. Todo cuanto sea conjetura, insostenible mediante la argumentación o la observación, debe ser rechazado” (Miller, 1968, p.25). Desde el pensamiento materialista se consideraba que todas las

cosas podían explicarse como expresiones o transformaciones de la materia y la energía, inclinándose a llegar a la conclusión de que todo puede ser explicado a través de la anatomía y fisiología del cerebro. Con el pensamiento evolucionista se sostenía que la sociedad evolucionaba desde un estado teológico a uno metafísico y finalmente uno científico. La corriente empírica que fue de gran importancia para el nacimiento de la Psicología como ciencia, consideraba que “la única fuente de conocimiento verdadero del universo es la experiencia sensible: lo que puede verse, oírse, sentirse, palparse u olerse, o lo que puede inferirse en cuanto a las relaciones entre estos hechos sensorios o las constantes que se dan entre ellos” (Ibíd., p.25).

Siguiendo este precepto Wilhelm Wundt en 1879 crea el primer laboratorio de Psicología y redefine las posiciones adoptadas hasta ese momento por la Psicología, como ciencia del alma o como ciencia de la experiencia interna. Wundt da inicio a la Psicología Experimental valiéndose del método científico para dar veracidad a sus presupuestos, resaltando que “el objeto de la Psicología es la experiencia misma, la experiencia inmediata” (Wolman, 1968, p.13). Asimismo, Wundt manifestaba que el estudio de la experiencia inmediata debía combinar la experimentación y la observación –que constituía un avance de la autoobservación–. Todo esto llevó a que Wundt considerara que la mente⁶ “no es un objeto (como el alma); es un proceso”, así entonces, la Psicología ha de ser la que estudie “los procesos de la sensación, la volición y el sentimiento” (Ibíd., p.14). Ha de ser importante mencionar que el conjunto de estos procesos, dicha unidad se denominó conciencia⁷.

A partir de los trabajos de Wundt se plantea el interrogante de si es posible la utilización del experimento en el campo de lo psíquico, cuestión a la que aluden autores como Wilhelm Dilthey. Dicho autor propuso otro modo de científicidad para la Psicología en el que rechazaba la pretensión de emular las ciencias naturales y sus métodos, establece una división entre ciencias de la naturaleza y ciencias del espíritu, siendo la Psicología fundamento para ambas ciencias.

⁶ El término alma es sustituido por mente, ya que con este último se puede anudar lo que proponía el rigor científico de la época, es decir, lo sistemático y matemático. Además, al hablar de mente, se refiere concretamente a procesos mentales, procesos cognitivos y no a aspectos metafísicos.

⁷ Previo al pensamiento empírico y la consolidación de los distintos estilos de pensamiento, ya se venía hablando de la influencia de los elementos externos al hombre, de estímulos externos que afectaban el proceso mental. Johann Friedrich Herbart, psicólogo de principios del siglo XIX, exponía que “el alma responde a estímulos externos mediante defensivas que, ‘a falta de terminología más apropiada’, fueron denominadas por Herbart *percepciones*” (Wolman, 1968, p.7).

Finalmente propone una Psicología descriptiva o comprensiva, más que explicativa. Uno de los aportes a resaltar de Dilthey es que consideraba que el alma poseía la característica de ser abordable desde la científicidad, sin embargo, el modo no correspondía al de las ciencias naturales, pues no estaría sujeta a una causalidad como tales objetos. En el siglo XIX Sigmund Freud se cuestiona por cómo abordar científicamente lo mental, la psique. Freud, ante la inconformidad en la ausencia de explicación de la enfermedad de la época, plantea una forma de tratamiento científico que permitiese entender desde lo subjetivo las afecciones histéricas. Este planteamiento dio la posibilidad de abordar lo humano desde una perspectiva diferente, dio lugar nuevamente a la noción de alma, esta vez desde lo científico. Es importante mencionar que el Psicoanálisis nace como clínica, permitiendo a su vez que surjan otras aproximaciones.

Como otra forma de pensamiento, la Psicología de inicios del siglo XX adopta para sí nociones y conceptos del evolucionismo de Darwin que le permitieron plantear una nueva perspectiva. Así entonces, la escuela conductista, y más específicamente John B. Watson (1878-1958), adopta nociones como: a) ubicar al hombre dentro de una escala zoológica, equiparándolo a aquellos pertenecientes al reino animal; b) incluye dentro de su vocabulario la adaptación, que es entendida como “conductas deseables”. El sistema que Watson se planteó estaba basado en el determinismo, empirismo, reduccionismo y ambientalismo; por lo cual su Psicología se presentaba como estudio de la conducta manifiesta y observable del organismo. De ese modo, el proceder de la Psicología se plantea a partir de la observación que permita predecir, como en el comportamiento animal, el comportamiento humano. Se privilegia la repetición en tanto conducta, y se relega lo singular.

Consecuentemente, a partir del artículo “*Psychology as the behaviorist views it*” publicado en 1913 por Jhon B. Watson, se dio origen a la escuela llamada conductismo. Este trabajo constituyó una crítica a la Psicología mentalista, que a su vez proponía una nueva perspectiva centrada en el estudio objetivo de la conducta sin abordar conceptos mentalistas. Watson consideraba que para realizar un estudio objetivo de la Psicología no necesitaba conceptos como conciencia, introspección, mente, alma, etc.; “podríamos decir que la Psicología que él propuso era una ‘Psicología en tercera persona’... [era entonces] una ciencia natural, de laboratorio, sin presupuestos filosóficos especulativos” (Ardila, 2013, p.2). Watson afirmaba que el objeto de estudio de la Psicología debía ser la conducta tanto de seres humanos como animales y no era

necesario referirse a la conciencia para ello. Es así que la Psicología, en este punto, se posiciona del lado de la ciencia natural, de las ciencias exactas, buscando alcanza como meta teórica la predicción y el control de la conducta. Para lo cual es indispensable abandonar conceptos como introspección, conciencia, estados mentales, lo singular. Entonces, la relación con su objeto de estudio es a partir de la conducta del individuo-organismo, mas no del individuo como tal, en otras palabras, se da primacía a la conducta sobre el individuo. El interés en el individuo, recae la observación que se puede hacer de su conducta, más no de lo que pueda decir de ella, pues eso implicaría darle lugar a estados mentales y a la conciencia.

En su trabajo Watson reconoció el papel fundamental que juegan la biología (neurofisiología) y el ambiente en la conducta de los humanos y animales, sin embargo, resaltó la importancia del ambiente en mayor medida. El ambiente y los estímulos que de él provenían podían ser modificables y adaptables, al igual que el comportamiento humano y la sociedad, lo que implicaba que no se estaba a merced de las contingencias biológicas o genéticas. Al surgir esta propuesta la Psicología se polarizó, entre los que apoyaban y rechazaban el nuevo campo, el comportamiento. Es así que el conductismo se contrapuso al estructuralismo, funcionalismo, Psicoanálisis y a otras maneras de abordar los fenómenos psicológicos. Otros conductistas como Albert P. Weiss (conductismo social), Edward B. Holt (conductismo heterodoxo o de realismo epistemológico), Walter S. Hunter (antroponimia como nueva Psicología), Karl S. Lashey (fisiólogo conductista), Donald O. Hebb (organización de la conducta), entre otros, apoyaban el principio conductista de Watson de suprimir de la Psicología conceptos y nociones mentalistas y subjetivas, así como el método introspectivo, proponiendo nuevas formas de entender lo humano del lado de la fisiología, la química, la física, el ambiente, etc. Así, el individuo es estudiado como objeto en el que conjugan variables de las que se obtiene como respuesta una conducta que puede ser modificada y adaptada a las exigencias científicas; sin embargo, sería pertinente preguntarse por la noción de individuo que se propone, si es el de ejecutor de comportamientos o como individuo pensante o de qué otra manera podría contemplarse.

Años después se proponen nuevos planteamientos, críticas e invenciones respecto al conductismo, lo que constituyó la época neoconductista en el siglo XX. Entre los principales exponentes del neoconductismo se encuentra Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), quien revolucionó las posturas conductistas de la época y planteó una posición crucial dentro de la

Psicología. Al referirse al conductismo Skinner dice que “el conductismo no es la ciencia del comportamiento humano. Es la filosofía de esta ciencia” (Skinner, 1994, p.13). Así entonces, propone un conductismo radical que difiere, claramente, del conductismo metodológico y del conductismo desarrollado hasta ese entonces. Una de las características del conductismo radical es que no niega la posibilidad de la auto-observación o el auto-conocimiento, sin embargo cuestiona lo que puede saberse a través de los sentidos, en tanto sensaciones, pensamientos y sentimientos. Asimismo, el conductismo radical no desecha los hechos que se dan en el mundo privado de la piel (Ibíd.), ni los antecedentes externos, como sí lo hicieron el conductismo metodológico y el mentalismo, respectivamente. Por el contrario, Skinner buscaba una especie de equilibrio, no consideraba inobservables los hechos internos, pero sí cuestionaba su naturaleza, en tanto objeto observado, y su confiabilidad. Sin embargo, Skinner no consideraba el método introspectivo como recurso de investigación de la fisiología ni como causa del comportamiento.

Lo dicho hasta aquí supone que los elementos fundamentales en la predicción y el control del comportamiento son, primero el ambiente, la genética y, por último, la introspección⁸ como producto colateral. Además, se plantea la interpretación de estos elementos para entender la vida diaria, así como la posibilidad de modificar el comportamiento a partir del cambio en uno de ellos.

Cabe señalar que Skinner propuso una teoría psicológica objetiva, descriptiva y positivista, que formulase inductivamente leyes cuantitativas, evitando la deducción formal, la fisiologización prematura, el empleo de hipótesis y concepciones del sentido común. Ante el postulado epistemológico, que supone cualquier conductismo, de la existencia de una conexión lógica entre los predicados mentales y las descripciones del comportamiento, Skinner mencionaba que algunos términos mentales pueden traducirse como comportamientos y otros pueden ser descartados, ser catalogados como innecesarios e inútiles. Al plantearse una Psicología desde el conductismo skinneriano, se da lugar a la adaptación como principio. No obstante, los cambios teóricos que se han descrito pueden traducirse también como una búsqueda por la anulación del individuo como

⁸ Al considerar Skinner la introspección posible y como observación del mundo interno, de naturaleza no-física, de cierto modo la restablece, “pero no lo que los fisiólogos y los psicólogos introspectivos habían creído estar ‘presenciando’, y surge entonces la pregunta de hasta dónde se puede observar de hecho” (Skinner, 1994, p.25).

sujeto y su clasificación según su actuar, en tanto conducta; un abandono por la vida psíquica y desinterés por su forma de relacionarse con el otro.

Años más tarde, estos aportes pudieron evidenciarse en el trabajo de 1953 de Skinner "*Science and human behaviour*", que sirvió como base para el surgimiento de la Terapia de Conducta en Estados Unidos; "en esta obra se describe la aplicación de los principios del condicionamiento operante para modificar la conducta y solucionar ciertos trastornos" (Ibíd., p.49). Además, los planteamientos skinnerianos sobre el aprendizaje han tenido gran influencia en tratamientos de problemas clínicos y problemas con relevancia social, principalmente relacionados al desarrollo y educación. En la actualidad los procedimientos operantes son un elemento común en las intervenciones de la Terapia Cognitivo Conductual y en aspectos del ámbito educativo y la educación especial.

Con la incursión de nuevas formas de pensamiento que rechazaban las posturas radicales, ambiguas y algunas consideradas poco científicas, se empiezan a formular nuevos planteamientos, perspectivas de abordar lo humano, algunas con una inclinación hacia lo experimental, otras hacia lo clínico y otras para entender el actuar del hombre. De ese modo, se propone la Psicología Cognitiva como otra corriente de pensamiento en la Psicología que centra su interés en el estudio de la cognición y los esquemas mentales. Así, personajes como Jean Piaget (1896-1980) proponen una Psicología Genética o epistemología genética, centrándose en lo referente a la inteligencia, las estructuras cognitivas que la sustentan y la génesis de las mismas. Jorge Emiro Restrepo en su trabajo "*La mente desencarnada: consideraciones históricas y filosóficas sobre la Psicología cognitiva*" (2009) refiere que también se da una Psicología Cognitiva norteamericana que se fundamenta en los antecedentes de las investigaciones sobre inteligencia artificial y la creación del ordenador, pensándolo como análogo a la mente humana. A mediados del siglo XX la Psicología Cognitiva se enfrenta ante lo que considera un empobrecimiento en la Psicología, debido al fuerte impacto que tienen las teorías conductuales y las teorías psicoanalíticas. Por lo cual adopta nociones y conceptos de otras áreas, para así lograr un redescubrimiento de lo cognitivo. Esto mismo llevó a los cognitivistas a apostar por una búsqueda transdisciplinaria, búsqueda del lado de la teoría de la comunicación de Claude E. Shannon (1916-2001), las ciencias del ordenador, la cibernética, trabajos de matemáticos, entre otros.

De la teoría de la comunicación de Shannon, la Psicología Cognitiva adoptó el concepto de información, tomó la noción que hacía referencia a su aspecto sintáctico. Con la teoría de la comunicación Shannon tenía por objetivo diseñar un sistema que redujera al máximo la pérdida de datos, sin que importara el tipo o el contenido de los mismos. La finalidad de este trabajo recaía en cuantificar la información contenida en un mensaje para determinar la pérdida de esta. Así entonces, Shannon definió la información como: “el número medio de dígitos binarios necesarios para distinguir un mensaje determinado del resto del conjunto de mensajes posibles” (Restrepo, 2009, p.3). De ese modo, los psicólogos cognitivistas se apropiaron de conceptos como información, símbolo y retroalimentación. Es importante mencionar la dificultad ante la que se encontraron los psicólogos en ese momento, pues era bastante complejo adaptar los conceptos de la teoría de la comunicación a la Psicología, analizándolos fuera del contexto matemático.

Otra de las teorías en las que se soportó la Psicología Cognitiva fue la teoría del ordenador, la cibernética, aportando principalmente en el dualismo mente y cuerpo. La cibernética desarrolló sistemas informativos capaces de procesar grandes cantidades de datos en poco tiempo y con mayor eficacia, teoría que superó la propuesta de Shannon. Los primeros ordenadores estaban diseñados como sistemas de procesamiento de información, lo que permitió más adelante hacer una analogía computacional en la Psicología Cognitiva, a saber, la mente entendida como el software y el cerebro como el hardware. Como resultado, la dualidad ya no se daba entre mente y cuerpo, sino entre mente y cerebro; dualidad que se complementaba, pues el uno daba existencia al otro. “Quizá, y en gran medida, la mente es para el cerebro lo que el programa es para el ordenador” (Ibíd., p.5). Esto llevaría más adelante a la constitución de la premisa cognitiva: “la metáfora del ordenador”. Alan Turing (1912-1954) posibilitó la incursión de dicha premisa al preguntarse si las máquinas podían pensar, así abrió el camino a nuevas perspectivas y formas de entender, dentro de una ciencia objetiva, el concepto de mente. A pesar de que Turing fuese un matemático, se implicó en la lectura propiamente psicológica al considerar el pensamiento posible para las máquinas, de forma paralela, “¿por qué no asumir este modelo mecanicista como la forma en la que efectivamente funciona la mente?”. Así entonces, se estableció el supuesto “de que los procesos mentales podían equipararse con los procesos lógicos de los ordenadores digitales” (Ibíd., p.7). Como consecuencia, se propone la mente como un proceso que debe llevarse a cabo mediante pasos específicos, por etapas, que daba cuenta del adecuado desarrollo y de la adaptación. Entonces, la relación que se establece entre individuos esta mediada por el desarrollo de las etapas,

por la capacidad de adaptación. Además, se introduce la perspectiva del cerebro, en el que lo fisiológico pasa a ser determinante de las funciones cognitivas, en sí, del actuar humano. De ese modo, el cerebro se convierte en causa del malestar humano, y se retorna a la concepción fisiológica como explicación de lo mental.

El conductismo dentro de la Psicología constituyó un cambio trascendental, pues amplió el abanico de posibilidades de entender al hombre, ampliándose lo que era concebido como psicológico y científico. Los aportes de Watson y Skinner permitieron posicionar la conducta como objeto de estudio de la Psicología, considerando la mente como secundaria. Sin embargo, las propuestas cognitivistas buscaron que la mente y los procesos cognitivos retornaran como objeto de estudio. Ambas corrientes de pensamiento, en su diferencia conceptual, se anudaron a lo considerado científico, pues respondían a los preceptos de sistematizar, matematizar y controlar, para poder predecir y de ese modo, adaptar al individuo a las condiciones en las que se desarrolla. Esto implicó, a su vez, relegar el abordaje del individuo como sujeto, como ser hablante que puede dar cuenta de su forma de relacionarse con los otros y con el mundo; porque la palabra es sustituida por la observación y la singularidad, por la repetición de conductas o procesos de pensamiento. De lo que resulta, el abandono por la subjetividad. Igualmente, este recorrido conceptual y teórico permite reconocer lo que se entiende por Psicología en la actualidad, pues constituyen las bases, sea como fundamento o como crítica, para las diferentes corrientes de pensamiento contemporáneas, así como sus prácticas clínicas, teorías, técnicas y procedimientos.

IV. La Psicología en el siglo XX

“La Psicología, dicho sea con franqueza, es prácticamente cualquier cosa que ustedes quieran que sea. En el último análisis, la Psicología consiste en cualquiera de las definiciones que un autor, usted, yo o cualquier otro, deseen aplicarle”.

(Albert Ellis, 1962)

Definir qué es la Psicología es una tarea infructuosa, pues no existe unicidad en su definición, y por ende en su objeto de estudio, a pesar de ello existe gran variedad de perspectivas, nociones y creencias de qué puede llegar a ser. En su etiología, la palabra Psicología proviene del griego

psique (alma o actividad mental) y *logia* (estudio, tratado); y en el “*Diccionario de Psicología*” de Ezequiel Ander Egg (2016), se define como “una disciplina científica que estudia los procesos psíquicos y que ha desarrollado, asimismo, métodos, técnicas y procedimientos para actuar sobre ellos” (p.107). Al definir la Psicología de modo general, se da lugar a las diferentes posturas y corrientes de pensamiento, no obstante, tampoco permite delimitar y reconocer su objeto de estudio. Así entonces, la conducta al igual que los procesos mentales y el cerebro, la personalidad y la psique, al mismo tiempo, no poseen un carácter de verdad ni de falsedad, como tampoco sería pertinente decir que son correctas o incorrectas. De ese modo ninguna corriente de pensamiento responde a la definición del objeto de estudio de la Psicología. Lo anterior se refuerza en la definición que se plantea en el “*Diccionario de Psicología*” de James Drever (1967), que propone la Psicología como:

“...Rama de la ciencia biológica que estudia los fenómenos de la vida consciente, en su origen, desarrollo y manifestaciones y que emplea métodos tales que sean útiles y aplicables al campo particular de estudio o al problema particular con el que está comprometido el científico individual... Las ramas de la Psicología reconocidas en general son: Psicología Anormal, Psicología Animal, Psicología Infantil, Psicología Genética, Psicología Industrial y Psicología Social; las divisiones generales según el método de aproximación son: analítica, conductista, de la Gestalt, hómica, introspectiva y estadística” (p.256).

Ante ello, Néstor A. Braunstein (1977) menciona que la falta de definiciones no es un problema para Psicología, por el contrario, han sobrado las respuestas, se ha estudiado “el alma”, “el espíritu humano”, “la psique”, “la actividad psíquica”, “la conciencia”, “el mundo interior”, “la actividad nerviosa superior”, “el mundo moral del hombre”, “la conducta”, “el comportamiento”, “el inconsciente”, “la personalidad”, “el hombre concreto”, y otros fenómenos (p.22). La falta de unicidad y de puntos en común que dejan como principal muestra la infinidad de definiciones, de objetos de estudio, lo que a su vez deja entrever la fisura que hay al pensar la Psicología como ciencia; pues de ser una debería ser capaz de acoger un significado y rechazar los demás. De acuerdo con lo anterior, si se llegase a definir un solo objeto de estudio, se definiría al mismo tiempo qué le compete estudiar y cómo ha de hacerlo.

Ahora entonces, al pensarse la Psicología como terapéutica, en el campo clínico, es también necesario definirla. Ezequiel Ander Egg la define como “aplicación de los diversos métodos y técnicas psicológicas para el tratamiento de algunos problemas, alteraciones o trastornos psíquicos” (p.108). Anudando esto al objetivo del presente capítulo en relación al vínculo clínico, es importante indagar qué lugar tiene dentro de la clínica y cómo puede entenderse, teniendo en cuenta que la Psicología no nació como clínica. Es a partir del siglo XX que se introduce como clínica y se justifica como científica, excluyendo la subjetividad. Entonces habría que preguntarse, por cómo entiende la Psicología su clínica el vínculo, la relación con el otro, y más específicamente, la relación del paciente con su malestar y con aquel se supone lo acoge, a saber el psicólogo.

La Psicología en el siglo XX: el quehacer clínico como parte de la multiplicidad.

La Psicología en sus campos de aplicación ha sido reconocida como práctica de lo educativo, lo empresarial (o industrial), lo social, lo clínico, entre muchas más; en donde se han desarrollado avances que le permiten ser lo que es hoy día. Ahora, lo que compete a este trabajo, y respondiendo al interés principal de esta investigación, es lo concerniente a la práctica clínica de la Psicología, cómo se fundamentan y cómo se establecen las distintas terapéuticas, haciendo énfasis en la relación clínica del paciente con el psicólogo, el vínculo clínico. En el anterior apartado se habló del establecimiento de la Psicología como ciencia y del surgimiento de algunas corrientes de pensamiento, pues bien, en esta investigación se indaga la “Terapia Cognitivo Conductual (TCC)”, principalmente. Ello, debido a que la TCC se ha convertido en la orientación psicoterapéutica que ha predominado, ya que se considera que responde a las exigencias de la evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en las distintas alteraciones psicológicas.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) surge en los años sesenta y setenta a partir de la conjunción entre las técnicas conductuales de la Terapia Conductual y de los aspectos cognitivos de la Terapia Cognitiva, dicho de otro modo, surge con la intención de entrelazar y conjugar la eficiencia de las técnicas y procedimientos de la Terapia Conductual con los recursos que ofrecían las terapias cognitivas. Por ello, antes de entender en qué se constituye la TCC, es pertinente entender las dos terapias que se unen para consolidarla finalmente.

La Terapia Conductual, surge en contraposición y como alternativa a las psicoterapias imperantes de la época, principalmente del modelo psicoanalítico a mediados de los años cincuenta en el siglo XX. La premisa que postulaba esta nueva terapia es la de que toda conducta, sea adaptativa o desadaptativa, es aprendida y, por ende, modificable. De ese modo, se hace primordial centrarse en las conductas observables y el ambiente en el que se desarrollan. Es importante mencionar que en el establecimiento de las ciencias y las disciplinas están involucrados no sólo el conocimiento inmediato, sino que convergen distintos órdenes y saberes, se dan entrecruzamientos discursivos; y la Terapia Conductual no es la excepción. De lo anterior se infiere que, el individuo es importante en tanto es aquel que ejecuta las conductas y se desenvuelve en un ambiente específico, es decir, el individuo pasa a ser efecto de las condiciones ambientales; es ahora, una variable. Por otra parte, descubrimientos de fisiólogos rusos sirvieron de soporte para el surgimiento del conductismo y su práctica, presentando como uno de los principales aportes el establecimiento de “interpretaciones estrictamente mecanicistas, tanto de los procesos subjetivos como de la conducta manifiesta” (Ruíz y col, 2012, p.36).

Las concepciones que respectan al aprendizaje fueron otros de los grandes aportes a la estructura de la Terapia Conductual (TC). Propuestas como las de Iván Mijáilovich Séchenov (1829-1905), se consideraron influyentes para el Conductismo e hicieron parte de sus preceptos básicos. Sechenov consideraba que la actividad psíquica estaba determinada por la estimulación ambiental y los mecanismos reflejos, de ese modo, los reflejos complejos característicos del ser humano se desarrollaban por medio del aprendizaje. También las propuestas de Ivan Pavlov constituyeron una sólida base para los planteamientos conductistas, tales como el aprendizaje en la conducta animal y la generación de un modelo metodológico experimental y de investigación sobre la conducta humana. Pero el mayor aporte de Pavlov fue su teoría del condicionamiento clásico o respondiente. Es importante mencionar que el Conductismo no nace como clínica terapéutica, nace como una ciencia del comportamiento humano, principalmente, que adopta planteamientos y nociones de otras ciencias (biología, fisiología) que le permiten constituirse a sí mismo como ciencia.

El Conductismo primero surge como un ejercicio experimental, después intenta salir del laboratorio, experimentando fuera de él y obteniendo nuevos resultados y avances, cuestión que favorece el surgimiento de una práctica, la Terapia Conductual. De ese modo, la TC basa sus

principios en la ciencia del comportamiento humano, es decir, entender el hombre en su evolución, como animal. Así como el Conductismo ofreció bases teóricas a la TC, posteriormente lo hizo con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Entre los principales fundamentos teóricos del campo conductual, que sirvieron como base para la constitución y desarrollo de las TCC, estaban la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico; el conexionismo de Thorndike, en el que por medio de sus experimentos con diferentes animales demostró que el aprendizaje es el proceso de adquirir nuevas conexiones, que es posible modificar conexiones inadecuadas y eliminar las inútiles. También constituyeron un fundamento teórico el conductismo de Watson, los desarrollos de los neoconductistas como Clark L. Hull, Edwin R. Guthrie, O. Hobart Mowrer y Edward C. Tolman, y el análisis experimental de la conducta de Skinner, quien subraya el papel de las influencias ambientales en la conducta.

Ahora entonces, expuestos los orígenes de la Terapia de Conducta es pertinente hablar de la Psicología Cognitiva y sus terapias. Alrededor de 1970 la TC se transforma, adhiriendo a sí aspectos cognitivos y sociales; aunque ya desde antes habían surgido alternativas a los modelos propuestos teniendo en cuenta variables internas de las conductas, lo que significó entonces, un cambio no muy radical. Arnold Lazarus (1932-2013) estudiante de Joseph Wolpe (1915-1997), argumentaba que para que hubiese un estudio más completo de la conducta humana se debían tener en cuenta no sólo los principios del aprendizaje, sino otras áreas de la Psicología, pues creía que todos los conocimientos psicológicos debían ser interés de la Terapia Conductual. Además, consideraba que tenía mayor importancia la eficacia, comprobada, de las técnicas que su sustento teórico⁹. Cuestiones como esta, conllevaron un distanciamiento de la investigación básica del interés clínico, debido a que la eficacia en la práctica tomó el lugar del soporte teórico. Entonces, no era necesario investigar si a partir del uso repetido de técnicas se podían obtener respuestas más rápidas a las alteraciones psicológicas.

Se puede agregar también que, entre los desarrollos teóricos más representativos de las teorías cognitivas en la TC están los del aprendizaje social de Albert Bandura (1925), en los que se destacaba el énfasis en la influencia social y la capacidad auto-reguladora del individuo; así

⁹ La afirmación que hace Arnold Lazarus respecto a la importancia de la eficacia, comprobada, puede analizarse como la base del argumento que dan las TCC ante la ausencia de bases epistemológicas, en otras palabras, en donde se da primacía a lo estadístico sobre los fundamentos teóricos.

como la llamada revolución cognitiva, que repercute en la TC de manera determinante, introduciendo los procesos estructurales mentales en el comportamiento humano. El principal aporte de Bandura radica en el planteamiento del aprendizaje a través de la observación (imitación) como una posibilidad de superar las limitaciones de la forma experiencial de adquisición de comportamientos. Propone, a su vez, la teoría cognitiva social en su obra *“Pinciples of Behavior Modification”* (1969), en la que expone la influencia de los procesos cognitivos de pensamiento a la emoción y la conducta humana. Otro de los aportes es el condicionamiento vicario, considerado por Bandura superior, en donde explicita los elementos implicados en el aprendizaje observacional como resultado de experiencias directas (Ruíz y col, 2012). Por otra parte, Bandura también trabajó el concepto de autoeficacia y su relación con el tratamiento, considerándolo central del cambio terapéutico. El autor trabaja el concepto de eficacia a partir de las expectativas de eficacia, las cuales dependen de la creencia que tengan las personas acerca de capacidad necesaria de alcanzar objetivos. A su vez, esta se relaciona con las experiencias previas y la experiencia vicaria. De este modo, el autor sostiene que, al poseer expectativas de eficacia alta las personas aumentan su motivación, lo que se refleja en el tratamiento, en el cambio terapéutico y en alcanzar los objetivos. Es así que los trabajos de Bandura han ejercido influencia en las aplicaciones que se han hecho del aprendizaje observacional, el planteamiento del aprendizaje social, de impulsar aspectos cognitivos y de la noción de autocontrol.

Con base en lo anterior, estos y otros cambios teóricos y metodológicos estaban conectados con la transformación de la TC, así como con el surgimiento de la TCC. Una vez dicho esto, es importante mencionar los principales antecedentes que proponen Ruíz y Col en su trabajo *“Manual de intervención de técnicas cognitivo conductuales”* (2012), entre los que se encuentran: A) la insatisfacción que había respecto a considerar el aprendizaje y la conducta observable como elementos únicos de consideración clínica. La insatisfacción estaba anudada al pensamiento de que la investigación sobre el aprendizaje debería hacerse con humanos y no con animales. Además, ante la imposibilidad de controlar todas las variables ambientales del cliente, la terapia impedía generalizar los cambios terapéuticos, cuestión que posicionaba a la TC como reduccionista y poco ajustada a la complejidad humana. B) Insatisfacción en la construcción y aplicación de técnicas a los distintos trastornos. C) Los aspectos cognitivos ya habían sido abordados, débilmente, en el conductismo mediacional; sin embargo, las terapias cognitivas tuvieron mayor influencia del modelo de procesamiento de la información. D) Al estar principalmente influida la Psicología

Cognitiva por el modelo de procesamiento de la información, este aportó a diversas terapias cognitivas el soporte teórico-conceptual que permitió la descripción de los procesos internos responsables del comportamiento desadaptado. A su vez, el modelo de procesamiento de la información ha sido uno de los aportes a la TCC.

Expuesto lo anterior, es válido referir que las terapias cognitivas son diversas y varían en sus orígenes, caracterizadas por la carencia de “un marco teórico unificador que les otorgue cohesión como modelo teórico general” (Ibíd., p.66). Debido a que su fundamento se encuentra en la incorporación de teorías y planteamientos de la matemática y la computación.

En relación con los fundamentos que proponen la TCC, puede inferirse que sus presupuestos giran en torno a la adaptación, de ese modo, el vínculo clínico (concepto que atañe a la presente investigación) es un elemento más que responde a ese objetivo, no es significativo lo que el paciente pueda percibir de la relación o del modo de proceder, ni del terapeuta mismo, ya que lo principal es que la técnica funcione y resulte un individuo adaptado a las condiciones ambientales y sociales. De hecho, lo que el paciente pueda decir respecto al procedimiento, en tanto no sea un asentimiento, corresponde a una variable que se debe controlar, así como queda confirmada la desadaptación del individuo. Por tanto, la relación no responde a la posibilidad de construcción subjetiva, sino a la necesidad de adaptación y de generalizar resultados que se puedan implementar para todo el mundo.

Retomando lo concerniente a la TC, Ruíz y col. (2012) exponen que la evolución conceptual de la Terapia Conductual se da en tres generaciones que han favorecido su desarrollo. El primer estadio o generación hace referencia a la relación con las teorías del aprendizaje, derivados del condicionamiento clásico y operante. Es importante la extrapolación de los principios de aprendizaje a la clínica, así como la característica fundamental del terapeuta como investigador. La segunda generación se caracterizó por la heterogeneidad de la TC, que se apoyó en distintos ámbitos, en aportaciones teóricas y aplicadas de la Psicología, adoptando elementos de la Psicología Experimental, cognitiva y social. En la tercera generación, vigente actualmente, se buscó retornar a los orígenes para así dar con nuevas alternativas terapéuticas, teniendo en cuenta los nuevos desarrollos en la Psicología del Aprendizaje y la Psicología Experimental. Con esto, se intentó fomentar nuevamente la relación entre investigación básica y aplicación clínica. En esta tercera generación, se encuentran las nuevas terapias contextuales que surgen del conductismo

radical¹⁰, lo que a su vez implica una conexión con los avances en la Psicología del aprendizaje y desarrollos de la corriente de pensamiento cognitivo con carácter constructivista. Se puede concluir de lo anterior, que la TCC como tercera generación, es una práctica clínica guiada por el empirismo, por criterios de eficacia y efectividad.

Paul Stallard en su libro *“Pensar bien-Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes”*, describe la Terapia Cognitivo Conductual como aquella que tiene por objeto “reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos” (Stallard, 2007, p. 17). También menciona que la TCC se configura a partir de la premisa de que las emociones y conductas son producto, en mayor medida, de las cogniciones, por lo cual pueden lograrse cambios significativos en las intervenciones. Al pensar que los procesos mentales son producto de las cogniciones, se anula al sujeto como ser pensante, así, la relación terapéutica ya no es con un sujeto, o individuo, sino con las cogniciones que este pueda realizar. En otras palabras, podría decirse que no hay relación como construcción de vínculo.

Como se ha expuesto hasta ahora, la TCC responde a un entrelazamiento de discursos, prácticas, técnicas y procedimientos que corresponden principalmente a dos corrientes de pensamiento de la Psicología, pero que responden también a diversos saberes que dan cuenta de su multiplicidad. Stallard (2007) menciona que para la Terapia Cognitivo Conductual la formulación del problema determina los componentes específicos del tratamiento, así como determina el objeto de interés y el tratamiento de intervención. De ese modo, la Terapia Cognitivo Conductual propone un tratamiento de la disfunción clínica y la conducta desadaptada (Ruíz y col. 2012), por lo cual la terapia se estructura en la evaluación y el tratamiento. En el primer momento, la evaluación, se establece la relación terapéutica, el psicólogo se encarga de conocer al paciente y de conocer el problema por el que consulta, así como en identificar posibles diagnósticos de trastornos. El establecimiento de la relación consiste en conocer información relevante del paciente, así como establecer objetivos, todo ello, para lograr el éxito terapéutico.

¹⁰ Terapias como la psicoterapia analítica funcional, terapia de orientación y compromiso, técnicas de meditación como el mindfulness.

Sin embargo, la relación terapéutica es considerada una variable inespecífica de la intervención, pero que es fundamental para conseguir el éxito terapéutico (Riaño, 2010). Es decir, la relación pasa a ser un elemento secundario, importante al inicio, pero que se supone continua en lo restante de la intervención. De ese modo, la relación terapéutica podría ser entendida como una manera de describir una práctica, un proceder, mas no un concepto clínico. Esta hipótesis será trabajada en el siguiente apartado, centrado en el vínculo terapéutico en la clínica psicológica.

V. El vínculo clínico en la Psicología: una aproximación al planteamiento de las TCC

La Psicología Clínica nace a mediados del siglo XX como una especialidad de la Psicología, la cual ha de servirse de procedimientos, terapias, fundamentos teóricos, de la estadística y de aportes de otras disciplinas para posicionarse dentro de las disciplinas de la salud. La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) define la Psicología Clínica como una disciplina científico-profesional con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales (2003, p.1). Añade también, que la Psicología Clínica se centra en el estudio del comportamiento anómalo, es decir, el que supone algún trastorno, disponiendo de sus propios métodos, modelos y procedimientos; como sucede en el caso de la Terapia cognitivo Conductual. Cuando nos referimos al proceso terapéutico como recurso clínico, han de tenerse en cuenta elementos que están inmersos en el proceso y que están presentes en diversas corrientes de pensamiento, como lo son el tiempo, el pago, objetivos, el vínculo clínico que ha de establecerse entre psicólogo y paciente, entre otros.

En el apartado anterior se habló del nacimiento de la clínica psicológica, haciendo énfasis en la Terapia Cognitivo Conductual. Esta nació con el interés de responder a la demanda de la época, la cual se inscribía en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. De ese modo, las TCC se adscriben como psicoterapia, proponiendo conceptos de los que pueda hacer uso en su quehacer clínico. Para el establecimiento de la clínica es fundamental reconocer que esta ocurre entre dos personas con situaciones particulares, a saber, el paciente y el psicólogo; y que para poder desarrollarse un proceso terapéutico es importante que ambos puedan relacionarse, porque sin relación no podría haber proceso. Sin embargo, las TCC no delimitan el elemento de la relación terapéutica, vínculo clínico, fundamental en sí mismo, sino como requisito para alcanzar objetivos

y el éxito terapéutico. Por tal razón, y en lo que respecta a la investigación, es primordial hacer una aproximación al vínculo clínico, no sólo en La Terapia Cognitivo Conductual, sino también en otras corrientes de pensamiento que se refieren a las diferentes formas en que se da y se habla de este, con el fin de analizar las distintas aproximaciones del vínculo.

En la diversidad de enfoques y posturas que existen en la Psicología, y ante la inconformidad de algunos con lo ya establecido, se plantean distintos modos de nombrar y entender el vínculo terapéutico. Cada corriente de pensamiento se estructura bajo teorías, métodos y técnicas, en donde el principal interés recae en mejorar la aplicabilidad, encontrar nuevas formas de referirse a los fenómenos externos al sujeto, individuo, cliente, consultante, organismo. Cuando en Psicología se habla de vínculo clínico, se destacan términos como relación terapéutica, rapport y alianza terapéutica. Estos términos son los que se destacan principalmente, en la Psicología de orientación humanista, la Terapia cognitivo Conductual y la Psicología Dinámica, respectivamente. Asimismo, se retoman los términos de relación terapéutica y alianza terapéutica, con el fin de contrastarlos con el de rapport, que es el que se analizará principalmente.

La corriente de pensamiento que atañe a La Psicología Humanista, se refiere específicamente a la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers que tiene por término para referirse al vínculo clínico la relación terapéutica. Esta terapia, del enfoque humanista de la Psicología, nace de un contraste de la teoría analítica freudiana, la teoría social de Adler y la teoría del aprendizaje de Bandura. La terapia centrada en el cliente propone que para crecer psicológicamente se debe entrar en contacto con un consejero que sea coherente y que pueda proporcionar a la persona vulnerable, el cliente, un espacio de aceptación incondicional y empatía total. Aquí el consejero no finge una fachada agradable puesto que no oculta sentimientos, todo lo contrario, cuando estos aparecen no los niega ni distorsiona. Asimismo, el consejero debe destacarse por expresar una valoración positiva incondicional, exteriorizando una actitud amable que inspire confianza.

La Terapia Centrada en el Cliente surge como alternativa a las psicoterapias planteadas, el Psicoanálisis y la Terapia Conductual, proponiendo un abordaje distinto de las problemáticas. Con esta terapia se proponía entonces, que el cliente (paciente) se hiciera cargo de su dolor de lado de un consejero (terapeuta) que entendiese su dolor y le orientara. De este modo, en lo que respecta a la relación terapéutica, se propone que el consejero se involucre con el cliente, es decir, aceptarlo y mostrar interés ante él y su situación; ya que la falta de interés o motivación puede ser

experimentada como rechazo por el cliente (Rogers, 1981). En la Terapia Centrada en el Cliente se plantea una serie de elementos que son fundamentales en el transcurso del proceso terapéutico y que permiten el establecimiento de la relación terapéutica. A saber, la empatía y la plena comprensión por parte del consejero, logrando así, una relación ideal, destacada por una fuerte relación emocional, pues es la que determina la efectividad de la terapia y así el bienestar del cliente. Por tanto “se considera que las palabras –ya sean del cliente o del consejero –tienen una importancia mínima en comparación con la relación emocional que en ese momento existe entre ambos” (Ibíd., p.156). Lo hasta aquí expuesto, da cuenta del establecimiento de la relación terapéutica, y más específicamente, de la forma en que ha de desempeñarse el consejero, su rol, para lograr un adecuado proceso terapéutico. Se plantea como propósito, que sea el cliente quien dirija su proceso, sin embargo, en lo correspondiente a la relación se centra principalmente en el consejero.

Lo que la teoría expone respecto a la relación terapéutica se centra fundamentalmente en lo que el consejero debe hacer, como aquellas pautas que debe establecer, así como los elementos que debe esforzarse en desarrollar, como lo son la confianza, la empatía y la comprensión, al igual que la aceptación total o casi total que debe tener con el cliente. El consejero debe hacer sentir al cliente profundamente comprendido y aceptado, de cierta manera, hacerlo sentir amado. Ante ello Oliver H. Bown, uno de los psicólogos que trabajó junto con Rogers, expresa: “como terapeuta puedo permitir que entre en la relación terapéutica un sentimiento o emoción mía muy intenso, y esperar que el manejo de este sentimiento mía por el cliente será una parte importante del proceso terapéutico para él” (Ibíd., p.147). Por tanto, la teoría centrada en el cliente propone que, si el cliente percibe amor, comprensión y aceptación por parte del consejero, puede interiorizarlo y llegar a sentirse amado, comprendido y aceptado por sí mismo y por los demás, lo cual significaría una mejoría en sus relaciones y posiblemente en aquello que le aqueja. Además, constituiría el establecimiento de la relación terapéutica, así como el éxito de la terapia.

Concerniente al amor que debe desarrollarse, y ante los demás sentimientos que puedan aflorar, se plantea que el consejero debe percatarse de cómo interpreta el cliente lo que le es transmitido, así como lo que transmite el cliente. Es decir, ser capaz de entender, en ocasiones, la hostilidad que expresa el cliente, pero que en realidad es una necesidad de amor, aunque no sepa que la tiene, y ser capaz el consejero darle ese amor. Ante la relación entre consejero y cliente,

específicamente el consejero, debe conocer y manejar aquello que le permite crear la relación terapéutica, las llamadas motivaciones básicas dentro de él, que posibilitan relaciones más profundas, sin llegar a sentirse amenazado por los sentimientos hacia el cliente ni por los del cliente hacia él. Se busca una relación espontánea y completamente libre con los clientes, ello a partir de la adecuación emocional, poder transmitir lo que el cliente siente. De lo anterior Bown dice, “creo que implica que sentimos algo positivo hacia el cliente, más que implicar que nos sentimos neutrales hacia él” (Ibíd., p.150).

Cabe indicar, que en la presente investigación se propone realizar un análisis comparativo del vínculo clínico en la clínica psicológica y en la clínica del Psicoanálisis, por lo cual en este punto se hace necesario mencionar que lo anteriormente referido respecto al amor por parte del cliente y el abordaje que el consejero debe darle, puede contrastarse con lo planteado en relación a la transferencia. En Psicoanálisis, la transferencia corresponde a la manifestación de afectos hacia el terapeuta, en donde este debe acogerlos sin responder a la demanda de afecto, es decir, valerse de ellos para permitir el establecimiento de la transferencia y así, el trabajo analítico. En la Terapia Centrada en el Cliente, se menciona que en ocasiones el cliente puede manifestar sentimientos de hostilidad o de amor, aunque no lo sepa, y el consejero debe ser capaz de responder ante ello (lo que constituiría lo denominado contratransferencia). Sin embargo, en esta última parte, se recomienda al consejero responder a ese amor que le es exigido por el cliente, es decir responder a la demanda; lo que se aleja de la noción de transferencia.

Otra de las formas en que se denomina el vínculo terapéutico dentro de la Psicología es la alianza terapéutica la cual tiene antecedentes en la transferencia propuesta en la teoría psicoanalítica, al igual que en el enfoque humanista con la relación terapéutica que propone Rogers, y en diversos enfoques de la Psicología como el conductista, cognitivista y de la Gestalt. La alianza es entendida como “el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta”, y se identifican en ella tres elementos: 1) acuerdo en las tareas, 2) vínculo positivo y 3) acuerdo en los objetivos. Es importante que el terapeuta al relacionarse con el paciente informe respecto a las tareas y objetivos, entendiendo las tareas como las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, los objetivos como aquellos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación (Botella y Corbella, 2011). Al inicio del proceso terapéutico, y previo al establecimiento de la alianza terapéutica, debe realizarse el

encuadre, que constituye la organización del discurso, el contrato terapéutico, el acuerdo del tiempo y objetivos de trabajo, así como el costo del proceso (Greenson, 2004). De esta manera que se espera lograr la alianza, la cual permite fortalecer la eficacia de la psicoterapia, ya que resulta ser un buen predictor de los resultados psicoterapéuticos (Botella y Corbella, 2011), pues favorece un buen trabajo, buena integración de la información, aceptación de la farmacología y adaptación a las técnicas y terapia en general.

La alianza no es un reflejo de los resultados beneficiosos, se considera que contribuye al éxito terapéutico debido a que se presenta como una cualidad intrínseca de la relación. También se establece que la relación entre alianza y resultados es más fuerte si se evalúa al inicio del proceso, ya que permite predecir los resultados finales. Es así que las primeras sesiones son fundamentalmente importantes para el establecimiento de una adecuada relación con el paciente o de lo contrario, podría traducirse en el abandono prematuro de la terapia (Ibíd.). Teniendo en cuenta la formulación de otros autores, Greenson (2004) define la alianza terapéutica, la cual nombra como alianza de trabajo, como aquella que “proporciona la motivación cotidiana así como la capacidad de realizar la labor analítica” (p.60). Añade, además, que esta se forma a partir de la interacción entre el paciente, el terapeuta y el encuadre. Cabe mencionar que, la alianza terapéutica o de trabajo constituye un cambio de la transferencia propuesta en el Psicoanálisis, no significan lo mismo, pues la alianza toma elementos de la transferencia como el fundamento de la carga afectiva. Sin embargo, la alianza se centra en el establecimiento de normas y objetivos, así como en el propósito del éxito terapéutico, y se limita a la búsqueda de un espacio de confianza y aceptación.

Etchevers y col. en su trabajo “*Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica*” (2012), refiere que la alianza terapéutica es un constructo multidimensional en el que convergen tres componentes: acuerdo de las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos del tratamiento. Explica, además, que el vínculo es el componente afectivo de alianza, que incluye la confianza mutua, la aceptación y la confidencia; el acuerdo de objetivos se refiere a pactar metas de manera conjunta y el acuerdo de tareas, a delimitar actividades específicas y efectivas que generen cambio.

Finalmente, se analizará el término Rapport, que es tomado por la Terapia Cognitivo Conductual; no obstante, este término que se refiere al vínculo clínico, es también abordado desde

otras corrientes de pensamiento, así como en la Psicología Clínica en general. Con respecto al surgimiento del rapport, es difícil establecerlo, debido a que constantemente se menciona como técnica o requisito que debe estar presente en la entrevista psicológica, pero no se mencionan aspectos sobre cómo surgió, qué lo fundamenta o bajo qué elementos teóricos nace¹¹. Al hablar del vínculo clínico en la Terapia Cognitivo Conductual, es decir de rapport, se hace énfasis en el papel del terapeuta, de ese modo, se plantean algunos requisitos que se espera alcance el terapeuta para que se establezca la relación. Así mismo, el rapport constituye un elemento que permite trabajar en la efectividad de la terapia, así como, alcanzar el éxito terapéutico; ya que establecer una buena relación es indispensable para la consecución de los objetivos terapéuticos. Lo anterior se presenta, debido a que en la Terapia Cognitivo Conductual se interesa, principalmente, en la conducta y la adaptación, lo que lleva a que no se aborde el vínculo clínico como un fenómeno específico.

Es así que, Rapport puede entenderse como la familiarización del paciente con la situación de la entrevista que se realiza en la fase inicial. También, los primeros minutos de la entrevista son fundamentales para lograr el éxito, el cual depende, en gran medida, del rapport que establezca el terapeuta (Acevedo y Florencia, 1994). Igualmente, el rapport tiene como objetivo crear una atmósfera cómoda y segura que permita que el entrevistado hable libremente y sin el temor al juicio o a la crítica. Además, se basa en la confianza, el respeto y la aceptación mutuos (Sattler y Hoge, 2008). El rapport es importante al inicio de la sesión, pero la terapia no se centra como tal en él. Algunos de los factores que han de desarrollarse por parte del terapeuta son: a) estar atento a la descripción que el paciente hace de su problema y animarlo a hablar sin interrumpirlo; b) ser objetivo en el manejo de las emociones y los valores para que no influyan en el paciente o se sienta juzgado; c) tener una escucha empática, para comprender el problema como lo manifiesta el paciente, y d) la confidencialidad, indispensable para que el paciente sienta la confianza de hablar acerca de sus experiencias (Arango & Moreno, 2009). Además, el terapeuta debe desarrollar habilidades de docente, pues la terapia está destinada “al aprendizaje de técnicas y estrategias que

¹¹ Esta anotación se hace debido a que en el transcurso de la investigación se indagó por las bases epistemológicas del concepto, sin embargo, no se encontró una teorización sobre la relación terapéutica.

ayuden al consultante a disminuir la intensidad de su problema o desarrollar conductas más adaptativas” (Ibíd., p138).

Es válido analizar lo anteriormente expuesto respecto al rapport. Esta noción al constituir una serie de indicaciones que el terapeuta debe seguir para alcanzar los objetivos, así como el éxito terapéutico, deja de lado la relación que el paciente puede desarrollar frente al tratamiento y al terapeuta. Entonces, el estar inconforme sería un problema por parte del paciente, mas no una dificultad en la técnica, en el proceder del terapeuta o sencillamente, en la relación hostil que probablemente existe entre ambos. En concordancia con lo anterior, Zindel V. Segal en su trabajo *“El proceso interpersonal en la terapia cognitiva”* (1994), sostiene que la disconformidad que el paciente puede tener frente al proceso terapéutico puede ser causado por variables como:

“Una muestra directa del problema que presenta el paciente; otros problemas del paciente; pesimismo respecto al cambio; temor a cambiar; escasa motivación para cambiar; reactancia psicológica¹²; un efecto de sobrecarga del paciente por un exceso en la asignación de tareas, y contingencias en el entorno del paciente que interfieren en el tratamiento” (p.35).

De ese modo, las causas del malestar en el paciente respecto a su tratamiento, serían de origen externo, ya sea ambiental, social, familia o personal fuera del contexto terapéutico. La relación terapéutica, rapport, pasa a ser un elemento accesorio en el tratamiento, una variable inespecífica. Es importante considerar también que existe similitud en la concepción de las nociones de rapport, alianza terapéutica y relación terapéutica, pues en los tres términos se considera necesario que el terapeuta posea ciertas cualidades que favorecerán la culminación exitosa del tratamiento, a saber, empatía, calidez y sinceridad, como factores que influyen positivamente en el proceso terapéutico. Sin embargo, delimitar el vínculo clínico como facilitador de una atmosfera de confianza caracterizada por la empatía y la sinceridad, podría resultar un ejercicio superficial, en tanto se descuida el análisis subjetivo del paciente dentro del proceso; es decir, olvidando que es un sujeto que pone en juego representaciones afectivas que merecen ser

¹² Es decir, resistencia ante una situación o momento específico.

incluidas en el proceso y de lo cual, el sujeto puede comunicar algo de su malestar, algo de lo que le aqueja.

A manera de conclusión, se ha realizado un recorrido por la Psicología, destacando su establecimiento como ciencia y en el surgimiento como clínica, además, haciendo énfasis en la concepción que tiene acerca del vínculo clínico. En el presente capítulo, se consideró principalmente la Terapia Cognitivo Conductual y el término con el que se refieren al vínculo, rapport. Respecto a la clínica psicológica se puede mencionar que, para las terapias cognitivo conductuales, el tratamiento terapéutico está determinado por verdades convenidas previamente, dirigidas hacia una modificación que permita ajustar lo no considerado normal, adaptar individuos capaces de responder socialmente. Verdades pactadas como la relación terapéutica, previo a que el paciente ingrese al tratamiento, se plantea cómo debe desarrollarse el trabajo terapéutico, cómo debe actuar el terapeuta y hasta cómo debe actuar el paciente. Todo ello apuntando a controlar variables inespecíficas y conseguir el tan anhelado éxito terapéutico.

Con lo trabajado en el transcurso del capítulo puede inferirse que, la Psicología surge por el interés entender los fenómenos que rodean el actuar humano, valiéndose de la científicidad para describirlo. Sin embargo, no es suficiente entender o describir, se considera necesario entonces, predecir y controlar para poder ajustar lo que rompe con los estándares de normalidad. La Psicología se propone entonces, normalizar, adaptar; y con ello, surgen corrientes de pensamiento como el conductismo y el cognitivismo, de lo que surge, a su vez, la Terapia Cognitivo Conductual. Dentro de las TCC se propone el trabajo del caso individual, el caso por el caso, sin embargo, se propone trabajar de manera individual según las técnicas, es decir, se evalúa qué técnica resulta más beneficiosa para cierto tipo de alteración. Entonces, el trabajo de la singularidad es una ilusión que responde a los principios de generalidad. De modo similar se plantea el vínculo clínico, este responde como elemento que permite un adecuado proceso terapéutico y una posible y satisfactoria adaptación. Así entonces, el vínculo clínico es importante en tanto favorece la resolución de alteraciones en el individuo, mas no como elemento inherente al proceso.

Dentro de las conclusiones, es pertinente retomar la hipótesis que se esboza al final del cuarto apartado, en la que se sugiere que el vínculo clínico puede ser entendido como una forma de describir una práctica clínica y no como un concepto. Para entender esto es necesario comprender que al hablar de cuestiones epistémicas se habla de la coherencia interna que tienen las teorías al

formular conceptos que dan cuenta de ello. En la clínica psicológica de las TCC concebir el vínculo clínico como elemento descriptivo y no como concepto, evidencia una desarticulación con los postulados teóricos, es decir, se elimina la coherencia interna que se articula entre la noción de vínculo clínico (rapport) y los modelos clínicos. Se puede inferir entonces que, esta noción aparece sin respetar o indiferente a la epistemología de los modelos a los que se vincula, esto es, en tanto el término vínculo clínico corresponde a un discurso que se implanta, un discurso que carece de fundamento epistemológico, sin origen. Esto se anuda a la pregunta que orienta la presente investigación, la pregunta por las condiciones de emergencia de vínculo clínico en las TCC. Este discurso entonces, se inscribe como un dispositivo para producir efectos que responden a una necesidad de exactitud, efectividad y control. En donde el sujeto no tiene la posibilidad de hablar como forma de comunicar su sufrimiento, sino que es callado y adaptado a las exigencias sociales; es decir, se adapta como mecanismo de enajenación. De ese modo, el vínculo clínico en Psicología es entendido no como concepto fundamental y transversal en el proceso terapéutico, sino como elemento secundario. Por lo cual, existen diferentes formas de nombrar el vínculo, relación terapéutica, alianza terapéutica, rapport, que responden a intereses disciplinares en donde el fin es alienar al sujeto.

Capítulo 2. La transferencia como invención psicoanalítica: un acercamiento al vínculo clínico

El presente capítulo se centra en el estudio del concepto de transferencia y la incidencia que tiene en el Psicoanálisis, analizando el establecimiento de la misma en la terapéutica psicoanalítica. Es importante mencionar que este objetivo responde a la pregunta que orienta la presente investigación, la pregunta por las condiciones de emergencia de vínculo clínico, en tanto concepto, en la clínica del Psicoanálisis y en la clínica psicológica, concretamente, en la Terapia Cognitivo Conductual. Para ello es fundamental hacer una revisión sobre el origen del procedimiento y la elaboración del concepto, con el fin de indagar acerca de sus bases epistemológicas.

El Psicoanálisis nace a finales del siglo XIX, cuando un médico Vienés, Sigmund Freud, se interroga por la etiología de la histeria, enfermedad popular por esa época. La histeria era considerada una enfermedad inventada por las mujeres, más no era así, era un padecimiento cuya

causa psíquica se expresaba a partir de un síntoma corporal. A medida que Freud indagó por las causas de la enfermedad se encontró con la existencia de algo fuera del dominio de la conciencia del hombre, algo que no puede controlar, que posee, pero no lo sabe, él lo llamó inconsciente. Durante el desarrollo de su teoría, Freud trabajó conceptos como proceso analítico, relación analítica transferencial, los cuales a su vez se articulan para formular lo que se conoce como dispositivo analítico. El presente capítulo se centra en el estudio del concepto de transferencia y la incidencia que tiene en el Psicoanálisis, analizando el establecimiento de la misma en la terapéutica psicoanalítica. Para ello es fundamental hacer una revisión sobre el origen del procedimiento y la elaboración del concepto, con el fin de indagar acerca de sus bases epistemológicas.

El capítulo está dividido en tres apartados en los que se describen y analizan las condiciones de emergencia del concepto de transferencia en la clínica del Psicoanálisis. Por ello, en el primer apartado, “Del tratamiento del alma a lo inconsciente: terapéutica psicoanalítica”, se estudia el surgimiento del Psicoanálisis como clínica a partir de la hipnosis y cómo los cambios en el método permiten actualizar los fenómenos que aborda, los principios y nociones del Psicoanálisis. En el segundo apartado, “Transferencia como mecanismo de vínculo: Una aproximación freudiana”, se aborda el concepto de transferencia desde la teoría freudiana, comprendiendo las condiciones que dan cuenta de su construcción en la clínica. En el tercer apartado, “Transferencia en tanto dialéctica: postulaciones lacanianas”, se analiza la transferencia desde la teoría lacaniana a partir del trabajo “*Intervención sobre la transferencia*” (1951) de Lacan. Otros de los autores a tener en cuenta son Jacques-Alain Miller y Miquel Bassols, que trabajan a partir de los postulados lacanianos.

I. Del tratamiento del alma a lo inconsciente: terapéutica psicoanalítica

Para referirse a la clínica del Psicoanálisis, es pertinente entender las condiciones en las que surge, así como los cambios que se dieron para que llegase a consolidarse lo que se conoce como el método psicoanalítico dentro de una práctica terapéutica. Asimismo, es importante detenerse a analizar los aportes que hizo Freud y que lo llevaron a construir un saber de lo humano. En Psicoanálisis se habla de psique, entendida como alma, Freud en su trabajo “*Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*” (1890) expone que ‘psique’ es una palabra griega que en alemán se traduce ‘seele’ [‘alma’], según esto, ‘tratamiento psíquico’ es lo mismo que ‘tratamiento del alma’” (Freud,

1890, p.115). Entonces, lo que se pretendía a partir del tratamiento del alma era abordar los fenómenos patológicos de la vida anímica. Para que dicho tratamiento se pudiese llevar a cabo era indispensable contar con su instrumento esencial, las palabras¹³; era importante para ello, emprender un arduo trabajo para dar sentido a aquello que se dice, hacer comprensible el hablar cotidiano.

Sin embargo, el interés por lo anímico no surge paralelo al orgánico, ya que lo orgánico constituía el objeto principal de la medicina, estructurada en los límites de la ciencia, mientras se dejaba lo anímico al campo de la filosofía. A pesar de ello, Freud menciona que en la medicina moderna se hacían innegables los nexos que existían entre lo anímico y lo corporal, en donde se establece la premisa de que lo primero es comandado por lo segundo, y depende de él. Se planteaba entonces que “las operaciones mentales suponen un cerebro bien nutrido y de normal desarrollo, de suerte que resultan perturbadas toda vez que ese órgano enferma” (Ibíd., p.116). Asimismo, en “Sobre psicoterapia” (1904), Freud reitera los nexos existentes entre la Psicoterapia y la medicina, manifestando que la medicina constituye la terapia más antigua de la psicoterapia; y se mantiene a pesar de las diversas actualizaciones.

La relación de lo anímico con lo corporal no resultaba relevante para la medicina, no obstante, la observación unilateral empezó a cambiar a partir de la existencia de un gran número de enfermos, leves y graves, a cuyas perturbaciones y quejas no se encontraba solución, ni en la vida ni en la muerte, ni signos palpables y visibles del proceso patológico. Los síntomas que caracterizaban este cuadro podían variar sin aparente conexión, aparecer y dejar de aparecer súbitamente. Más aun, podía identificarse que tales signos se encontraban influenciados por constantes pensamientos (preocupaciones) y aspectos emocionales. A estos síntomas se les clasificó como afecciones del sistema nervioso. A pesar de ello, el estudio del cerebro y los nervios de tales enfermos no detectó ninguna alteración visible, es decir, no se halló su correspondencia fisiológica. Así entonces, estos estados recibieron el nombre de nerviosidad (neurastenia, histeria), definidos específicamente como funcionales del sistema nervioso.

¹³ La palabra en la clínica del Psicoanálisis se ha considerado como recurso fundamental para su quehacer. En el “tratamiento psíquico”, Freud empieza a reconocer la importancia de las palabras como vía para conocer aquello que afecta y aqueja al sujeto. Se da entonces primacía al discurso del sujeto, que es con lo que se trabaja.

Tras diversas investigaciones médicas, pudo descubrirse que “al menos en algunos de estos enfermos, los signos patológicos no provienen sino de un influjo alterado de su vida anímica sobre su cuerpo” (Ibíd., p.118), este descubrimiento constituyó un cambio en la búsqueda de la causa inmediata de la perturbación, ya no fisiológica sino en lo anímico. Asimismo, se halló el anudamiento en la relación recíproca entre cuerpo y alma, pues lo anímico también ejercía influencia en lo corporal. Además, Freud refiere que los estados o afectos anímicos se representaban, más expresamente, en el cuerpo, en las expresiones faciales, en el flujo sanguíneo, etc. “... Todos los estados anímicos, aun los que solemos considerar ‘procesos de pensamiento’, son en cierta medida ‘afectivos’, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos” (Ibíd., p.119).

Expuesto lo anterior, es importante mencionar que algunos afectos anímicos servían como herramienta o recurso para suprimir enfermedades, síntomas, estados que “llevan adherido algo de imprevisible” (Ibíd., p.124). A pesar de ello, la singularidad y diversidad de las personalidades en lo anímico, impedían mantener una regularidad en los resultados terapéuticos, pues no todo sirve para todos. Así entonces, Freud denominó al tratamiento que abordaba aspectos emocionales y afectivos como tratamiento anímico, en donde el médico se valía de recursos para obtener efectos conscientes de los afectos anímicos. No obstante, el médico se encontraba ante un sin número de restricciones como la suscitación de afectos intensos, por lo cual, podía valerse de los afectos que manifestaba el paciente hacia él¹⁴ y que permite a su vez, que el enfermo entrara en un estado del que se podía extraer información y obtener resultados terapéuticos. El estado del que se habla, tenía gran semejanza con el sueño, a saber, la hipnosis, la cual es un estado en el que el enfermo cae en una especie de sueño, sólo que en tal estado se “presentan alteraciones y demuestran conservarse operaciones anímicas que faltan en el dormir normal” (Ibíd., p.126). Más aun, es importante fijarse en la conducta del hipnotizado hacia su hipnotizador, el enfermo “permanece *despierto* respecto de la persona que lo puso en estado hipnótico, sólo a ella le oye y la ve, la

¹⁴ Dichos afectos que el paciente manifestaba hacia el médico, hacen referencia a lo que años después se denominó transferencia, elemento fundamental para el análisis. Así entonces se empezaron a dilucidar los primeros indicios sobre la relación que se establece entre el enfermo (paciente) y su médico.

comprende y le responde” (Ibíd.). Este fenómeno fue denominado inicialmente por Freud *rapport*¹⁵.

La influencia que el hipnotizador ejercía sobre el hipnotizado no sólo se limitaba a escucharle, verle y responderle, también, este obedecía por entero al hipnotizador, se volvía obediente y crédulo; ante lo cual, la influencia de la vida anímica sobre lo corporal se exacerbaba. “Si el hipnotizador dice: usted no puede mover su brazo, este cae inmóvil. Es evidente que el hipnotizado aplica toda su fuerza, y no puede moverlo” (Ibíd.). Al tratamiento anímico mediante la hipnosis se añadió el elemento llamado sugestión, este correspondía al dicho del hipnotizador que ejercía influencia y provocaba efectos en el hipnotizado. Así entonces, el médico podía valerse de ella para curar dolencias corporales, en otras palabras, se curaba al enfermo de un malestar corporal mediante el tratamiento anímico, mediante la palabra. Es de tener en cuenta que la hipnosis era una ampliación del poder de acción del médico, lo que implicaba una responsabilidad en su ejecución y posterior a ella. También, por lo común, se recurría a esta clase de tratamiento sólo cuando todos los otros medios habían sido infructuosos, y el enfermo se encontraba en un estado de desánimo (Ibíd., p.129).

Con lo expuesto hasta ahora, se hace indispensable enfatizar en varios aspectos. A pesar de que el hipnotizador ejercía gran influencia en el hipnotizado, caracterizada por la obediencia, la hipnosis tenía límites y no en todos los casos era efectiva. De ese modo, la hipnosis dependía mayormente de la voluntad del enfermo, que del médico mismo. Por otra parte, la hipnosis se trababa de proporciones, de magnitud e intensidad, es decir, la obediencia permitía al hipnotizado ejecutar ciertas tareas, como acciones sencillas y sin fundamento en el que se pudiese rebelar; sin embargo, había tareas a las que el hipnotizado se rehusaba a ejecutarlas, mostrando una notable resistencia. Entonces, ni siquiera en la mejor hipnosis la sugestión ejercía un poder ilimitado, sólo un poder de cierta intensidad (Ibíd., p.131). Freud también se enfrentó a otra limitación, que ante los enfermos de neurosis¹⁶ resultaba complejo llevar a cabo la hipnosis.

¹⁵ *Rapport* es uno de los primeros términos que utilizó Freud para referirse a la relación terapéutica (Freud, 1890, p. 126).

¹⁶ “Como concepto técnico empleado por Sigmund Freud a partir de 1893, se aplica a las enfermedades nerviosas cuyos síntomas simbolizan un conflicto psíquico reprimido de origen infantil. Con el desarrollo

Consideremos ahora lo concerniente al tratamiento del alma a través de lo anímico. Puede deducirse que los afectos al ser considerados representación de los estados anímicos, constituían una fuerte influencia sobre lo corporal y parte del proceso del tratamiento de los síntomas que aquejaban al enfermo. Igualmente, la sugestión comprendía un elemento indispensable para el tratamiento de las afecciones psíquicas; elemento que, a su vez, permitía el desenvolvimiento de la hipnosis y de acciones o tareas por parte del enfermo.

Respecto al método hipnótico James Strachey en la introducción a los *“Trabajos sobre hipnosis y sugestión”* (1888-1892) refiere que, “centrado en el hipnotismo, el trabajo de Freud no contiene alusión alguna a sus descubrimientos, a parte de un posible y oscuro indicio sobre el método catártico” (Freud, 1882, p.69). Freud en sus escritos da cuenta del uso de la hipnosis como método catártico y como herramienta en el proceso terapéutico; sin embargo, los descubrimientos al respecto corresponden a las observaciones que hacía de otros médicos y de su propia experiencia. Inicialmente, al observar y convencerse de que los fenómenos de la hipnosis eran auténticos y que podía ser utilizada con fines terapéuticos, Freud empezó a adoptarla como método en el tratamiento del alma. Además, a partir de la clínica de Charcot en París, “pudo Freud comprobar que la sugestión hipnótica era allí admitida y empleada cotidianamente” (Ibíd., p.71). A pesar de ello, a medida que se fue sirviendo de este método, se encontró con limitaciones en el procedimiento, cuestión que más adelante lo llevó a descartar la hipnosis como método psicoanalítico. Ante ello cabe resaltar que:

“Sus dudas en torno de la eficacia de la sugestión deben haber comenzado en fecha temprana. En su presentación autobiográfica, nos narra que una paciente a la que no había logrado poner en hipnosis profunda la persuadió para que se reuniera con él en Nancy; sin embargo, tampoco Bernheim¹⁷ tuvo éxito con ella, y le confesó a Freud

del Psicoanálisis, el concepto evolucionó, para encontrar finalmente su lugar en una estructura tripartita, junto a la psicosis y la perversión” (Diccionario AKAL internacional de Psicoanálisis, 2007, p.1337).

¹⁷ Hippolyte Bernheim (1840-1919) era un médico francés que se valió de la hipnosis como recurso para poner al paciente en un estado sugestionable y así, curar las dolencias que aquejaban al enfermo.

que sólo lograba grandes éxitos con sus pacientes de hospital, pero no en su práctica privada...” (Ibíd., p.72)¹⁸.

Cabe resaltar que previo a descartar la hipnosis como método, debido a la ausencia de efectos de la sugestión, implementó cambios en el procedimiento que le permitieron obtener efectos diversos y así hacer uso de la hipnosis a otro nivel. Algunos cambios en este procedimiento se dieron inicialmente en la sustitución del dormir hipnótico por lo que se denominó “estado de concentración”, para más adelante desarrollar la “técnica de presión sobre la frente”. Asimismo, se hace importante mencionar que el procedimiento sólo era útil dentro del método catártico, más no en el tratamiento sugestivo.

Uno de los casos clínicos que Freud llevó a cabo da cuenta de los primeros momentos en que empieza a encontrarse con la ineffectividad de la hipnosis. Este corresponde al caso de Miss Lucy R. en su trabajo de “*Estudios sobre la histeria*” (1893-1895), en donde Freud refiere que, “Miss Lucy R. no cayó sonámbula cuando intente hipnotizarla. Renuncié entonces al sonambulismo e hice todo el análisis con ella en un estado que se distinguía apenas del normal” (Freud, 1895, p.125). En lo anterior se evidencian algunas de las limitaciones encontradas frente al uso del método hipnótico, pues no todos los pacientes eran hipnotizables y el porcentaje de los casos efectivos era mucho menor de lo esperado. Por lo tanto, Freud manifestó, “así, pronto me desmotivé a emprender aquellos ensayos destinados a determinar el grado de la hipnosis, pues en toda una serie de casos ponían en movimiento la resistencia de los enfermos y me arruinaban la confianza de que yo necesitaba para el trabajo psíquico más importante” (Ibíd., p,126).

Asimismo, a partir de la observación de un experimento¹⁹, Freud se apropió y se sirvió por lo que denominó “estado de concentración” y la “técnica de presión sobre la frente”. Respecto a ello, en el caso de Miss Lucy Freud manifestó:

¹⁸ Esta cita corresponde a una nota al pie de página en “Trabajos sobre hipnosis y sugestión” (1882-1892) de la página 72.

¹⁹ El experimento que menciona Freud en su trabajo, “Estudios sobre la histeria, caso Miss Lucy”, hace referencia al realizado por Bernheim con el fin de probar que los recuerdos del sonambulismo están olvidados en apariencia en el estado de vigilia y que se pueden llevar a recordar al paciente por medio de la admonición (advertencia que se le hace a alguien para que corrija su conducta).

“Ese experimento asombroso e instructivo me sirvió de modelo. Me resolví a partir de la premisa de que también mis pacientes sabían todo aquello que pudiera tener una significatividad patógena, y que sólo era cuestión de constreñirlos a comunicarlo. Así, cuando llegaba a un punto en que a la pregunta: ‘¿Desde cuándo tiene usted este síntoma?’ o ‘¿A qué se debe eso?’, recubría una respuesta: ‘Realmente no lo sé’, procedía de la siguiente manera: ponía la mano sobre la frente del enfermo, o tomaba su cabeza entre mis manos, y le decía: ‘Ahora, bajo la presión de mi mano, se le ocurrirá. En el momento en que cese la presión, usted verá ante sí algo, o algo se le pasará por la mente como súbita ocurrencia, y debe capturarlo. Es lo que buscamos’ (Ibíd., p.127)²⁰.

De igual forma, en otros trabajos Freud refleja su inconformidad hacia el método hipnótico. En “*Cinco conferencias sobre Psicoanálisis*” (1910) refiere:

“La hipnosis pronto empezó a desagradarme, como un recurso tornadizo y por así decir místico; y cuando hice la experiencia de que a pesar de todos mis empeños sólo conseguía poner en el estado hipnótico a una fracción de mis enfermos, me resolví a reasignar la hipótesis e independizar de ella al tratamiento catártico” (p.19).

Así entonces, se puede vislumbrar el cambio que se ejerció sobre este método, en donde se proponía la tarea de averiguar del enfermo aquello que el médico no sabía y hasta él mismo desconocía; se encontró entonces otra forma de restablecer el nexo entre las escenas patógenas olvidadas y los síntomas que se desligaban de ellas sin hacer uso de hipnosis. Previo a renunciar a la hipnosis, este método le permitió identificar la existencia de una situación traumática, y que, al momento de acceder a ella, por medio de hipnosis, podían eliminarse los síntomas relacionados con el malestar del paciente. Sin embargo, esa situación no en todos los casos se presentaba, es decir, en la génesis del síntoma no participaba una impresión traumática única, sino en un sin número de ocasiones, una serie de ellas, difíciles de abarcar.

²⁰ “No se sabe con certeza cuando abandonó Freud esta técnica; sin duda lo había hecho antes de 1904, pues en su contribución a esa fecha para el libro de Loewenfeld sobre los fenómenos obsesivos destaca expresamente que ‘evita todo contacto’ con sus pacientes” (Freud, 1895, p.128).

Todas aquellas limitaciones con las que se encontró Freud lo llevaron a introducir modificaciones en lo hasta ese momento trabajado, en el procedimiento catártico, inicialmente en la técnica. El primer paso constituyó una renuncia a la sugestión, para después abandonar la hipnosis. En *“El método psicoanalítico de Freud”* (1904) se describe cómo procedió a tratar a los enfermos, posterior al abandono de la hipnosis:

“Sin ejercer sobre ellos ninguna influencia de otra índole, los invita a tenderse cómodamente de espaldas sobre un sofá, mientras él, sustraído a su vista, toma asiento en una silla situada detrás. Tampoco les pide que cierren los ojos, y evita todo contacto y cualquier otro procedimiento que pudiera recordar a la hipnosis. Una sesión de esta clase transcurre como una conversación entre dos personas igualmente alertas...” (p.238).

A partir del nuevo abordaje de la terapéutica, también se sustituyó la noción de ampliación de la consciencia que se lograba con el método hipnótico, por lo que Freud denominó pensamientos involuntarios²¹. Este tipo de pensamientos se obtenían al dejar al enfermo comunicar todo aquello que se le ocurría, todo aquello que pasaba por su mente, para después, pasar a relatar en detalle su historial clínico. Se empezó entonces a vislumbrar la importancia de la palabra y cómo se constituía como elemento fundamental en la clínica del Psicoanálisis y, por tanto, como vía para el análisis. Igualmente, se reconocieron otros elementos que consolidaban la clínica, como la represión, de la que resultan las amnesias que envuelven los recuerdos del enfermo y “cuyo motivo individualiza en el sentimiento de displacer” (Ibíd., p.239). Se consideró también, que la fuerza psíquica que daba origen a la represión, era la resistencia²². Dentro de esta se encuentran elementos que Freud denominó retoños de los productos psíquicos reprimidos, que corresponden a las ocurrencias que suele dejar el paciente de lado, acuñándole toda clase de pretextos y que pueden corresponder a pensamientos y afectos. El trabajo interpretativo de esta terapéutica también se interesó por la

²¹ Los pensamientos involuntarios corresponden a pensamientos sentidos como perturbadores, que eran apartados de lo consciente.

²² La resistencia es considerada uno de los elementos principales de la teoría psicoanalítica freudiana.

interpretación de los sueños, que brindan la vía de acceso más directa para el conocimiento de lo inconsciente²³.

En la interpretación de los sueños es interés de análisis el simbolismo presente en el sueño y en lo inconsciente. Freud consideraba que los sueños eran la vía directa al inconsciente e interpretar un sueño significaba “indicar su ‘sentido’, sustituirlo por algo que se inserte como eslabón de pleno derecho, con igual título que los demás, en el encadenamiento de nuestras acciones anímicas” (Freud, 1900, p.118). De este modo, Freud entendía el sueño como un síntoma, y lo trataba como tal, ejerciendo para él una interpretación a partir del método elaborado para los síntomas.

Ahora entonces, es importante considerar la tarea que se proponía el método psicoanalítico según Freud, que puede expresarse mediante diversas fórmulas, entendiéndose como:

La “tarea de la cura es suprimir las amnesias. Si se han llenado todas las lagunas del recuerdo y esclarecido todos los enigmáticos efectos de la vida psíquica, se ha imposibilitado la prosecución de la enfermedad, y aun su neoformación. La condición para ello puede concebirse también así: deben deshacerse todas las represiones; el estado psíquico resultante es el mismo que produce el llenado de todas las amnesias. De mayor alcance es otra concepción: se trata de volver asequible lo inconsciente a la conciencia, lo cual se logra venciendo las resistencias. Pero no se olvide que un estado ideal de esa índole tampoco se presenta en el ser humano normal, y que sólo rara vez se llega a estar en condiciones de hacer avanzar el tratamiento hasta un punto que se le aproxime... [Por tanto], no puede para el tratamiento ninguna otra meta que una curación práctica del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de rendimiento y de goce” (Ibíd., p.240).

De ese modo, la cura se fundamenta en la supresión de las resistencias, que permita el acceso a lo inconsciente del enfermo y un restablecimiento de un estado saludable, así como un entendimiento de su situación.

²³ El trabajo de “La interpretación de los sueños” (1900) de Freud, describe los detalles de la técnica de interpretación o de traducción de los sueños.

Siguiendo esta lógica de ideas, los avances en la terapéutica psicoanalítica prosiguieron respecto a su método y técnica. En *“Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”* (1910), Freud menciona que la técnica, y por ende la cura psicoanalítica, tuvo cambios desde su inicio, una transformación en su proceder, en donde el paciente debía decirlo todo él mismo y la función del médico consistía en esforzarse continuamente. Más adelante, la cura analítica se estructuró en dos partes: “lo que el médico colige y dice al enfermo, y el procedimiento por este último de lo que ha escuchado” (p.134). En este mismo punto, Freud manifiesta que el mecanismo de la terapia consistía en proporcionar al enfermo la representación-expectativa conciente por semejanza, es decir, una interpretación de lo dicho, que permitía al paciente descubrir en sí mismo la representación inconsciente reprimida; en otras palabras, consistía en poner en palabras el malestar del paciente, su malestar inconsciente. Sin embargo, este no es el único mecanismo empleado en la cura analítica, existe otro, a saber, el basado en el empleo de la transferencia; elemento que será abordado más adelante.

Así entonces, la técnica psicoanalítica inicialmente se planteaba dos objetivos: “ahorrar esfuerzos al médico y abrirle al enfermo un acceso irrestricto a su inconsciente” (Ibíd., p.137). Es importante añadir que, en los cambios que tuvo la técnica se encuentra el cambio de principio; de ello Freud menciona:

“En la época de la cura catártica teníamos por meta el esclarecimiento de los síntomas; luego dimos la espalda a estos, y reemplazamos esa meta por la de poner en descubiertos los ‘complejos’... ahora, empero, orientamos directamente el trabajo hacia el hallazgo y la superación de las ‘resistencias’, y nos consideramos autorizados a esperar que los complejos se dilucidarán con facilidad tan pronto como aquellas hayan sido discernidas y eliminadas” (Ibíd.).

En suma, los primeros intentos psicoanalíticos se realizaron haciendo uso del método hipnótico, que después fue abandonado y se introdujeron cambios que permitieron la actualización del método, estableciéndose la “asociación libre”; valiéndose esta principalmente de las palabras, del poner en palabras lo cotidiano, y así lo que causa conflicto en el sujeto-paciente (Freud, 1913). Más adelante, se hizo necesario añadir las interpretaciones del médico al discurso del sujeto-paciente. A partir de las investigaciones desarrolladas mediante la clínica, en cuanto a la búsqueda de las causas de los síntomas y padecimientos que aquejaban a los pacientes, el Psicoanálisis “llegó

a la conclusión de que esos conflictos²⁴ siempre se producían entre las pulsiones sexuales (empleando la palabra ‘sexual’ en el sentido más amplio) y los deseos e inclinaciones del resto del yo” (Ibíd., p.213). Por otra parte, la teoría psicoanalítica incluye una clasificación diagnóstica, que divide y estructura al sujeto, a saber, la neurosis, la perversión, negativo de la neurosis, y la psicosis.

En cuanto a la interpretación en el análisis, se puede resaltar que una de las interpretaciones que ofrecen distintas formas de indagación y entendimiento, es la interpretación de los sueños que tiene como objetivo “la remoción del disfraz²⁵ que se impuso a los pensamientos del soñante” (Ibíd., p.214). De igual forma, Freud afirmó que la interpretación de los sueños era “un valiosísimo auxiliar de la técnica psicoanalítica, pues constituye el método más conveniente para inteligir la vida anímica inconsciente” (Ibíd.).

De este modo, la técnica y el método psicoanalítico se actualizaron a medida que las investigaciones y su ejecución en la clínica permitían ahondar en el conocimiento del sujeto, del inconsciente y de lo humano. Es importante, por tanto, reconocer los elementos que conforman la terapéutica y que, a su vez, fundamentan y permiten el desarrollo del análisis. De esta manera, se introduce el concepto de transferencia, elemento que es indispensable para que se pueda llevar a cabo un análisis, pues constituye la relación entre médico y paciente (analista y analizante²⁶). Así pues, la premisa que fundamenta este apartado es la construcción de la terapéutica psicoanalítica, en tanto clínica de lo inconsciente. La formalización del método no constituye una evolución, entendiéndola como una serie de transformaciones que va teniendo cierto objeto, sino como una actualización del conocimiento. Es decir, para estudiar el Psicoanálisis es indispensable hacerlo a medida que se actualiza, que se introducen los cambios que permiten renovar el Psicoanálisis como disciplina, que posibilitan un nuevo decir de aquello que es el sujeto. De ese modo, la teoría

²⁴ Al hablar de conflictos, se hace referencia a la represión y la escisión en los sujetos (Freud, 1913).

²⁵ El término disfraz se introduce debido a que Freud consideraba que “el sueño es el cumplimiento disfrazado de un deseo reprimido” (Freud, 1913, p. 214).

²⁶ El término analizante [*Analysand*], para Lacan, se refiere a la persona que forma, verdaderamente, una demanda de análisis, es decir, es la persona que trabaja. Al respecto Lacan en “*Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*” refiere que de ningún modo se tiene que contemplar la posibilidad de modelar dicha demanda, pues esta debe haberse formado antes de que el analista de cuenta de ella.

freudiana se fundamenta, como terapéutica, en el abordaje del sujeto, mediante el estudio de los conflictos inconscientes que lo constituyen.

II. Transferencia como mecanismo de vínculo: Una aproximación freudiana

En Psicoanálisis, el concepto transferencia “designa la transposición, la transmisión sobre otra persona –y principalmente el analista– de sentimientos, deseos, modos de relación organizados o experimentados en otro tiempo en relación con personas muy investidas de la historia del sujeto” (Diccionario Akal internacional de Psicoanálisis, 2007, p.1337). Así mismo, es entendido como “proceso constitutivo de la cura psicoanalítica, en virtud del cual los deseos inconscientes del analizado concernientes a objetos exteriores se repiten, en el marco de la relación analítica, con la persona del analista, colocado en posición de esos diversos objetos” (Ibíd.). Esto es, dotar de identificaciones al analista, sustituyendo representaciones pasadas por presentes. Las identificaciones con las que se enviste al analista, corresponden a expresiones de condiciones de amor que dan cuenta de relaciones anteriores u objetos amorosos; es entonces la transferencia, una manifestación de la vida amorosa del sujeto²⁷.

En “*Sobre la dinámica de transferencia*” (1912), Freud manifiesta que:

“Todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe de su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse” (p.97).

Este apartado es pertinente mencionarlo, ya que a partir de él Freud argumenta que la anterior condición da origen a un clisé o varios de ellos²⁸, representando distintos momentos y relaciones

²⁷ Cuando se habla de la vida amorosa del sujeto, no sólo corresponde al pensamiento tradicional de la pareja sexual, corresponde a aquellas personas con las que se ha establecido una relación mediada por el amor (de sentimientos tiernos u hostiles), una relación transferencial.

²⁸ El término clisé hace referencia a una repetición o reimpresión, correspondiente a un suceso o persona anterior. En otras palabras, alude a la acumulación de experiencias, que dan como resultado una nueva relación o forma de relacionarse con otro.

de la vida del sujeto, representación en tanto repetición. En ocasiones, estas investiduras²⁹ que conserva el sujeto pueden estar interiorizadas a nivel consciente, vueltas hacia una realidad objetiva, o a nivel inconsciente, desplegadas en la fantasía. Entonces, si las necesidades de amor de alguien no son satisfechas en su totalidad³⁰ por la realidad (objetiva), puede el sujeto volcarse con unas representaciones-expectativa libidinosas hacia una nueva persona, en donde posiblemente las porciones consciente e inconsciente de la libido participen para acomodarlas (Ibíd., 1912). Así pues, pueden darse situaciones en las que “la investidura libidinal” ante una expectativa de alguien insatisfecho, se vuelque hacia la imagen del médico. De ahí que:

“Esa investidura se atendrá a modelos, se anudará a uno de los clisés preexistentes en la persona en cuestión o, como también podemos decirlo, insertará al médico en una de las ‘series’ psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento” (Ibíd., p.98).

Por lo tanto, estas series representadas, corresponden a la simbolización sobre otro (el médico) de una relación pasada, indistinta de la persona con quien se haya establecido dicha relación³¹. Esto es entonces, lo que se denomina transferencia, la relación que se establece con otro (en este caso, el médico). Después de esto, se hace necesario esclarecer dos puntos importantes. En primer lugar, para la emergencia de la transferencia no es requisito ser neurótico ni encontrarse en análisis, pues fuera de él también se presentan manifestaciones de ella. Y, en segundo lugar, la transferencia emerge en el proceso del análisis como la más fuerte resistencia al tratamiento, lo que implica un trabajo para vencerla.

La transferencia aparece como manifestación de la resistencia que se da por parte del sujeto al análisis, exteriorizando aquella energía libidinal insatisfecha del sujeto puesta en otro, en este caso, en la persona del médico. Estas resistencias surgen a partir de la disminución de la libido

²⁹ Las investiduras mencionadas se refieren a mociones libidinosas que posee el sujeto y que corresponden a su relación con la realidad.

³⁰ Las satisfacciones a las que accede el sujeto son temporales y esporádicas, lo que pone al sujeto en la constante búsqueda de satisfacción; recurrentemente de forma total y exhaustiva, condiciones que no se cumplen.

³¹ “Empero, la transferencia no está atada a ese modelo [imago paterna]; también puede producirse siguiendo la imago materna o de un hermano varón” (Freud, 1912, p. 98).

susceptible de conciencia, así entonces, esta disminución propicia la regresión y reanima los imagos infantiles. “Y bien, hasta ahí la sigue la cura analítica, que quiere pillarla, volverla de nuevo asequible a la conciencia y, por último, ponerla al servicio de la realidad objetiva” (Ibíd., p.100). Sin embargo, este es un trabajo arduo, ya que, al enfrentarse la cura analítica con la libido retirada, las fuerzas causantes de la regresión aumentan la resistencia para mantenerse en el estado actual. De ese modo, la tarea fundamental de la cura analítica es vencer las resistencias que emergen al instaurarse la relación analítica, es decir:

“Si algo del material del complejo (o sea, de su contenido) es apropiado para ser transferido sobre la persona del médico, esta transferencia se produce, da por resultado la ocurrencia inmediata y se anuncia mediante los indicios de una resistencia” (Ibíd., p.101).

Así entonces, la transferencia en la cura analítica emerge en un primer momento como el arma más poderosa de la resistencia, en donde su intensidad y tenacidad son expresión de esta. De igual forma, el mecanismo de la transferencia se esclarece reconociendo la libido que se encuentra oculta y su papel en la cura se revela sólo si se logra penetrar en sus vínculos con la resistencia. Siguiendo este orden de ideas, la transferencia sirve como mecanismo que posibilita la cura o como obstáculo ante ella; puede por un lado facilitar la confesión o por el otro dificultarla. Entonces:

“¿A que debe la transferencia el servir tan excelentemente como medio de la resistencia?... La respuesta a esta pregunta, planteada aquí repetidas veces, no se obtendrá mediante ulterior reflexión, sino que es dada por la experiencia que uno hace en la cura a raíz de la indagación de las particulares resistencias transferenciales” (Ibíd., p.102)³².

Ahora bien, es necesario reconocer en la transferencia la dicotomía entre lo positivo y lo negativo, “la transferencia de sentimientos tiernos de la de sentimientos hostiles, y tratar por separado ambas variedades de transferencia sobre el médico” (Ibíd.). En esta variedad, la transferencia positiva se divide en sentimientos amistosos o tiernos que son susceptibles de

³² El mecanismo de la transferencia no constituye un mecanismo que se repita de igual forma en cada uno de los análisis y en cada uno de los sujetos, por el contrario, en cada momento y situación se caracteriza por su singularidad; lo que implica una invención en cada sujeto y en cada análisis.

conciencia y de las reanudaciones de lo inconsciente. De este modo, al referirse a una resistencia dentro de la cura, ha de aludir a una transferencia negativa o de una positiva de “mociones eróticas reprimidas”, dado que aquella que se presenta en el análisis requiere ser extraída de lo inconsciente, lo que implica el trabajo de combatir la resistencia. Además, al hacer conciente la transferencia se desprenden del médico esos componentes del acto de sentimiento, así como la imagen, impuestos por el paciente³³.

Por otra parte, puede encontrarse en una misma situación la transferencia tierna (positiva) y hostil (negativa); lo que Eugen Bleuler (1857-1939) acuñó como “ambivalencia”³⁴. La ambivalencia surge como un “estado normal”, en el que se encuentran sentimientos contrarios ante una misma situación o relación; aunque cuando aumenta su intensidad es una marca particular de las personas neuróticas. La ambivalencia puede ser percibida como un obstáculo en la cura analítica, sin embargo, a partir de ella se pueden exteriorizar sentimientos que se entrelazan con el proceso que antecede a la cura. A su vez, la ambivalencia es importante en el análisis, pues hace parte del ejercicio que dirige al analizado hacia la cura. Es entonces, recordar lo pasado en lo presente. Cuando se logran vencer las resistencias y se establece la transferencia entre analista y analizado, puede llevarse a cabo el recordar, lo que posteriormente le permitirá al sujeto (analizado), reelaborar el significado de aquello que le aqueja.

En “*Recordar, repetir y reelaborar*” (1914), Freud habla acerca del recordar, manifestando que “podemos decir que el analizado no *recuerda*, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace” (p.151). En concordancia con lo anterior, es pertinente mencionar que el recordar constituye un volver acto nuevamente aquello vivido que tiene gran significancia en la vida del sujeto, vivencias que no siempre se reconocen como fundamentales y que no se repiten de manera similar. Retomando el concepto de transferencia, se advierte que este es pieza fundamental en el recordar y el proceso mismo de la cura, ya que “la repetición es la transferencia

³³ La transferencia al ser analizada en el Psicoanálisis, sale a la luz y se manifiesta como elemento fundamental; sin embargo, no significa que en otros espacios no pueda emerger, al contrario, la transferencia aflora en las distintas relaciones humanas, mas no es analizada en otro espacio diferente al Psicoanálisis.

³⁴ “Freud menciona la palabra ‘ambivalencia’... para describir la presencia simultánea de mociones activas y pasivas” (Freud, 1912, p. 104).

del pasado olvidado”, no sólo sobre el médico (analista), sino sobre todos los ámbitos de la situación presente.

Es por ello, que se hace indispensable el establecimiento de la transferencia en el análisis, pues al hacerlo y ser viable, “el tratamiento logra impedir al enfermo todas las acciones de repetición más significativas y utilizar el designio de ellas como un material para el trabajo terapéutico” (Ibíd., p.155). Además, la transferencia sirve como medio para que el analizado revele aquello oculto, lo inconsciente. Al manifestar, a través de la transferencia, todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado, se consigue dar un nuevo significado transferencial a los síntomas de la enfermedad, “sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia” (Ibíd., p.156). Dicho lo anterior, se puede decir que la transferencia en un lugar intermedio entre la enfermedad y la vida del analizado; lo cual constituye una enfermedad artificial³⁵, a la que se tiene acceso mediante la intervención.

Retomando lo concerniente al establecimiento de la transferencia, y recordando que puede ser tanto de sentimientos tiernos como hostiles, pueden darse tres alternativas como respuesta a la emergencia de dicho amor. Primero una unión legítima y permanente de ambos, lo que sería equivalente a satisfacer la demanda del analizado; otra en la que analista y analizado se separan, no se responde a la demanda, abandonando el trabajo analítico; y como tercera alterativa, el anudamiento de una relación amorosa ilegítima, lo que afecta tanto en la moral como en la ética. Como primera impresión, este enamoramiento no se percibe como beneficioso para el análisis, pues el analizado se muestra como una persona que ha perdido toda inteligencia del tratamiento e interés por él. Lo único en lo que centra su atención es en hablar y oír de su amor, y demandará que le sea correspondido. Por tanto, el analista que vivencie tal situación por primera vez, no advertirá como sencillo mantener la situación analítica.

Este amor entonces, parece enmascarar una clara resistencia, pues emerge en el momento preciso en que se encamina al analizado a admitir o recordar un fragmento de gran importancia que se encontraba reprimido. Se puede decir que, “el enamoramiento existía desde mucho antes,

³⁵ En tanto constituye una sustitución de la enfermedad originaria.

pero ahora la resistencia empieza a servirse de él para inhibir la prosecución de la cura, apartar del trabajo todo interés y sumir al médico analista en un penoso desconcierto” (Freud, 1915, p.166).

Ahora bien, el analista debe abstenerse de aceptar los sentimientos y ternura que le sean ofrecidos, es decir, no debe ceder ante la demanda del paciente; por lo tanto, la cura tiene que ser realizada en la abstinencia. Si se concibe la primera alternativa, en la que el médico responde a la demanda del paciente con el fin de liberarle de su neurosis, correspondería a un triunfo del paciente, una derrota para la cura y un fracaso para el médico; pues el paciente habría conseguido lo que los enfermos esperan en el análisis: “actuar, repetir en la vida algo que sólo deben recordar, reproducir como material psíquico y conservar en un ámbito psíquico” (Ibíd., p.169). Si se responde a la demanda de amor, se está dando paso a una relación de este tipo, lo cual pone fin a la posibilidad de influir mediante el tratamiento analítico. “Consentir la apetencia amorosa de la paciente es entonces tan funesto para el análisis como sofocarla” (Ibíd.).

Se propone así, analizar la transferencia de amor, tomarla como algo no real, como una situación que debe ser orientada en la cura, hacia sus orígenes inconscientes, para posteriormente poder llevarle a la consciencia lo más escondido de su vida amorosa y poder gobernarlo. Podría pensarse que este amor es una construcción de la resistencia, sin embargo, la resistencia no crea ese amor, se vale de él y exagera sus exteriorizaciones. Además, “este enamoramiento consta de reediciones de rasgos antiguos³⁶, y repite reacciones infantiles” (Ibíd., p.171).

Desde la postura freudiana, entender la transferencia se hace a partir de reconocerla como expresión del sentir, como exteriorización de sentimientos que abruman al sujeto en análisis y que son puestos en la persona del médico (analista), como única y principal salida. Sin embargo, cuando se establece la relación transferencial y ocurre la descarga emocional, de afectos hostiles o tiernos, es importante reconocer que la transferencia no sólo se posiciona en el orden del sentir, sino que comprende una elaboración simbólica, una elaboración del discurso. En otras palabras, cuando el analizado se dirige al analista no lo hace de cualquier forma, se construye un modo en el que se manifiesta el sentir en tanto efecto del discurso. Así, por tanto, para el sujeto elegir

³⁶ Estas reediciones de rasgos antiguos corresponden a modelos infantiles, a identificaciones de relaciones anteriores que retornan a relaciones actuales, en esta ocasión, en la relación con el médico (analista).

analista constituye un arduo trabajo, pues no cualquiera puede ocupar ese lugar y no con cualquiera se puede establecer tal relación.

En este punto, es de tener en cuenta que la transferencia no surge exclusivamente en el análisis, surge a su vez en la cotidianidad, en las relaciones entre sujetos, presentándose en su máxima expresión en las relaciones amorosas, en donde el amado encuentra en el amante ciertas identificaciones fantasmáticas. No obstante, como se mencionó anteriormente, la forma en la que se dirige el analizado al analista cambia, no se hace del mismo modo que en otra relación. El afecto que se revela es un efecto del sentir, una construcción, por medio de la cual afloran síntomas que dan cuenta del padecer del sujeto, de su posición ante cierto suceso y de sí mismos. Por lo tanto, la transferencia es una construcción del sujeto a partir de su historia particular y de cómo se relacione con ella.

III. Transferencia en tanto dialéctica: postulaciones lacanianas

Ahora bien, con el fin de ahondar en la noción de transferencia, se han considerado otras posturas teóricas que dan cuenta de los cambios conceptuales que han permitido ampliar y contrastar aspectos relacionados al concepto. Se propone entonces la postura lacaniana que permite profundizar en el análisis de la transferencia, sirviendo como punto de corte. De ese modo, la transferencia en Freud, es entendida como consecuencia, cargada de afectos, del análisis. Con Lacan, la transferencia es condición del análisis, en donde se construye dicha relación a partir de las inversiones dialécticas. Asimismo, se tendrán en cuenta planteamientos de psicoanalistas lacanianos Jacques-Alain Miller y Miquel Bassols.

Jacques-Marie Émile Lacan (1901-1981), médico psiquiatra y psicoanalista francés, en su trabajo “Escritos 1” (2009) desarrolló el estudio de “Intervención sobre la transferencia” (1951), en el que inicia con la descripción del Psicoanálisis. Menciona que la experiencia psicoanalítica comprende que este (el Psicoanálisis) es una relación que ocurre de sujeto a sujeto, dado que son humanos, de lo que resulta, conservar una dimensión irreductible a toda Psicología. Entonces, para Lacan “un Psicoanálisis, en efecto, hablando con propiedad, se constituye por un discurso donde la mera presencia del psicoanalista aporta, antes de toda intervención, la dimensión del diálogo” (Lacan, 1951, p.210). De lo anterior, se puede afirmar que el Psicoanálisis es, por tanto, una

experiencia dialéctica, de discursos que constituyen verdades para los sujetos y que representan su realidad.

Supuesto esto, al hablar de transferencia es fundamental entender que esta constituye un ejercicio continuo de inversiones dialécticas, de discursos que se entrelazan. En su trabajo sobre la transferencia, Lacan se centra en el caso Dora³⁷³⁸, debido a que en él se puede vislumbrar la escansión de la estructura, en donde la verdad ya no es la de los hechos, sino la del sujeto, que corresponde a la percepción propia del suceso; “es decir, que el concepto de la exposición es *idéntico* al progreso del sujeto, o sea, a la realidad de la cura” (Ibíd., p.212). En el caso Dora, Freud introduce el concepto del obstáculo en el análisis bajo el término de transferencia, que está vinculado con las relaciones dialécticas. De modo que, en “Intervención sobre la transferencia” Lacan intentó definir en términos de pura dialéctica la transferencia (Ibíd.) bajo la premisa de que dicha transferencia es negativa en el sujeto al igual que la operación del analista que la interpreta. En su esfuerzo Lacan, se propuso hacer un recorrido por todas las fases que le permitiese reconocer la transferencia, así como perfilarla sobre las anticipaciones problemáticas con el fin de indicar en dónde se habría logrado una resolución.

Se inicia entonces con un primer desarrollo de la verdad, con el relato de Dora acerca de la relación amorosa que sostenía su padre con la señora K, ante lo cual quedó entregada Dora a las proposiciones amorosas del señor K, demostrando desinterés su padre y convirtiéndola en objeto de tal artificio. Así, posterior a este primer relato, Freud se encontró posicionado frente a la pregunta... “esos hechos están ahí, proceden de la realidad y no de mí. ¿Qué quiere usted cambiar en ellos?” (Ibíd.). Una pregunta que posiciona al analista en los hechos, en tanto verdad para el sujeto; cuestión que, a su vez, permite identificar indicios de la transferencia. A la pregunta de Dora, Freud responde con lo que Lacan denomina primera inversión dialéctica: “mira, le dice, cuál es tu propia parte en el desorden del que te quejas” (Ibíd., p.213). Como respuesta a ello, emerge un segundo desarrollo de la verdad, a saber, que la complicidad y la protección vigilante de Dora

³⁷ El caso Dora fue desarrollado por Freud en 1905 como un caso de histeria (y de la joven homosexual), en el que una joven se somete a un tratamiento psicoanalítico con Sigmund Freud, aquejada por síntomas somáticos que le impedían desarrollarse cotidianamente. En el transcurso del análisis sobresalen, manifestaciones que dan cuenta de las inclinaciones amorosas y sexuales de la joven.

³⁸ El caso constituye el primer acercamiento a la transferencia.

permitió la continuidad de la relación de los dos amantes. De ese modo, Dora se involucró en la relación con el señor K, en la vinculación de regalos por parte de este, que repercute en sus relaciones con los demás participantes, su padre y la señora K. Se da una contingencia para las relaciones.

Por otro lado, la relación edípica se constituía en Dora por una identificación con el padre, que la impotencia sexual de este favoreció y Dora la experimentaba como predominio de su posición de fortuna. Así entonces, “esta identificación se transparenta en efecto en todos los síntomas de conversión presentados por Dora y su descubrimiento inicia el levantamiento de muchos de estos” (Ibíd.). A partir de esto, surge la interrogación por el significado de los celos manifestados por Dora frente a la relación amorosa de su padre, en lo que surge la segunda inversión dialéctica con la observación de Freud de que los celos enmascaran el objeto de deseo, es decir, no es el padre quien origina los celos, sino la persona del sujeto-rival. Por tanto, dicho sentimiento se expresa bajo esa forma invertida.

A su vez, surge un tercer desarrollo de la verdad: “la atracción fascinada de Dora hacia la señora K... el hecho patente de sus intercambios de buenos oficios como mutuas embajadoras de sus deseos respectivos ante el padre de Dora” (Ibíd., p.214). De esto se deduce la pregunta que da cuenta de la traición por parte de la señora K y el posterior encubrimiento de Dora, ¿Qué la llevó a mantener ello? Esto permite llegar a la tercera inversión dialéctica, en donde se vislumbra el valor real que es la señora K para Dora y que queda de manifiesto en el segundo sueño narrado³⁹, en donde se puede entrever el misterio de su femineidad corporal. Con base en este sueño se puede tener la medida de lo que significa la mujer y el hombre para Dora. La mujer se convierte en el objeto imposible de desprender de un primitivo deseo oral, en el que se hace preciso que aprenda a reconocer su propia naturaleza genital. Para lograr tal reconocimiento, se hace necesaria la aceptación de su propio cuerpo, ya que esta falta se abre a la fragmentación funcional y constituye los síntomas de conversión. Expresa Lacan entonces que:

“Para realizar la condición de este acceso, no ha contado sino con el único expediente que, según nos muestra la *imago* original, le ofrece una apertura hacia el

³⁹ Este corresponde al segundo sueño relatado por Dora en el análisis realizado por Freud en “Fragmento de análisis de un caso de histeria (caso Dora)”.

objeto, a saber, el compañero masculino con el cual la diferencia de edades le permite identificarse en esa alienación primordial en la que el sujeto se reconoce como *yo [je]...*” (Ibíd., p.215).

De ese modo, surge la identificación de Dora con el señor K, y con Freud, mostrando también que todas sus relaciones con los hombres se manifiestan bajo la misma agresividad, la misma en la que se percibe la dimensión propia de la alienación narcisista. También es cierto que, como pensó Freud, el retorno a la reivindicación pasional hacia el padre, representa una regresión en comparación con las relaciones esbozadas con el señor K (Ibíd.). Siguiendo con la idea, Lacan menciona que la causa del conflicto de la condición de Dora, es, secretamente, aceptarse como objeto del deseo del hombre; que alude a su vez, sucede para toda mujer. Entonces, el aceptarse como objeto de deseo del hombre, es lo que motiva su idolatría hacia la señora K. Ahora bien, con motivo de continuar haciendo alusión a la transferencia positiva que emergió en el análisis, Lacan plantea la conjetura de una tercera inversión dialéctica en donde Freud hubiese podido orientar a Dora a reconocer lo que significaba la señora K para ella, de lo que se hubiese podido obtener la confesión de los últimos secretos en la relación con ella; interrogándose, “¿Qué prestigio no habría ganado él mismo (Freud), abriendo así el camino al reconocimiento del objeto viril?” (Ibíd., p.216). Lo anterior puede entenderse a partir de la posibilidad de análisis que había en el caso, valiéndose de la transferencia que emergió.

La falla en el caso radica entonces en la transferencia, en la desatención que se hizo frente a ella, al error que le hizo suponer su interpretación. Es importante ahora detenerse en el interés que significó dicho análisis, y Dora, para Freud, es decir, en la contratransferencia⁴⁰. Freud tuvo gran interés en Dora, exaltando fervientemente el caso; sin embargo, esto lo llevo a ponerse en el lugar del señor K e interfirió con el análisis.

“Freud en razón de su contratransferencia vuelve demasiado constantemente sobre el amor que el señor K... Inspiraría a Dora, y es singular ver cómo interpreta

⁴⁰ “Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de este” (Laplanche, Pontalis, 2004, p. 84).

siempre en el sentido de la confesión las respuestas sin embargo muy variadas que le opone Dora” (Ibíd., p.217).

En palabras de Freud, respecto a las dificultades que caracterizó el caso de Dora, “justamente la pieza más difícil del trabajo técnico no estuvo en juego con la enferma; en efecto, el factor de la ‘transferencia’, de que se habla al final del historial clínico, no fue examinado en el curso del breve tratamiento” (Freud, 1905, p.12). Esto, permite evidenciar como efectos de la desatención a la transferencia, el breve análisis, y quizás, la falta de profundización en elementos que hubiesen permitido acceder a apartes del inconsciente de la paciente, así como de síntomas.

Retomando, Lacan inserta la pregunta sobre cómo fue que Dora desembocó en la enfermedad, mostrándose como tal, tras la escena del lago; la pregunta va dirigida entonces a responder qué sucedió en dicha escena. En ella, el señor K en su propuesta pronunció las palabras: “mi mujer no es nada para mí”, ante las cuales surgió como respuesta la bofetada soberbia, como muestra oculta de celos y de sentimientos agresivos. Asimismo, Dora posteriormente experimentó la contrarespuesta a ello, en una neuralgia transitoria, indicando: “Si ella no es nada para usted, ¿qué es usted para mí?”, menciona Lacan. De ese modo, ese fantoche acababa de desmoronar el hechizo, cuestión que más adelante se repite con Freud, quién terminó desapareciendo para ella. Dora se aleja, por tanto, sin la intención de regreso.

En consecuencia con lo expuesto hasta aquí, Lacan se interroga por la transferencia dentro del análisis, a partir de las preguntas:

“¿Qué es finalmente la transferencia de la que Freud dice en algún sitio que su trabajo se prosigue *invisible* detrás del progreso del tratamiento y cuyos efectos por lo demás ‘escapan a la demostración’? ¿No puede aquí demostrársela como una entidad totalmente relativa a la contratransferencia definida como la suma de los prejuicios, de las pasiones, de las dificultades, incluso de la insuficiente información del analista en determinado momento del proceso dialéctico?” (Lacan, 1951, p.218).

Lacan considera entonces que, la transferencia no es real en el sujeto, constituye un momento en el que emerge a partir del estancamiento de la dialéctica analítica, de los modos permanentes según los cuales constituye sus objetos. Interpretar la transferencia entonces es llenar con

engaños⁴¹ el vacío de ese espacio muerto; un engaño que es útil, pues vuelve a “reanudar” el proceso. Lacan propone de ese modo, que la transferencia no corresponde a una propiedad de la afectividad, sino que adquiere sentido en función del momento dialéctico en el que emerge.

Finalizando el trabajo de “Intervención sobre la transferencia”, Lacan presenta la transferencia como elemento que tiene por función, además de dar cuenta de los momentos en que surge el error, la de orientar al analista. En palabras del autor:

“La transferencia tiene siempre el mismo sentido de indicar los momentos de errancia y también de orientación del analista, el mismo valor para volvernos a llamar al orden de nuestro papel: un no actuar positivo con vistas a la ortodramatización de la subjetividad del paciente” (Ibíd., p.220).

Prosiguiendo con la noción de transferencia en el Psicoanálisis, existen otros autores que se han pronunciado al respecto. Entre ellos, Jacques-Alain Miller, psicoanalista lacaniano francés y Miquel Bassols, psicoanalista miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. Tres de los trabajos que se retomaran de Miller en este apartado son, “C.S.T.”⁴², compilado en “Clínica bajo transferencia. Ocho estudios de clínica lacaniana” (2006), la conferencia “¿Cómo se inventan nuevos conceptos en Psicoanálisis?” pronunciada en la clausura de las I Jornadas del Campo Freudiano en Andalucía en 2001 y la entrevista que le fue realizada por Hanna Waar, publicada en la página de la Nueva Escuela Lacaniana (NEL) de México, titulada “Sobre el amor”. Y el trabajo que se tendrá en cuenta de Bassols es la conferencia dictada en el 7mo de los “Clinical Study Days” organizado por The Lacanian Compass en Nueva York, Estados Unidos en el 2014, titulada “Las paradojas de la transferencia”.

⁴¹ Los engaños a los que se hace referencia corresponden a la relación que se establece, inicialmente, entre el analista y el analizante, debido a que el analizante ve en la figura del analista una representación de otra relación, es decir, ve en el analista algo que no tiene, pero que considera que sí; lo que hace emerger el amor transferencial. Sin embargo, esta forma de la relación no ha de ser la misma durante el análisis, es importante que se actualice, que haya cambios en ella, lo que se relaciona con la posición de supuesto saber al analista, que después cambia. Así entonces, la transferencia se construye y se actualiza en el análisis.

⁴² En el trabajo se menciona que se conservaron las iniciales francesas del título, debido a que son imposibles de reproducir literalmente en castellano.

Miller en su trabajo “C.S.T.” (2006), refiere la transferencia como elemento inherente de la clínica del Psicoanálisis, pues al definirla menciona que la clínica “sólo puede ser el saber de la transferencia, es decir, el saber supuesto -que en el curso de la experiencia funciona como verdad que se vuelve transmisible, por otras vías y con otros efectos que los de la experiencia en que se constituye” (p.5). Es entonces la transferencia, un elemento que permite el análisis, así como la transmisión del saber supuesto. De ese modo, lo que se halla al comienzo del análisis es la transferencia. En “¿Cómo se inventan nuevos conceptos en Psicoanálisis?” (2001) Miller introduce el concepto de transferencia, divisándolo como elemento que favorece o impide el trabajo analítico, que puede servir al analista para ponerse en una posición de supuesto saber y hacerse amar. Refiere también que, la transferencia puede ser la túnica de Neso del analista⁴³, es decir, el analista puede infatuarse en la posición en la que se encuentra, en la posición del sujeto del supuesto saber. Ahora bien, la transferencia puede entenderse como un traslado que va del no saber al sujeto supuesto saber, cuestión que incluye al Otro, ya que “no es lo mismo decirse no sé a sí mismo que ir a decírselo a alguien” (p.4). El amor de transferencia corresponde primero a un traslado del narcisismo, amarse en el otro, pero también puede percibirse como invertido, como ocurre con la erotomanía, en donde el no saber se manifiesta como saber.

En cuanto a Bassols, en su conferencia “Las paradojas de la transferencia” (2014), da a la transferencia el carácter de contradicción, de una paradoja⁴⁴, ya que puede funcionar como condición para la experiencia psicoanalítica o como el obstáculo más difícil de superar. Sin embargo, refiere que la transferencia no corresponde a una distorsión o falsificación que puede ser contemplada con antelación, pues aun en la sugestión ocurre en silencio, en secreto, pero a la vista de todos (Bassols, 2014). La primera paradoja de la transferencia es que esta actúa y trabaja en la clínica como objeto misterioso (Ibíd.), pues presenta la característica de ser un objeto oculto a la vista de todos, un significante del que se desconoce el significado. Otra de las paradojas, es la del “enlace falso” que es la transferencia, por otro verdadero, es decir, la transferencia es la representación de relaciones pasadas, en tanto está ligada a un deseo inconsciente insatisfecho.

⁴³ A partir del relato de Neso, la expresión *una túnica de Neso* ha sido utilizada en la tradición literaria para referirse a un dolor moral que nos devora y del que vanamente se puede huir.

⁴⁴ La noción de paradoja en este caso, corresponde a cuando dos eventos se dan, aunque, el uno determina la imposibilidad del otro.

Corresponde entonces, a un “falso en lace” entre el paciente y el médico, pues lo que se pone en el segundo se dirige a un otro.

Bassols refiere que el problema no es el objeto de la relación originaria que se representa, “el asunto es la traducción, el desplazamiento de un deseo insatisfecho, un deseo que es siempre ya una traducción, un desplazamiento en sí mismo” (Ibíd., p.2). Además, esa relación originaria ya es una traducción, la transcripción de algo perdido, que es el deseo mismo causado por la falta de objeto. Entonces, la transferencia es siempre la pregunta por el Otro, acerca del deseo del Otro⁴⁵. Y allí es donde el analista se incorpora al análisis, pues es quien asume la pregunta que constituirá la relación del sujeto con su inconsciente. También, menciona que la transferencia está formada por tres registros: 1) el Otro simbólico, el Gran Otro, el lugar simbólico de la palabra y el lenguaje; 2) el otro imaginario que el sujeto concibe como su interlocutor; 3) el Otro reducido a lo real⁴⁶. Esta estructura es entendida como un nudo. El ejemplo que se citará a continuación permite comprender la afirmación de Bassols respecto al nudo estructural que tiene la transferencia, la de los tres registros.

“La primera vez que un joven viene a verme, dice que ha soñado conmigo la noche previa al llamado para concertar la entrevista. Él no sabía nada de mí, excepto mi nombre. En su sueño, me lleva en su automóvil. Voy en el asiento trasero. Él no puede ver mi cara, una cara que no conoce y que trata de descubrir en el espejo retrovisor. Hay un momento de angustia en el sueño cuando se da cuenta de que el otro puede verlo, pero que él no puede ver al otro. ¿Qué soy en el deseo del Otro? - esta es la pregunta que se convierte en una cuestión central tanto en su vida como en su análisis, como lo es, por otra parte, en todos los casos. Él sabe dónde va a, al consultorio del analista, pero no sabe de dónde viene” (Ibíd., p.2).

⁴⁵ El Otro del que se habla, con o mayúscula, se refiere a quien se dirige la demanda del sujeto, es decir, un Otro que puede ser representado en alguien que evoque una relación pasada inconclusa, insatisfecha, en donde ese en quien se representa encubre lo verdadero.

⁴⁶ Cuando se habla del otro reducido a lo real, puede entender como el otro con o minúscula, es decir, la persona que está y se hace sujeto en la medida que se media a través del lenguaje.

La consecuencia de citar el ejemplo permite comprender mejor como acontece la transferencia. En el ejemplo para el sujeto en análisis hay tres analistas distintos, el analista que lleva en su auto y no puede ver (registro simbólico), el analista que va a ver y de quien sólo conoce el nombre (registro imaginario) y el analista como la persona real, quien narra el sueño (registro real). Entonces en palabras de Bassols,

“La transferencia es un error, un error sobre la persona; es la confusión entre lo simbólico y los lugares imaginarios. El sujeto atribuye al analista ser otra persona. Y el analista sólo puede tomar ventaja de ese error con sus intervenciones si, al mismo tiempo, interpreta esa confusión con el fin de separar los dos registros” (Ibíd., p.3).

La tercera paradoja corresponde a la ventaja que saca el analista del error sobre su persona, falso enlace, y su interpretación. El analista debe estar en un lugar simbólico para interpretar, como también debe interpretar los efectos imaginarios, los efectos sugestivos de la posición en la que se encuentra; debe valerse de la interpretación para salir del lugar que la posibilita. Como cuarta paradoja, Bassols introduce la noción de Sujeto Supuesto Saber, que hace referencia a suponer un saber en el lugar del Otro, Otro concebido como otro sujeto; como se mencionó anteriormente. En el nivel más superficial de la transferencia el analista es tomado como Sujeto Supuesto Saber y todo es dirigido hacia él. Sin embargo, hay otro analista⁴⁷, uno que no se conoce y que es la verdadera causa de la transferencia. Este otro se posiciona en un saber inconsciente, un saber del que no se sabe. Así entonces, “la transferencia es transferencia con su inconsciente, la transferencia es suponer un saber a su inconsciente, suponer que usted esté implicado como sujeto con su inconsciente y con su síntoma” (Ibíd., p.6).

Dando continuidad a la premisa expuesta en la conclusión del apartado anterior, la cual sostiene que la transferencia no surge solamente en análisis sino también en la cotidianidad; pues la transferencia es un amor que, aunque surge en diferentes momentos, sólo se estudia en análisis. Para ello, se tuvo en cuenta la entrevista realizada a Miller por Hanna Waar “Sobre el amor”, en la que se da inicio con el epígrafe, “amamos a aquel que responde a nuestra pregunta: ¿Quién soy yo?” (Miller, 2008), para introducir a la exploración que hace Miller a la cuestión del amor. Miller refiere entonces, que el amor del que se enseña en Psicoanálisis corresponde a un amor automático,

⁴⁷ Otra representación del analista.

a menudo inconsciente, un amor que es artificial, pero de igual condición que el amor verdadero. Pues el sujeto, que dirige el amor, lo hace hacia quien piensa conoce su verdad, enmascarándola como bondadosa, pero tiende a ser difícil de soportar. Este amor del que habla Miller, es la transferencia.

Este amor constituye una búsqueda de aquello que falta, falta que se cree el otro va a llenar, otro que puede ser representado no por cualquiera, sea padre, madre, pareja o analista; corresponde a una posición de supuesto saber. Dice Miller, “amor, decía Lacan, es dar lo que no se tiene. Lo que quiere decir: amar, es reconocer su falta y darla al otro, ubicarla en el otro” (Miller, 2008). También sostiene Miller que el amor es esencialmente femenino, se ama verdaderamente a partir de una posición femenina, “amar feminiza”; cuestión que no indica que el hombre no pueda amar⁴⁸. Sin embargo, es complejo para el hombre amar, pues al hacerlo se considera en una posición de incompletud, de dependencia, lo que pone en duda su virilidad; lo que Freud denominó “degradación de la vida amorosa” en el hombre: la escisión del amor y del deseo.

Asimismo, las condiciones de amor y de deseo responden a rasgos particulares en los sujetos, no cualquiera puede ocupar el lugar de amado. Lo que constituye una función determinante en la elección amorosa, que es única en los sujetos, pues tiene que ver con la historia singular e íntima de cada uno. “Entre tal hombre y tal mujer, nada está prescrito por anticipado, no hay brújula, no hay relación preestablecida... los hombres y las mujeres hablan, viven en un mundo de discurso, eso es lo que es determinante” (Ibíd.).

Para finalizar, y respondiendo al objetivo que guía el presente capítulo, es necesario comprender los fundamentos epistémicos de la transferencia, destacando el punto de conexión del concepto en la teoría freudiana y lacaniana, es decir, dar cuenta de la actualización del concepto. Con Freud la transferencia es entendida sólo como evidencia proporcionada por el inconsciente, es decir, es entendida como consecuencia y como modo de decir del inconsciente en el encuentro con el Otro. También la transferencia se reconoce, por un lado, como soporte significativo y, por el otro, como pulsional. Es importante resaltar que las aportaciones conceptuales freudianas se

⁴⁸ Ha de entenderse que no se habla de hombre y mujer en tanto sexo, condición biológica, sino de rasgos femeninos o masculinos en sujetos, sin que ello implique la homosexualidad.

soportan en la noción de la castración⁴⁹ y del Padre⁵⁰, así como ocurre con la transferencia analítica. Asimismo, Freud reconoce el deseo del analizante que se aferra a la persona del analista, más no a su persona, es decir, a lo que este representa y no a la persona por sí misma. Lo que en Lacan se entiende como la posición de Sujeto Supuesto Saber en que es puesto el analista.

Así entonces, la concepción de la noción de transferencia cambia a partir de las propuestas lacanianas. Con Lacan, la transferencia es ubicada como condición en la construcción del Sujeto Supuesto Saber y del análisis; anudado esto a lo que denominó, deseo del analista⁵¹. Además, el Sujeto Supuesto Saber, se consolida como elemento fundamental de la transferencia, como aquello a lo que el sujeto se aferra, anudado a lo pulsional y sexual. Sin embargo, el deseo del analista no debe confundirse con la posición en la que es puesto por el otro, ya que delimita la singularidad de la transferencia, constituye la construcción del semblante⁵². De ese modo, el paso de la transferencia de Freud a Lacan, puede entenderse respecto al posicionamiento de los sujetos, tanto del analista como el analizante, primero en la inmersión del saber inconsciente y después, del inconsciente como saber que se produce en la experiencia analítica, así como de la incorporación del sujeto supuesto saber en dicha relación.

Es así, que el cumplimiento de este capítulo responde al objetivo en el que se proponía indagar sobre las bases epistemológicas del concepto de transferencia en el Psicoanálisis, lo que a su vez, está en relación con la pregunta que orienta el presente trabajo, sobre las condiciones de emergencia de vínculo clínico tanto en las TCC, como en Psicoanálisis. De este modo, se concluye que el rescate de las bases epistemológicas en la clínica del Psicoanálisis permite, primero, abordar

⁴⁹ La castración en Psicoanálisis hace referencia a la fragmentación subjetiva, da cuenta de la falta que mueve al sujeto.

⁵⁰ Freud habla de esta noción en su trabajo *“Tótem y Tabú”* (1912-1913), en donde refiere que el padre es un artificio, una creación, y su función radica en la instauración de la ley que regula el acceso a lo permitido y lo inaccesible de lo prohibido. Lacan mantiene la noción del padre como artificio, como construcción que surge como efecto mediato, nunca inmediato (Gerez-Ambertín).

⁵¹ Corresponde a aquello que el analista ofrece en el análisis, es decir, su deseo, que constituye un deseo advertido. Un deseo que implica no responder a la demanda, ni desear lo imposible, un deseo que es limitado y mediado por el lenguaje.

⁵² Posición en la que el analista se sitúa y se vale de lo que el analizante le pone, reconociendo dicha investidura como parte del análisis.

la transferencia como condición analítica entre sujetos hablantes, y segundo, como recurso metodológico, es decir, la transferencia surge en la clínica del Psicoanálisis para dar cuenta de la subjetividad que emerge en el proceso terapéutico, surge como elemento que orienta el proceder. Así entonces, la noción de transferencia nace debido a las necesidades de una época, a partir de la construcción clínica, sin embargo, nace anudada a los principios que soportan la teoría psicoanalítica.

Capítulo 3. Construcción de una clínica de la palabra: aportes para la formación del reconocimiento del vínculo clínico en Psicología

El propósito que orienta este capítulo es realizar un análisis comparativo del vínculo en la clínica psicológica y en la clínica del Psicoanálisis, teniendo en cuenta lo trabajado en los capítulos uno y dos, respecto a las bases epistemológicas de los conceptos en cada una de las disciplinas. Este análisis no se propone con el fin de plantear que una disciplina es mejor que la otra, sino de ofrecer aportes en la formación del psicólogo y en su quehacer clínico. De este modo, este trabajo se construye a partir de la pregunta ¿qué puede aportar el Psicoanálisis a la Psicología al respecto del establecimiento del vínculo clínico?, abordándolo desde su ejercicio ético, metodológico y epistémico.

En consideración con lo anterior, el texto está dividido en tres partes, un primer apartado en el que se trabaja la hipótesis de que la Psicología adoptó nociones, conceptos y métodos de la medicina y la Psiquiatría, lo que la llevo a formalizarse como práctica científica. Esta hipótesis se propone y se desarrolla, debido a que en la medida en que la Psicología adoptó el quehacer de la Psiquiatría, fue modificándose a sí, lo que la lleva a estructurarse como disciplina y como clínica del lado de la salud como ciencia. Ampliando lo concerniente a esta hipótesis, se propone a su vez, contextualizar respecto a cómo se estructura la Psicología Clínica, para después, dilucidar qué puede aportar el Psicoanálisis en dicha práctica. El segundo apartado está dividido en dos partes, en la primera se expone la noción de ética y moral, en la segunda, se habla en relación al método, tanto en Psicología como en Psicoanálisis, para así plantear las aportaciones que puede ofrecer el Psicoanálisis. El tercer y último apartado, consolida un aporte fundamental a considerar en la clínica que surge de la investigación en la que se plantea la construcción de una clínica de la

palabra, anudada a la escucha, con el fin de brindar elementos que permitan ampliar el campo de comprensión respecto a la formación en terapéutica psicológica, estando advertidos de la subjetividad que concierne vínculo clínico.

De este modo se propone un análisis comparativo de la clínica psicológica de las TCC y la clínica del Psicoanálisis como dialogo entre ambas disciplinas, con el fin de ofrecer un planteamiento distinto, una crítica en tanto posibilidad de un modo de proceder diferente. Es importante entender para este capítulo la distinción entre lo disciplinar y lo terapéutico, comprendiendo que la enfermedad, lo anormal y lo patológico han servido como anclaje para introducir técnicas de corrección en las prácticas disciplinares, para de ese modo, sostener la idea de salud mental, entendida como productividad económica. Así, estas técnicas de corrección están dirigidas a castigar, censurar y eliminar conductas anormales, que están fuera de los límites de salud y enfermedad; en otras palabras, estas técnicas están orientadas a disciplinar. Ahora bien, al introducirse las técnicas correctivas, disciplinares, en el contexto clínico, deben soportar su permanencia y utilidad allí, se sirven entonces, de lo terapéutico. Al ser estas técnicas facilitadoras de identificar, modificar y adaptar conductas, se convierten en técnicas terapéuticas, pues responden al objetivo de salud, de obtener individuos adaptados socialmente y productivos. De ese modo, lo terapéutico y lo disciplinar se incorporan como práctica, como sistema disciplinar con efecto de normalización. Esta práctica surge a partir del siglo XVIII, sin embargo, actualmente se conservan características que responden a dicha unión. Puntualizar acerca de lo disciplinar y lo terapéutico se hace necesario, ya que, como se mencionó anteriormente, la Psicología adoptó herramientas, técnicas y métodos de la medicina y la Psiquiatría, siendo las Terapias Cognitivo Conductuales técnicas terapéuticas que contienen un carácter disciplinar.

I. La permanencia del proceder psiquiátrico en la Psicología Clínica

Retomar los orígenes de la Psiquiatría se justifica debido a que tanto la Psicología y el Psicoanálisis tienen parte de su fundamentación clínica en esta historia. Es importante interrogarse acerca de ello, en especial en la confusión en la manera en que se amalgaman o se mezclan lo disciplinar y lo terapéutico. Así entonces, en este apartado se realiza una contextualización de la formalización de la Psiquiatría como práctica clínica para entender, la práctica clínica psicológica.

Para ello, se toma como orientación la obra *“El poder psiquiátrico”* (1973-1974) de Michel Foucault.

Desde la perspectiva del arqueólogo, la Psiquiatría nace a partir de la instauración de los asilos, alrededor de 1830 y 1840, cuando se considera indispensable poner en un lugar, ajeno a la familia, a aquel que era considerado loco⁵³, es decir, al que iba en contra de la idea de normalidad de la época. Así, el loco es alejado de la familia, ya que se pensaba que ella alimentaba la locura. Aquí se destaca la importancia del papel del médico en la fundación del asilo, pues es quien tiene el poder de decidir, de vigilar y castigar, claro está, con fines terapéuticos, premisa que se justifica y mantiene a lo largo de la historia de la Psiquiatría. En el periodo de 1800 a 1830 la Psiquiatría se inscribe dentro del saber médico como una especialidad, pero no sólo la instauración del asilo es la que permite dar cuenta del origen de la Psiquiatría como práctica de poder, también hay dos escenas fundamentales, una que corresponde a la transición del poder del soberano al poder disciplinar, encarnado ahora en la figura del saber poder-médico y otra propiamente en lo disciplinar. La primera escena tiene que ver con el rey Jorge III, quien queda bajo los cuidados de un médico tras ser reconocido como loco. El rey ya no es dueño de su cuerpo, ni su tiempo, ni su poder, es ahora el médico quien gobierna y los súbditos quienes disponen de su cuerpo. De este modo, se empieza a hablar de la relación médico-paciente, pues el médico es quien conoce, quien sabe de la enfermedad y, por ende, de los cuidados y el camino hacia la cura; así entonces, el médico se establece en la posición de saber, de amo. El médico despoja de todo poder al rey y al ingresarlo en su orden empieza a depender de sus súbditos. Se da, por tanto, la transición de un poder en el que todo gira en torno a un cuerpo, un cuerpo visto como individualidad, es decir, el poder de soberanía hacia un poder, como afirma Foucault, anónimo, sin rostro, repartido entre diferentes personas, un poder que se manifiesta en el carácter implacable de un reglamento (Foucault, 2008), un poder disciplinar. Así entonces, el saber-poder del médico es sobre el cuerpo, pero el del psiquiatra es disciplinar el cuerpo.

Una segunda escena tiene que ver con el momento en que Philippe Pinel (1745-1826), médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, se dispone a

⁵³ Antiguamente la locura estaba ligada a la idea (delirio) de creerse rey, y de hecho eso era la locura, ya que el creerse rey implicaba cuestionar, objetar, oponerse a las pruebas, que a su vez introducía una certeza. Estar loco, por tanto, era ser (creerse) el rey del mundo.

eliminar las cadenas que retienen a los locos, quedando estos últimos en deuda, deuda que, a su vez, posibilitará la cura. Esto, a su vez, dicta las formas en que puede llevarse a cabo el vínculo clínico, debido a que se establece una relación de saber-poder a partir de la docilidad. De ese modo, las formas de poder se han transformado, ahora rige el poder disciplinar, un poder que gracias a su distribución le permite al asilo estar dotado de un poder ilimitado, virtual. Es importante tener en cuenta que una de las características del poder disciplinar es su virtualidad, es decir, que funciona aun en la ausencia de un cuerpo que lo encarne, caracterizado por relaciones disimétricas y jerarquizadas, a saber, en la cima el médico, quien todo lo ve, luego el vigilante que constituye la mirada no armada e informa y por último los sirvientes que deben hacer el simulacro de estar al servicio del enfermo. Entonces, aquí se evidencia cómo la instancia médica funciona como poder mucho antes de ejercer como saber. Estas dos escenas constituyen una continuidad, dos perspectivas que permiten el establecimiento de un poder en donde convergen elementos que producen un efecto caracterizado por la docilidad y sumisión de aquellos sobre quienes recae, elementos que como prácticas sobre el cuerpo son disciplinares, pero se justifican como terapéuticas.

El poder disciplinar tiene como características la sumisión y docilidad, sin embargo, sus prácticas sobre el cuerpo lo hacen ver como una necesidad terapéutica, en este sentido es importante notar que lo disciplinario y lo terapéutico son distintos. No obstante ¿qué hace que se mezclen?, a saber, los dispositivos disciplinarios que se justifican como terapéuticos, se confunden en tanto se inscriben en la estructura del dispositivo disciplinario de la omnivisibilidad; así el efecto que se obtiene es que el loco no sólo creará, sino que se sabrá observado constantemente. Lo que puede ejemplificarse hoy día en la función que se asigna a las tareas que se acuerdan mediante el vínculo clínico en las TCC y que dan cuenta de la adaptación del individuo al proceso terapéutico. Parte de esta práctica de vigilancia tiene que ver con la elaboración de un registro constante de todo lo que hace y dice el loco, registro que permite la clasificación de los individuos. Este registro puede asemejarse a la división del proceso terapéutico que se plantea en las TCC: primero la evaluación psicológica, en la que el terapeuta debe indagar y registrar la información sociodemográfica y sobre el problema por el que acude que considere relevante, para después elegir, objetivamente, el tratamiento a seguir y el uso de técnicas que favorezcan la modificación de la conducta deseada. Además, este proceso incluye estar advertido de que afloren alteraciones mentales, trastornos. Este poder tiene la particularidad de ser isotópico, es decir, se estructura en

una jerarquía que permite distribuir el poder que sostiene el orden médico. A su vez, adoptan la lógica del panóptico de Bentham, que es un dispositivo de constante vigilancia, que permite a alguien vigilar sin ser observado, plantea también una distribución carcelaria para los locos en donde ninguno comparta celda, facilitando la vigilancia. De ese modo, se puede instaurar la predicción y una pronta, o hasta anticipada, reacción por parte del personal del asilo, ya que puede saberlo todo incluso antes de que suceda. Nótese la manera en la que se inscribe el control dentro de una práctica disciplinar y que actualmente es uno de los propósitos de la Terapia Cognitivo Conductual, que guía también el modo en que se establece el vínculo clínico a partir de verdades preestablecidas, de la predicción. Entonces lo disciplinar adquiere un valor terapéutico, en donde se vale de la reclusión y la vigilancia para mantenerse, sosteniendo, a su vez, la premisa de que la cura como adaptación y funcionalidad es factible. Desde esta perspectiva la adaptación es un efecto de la disciplina que no cuenta con el deseo del sujeto, lo cual puede entenderse como una señal de la exclusión de la subjetividad.

Ahora bien, es necesario hablar de la relación que el asilo mantiene con la familia y su posterior ruptura. Inicialmente se pensaba que la familia era aquella que servía como coacción para fijar permanentemente a los individuos en los diferentes aparatos disciplinarios, igualmente, era la que determinaba quiénes eran aquellos individuos inasimilables y que debían ser dirigidos a sistemas complementarios. Estos grandes sistemas fortalecen la familia, pero a su vez la limitan en cuanto al poder que se ejerce sobre el loco, porque también se prevé que la familia no desempeñe su función, dando lugar a sistemas de asistencia social que logran sustituir a la familia. Aquí se introduce lo que Foucault conoce como “función psi”, que no sólo tiene lugar en el asilo, también en las instituciones que estructuran una sociedad, es decir, la escuela, el ejército, el taller, etc., en donde la Psicología pone su saber al servicio del funcionamiento de los dispositivos disciplinarios. El asilo inicialmente se sirve de la familia para fijar a los individuos, pero después rompe con ella, haciéndolo a partir de anteponer la reclusión a la interdicción⁵⁴. La familia solicita que el loco sea llevado para que pueda ser curado, pero quien decide es el poder técnico estatal, quienes despojan de todo poder a la familia, justificando que la defiende del loco y que esta, la familia, promueve la locura, por lo que debe ser aislado, ser llevado a lo que Foucault llama “el principio del mundo

⁵⁴ La interdicción era la medida que utilizaba anterior a la reclusión, medida que era solicitada y decidida por la familia, a diferencia de la reclusión, que era decidida por el poder técnico estatal.

ajeno”. Posteriormente, el poder disciplinario se vale nuevamente de la familia, no como sistema, sino en cuanto a su estructura, destacando que posee elementos de valor terapéutico. Así alrededor de 1850 se instauran las casas de salud, casas privadas que mantienen una estructura pseudofamiliar, permitiendo que surgieran la superfamilia, en tanto constituía el ideal de familia y que poseía una función ortopédica y la subfamilia, que tenía el poder de borrarse ante la verdadera y activar sentimientos que esta última pudiese disfrutar, en otras palabras, un simulacro de familia. De ese modo, la familia tiene valor terapéutico, siempre y cuando se mantenga el aislamiento, pues sólo dentro del poder disciplinario funciona.

Una vez dicho esto, se podría preguntar entonces ¿qué es lo que hace que un hospital, que lo asilar, que el hospicio cure? Es su estructura, es la disposición arquitectónica, es la distribución del espacio que permite tener a los individuos en observación constante. Y en ese sentido ¿por qué cura el hospital? Lo hace porque funciona como máquina panóptica que vigila, ejerce, induce, distribuye y aplica el poder. También se dan unos elementos que tienen una función operativa dentro de la curación y de los cuales ha de valerse la Psiquiatría en su quehacer clínico: la visibilidad permanente, la vigilancia central, el principio del aislamiento y el castigo incesante. Así pues, el asilo es pensado como un sistema de disciplinamiento militar. Actualmente en la clínica, dentro del hospital, aún se mantienen términos castrenses como la ronda, la vigilancia epidemiológica. Además, en la clínica como proceso terapéutico, también se evidencia ello a partir de los protocolos, seguimientos y formatos que cumplen dicha función.

Pensar la clínica psicológica de las TCC como práctica que favorece el sostenimiento, y permanencia del proceder clínico, de la Psiquiatría y la medicina como modelo clínico dentro del quehacer psicológico, se plantea a partir de comprender la relación entre estas disciplinas. La Psiquiatría y la medicina moderna se validan como eficaces a partir de modelos epidemiológicos que consisten en la determinación de tratamientos y procedimientos que sean científicamente válidos, es decir, a partir de la investigación médica en un sinnúmero de pacientes se obtienen resultados que permiten establecer las condiciones de validación de un determinado tratamiento, lo que corresponde a la eficacia. Así entonces, estas lógicas de investigación médica responden a modelos epidemiológicos que estandarizan la salud mental. Lo que enlaza a las TCC con estas prácticas, es que responden a este criterio, se han convertido en un modelo psicoterapéutico en tanto acata esas normas de las prácticas psiquiátricas. Lo anterior se puede observar en tratamientos

a los problemas más comunes en las prácticas psicológicas, como por ejemplo, problemas de ansiedad y manejo de fobias. Vicente Caballo en *“Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos”* (2007), con respecto al hallazgo empírico sobre el tratamiento de fobias específicas que a partir de números estudios se demostró que los tratamientos basados en la exposición son lo más eficaces para reducir temores específicos. Por ejemplo:

“Demostraron que individuos con claustrofobia que respondían básicamente de forma conductual (es decir, cuyo patrón principal de respuesta era la evitación) se beneficiaron más de la exposición que del entrenamiento en relación aplicada. Por el contrario, pacientes con claustrofobia que respondían fundamentalmente de manera fisiológica (es decir, cuya respuesta principal era un aumento de la activación ante la exposición a la situación) respondían mejor a la relajación aplicada” (p.8).

De ese modo, se toman resultados comparativos como resultados generalizables, siendo las TCC el modelo que ha validado a partir del modelo epidemiológico, una práctica psicológica en el orden de una práctica médica; lo que se traduce también, en la equiparación de lo orgánico con lo mental.

A todo esto, es necesario interrogarse por qué papel tiene la Psicología dentro de esta práctica, y cómo pone su saber al servicio del sostenimiento del poder psiquiátrico pues el psiquiatra ya no necesita ejercer una observación directa, debido a que el psicólogo vigila que se efectúen sus disposiciones y un ejemplo contemporáneo de ello es la manera en que se practican los procedimientos de adherencia al tratamiento⁵⁵. Este es solo un ejemplo de cómo las prácticas terapéuticas contemporáneas son el correlato de técnicas disciplinares, es el psicólogo quien debe velar porque se cumpla el precepto de dicho poder. Estas son prácticas que se formularon siglos atrás, pero que aún siguen vigentes y se exteriorizan con la ilusión de actualidad. En este sentido, ¿qué es lo nuevo de lo que se habla en la clínica, en especial en las TCC? Y siguiendo este recorrido, se formulan a continuación tres preguntas que orientan el proceder de los siguientes apartados y que se derivan de la investigación. Las preguntas que se formulan permiten precisar y

⁵⁵ La adherencia al tratamiento consiste en que el psicólogo debe lograr que el paciente tome los medicamentos prescritos, asista a sus citas regulares y no lleve a cabo conductas de riesgo, por tanto, el psicólogo es un intermediario entre el diagnóstico y el psiquiatra.

hacer relevante lo trabajado hasta aquí, preguntas como ¿qué efecto produce dentro de la labor del psicólogo el surgimiento de un vínculo clínico como concepto que favorezca el quehacer clínico?, al hablar de vínculo clínico, ¿se otorga un lugar al sujeto de la palabra? O, por el contrario, ¿se habla de individuo reducido a lo biológico y por tanto se universaliza?

II. Lo que el Psicoanálisis puede aportar a la Psicología

Implicación de la ética en la clínica de la escucha.

La implicación ética en el proceder clínico de una disciplina se relaciona con la posición que asuman los sujetos que se involucran, una posición que corresponde a momentos y no a una norma o estándar. Así pues, pensar la ética en Psicología se relaciona con pensar en la deontología, entendida como ética profesional. Así, por ejemplo, el ejercicio de la Psicología en Colombia se guía a partir de disposiciones éticas y deontológicas que, a su vez, se rigen por las normas consagradas en la Constitución Nacional en la Ley 1090 de 2006, la cual estipula unos principios rectores que sirven como regla de conducta profesional en el ejercicio de la Psicología. Estos principios son el de autonomía, beneficencia, no-maleficencia, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad.

Primero se encuentra el principio de autonomía que comprende aspectos universales que rigen la actividad del profesional y está compuesto por diferentes elementos como el respeto, la dignidad, el bienestar del usuario, la información suficiente, las decisiones personales, el daño propio o a terceros, entre otros. Segundo, el principio de beneficencia que se traduce en la responsabilidad de buscar el bien y el beneficio de los demás, lo que implica a su vez, buscar el propio bien. Tercero, el principio de no-maleficencia que responde a la obligación moral de no lesionar la integridad de un ser humano, lo que exige al psicólogo realizar buenas prácticas con pacientes y con la sociedad. Cuarto, el principio de justicia que abarca relaciones específicas en cuestiones distributivas, retributivas y compensatorias, es decir, distribución equitativa de beneficios y cargas derivadas de la acción profesional o institucional, imposición de sanciones o multas a aquellos que cometan faltas que afecten al paciente, cliente o usuario, y la forma de compensar a la persona por el daño sufrido a causa de un tercero (profesional o institución). Quinto, el principio de veracidad que se relaciona con la autonomía, corresponde a la obligación de cuidar

y respetar la información transmitida al consultante, para que este pueda tomar las decisiones correspondientes. Sexto, el principio de solidaridad, supone en el profesional una serie de virtudes relacionadas con la conciencia social, que le permite reconocer y comprender en los otros el dolor, el sufrimiento, la incapacidad o la aflicción. Por último, el principio de fidelidad y lealtad que hace referencia al respeto por el ejercicio profesional, lo que implica no traicionar los principios éticos, morales y legales que regulan el ejercicio profesional. Así pues, la ética en Psicología constituye una serie de pautas y normas que se relacionan directamente con un marco legal y social, es decir, dicta el buen actuar del profesional en Psicología.

Con el fin de discernir la noción de ética y de moral, el diccionario de la Real Academia Española (RAE) define la ética como aquella que se ocupa especialmente de las obligaciones, es decir, se le atribuye una vocación nomológica⁵⁶. Asimismo, define la moral como aquella que se encarga del bien y del mal, lo que se traduce como una tarea evaluativa. De ese modo, puede entenderse la ética como de índole filosófica y la moral como ciencia⁵⁷. La diferencia en los conceptos radica entonces en que, “la ética desempeñaría una función más reflexiva, fundada en principios, mientras que la moral se encargaría de evaluar las funciones humanas concretas, en el aquí y el ahora” (Sampson, 1998, p.82).

Ahora bien, es necesario distinguir la moral de la ética en Psicoanálisis, teniendo en cuenta que la moral corresponde al terreno del yo y la ética al campo en el que el sujeto puede emerger, cuestión que será explicada a lo largo del trabajo. Así entonces, puede entenderse la moral como un código, como “reglas coercitivas” que determinan cuál debe ser el comportamiento del individuo y cuáles son las obligaciones y deberes que deben adjudicársele en el curso de su vida. A partir de la moral se piensa al hombre como objeto maleable, en el que se debe modificar aquello que vaya en contra de lo preestablecido, con el fin de conseguir su adaptación. Además, supone al

⁵⁶ “Parte de una ciencia que establece leyes y reglas generales (hipótesis nomológica) aplicable a los hechos de los que se ocupa la ciencia en cuestión. El establecimiento de hipótesis nomológicas es tarea central de toda ciencia experimental” (Dorsch, 1976, p.646).

⁵⁷ Para precisar lo mencionado se citarán las definiciones de ética y moral de la RAE. Ética se define como “parte de la filosofía que trata del bien y del fundamento de sus valores”. También, como “conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida”. Se concibe la moral como “perteneciente o relativo a las acciones de las personas desde el punto de vista de su obrar en relación con el bien o el mal y en función de su vida individual y, sobre todo, colectiva”.

hombre la condición de ser vigilado constantemente. En relación con la moral Anthony Sampson en su trabajo “*Ética, moral y Psicoanálisis*” (1998) refiere que pensar al hombre desde la moral implica que debe ser gobernado, por su propio bien, o de lo contrario, dejado a sí mismo, sería llevado a niveles infrahumanos de degradación y animalización (p.85). De ese modo, la razón responde a un ideal que es impuesto socialmente, a normas que legislan el pensar y el actuar. En palabras de Sampson, “la moral es contraria a la naturaleza del hombre: le es impuesta a éste durante su crianza y educación y requiere de un número importante de autorestricciones y de sacrificios hasta que se torna un hábito incoercible” (Ibíd.). En suma, para la moral el hombre es un ser débil, relativamente incompetente, proclive al error y, por tanto, debe ser instruido.

En contraposición, la ética no plantea un código que dicte el actuar humano, a su vez, no se rige bajo mandamiento o autoridad externa al hombre, al sujeto⁵⁸. La ética implica que el hombre se concibe y aborda como sujeto, no como individuo que depende de un ente externo a él, que decide por él. No corresponde, igualmente, a convertirse en su propio juez, en aquel que lucha y se examina para ver si ha cumplido con lo que se le exige socialmente. La ética propone entonces, que el sujeto establezca una relación consigo mismo, asumiéndose como sujeto responsable, haciéndose cargo de su pensar, actuar y sentir; en otras palabras, reconocerse como sujeto ético⁵⁹. “Por eso, la ética es el terreno por excelencia de la decisión, de la *elección*” (Ibíd., p.86). Llegados a este punto, es necesario mencionar que, a pesar de que la ética y la moral corresponden a abordajes distintos del hombre, guardan relaciones particularmente complejas, ambiguas y cambiantes. Así, la ética no está en el terreno de lo preestablecido, de la predicción, pero no se debe desconocer la existencia de la moral, ya que hay momentos en los que se entrecruzan. Tampoco se trata de decir que la moral es de las masas y la ética es del individuo que ha logrado escaparse a la moral, porque la ética no puede practicarse fuera del contexto social. Ocurre en la relación con el otro, otro que pone en juego expectativas y demandas que no pueden simplemente ser rechazadas como irrelevantes. Ser sujeto ético implica reconocer la subjetividad del otro.

⁵⁸ Es importante mencionar que, aunque se hable de ética en Psicoanálisis, no existe la ética del Psicoanálisis; pues plantearlo de ese modo, contradeciría la concepción de ética, así como la de Psicoanálisis.

⁵⁹ Reconocerse como sujeto ético implica hacerse responsable de lo particular de sí y es una posición que no es permanente, porque no se es ético en todo momento.

Igualmente, la ética de la que se habla en Psicoanálisis no es la de la reflexión filosófica, es la del sujeto del inconsciente⁶⁰.

Aquí entonces se introduce lo concerniente a la transferencia, pues es mediante ella en el análisis en donde emerge el sujeto, con la posibilidad de ser sujeto ético. Este sujeto emerge a partir del discurso, ante la elección de hacerse responsable de su padecer, lo que se entiende como responsabilidad subjetiva. En relación con lo presentado hasta aquí, es importante comprender y mantener la distinción entre ética y moral, pues borrarla equivaldría a moralizar la ética y que la moral sea la que guie la práctica analítica. Respecto a la transferencia, es indispensable que el analista tenga una posición ética frente a ella, pues este no debe responder a la demanda de afecto que le es impuesta por el analizante. Empero, valerse de ella como recurso terapéutico y no para su satisfacción, constituye una posición ética por parte del analista. Además, este supuesto es uno de los aportes que desde el Psicoanálisis se sugiere puede acoger la Psicología en relación al vínculo clínico en su quehacer. Pues desde la Psicología, el terapeuta adopta una posición de saber incuestionable que restringe la emergencia del sujeto, de un sujeto ético. Así entonces, “la ética de que se trata en el Psicoanálisis es la del sujeto sufriente, es decir la ética singular del sujeto que, caso por caso, se introduce en el orden del deseo” (Ibíd., p.87), al que se le da lugar en la transferencia. Darle lugar a la subjetividad en el vínculo psicológico permitiría pensar al sujeto no desde el déficit, sino desde la posibilidad de construcción, de dar cuenta de un saber que se escapa a lo preestablecido, a lo estadístico, objetivo y eficaz, es decir, lo científico.

Como se evidencio en el segundo capítulo de la presente investigación, la transferencia emerge como ejercicio dialéctico, por ello, el discurso del sujeto mediante la misma posibilita la elección ética respecto a sí mismo. La terapéutica debe brindar el acceso a la palabra⁶¹ como medio para el sujeto de hallar y enunciar su verdad. Cuestión que, en la Psicología y en las TCC por medio del rapport, se obstruye con la pretensión de objetivar el lenguaje con la función de adaptar al sujeto y responder a la necesidad científica de eficiencia y eficacia en la que procura

⁶⁰ Al hablar de sujeto del inconsciente Lacan retoma la noción del cogito cartesiano, en donde considera surge el sujeto de la ciencia, siendo el mismo sujeto sobre el que opera el Psicoanálisis, a saber, el sujeto del inconsciente. De ese modo, el sujeto del inconsciente es el sujeto del significante, aquel que produce un decir a partir del lenguaje, es un sujeto que habla (Herrera, 2011).

⁶¹ Ya que es con sujetos hablantes con quienes se trabaja.

posicionarse. Así, una posición ética desde el Psicoanálisis es reconocer al sujeto como ser hablante, permitiéndole la posibilidad de un nuevo decir, de responsabilizarse y de hacerse cargo de sí, todo ello, en el ejercicio de la escucha. La escucha como posición ética, correspondería a otro aporte del Psicoanálisis a la Psicología, y más específicamente, al vínculo clínico.

Así entonces, se propone la escucha como dinámica, en la que se involucran dos sujetos hablantes. Sin embargo, la escucha presenta una particularidad, en la que se implican los malentendidos del lenguaje, es decir, comprende el desencuentro, los errores y malentendidos que se dan en las relaciones. Lo que escucha el oyente no es lo mismo que dice el emisor, pues se involucran, la imposibilidad de poner en palabras todo aquello que se quiere decir y la posibilidad de decir más. En Psicología, y en las TCC, la escucha⁶² se inserta principalmente en la entrevista clínica, en donde se plantea una escucha en función de categorizar comportamientos y esquemas mentales. Así, la palabra, mensaje o conducta verbal, es entendida como estímulo que el terapeuta debe captar. De ese modo, la escucha es reducida a conductas verbales que funcionan como predictores de errores de procesamiento de información, conductas desadaptativas, etc., del paciente.

La escucha pensada como posibilidad de ser enseñada por el sujeto, es como se plantea desde el Psicoanálisis. Esto se pone en cuestión en la posición que el analista asume, una posición que favorece una escucha sin miramientos ni direccionamientos, que posibilite acoger el sufrimiento de sujeto, en tanto poseedor de su saber. Esta posición permite al analista estar advertido de la escucha como dinámica y como saber sobre el padecer subjetivo. Así, el analista se posiciona en el lugar de Sujeto Supuesto Saber, advertido de que no se trata de encontrar verdades en el decir del sujeto, sino de permitirle construir su verdad a partir de lo que enuncia, pues es él quien conoce sobre sí y su padecer. Mencionado lo anterior, el Psicoanálisis puede aportar a la Psicología respecto a la escucha, la posibilidad de una posición libre de predicciones y direccionamientos, una posición en la que el psicólogo pueda aprender del paciente a partir de lo que este dice, permitirle producir la posición de sujeto. Es decir, comprender la escucha como posibilidad de emergencia subjetiva y no como una herramienta simplemente comunicativa.

⁶² Planteada en lo que hace referencia al oír, no a la escucha analítica, es decir, oír en tanto corresponde a captar sonidos mediante el órgano auditivo, sin ejercer influjo alguno sobre lo captado.

Por otro lado, Freud plantea en la construcción del Psicoanálisis una nueva forma de abordar lo subjetivo, a partir del análisis de la transferencia. Uno de los rasgos distintivos, y que permite el surgimiento del Psicoanálisis como terapéutica, es la posición que el analista adopte en el proceso, valiéndose del poder que genera su posición, no para infatuarse, sino para permitir el análisis, que el analizante continúe hablando. De ese modo, darle lugar a la palabra implica, pasar de la mirada a la escucha en el abordaje del sufrimiento, en la clínica; sin descuidar que ello ocurre gracias a la transferencia. Para explicar lo concerniente a la mirada y la escucha, es necesario comprender que antiguamente, previo al Psicoanálisis, las enfermedades se veían en tanto correspondían a manifestaciones corporales, en tanto se veían en el cuerpo. Por ejemplo, las histéricas eran, en sí, un juego de representaciones, un espectáculo en el que el cuerpo era el protagonista. Luis Santos en su trabajo *“Escucha, interpretación, ética”* (1992), menciona que al entrar en escena la histeria, siglos antes del Psicoanálisis,

“Los trances de las sacerdotisas píticas, los delirios místicos, las posesiones demoniacas, las bellas indiferentes de la Psiquiatría francesa, las ováricas de Charcot, cuyas crisis convulsivas cesaban al aplicar presión en el bajo vientre, justo sobre sus ovarios... La histeria siempre ha sido un espectáculo” (p.65).

Para contextualizar respecto a este supuesto, la sustitución de la mirada por la escucha y la palabra, se exponen los planteamientos de Foucault en relación a la mirada, lo mental y lo orgánico. En algunas de sus investigaciones Michael Foucault plantea ciertos indicios sobre la relación médico-paciente, en donde el médico no establece una relación como tal con el enfermo sino con la enfermedad, dicha relación es retomada por la Psicología. Dos de los estudios de Foucault en donde trabaja estos planteamientos son *“Enfermedad mental y personalidad”* (1954) y *“El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica”* (1963). Dentro de las tesis destacables esta que, en la relación terapéutica lo fundamental ya no es entender el psiquismo, sino encontrar el trastorno que padece el paciente, es decir, una relación con la enfermedad (trastorno).

A partir del trabajo con *“Enfermedad mental y personalidad”* se interroga acerca del conflicto que existe entre patología mental y patología orgánica. Se pregunta si estos problemas surgen al tratar la enfermedad, síntoma y etiología referidos al campo de la patología mental con el mismo método y conceptos empleados en la patología orgánica, así como por el intento de unir estas dos, otorgándoles una causalidad del mismo tipo, siguiendo los principios de una “patología

general o meta-patología”. De ese modo, el psicólogo, al igual que el médico, pretende entender y tratar lo mental como orgánico, en donde ambas tienen como finalidad la adaptación del sujeto al mundo que habita. Ya no se escucha al sujeto con el fin de conocer aquello que le causa sufrimiento, sino con el fin de detectar la enfermedad, considerando la personalidad como única realidad y como medida de la misma. Es así que los esfuerzos se concentran en determinar la amplitud de la perturbación de la enfermedad, no a través de la escucha, sino de la mirada.

En el trabajo *“El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica”*, Foucault pone en evidencia la primacía que tiene la mirada en el quehacer clínico del médico, denominándola “la mirada locuaz”, y cómo la mirada pasa a ser parte fundamental de la relación entre el médico y el enfermo. Este es desplazado por la enfermedad, es decir, ya no es necesario que el enfermo hable respecto a su padecer, sino que basta con que el médico pueda observar, pueda mirar y dar lugar a la enfermedad. Es así que la relación que se establece entre médico y enfermo se pretende como la de dos individuos que comparten una misma situación, pero no en igualdad de condiciones, pues aquel que tiene el poder de la mirada, es quien posee el saber, el verdadero saber.

Es importante mencionar, que la mirada tiene un valor fundamental en el quehacer clínico, ya que la mirada otorga existencia, es decir, al ser vistas las cosas se les da existencia, las palabras y las cosas son equivalentes (Foucault, 2004). De modo paralelo, la Psicología ha adoptado un pensamiento similar, en donde aquello que se dice es lo que es, en tanto el psicólogo, poseedor de saber, diga, es. Es así, que se empiezan a establecer definiciones sin conceptos. La mirada también permite al médico percibir al enfermo como un cuerpo, como una totalidad en la que se pueden observar las enfermedades; entonces, el enfermo pasa a ser un cadáver en el laboratorio del médico. De este modo, la mirada despersonaliza de toda subjetividad humana a aquel cuerpo. Así, el médico para establecer la relación con la enfermedad, no se relaciona con el enfermo, pero sí con la historia clínica de este. Es la enfermedad entonces, el texto que le permite al médico pronunciar la enfermedad, otorgarle un nombre y hacerla existir.

Por lo tanto, el tratamiento de las alteraciones mentales correspondía al tratamiento de la mirada; cuestión que actualmente se mantiene en la práctica clínica psicológica. En *“Principios de semiología psiquiátrica”* (1985) de Taborda y Burgos, se hace alusión al examen mental del paciente, describiendo las cualidades que el examinador (terapeuta) debe desarrollar, a saber,

comprensión, atención, observación y análisis de todas y cada una de las manifestaciones de la vida psíquica. Haciendo énfasis en la observación, al referirse a la exploración del paciente en cuanto al porte y actitud mencionan que,

“El análisis del porte y la actitud, corresponde al acto que en propedéutica médica es llamado inspección. Vamos a describir al paciente en su biotipo, su forma de presentarse, de vestir, de comportarse en el interrogatorio, su marcha, su lenguaje, su espontaneidad, etc.” (p.41).

Este ejemplo da cuenta del ejercicio clínico de la mirada, respecto a las alteraciones humanas. Sin embargo, Freud introdujo un cambio en la clínica del Psicoanálisis, el traslado de la enfermedad del campo de la mirada que clasifica o que busca en el cuerpo, al campo de la escucha (Santos, 1992). En consecuencia con lo anterior, se produce un cambio respecto al abordaje de la enfermedad mental, inicialmente de la histeria. Se trata entonces, con este cambio, “de llegar, a través del proceso de interpretación a la verdad del deseo inconsciente de un sujeto alienado de sus síntomas” (Ibíd., p.66). Es a través de las palabras que puede accederse al mundo inconsciente, a lo censurado e impensado. Lo anterior permite vislumbrar el lugar que ocupan las palabras, el decir, en el abordaje del sufrimiento humano en la relación que el sujeto establece con su sentir y con el otro. Porque es a través del lenguaje que el sujeto se inscribe en el mundo. Así, en la clínica psicológica, una parte de la posición ética correspondería a introducir la sustitución de la mirada como recurso, por la escucha y la palabra, para de ese modo dar lugar a la construcción del sentido del malestar.

Ahora bien, la interpretación que realiza el analista es uno de los momentos que se da en el proceso analítico, sin embargo, ¿qué garantiza que el analista interprete correctamente o no utilice la sugestión para guiar al analizado a las respuestas esperadas. Para ello, se propone la ética, no desde lo socialmente aceptado (moral), sino como aporte a partir de lo singular de la subjetividad. No se trata entonces, de restringir o eliminar la subjetividad del analista, se trata más bien, de que esté dispuesto a mantener una posición crítica, que le permita reconocerse a sí mismo en el sesgo que resulta la relación con el otro, que le permita mantener una escucha libre de censura.

“Sólo en la medida en que el analista sea permeable a la palabra del analizante podrá, a través de su propia palabra, permitir la emergencia de su propia verdad oculta

que llamamos deseo. Sólo si el que escucha ha experimentado el proceso de cambio inherente al reconocimiento de sus propios deseos inconscientes, estará en condiciones de acercarse... a la interpretación” (Ibíd., p.67).

Por consiguiente, adoptar una posición ética permitiría establecer una relación transferencial que favorezca la exteriorización de aquello oculto y reprimido, así como que la escucha tenga la posibilidad de dar lugar a lo singular de cada sujeto. Aquí se reitera el planteamiento de otro de los aportes del Psicoanálisis a la Psicología, la posición ética del terapeuta. Como se expuso en el primer capítulo, el vínculo clínico en las Terapias Cognitivo Conductuales, corresponde a una serie de habilidades que el terapeuta debe desarrollar, para así lograr el espacio apto para el proceso, la adaptación del individuo y los alcances terapéuticos. Sin embargo, ¿cuál es la posición del terapeuta?, pregunta a la cual debe responder la Psicología como práctica clínica, específicamente, la Terapia Cognitivo Conductual, ya que esta es la práctica que prima en el quehacer clínico respecto al abordaje de las alteraciones mentales.

El vínculo clínico como recurso metodológico.

En lo que respecta al método psicoanalítico y su construcción como ciencia, cuestiones que han sido analizadas en el segundo capítulo de la presente investigación, se puede inferir el esfuerzo metodológico que la subyace. Pues se reconoce en los trabajos freudianos, y posteriores a él, la problematización de sus fundamentos y la actualización en la comprensión de los fenómenos que le interesa (el sujeto del inconsciente, en los contextos social y singular) al Psicoanálisis. Esto conlleva pensar el Psicoanálisis como ejercicio investigativo que se cuestiona como ciencia. Sin embargo, desde la Psicología el abordaje metodológico es distinto, se concibe como estático, inmóvil y no se renueva, constituye una serie de pasos a seguir, a implementar y no cuestionar. De ese modo, se considera que lo que el Psicoanálisis puede aportar a la Psicología, en uno de sus aspectos, es desde el abordaje metodológico de los fenómenos y de sí como disciplina de lo humano. Sosteniendo el carácter renovador, de actualización, en tanto corresponda al cuestionamiento de lo establecido para interrogarse respecto a su saber y su posicionamiento frente a él. Ello con el fin de construir un nuevo decir, no entendiéndolo como algo que surge de la nada, sino como la actualización de los conceptos y nociones. En otras palabras, servirse de los métodos y no al contrario, poner la subjetividad en juego. Así entonces, reconocer el vínculo clínico,

llámese rapport, alianza terapéutica o relación terapéutica, como recurso metodológico ampliaría el abordaje clínico y subjetivo del paciente. Reconociéndolo, a su vez, como posibilidad de construcción de un nuevo decir respecto al padecer subjetivo. Esto implica, orientar el vínculo clínico no como una serie de pasos o habilidades por parte del terapeuta, sino como recurso investigativo y metodológico, fundamental para el proceder terapéutico.

Otra de las aportaciones del Psicoanálisis a la Psicología, se sugiere respecto al proceder clínico en relación a la forma en la que se concibe y atiende el vínculo clínico. En Psicoanálisis implica, primero, rigurosidad y precisión en la noción del vínculo, es decir, rescatar la episteme que precede al concepto, para de ese modo darle lugar en el ejercicio clínico. En Psicología esto pone de manifiesto una de sus problemáticas, la inconsistencia y abandono de la episteme de sus conceptos y concretamente de la noción de vínculo clínico⁶³. Al no reconocer la fundamentación teórica y conceptual de vínculo, este pierde su carácter de elemento esencial para la constitución de la clínica, y de ese modo, se plantea como variable inespecífica y se reduce a la aplicación de técnicas. Ahora entonces, se sugiere que el lugar del vínculo es sustituido por un elemento clínico, el diagnóstico. Como se mencionó en el primer capítulo respecto a la Terapia Cognitivo Conductual, el rapport debe establecerse en un primer momento del proceso terapéutico, conocido como evaluación psicológica. En esta evaluación el terapeuta debe indagar por el mayor número de datos del paciente a través de una entrevista. Entre los datos a indagar se encuentra la información respecto al diagnóstico clínico, ya sea este realizado previamente o por establecer.

Para poder hacer un diagnóstico, el terapeuta utiliza como recurso la evaluación multiaxial, propuesta a partir del DSM IV⁶⁴, en la cual se obtiene la información considerada necesaria para llegar a establecerlo. Antes de hacer referencia a ello, es pertinente mencionar que los DSM que le preceden a la cuarta edición (DSM III, III(R)) adoptan un modelo sindrómico que se desentiende de la etiopatogenia⁶⁵, lo que conduce a darle un lugar central en la evaluación, y en el establecimiento del rapport, a la observación. De ese modo, las definiciones de las enfermedades

⁶³ En este punto se hace necesario recordar la hipótesis que se sostiene, en la que se sustenta que el vínculo clínico no podría reconocerse como concepto, debido a su abordaje desde la clínica de las Terapias Cognitivo Conductual.

⁶⁴ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición.

⁶⁵ La etiopatogenia se refiere al origen y evaluación de las enfermedades.

se derivan de los hechos observables y se anula la posibilidad de construir supuestos o hipótesis (Sinatra y col., 2003). En consecuencia con lo anterior, el sistema de evaluación multiaxial está compuesto por una serie de ítems que permiten captar la complejidad de las situaciones clínicas, así como “describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico” (Pichot y col., 1997, p.37). En relación a esto, Sinatra y col. en su trabajo *“El arte del diagnóstico”* (2003), refieren que “si la heterogeneidad se desprende de las variables observables aportadas por el interrogatorio de los puntos propuestos, ¿se puede excluir de manera más radical al sujeto de la palabra?” (p.4). Esto puede traducirse en la anulación de la subjetividad y en la omisión del sujeto como ser hablante. Por lo tanto, el paciente se convierte en un depositario de trastornos clasificados, que no tiene lugar. No obstante, es una situación que no sólo acontece con el paciente, también con el terapeuta, pues pasa a ser aquel que debe acogerse a las normas, manuales y protocolos, anulando así su subjetividad.

Llegados a este punto, el vínculo clínico, rapport en la TCC, se concibe como elemento agregado, que facilita el acceso al diagnóstico, así como a obtener los objetivos terapéuticos. Por tal razón, se considera que rescatar los fundamentos que sostienen a los conceptos y las prácticas, es otro de los aportes que puede ofrecer el Psicoanálisis a la Psicología; ya que a ello se anuda la construcción y actualización de los mismos. Lo que en Psicología podría significar el rescate por lo singular de la subjetividad, así como la inserción del vínculo clínico en las TCC y en la clínica psicológica.

Otra de las aportaciones metodológicas podría orientarse respecto a la técnica, en el tratamiento de las TCC. La técnica en Psicología corresponde al conjunto de procedimientos y recursos que se utilizan en el proceso terapéutico. Además, se plantea que la eficacia se refiere a un sólido aval empírico (Amadeo, 2013), es decir, actuaciones basadas en la evidencia, una técnica es más eficaz según el número de casos con resultados positivos (modelo epidemiológico). Sin embargo, al proponer la técnica se habla del caso, la enfermedad o alteración y no del paciente. Así entonces, Susana Amadeo en su trabajo *“De la teoría a la práctica de la superación del pánico. A propósito de un caso”* (2013), refiere que el tratamiento de las TCC “suele incluir información acerca de la naturaleza del trastorno, técnicas del manejo de la ansiedad como la respiración diafragmática y la relajación muscular, reestructuración cognitiva y exposición a estímulos temidos (tanto internos como externos)” (p.271). A partir de lo anterior se puede inferir

que las técnicas están diseñadas para las alteraciones, para los casos, relegando al sujeto. Se retorna al momento en que el enfermo es tenido en cuenta, en tanto poseedor de una enfermedad. ¿Qué pasa entonces con el sujeto, con lo que este dice respecto a su malestar? Lo que dice el paciente corresponde al correlato de una afectación que se cataloga en síntomas⁶⁶ físicos, psicológicos y emocionales, que permite seleccionar el tratamiento adecuado; los síntomas se catalogan en tanto conductas. De ese modo, la entrevista (donde se establece el rapport) es otra variable junto con el autorregistro y las pruebas, para realizar la evaluación psicológica.

El aporte del Psicoanálisis está orientado a contemplar la técnica como recurso de la subjetividad, como recurso metodológico. La técnica da cuenta del proceder dirigido por y para el sujeto. El proceder en los tratamientos de las TCC se dirige, primero, a indagar por los síntomas, frecuencia de aparición y duración, situaciones en los que se presentan y pensamientos que se asocian, para después implementar una serie de técnicas como en el tratamiento del trastorno de pánico. Se aplica un paquete de técnicas cognitivo conductuales con los siguientes componentes: a) Información de qué es el pánico y cómo se produce, b) Entrenamiento en respiración diafragmática, c) Entrenamiento en técnicas de relajación muscular, d) El autodiálogo interno catástrofizador de las sensaciones corporales y e) Exposición a situaciones temidas (Ibíd.). Al dirigirse las técnicas a enfermedades y alteraciones, se excluye al sujeto, la posibilidad de producir un saber sobre su malestar, se relega el rapport al simple elemento que permite obtener información, es decir, la entrevista. Sin embargo, las técnicas no son el problema, lo es por el contrario el concebirlas como generalidad, en el para todos. Por tal razón, el aporte del Psicoanálisis respecto a la técnica, es a pensarla como recurso metodológico, en tanto involucre al sujeto de la palabra.

Cuestionarse acerca de la posición ética en la clínica psicológica, de las TCC, implica reconocerle un lugar al sujeto, entendiendo que es sujeto tanto aquel que está en el lugar de paciente como en el de terapeuta. La ética pensada como la posibilidad de otorgarle un lugar a lo singular en una clínica de lo general, crea condiciones para replantear lo subjetivo pensado como verdad, en tanto importa al sujeto y no como variables que afectan el proceso terapéutico. De ese modo,

⁶⁶ Los síntomas aquí mencionados corresponden a somáticos, principalmente, y a conductas disruptivas, a los cuales se busca siempre la adaptación.

se sugiere un abordaje del vínculo clínico como subjetivo, en donde se dé la posibilidad en que emerja aquello oculto, aquello indescifrable y, por tanto, no posible de categorizar. Esto se traduce en una clínica en la que se trabaje por el sujeto y con el sujeto, acogiendo el vínculo clínico como recurso metodológico, en el caso por el caso.

III. Aportes para la construcción de la clínica de la palabra

El objetivo que orienta este capítulo constituye una discusión entre las dos perspectivas clínicas, psicológica y psicoanalítica, sobre la base epistemológica que orienta su práctica, con el fin de dialogar respecto a su proceder con relación al vínculo clínico. Una vez planteada la discusión como dialéctica en los anteriores apartados, con este apartado se ofrece un aporte como resultado de la investigación, que está orientado a cuestionar la clínica psicológica de las TCC en la formación como psicólogos, no con el fin de sólo plantear una crítica, sino de ofrecer también un modo de proceder distinto.

Pensar una clínica de la palabra, aunque parezca redundante no lo es, implica tratar de salir de la clínica de la mirada (como la plantea Foucault y se desarrolla en la terapéutica contemporánea), para retornar a la palabra como recurso en la clínica, la palabra como posibilidad subjetiva y como posibilidad de construcción. Una vez mencionado esto, es pertinente desarrollar el aporte pensado del lado de la clínica de la escucha para llegar a la clínica de la palabra.

Con la clínica de la escucha como aporte a la Psicología, se sugiere un abordaje no desde el lado del silenciamiento, sino del lado de otorgarle un lugar al discurso del paciente, para que, de ese modo, logre hacer algo con aquello que le aqueja. Se busca estar advertido de las formas de proceder de la Psicología contemporánea, de analizar para no repetir. Se hace alusión a esto, debido a que con la incursión en nuevas prácticas de lo disciplinar como terapéutico, se pasó de concebir el arte de curar como ciencia de curar. Esto quiere decir, el tratamiento no se observa del lado de los avances terapéuticos del sujeto, en tanto construcción subjetiva, sino del lado de la cantidad de individuos normalizados, a partir de la generalización técnica y terapéutica. Así entonces, el individuo del que se habla en la clínica de las TCC, corresponde a la anulación del sujeto sustituido y posicionado como objeto, desprovisto de los semblantes que trata su goce, convirtiendo al sujeto en objeto moldeable y manejable.

No se trata entonces de implementar más técnicas de corrección, herramientas que disciplinen lo singular, como en la búsqueda de la cura de las alteraciones, por ejemplo, en la cura de la anorexia por medio de intervenciones quirúrgicas en el cerebro sostenidas como avances en la Psicología del lado de las neurociencias. Con intervenciones como la llamada leucotomía límbica, que consiste en aislar o inhabilitar la parte del cerebro que regula las emociones, a partir de la cual se obtendrían cambios en la personalidad del paciente. Pues se considera, que el paciente con anorexia tiene una obsesión (que debe ser tratada como un Trastorno Obsesivo Compulsivo) y una fobia hacia el alimento. Con esta intervención se pretende eliminar del cerebro de las pacientes anoréxicas la imagen del cuerpo obeso y la obsesión por mantenerse delgadas (Almanza, 2012). Avances como este reafirman el ideal de objetividad de la ciencia en la contemporaneidad, y de la Psicología del lado de esta; se reafirma a su vez, que la ciencia es una ideología de la supresión del sujeto (Lacan, 1993); pues al trabajar en pro de las respuestas válidas para todos, de la generalidad, se segrega la singularidad.

Así pues, en la clínica de la escucha lo importante es el sujeto, no las técnicas ni procedimientos que ofrecen una concepción del lado del ideal. Lo esencial entonces, es lograr que el sujeto encuentre un modo de hacer con su síntoma, en lugar de silenciar o sustituir aquello considerado fuera de la norma. De este modo, se propone la escucha anudada a lo discursivo, en tanto permite poner en palabras el malestar, poner en palabras en relación con el otro. Es decir, retornar a la palabra como recurso terapéutico, orientarse por una clínica de la palabra. No se sugiere adaptar la transferencia al contexto clínico de las TCC y la Psicología, sino de dar posibilidad a otras formas de tratar el malestar psíquico, sosteniendo la premisa de que el vínculo es necesario para el proceder clínico. Pues, el vínculo media la relación con los otros y posibilita la emergencia del sujeto como ser hablante y del terapeuta como sujeto advertido de ello. María Elena Lora en su trabajo *“El Psicoanálisis, una respuesta ante el malestar social”* (2012), menciona que el discurso es más que un modo lingüístico de enunciar, es una modalidad lógica de los vínculos, “discurso es lazo, no enunciado” (p.99), sostiene Lora. Por lo cual, el discurso comprende la vía en la que el sujeto puede dar cuenta de sí, de su malestar y de expresar su singularidad, lo propio de sí de un modo universal, no generalizado, sino comprensible para el otro que escucha.

De esta manera, se formula este aporte para dar lugar a la palabra y a la escucha en el tratamiento del sufrimiento humano, en la clínica psicológica, no del lado de la aplicación de prácticas de corrección y disciplinares como recurso terapéutico. Sino como alternativa de abordaje por parte del terapeuta y la de práctica, teniendo en cuenta que no se trata sólo de hablar, pues las palabras tienen por función hacer cortes, las palabras agujerean, emocionan, conmueven, se inscriben y son inolvidables (Almanza, 2012).

Dar lugar a la escucha, la palabra, el discurso y la posibilidad de la emergencia subjetiva, permite pensar en la invención de una clínica psicológica distinta, en lugar de las prácticas disciplinares y las nuevas herramientas para el trabajo terapéutico como las TCC que han desplazado al sujeto de su práctica. Como se mencionó anteriormente, la palabra es importante en tanto da cuenta del sentido propio de cada sujeto, es decir, la palabra, aquello que se enuncia, corresponde a la manera que el sujeto encuentra para dar cuenta de su malestar. Implica, además, hacerse responsable del decir y para ello es necesario abordar como sujeto y no como individuo⁶⁷ a aquel que asiste a consulta.

En cuanto a la escucha que se sugiere sea trabajada en la clínica psicológica, orientada analíticamente, es la de “escuchar sin comprender”. Escuchar sin comprender es no intentar ponerse en el lugar del otro, pues de ese modo se orientan las respuestas dadas por el paciente (pensado como sujeto) a lo que el terapeuta considera es el sentido que este le quiso dar, es decir, intentar analizar el significado. Por el contrario, escuchar sin comprender es un prerequisite para despejar lo singular, aquello que identifica al sujeto. Lo singular es algo que al terapeuta debe resultarle incomprensible y sorprendente, algo que no se pueda prever por la experiencia del todos, por la acumulación de casos o la investigación basada en la experiencia. Lo singular entonces, es lo que se pretende descubrir en el transcurso del proceso terapéutico, es algo que el paciente (pensado como sujeto) está por construir. De ese modo, escuchar sin comprender es dar lugar a la emergencia de lo singular, de la subjetividad propia de cada uno. Es importante entender que

⁶⁷ Al hablar de individuo se cataloga a la persona en un grupo en que se es igual a los demás, el individuo es, por tanto, la representación del grupo. Por ejemplo, se hace referencia a individuo cuando se habla de la categoría de los bipolares o de los esquizofrénicos, pues en ellos, todos los pacientes son vistos y tratados como iguales. De manera contraria, cuando se habla de sujeto, se da lugar a lo singular de ese uno, pues ser sujeto implica estar siempre sujeto, unido, a otra cosa; no se es sin el otro. Un individuo puede estar aislado, un sujeto jamás (Arenas, 2015).

escuchar sin comprender no corresponde a una dinámica de comprensión, de empatía, de ponerse en el lugar del otro. Así pues, acoger el sufrimiento no está del lado de crear atmosferas de confianza, no es decirle al paciente “te comprendo”, implica cuestionarle sobre su malestar, pues “en cuanto yo te comprendo, yo dejo de lado todo lo que no comprendo de ti” (Arenas, 2015). Tampoco es compadecerse del dolor o de las situaciones que rodean su malestar; no es entonces una variable inespecífica. Se piensa más como una relación, un vínculo que se da a partir de una clínica de la escucha y de la palabra.

Al orientarse por una clínica de la escucha y de la palabra, no se debe intentar poner en ninguna categoría al paciente, ni siquiera hacer el intento por comprender, porque de ese modo se estaría violentando al sujeto, se anularía. Considerando lo dicho hasta ahora, con este aporte se plantea ofrecer una alternativa a la clínica psicológica de las TCC, pensada inicialmente desde la formación como psicólogos en la terapéutica psicológica, dando lugar a la posibilidad que tiene el sujeto de construir, a través de la palabra, el sentido de su malestar, el significado de aquel insoportable que le aqueja y por el que acude a consulta. Este sentido se construye en la experiencia del proceso terapéutico. Finalmente, se propone pensar la clínica del uno a uno, no del para todos, una clínica de la palabra que se oriente por la relación transferencial analítica, es decir, dando lugar a la relación entre sujetos y a lo que estos puedan producir.

Para concluir, es pertinente retomar la pregunta que orienta la presente investigación, ¿cuáles son las condiciones de emergencia epistémica en la clínica del Psicoanálisis y la Terapia Cognitivo Conductual respecto de la noción de vínculo clínico? Estas condiciones responden a entrelazamientos discursivos que correspondían a diferentes intereses y que orientan los principios que fundamentan las prácticas que atañen a esta investigación, a saber, la clínica psicológica de la TCC y la clínica del Psicoanálisis. Sin embargo, estas prácticas se consolidan como formas de proceder y se reformulan en la contemporaneidad, esto a partir de la adaptación clínica de otras disciplinas (Psicología) y de la actualización (Psicoanálisis) de sus conceptos, nociones y métodos. Estos cuestionamientos son expuestos con mayor detalle en los capítulos 1 y 2, respectivamente. Lo relevante de este capítulo, después del análisis del vínculo clínico en cada una de las prácticas, es lo que se propone como finalidad en la investigación, y que responde al tercer objetivo, la formulación de una discusión que permita realizar un análisis comparativo del vínculo clínico en la clínica psicológica de las TCC y la clínica del Psicoanálisis. Por tal razón, se propone un análisis

comparativo entre ambas disciplinas como diálogo, con el fin de ofrecer un planteamiento distinto, una crítica en tanto posibilidad de un modo de proceder diferente, orientado por la pregunta ¿qué puede aportar el Psicoanálisis a la Psicología?, de lo que resultan una serie de aportes, de advertencias que podrían dar posibilidad a la emergencia de una clínica de la palabra.

Formar psicólogos advertidos de la subjetividad, podría ampliar el campo de comprensión de la Psicología, otorgando lugar a un proceder ético y metodológico que se oriente por y para el sujeto, no del lado de la estandarización, de la estadística. Esto implica replantear el pensar a la Psicología como ciencia de salud, como ciencia que se propone estudiar objetos exactos, ya que trabaja con lo más inexacto, sorprendente y cuestionable, el hombre, su malestar y sus formas de gozar con ello. Por tal razón, orientado desde la clínica del Psicoanálisis, se plantean algunos aportes para el proceder terapéutico de la Psicología en relación con el vínculo clínico. Se sugiere, por tanto, reconocer la subjetividad, entendiendo al sujeto no desde el déficit, sino desde la posibilidad de construcción. Esto daría lugar a una posición de escucha por parte del terapeuta, pues acoge la idea de que en el otro hay un saber; la escucha como posibilidad de ser enseñada por el sujeto y no sólo como herramienta comunicativa. Una posición de escucha, además, permitiría sustituir la mirada como recurso terapéutico por la escucha y la palabra.

Se sugiere también, un abordaje metodológico de los fenómenos y de la Psicología como disciplina de lo humano, es decir, orientar el vínculo clínico no como serie de pasos sino como recurso metodológico que permite conocer-se⁶⁸ y como elemento fundamental para el proceder terapéutico. Lo que se enlaza con el rescate por los fundamentos y principios que sostienen la práctica, comprender bajo qué se cimientan los conceptos y nociones de la clínica de las TCC, para así consolidar el vínculo clínico como relación entre sujetos de la escucha y la palabra. Esto coadyuvaría a considerar la técnica como recurso metodológico en la clínica del uno a uno que orienta el proceder y no con el fin de generalizar. Cuestionar la práctica clínica de las TCC, y la Psicología, se sugiere como una forma de renovar el carácter subjetivo que se anuda al estudio de lo psi, de lo humano.

⁶⁸ Conocer-se, implica por parte del terapeuta una aproximación a la subjetividad y al método como forma de acceder a ella, y por parte del paciente, construcción un conocimiento de sí a partir de su propia singularidad.

Una vez expuestos los aportes que desde esta investigación se consideran pertinentes para la clínica psicológica de las TCC, y de la Psicología como clínica en sí, en este apartado se planteó un aporte, nuevo, que involucra el replanteamiento de la posición ética de los sujetos, paciente y terapeuta, y de la práctica, así como el pensar el vínculo clínico como recurso metodológico. Este aporte se hace a partir de pensar el ejercicio terapéutico del lado de la clínica de la escucha y como clínica de la palabra. Se introduce en este punto la clínica de la palabra como un aporte particular de esta investigación. La clínica de la palabra es un hallazgo que propone retornar a la palabra como recurso y como medio, método, que posibilite la construcción subjetiva de lo singular, del sentido de lo insoportable.

Discusión

Considerando lo expuesto en el estado de la cuestión en tanto referencia comparativa con los resultados obtenidos en el presente estudio, es importante analizar qué se ha dicho en relación a las condiciones de emergencia epistémicas en la clínica del Psicoanálisis y la Terapia Cognitivo Conductual respecto de la noción de vínculo clínico, y qué es lo diferente que plantea la presente investigación. Es de tener en cuenta, que en Psicología no hay suficientes investigaciones que estudien el vínculo clínico y esta escases puede atribuirse a que sus condiciones de emergencia se desligan de las concepciones teóricas, a pensar el sujeto-paciente desde el déficit, a considerar el vínculo clínico como una serie de virtudes y habilidades que deben desarrollar paciente y terapeuta, y entenderlo como elemento secundario parte de un proceso disciplinar.

Trabajos como los de Restrepo (2008), Ospina (2008), Arango y Moreno (2009), y Santibáñez (2008), corresponden a estudios contemporáneos de la concepción actual del vínculo clínico en la clínica psicológica, en donde se evidencia una de las conclusiones a las que se llega en la presente investigación, la existencia de diferentes formas de nombrar el vínculo. Estas formas de nombrarlo reflejan la multiplicidad de corrientes de pensamiento en las que se da cierta relevancia a la relación que se establece entre terapeuta y paciente. Existen tres términos que son resaltados en mayor medida, a saber, relación terapéutica (Psicología Humanista), alianza terapéutica (Psicología Dinámica) y rapport (TCC). Sin embargo, estos términos al no ser un

concepto sino una descripción de una práctica, carecen de soporte teórico, epistémico y metodológico. De ese modo, estos términos son adoptados en una y otra forma de clínica sin comprender su relación. Esto se evidencia en investigaciones como la de Santibáñez que al hablar de vínculo clínico se reconocen aportes desde otras corrientes de pensamiento, sin embargo, hablan de la alianza terapéutica como término transversal en la clínica psicológica. Mencionan que en todas las corrientes psicoterapéuticas actuales la alianza terapéutica tiene una importancia especial en la determinación de los cambios que se producen con la psicoterapia.

Por otro lado, es importante resaltar el reconocimiento que se hace respecto al vínculo en las investigaciones nombradas y en trabajos relacionados, se manifiesta la existencia de un “factor” que influye en el proceso terapéutico, factor en el que están íntimamente involucrados el paciente y el terapeuta. A pesar de reconocer su existencia, lo que se dice del vínculo clínico se reduce a una serie de cualidades y virtudes que deben tener tanto el terapeuta como el paciente, como factores determinantes. Estos factores se plantean con el fin de contribuir a la consolidación de una clínica garante de adaptabilidad, es decir, a partir de técnicas coercitivas, implementadas como terapéuticas, se reconoce al individuo como parte de un todo que debe ser adaptado y productivo. El vínculo clínico constituye una herramienta de estas técnicas coercitivas, pues se ajusta como forma de identificar características que favorezcan la adecuada selección del tratamiento y la predicción de resultados exitosos. Así, pensar el vínculo como un factor, se entiende del lado de identificar qué aporta cada uno de los integrantes de la relación, es decir, determinar variables (universales) que influyan.

Estas variables se denominan inespecíficas, ya que no son susceptibles de control, por lo cual, son tratadas como secundarias, porque lo importante es controlar para predecir y adaptar. Esta postura prescinde de lo singular de la subjetividad de cada persona, lo que tiene como consecuencia reconocer al sujeto desde el déficit. El vínculo clínico como variable inespecífica, y de lado de lo disciplinar, no constituye una posición ética de la práctica clínica ni del terapeuta, puesto que no se escucha como recurso metodológico, sino que se oye para identificar perturbaciones y predecir resultados. No se aborda la palabra como construcción subjetiva, sino como carencia que el terapeuta, quien es quien tiene el saber, debe corregir y condicionar. El terapeuta no está de lado de una posición ética, sino moral.

Reducir el vínculo clínico a una serie de cualidades y virtudes del paciente y del terapeuta que se integran en el proceso terapéutico, implica reducir la relación a la descripción de una práctica clínica. Trabajos como los de Santibáñez y col (2008) y Restrepo (2008) sirven como ejemplo de ello. Estos trabajos refieren que existen variables o factores, respectivamente, que interactúan en el proceso terapéutico. Así, consideran que la relación entre estos dos individuos (paciente y terapeuta) se reduce a la interacción de características personales y profesionales, y describen variables o factores del paciente, del terapeuta y de la relación (que podría entenderse como el vínculo clínico) que influyen en los cambios durante el proceso terapéutico. En este punto, es necesario mencionar un aspecto que resalta Restrepo en su trabajo, lo que respecta a nombrar estos elementos como variables inespecíficas o factores comunes. El autor menciona que al hablar de factores inespecífico (variables inespecíficas) se habla en el fondo, de elementos altamente específicos, es decir, se reconoce que existen elementos que son influyentes en el proceso, pero que no son susceptibles de control. Dentro de estos elementos específicos entra el vínculo clínico, se reconoce su existencia e influencia, pero se relega al lugar de un elemento accesorio.

No obstante, una de las investigaciones tenidas en cuenta en el estado de la cuestión, expone el cuestionamiento respecto al abandono de lo humano en la clínica, proponiendo un abordaje más humanizado en lo que se refiere a la posición del terapeuta, en donde concluye que debería optarse en la clínica psicológica por un modelo en el que la relación terapeuta-paciente sea el eje central, permitiendo un trato humanitario y consecuente con el paciente. Ospina (2008), pone en cuestión la relación que se forja entre la clínica psicológica y los intereses que la rigen, a saber, intereses sociales, económicos y políticos que estructuran el sistema de salud. Esta estructura refuerza la imposición de roles y funciones, así como la anulación de la subjetividad. Esto tiene como finalidad el control social, es decir, disciplinar a través de los terapéuticos. Expone, por ejemplo, la relación del terapeuta con la tecnología, planteando que el terapeuta es sustituido por los aparatos tecnológicos, desplazando y acallando la voz del terapeuta. De ese modo, es silenciada y anulada la subjetividad del terapeuta. Cuestión que se evidencia con la implementación de técnicas coercitivas que buscan disciplinar, como las TCC, en las que no sólo el paciente es visto como individuo y objeto, sino también terapeuta. Por tal razón, el vínculo clínico se reduce a cualidades que el terapeuta ha de tener, que buscan fortalecer y comprobar la efectividad de las técnicas y los tratamientos.

Pensar el vínculo clínico como una relación entre sujetos hablantes, desde la Psicología Clínica de las TCC, no es posible. Sin embargo, el punto de corte al que da lugar Ospina con su investigación, constituye una posibilidad de pensar la clínica psicológica orientada por y para el paciente (entendido como sujeto). Esto implicaría cuestionar el lugar que se da al vínculo, llámese rapport, relación terapéutica o alianza terapéutica, como variable y pensarlo como concepto, desde un punto de vista ético y metodológico. Así como cuestionar la formalización de la clínica psicológica contemporánea.

En consecuencia con lo anterior, esta investigación permite ampliar el horizonte respecto a la noción de vínculo clínico, analizándolo no sólo desde sus definiciones, sino comprendiendo las condiciones que posibilitan su emergencia. Así, considerar que el término vínculo clínico surge en una práctica de una disciplina que no nace como ciencia, y en la cual convergen discursos que soportan el proceder psiquiátrico como modelo terapéutico, posibilita la comprensión respecto a entender el vínculo clínico desde la objetividad, desde el lugar del saber-poder de la práctica y de la ciencia. Cuestión que se evidencia en el término rapport, es cual es una variable que permite implantar en el paciente unas técnicas correctivas con el fin de adaptar. Así, el rapport se convierte en elemento secundario, elemento que adquiere valor en tanto funciona como ardid para situar al paciente en una posición de objeto, una posición de sumisión.

Es importante mencionar la relación que se establece con la clínica del Psicoanálisis, la cual no se plantea con la intención de trasladar los conceptos y el proceder clínico hacia la Psicología, sino como una orientación que permite contemplar otro modo de proceder. No se pretende, por tanto, dar carácter de única verdad a las propuestas psicoanalíticas, sino de cuestionar que puede aportar desde su clínica a la Psicología. De ese modo, lo que aporta la presente investigación es reconocer el vínculo clínico como relación en la que dos sujetos convergen, cuestión que posibilita la emergencia de la subjetividad, posibilita la construcción de un saber sobre sí con el otro. Se sugiere pensar y abordar el vínculo desde la clínica de la palabra anudada a la escucha, dando lugar al establecimiento de posiciones éticas y de sujetos responsables de sus elecciones y sus acciones. Se sugiere también, pensar y abordar el vínculo como recurso metodológico, es decir, como elemento que da lugar a la palabra como posibilidad de decir algo acerca del padecimiento con lo insoportable y no como recurso para diagnosticar. El hallazgo de la clínica de la palabra, surge como posibilidad de producir en el paciente y el terapeuta a una posición de sujeto, así como un

modo distinto de proceder en la clínica psicológica de las TCC que tenga en cuenta lo singular de la subjetividad.

Referencias

- Acevedo, A. Florencia, A. (1994). *El proceso de la entrevista. Conceptos y modelos*. De la cuarta edición. México: Editorial Limusa. pp. 34-35.
- Almanza, M. (2012). Sólo se trata de eso.... *Revista Bitácora Lacaniana*, 1, pp. 147-151.
- Amadeo, S. (2013). De la teoría a la práctica de la superación del pánico. A propósito de un caso. *Revista Clínica Contemporánea*, 4(3), pp. 269-280.
- Ander, E. (2016). *Diccionario de Psicología*. De la segunda edición. Argentina: Editorial Brujas, pp. 107-108.
- Arango, A., Moreno, M. (2009). Más allá de la relación terapéutica: Un recorrido histórico y teórico. *Revista Acta Colombiana de Psicología*. 12(2), pp. 135-145. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v12n2/v12n2a13.pdf>
- Ardila, R. (2013). Obituario. Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2): 315-319. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342013000200014&lng=en&tlng=es
- Arenas, G. (2015). *El lazo analítico, parte 5 [vídeo]*. Seminario impartido en la Facultad de Psicología de la Universidad de Sinaloa. México. Recuperado de: <http://marioelkin.com/seminario-el-lazo-analitico-dr-gerardo-arenas-parte-5/>
- Bassols, M. (2014). *Las paradojas de la transferencia*. En The Lacanian Compass. Reunión anual llevada a cabo en 7mo de los Clinical Study Days, Nueva York, Estados Unidos. Recuperado de: <http://virtualia.eol.org.ar/029/Las-paradojas-de-la-transferencia.pdf>
- Botella, L. Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Revista Boletín de Psicología*, No. 101. Recuperado de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N101-2.pdf>

- Braunstein, N.; Pasternac, M.; Benedito, G.; Saal, F. (1977). *Psicología: ideología y ciencia*. Dela tercera edición. México: Editorial Siglo veintiuno editores.
- Bueno, R. (2011). Reflexiones acerca del objeto y metas de la Psicología. *Revista Liberabit*, 17(1): 37-48. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n1/a05v17n1.pdf>
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Primera reimpresión de la original de 1997. Madrid, España: Editorial Siglo Veintiuno.
- Campoy, T., Gomes, E. (2009). *Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos*. Recuperado de: http://www2.unifap.br/gtea/wp-content/uploads/2011/10/T_cnicas-e-instrumentos-cualitativos-de-recogida-de-datos1.pdf
- Cangilhem, G. (2000-2001). *¿Qué es la Psicología?* Recuperado de: http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Canguilhem_Que_es_la_psicologia.pdf
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2016). *Manual deontológico y bioético del psicólogo*. Cuarta versión. Colombia. Recuperado de: https://issuu.com/colpsic/docs/acuerdo_no._15_-_manual_deontologic/1?e=18058890/35019425
- Congreso de la Republica. (6 de septiembre de 2006). *Artículo 13 [Título VII]. Código Deontológico y Bioético [Ley 1090 de 2006]*. DO: 46.383. Recuperado de: http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006_actualizada_junio_2015.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2003). *Psicología Clínica y Psiquiatría. Revista Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>
- Cordié, A., Lefort, R., Lefort, R., Lemoine, P., Miller, J., Silvestre, M., Soler, C. (2006). *Clínica bajo transferencia. Ocho estudios de clínica lacaniana*. De la reimpresión de 2006 y traducción de Diana S. Rabinovich. Argentina: Editorial Ediciones Manantial SRL, pp. 5 – 10.
- Descartes, R. (2003). *El discurso del método*. De la primera edición virtual del 2003. Argentina: Editorial El Cid Editor. Recuperado de: <http://site.ebrary.com.aure.unab.edu.co/lib/unabsp/reader.action?docID=10047671>

- Drever, J. (1967). *Diccionario de Psicología*. Argentina: Editorial Escuela, pp. 256.
- Dorsch, F. (1976). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Editorial Herder, pp.646
- Etchevers, M., Garay, C., Korman, G., González, M., Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Revista Anuario de investigaciones*, 19(1), 225-232. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000100023&lng=es&tlng=es
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Edición en castellano del texto original de 1954, Traducción de Emma Kestelbim. España: Editorial Paidós.
- Foucault, M.; Boulez, P. (2000). La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. *Revista Nombres*, 10(5): 258. Argentina.
- Foucault, M. (2002). *La arqueología del saber*. Primera edición argentina de la edición de 1969, Traducción de Aurelio Garzón del Camino. Argentina: Editorial Siglo Veintiuno.
- Foucault, M (2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada*. Primera reimpresión de la primera edición de 1963. Argentina: Editorial Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2008). *El poder psiquiátrico*. Segunda reimpresión de la primera edición del texto original de 1974, Traducción de Horacio Pons. Argentina: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1888-1892). *Trabajos sobre hipnosis y sugestión*. De la tercera edición de 1992 de las Obras completas de Freud. Volumen 1 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 67 – 75.
- Freud, S. (1890). *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*. De la tercera edición de 1992 de las Obras completas de Freud. Volumen 1 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 111 – 132.
- Freud, S., Breuer, J. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria. Miss Lucy R*. De la tercera edición de 1992 de las Obras completas de Freud. Volumen 2 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 118 – 141.

- Freud, S. (1900). *II. El método de la interpretación de los sueños. Análisis de un sueño paradigmático*. De la primera edición de 1979 de las Obras completas de Freud, Volumen 4 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 233 – 242
- Freud, S. (1904). *El método psicoanalítico de Freud*. De la sexta edición de 1992 de las Obras completas de Freud. Volumen 7 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 233 – 242.
- Freud, S. (1904). *Sobre Psicoterapia*. De la cuarta edición de 1981 de las Obras Completas de Sigmund Freud. Tomo I de la traducción de Luis López-Ballesteros y de Torres. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, pp. 1007 - 1013.
- Freud, S. (1905). *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. De la primera edición de 1978 de las Obras completas de Freud, Volumen 7 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 1 – 108.
- Freud, S. (1910). *Cinco conferencias sobre Psicoanálisis*. Obras completas de Freud. Volumen 11 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 1 – 52.
- Freud, S. (1910). *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. Obras completas de Freud. Volumen 11 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 129 – 142.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de transferencia*. De la tercera reimpresión de 1991 de las Obras Completas de Sigmund Freud. Volumen 12 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 93 – 105.
- Freud, S. (1913). *Sobre Psicoanálisis*. De la tercera reimpresión de 1991 de las Obras Completas de Sigmund Freud. Volumen 12 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 207 – 216.
- Freud, S. (1914). *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del Psicoanálisis, II)*. De la tercera reimpresión de 1991 de las Obras Completas de Sigmund Freud. Volumen 12 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 145 – 157.

- Freud, S. (1915). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del Psicoanálisis, III)*. De la tercera reimpresión de 1991 de las Obras Completas de Sigmund Freud. Volumen 12 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 159 – 174.
- Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. De la segunda reimpresión de 1991 de las Obras Completas de Sigmund Freud. Volumen 12 de la traducción de José L. Etcheverry. Argentina: Editorial Amorrortu Editores, pp. 211 – 254.
- Gallo, H., Ramírez, M. (2012). *El Psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Grama Ediciones. Serie TRI.
- Greenson, R. (2004). *Técnica y práctica psicoanalítica*. Decimocuarta edición en español. México: Editorial Siglo XXI Editores.
- Herrera, R. (2011). La filosofía, el Psicoanálisis y el sujeto del inconsciente. *Revista Carta psicoanalítica*, 17. Recuperado de: <http://www.cartapsi.org/spip.php?article303>
- Lacan, J. (1951). *Intervención sobre la transferencia*. De la tercera edición, nuevamente corregida de 2009 de los Escritos de Jacques Lacan. Escritos 1, Tomo 1 de la traducción de Tomás Segovia. México: Editorial Siglo Veintiuno Editores, pp. 209 – 220.
- Lacan, J. (1975). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma, pronunciada el 4 de octubre de 1975. *Revista Le Bloc-Notes de la Psychanalyse* N° 5, Bruselas, 1985.
- Lacan, J. (1993). *Psicoanálisis, radiofonía y televisión*. Tercera edición de 1977, Traducción de Orlando Gimeno-Grendi. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Laplanche, J., Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Argentina: Editorial Paidós.
- Lopera, J. (2006). Psicología ascética y Psicología epistémica. *Revista Acta Colombiana de Psicología*, 9(2): 75-86. Colombia.
- Lora, M. (2012). El Psicoanálisis, una respuesta ante el malestar social. *Revista Bitácora Lacaniana*, 1, pp. 97-101

- Marías, J. (1999). *San Agustín. Conferencia del curso "Los estilos de la filosofía"*. Madrid. Recuperado de: <http://hottopos.com/mirand12/jms1agus.htm>
- Mijolla, A. (2007). *Diccionario AKAL internacional de Psicoanálisis*. De la traducción de Luis Cebriá Tornos, Rocío Oliveira Gras y Paloma Pérez Del Real. España: Editorial Akal. pp. 1337-1338.
- Miller, G. (1968). *Introducción a la Psicología*. España: Editorial Alianza editorial.
- Miller, J. (2001). *¿Cómo se inventan nuevos conceptos en Psicoanálisis?* Recuperado de: https://elp.org.es/wp-content/uploads/2013/03/3_como_inventan_miller.pdf
- Miller, J. (2008). *Entrevista a Jacques-Alain Miller realizada por Hanna Waar, titulada "Sobre el amor"*. Recuperado el día 30 de junio del: <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/varite/edicion/Problemas-de-pareja/352/Sobre-el-amor-Jacques-Alain-Miller>
- Nezu, A., Nezu, C., Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo-conductuales Un enfoque basado en problemas*. México: Editorial Manual Moderno.
- Ospina, D. (2008). La relación terapeuta-paciente en el mundo contemporáneo. *Revista Investigación y educación en enfermería*, 16(1), 116-122. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v26n1/v26n1a11>
- Páez, M. (2013). Reflexión sobre la aplicación de algunos principios del Psicoanálisis Freudiano en la enseñanza actual de la Psicología. *Revista Psicoespacios*, 7(11), pp. 394-408. Recuperado de: <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>
- Platón (1871). *Protágoras o de los sofistas*. Obras Completas de Platón, Traducción de Patricio Azcárate. España: Editorial Medina y Navarro editores.
- Pichot y col. (1997). *DSM-IV-TR Breviario. Criterios Diagnóstico*. España: Editorial Masson, S.A.
- Pinzón, I., y Quintero, L. (2015). *Hacer hablar para hacer callar: Exploración analítica en torno al problema de la escucha en Psicología y Psicoanálisis*. En IX Encuentro de Semilleros de Investigación, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Colombia.

- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española: ética* (23.^a ed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=H3y8Ijj|H3yay0R>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española: ética* (23.^a ed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=Pm2wZfs|Pm4ASgI>
- Restrepo, J. (2009). La mente desencarnada: consideraciones históricas y filosóficas sobre la Psicología cognitiva. *Revista Psicología desde el Caribe*, (24): 59-90. Colombia. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2009000200004&lng=en&tlng=es
- Restrepo, M. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 14-28. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a02.pdf>
- Riaño, M. (2010). *Modificación de la intensidad de las respuestas emocionales en pacientes con diagnóstico de cáncer a través de la TCC y de técnicas conductuales para el cambio de la relación terapéutica (Proyecto de grado de maestría)*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis119.pdf>
- Rogers, C. R. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Argentina: Editorial Paidós Ibérica, S.A. pp. 38, 40, 147, 150, 156
- Rosero, L. (2015). Transferencia y pulsión: ejes de la clínica analítica. *Revista Affectio Societatis*, 12(22), 128-139. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/21740/17915>
- Roudinesco, E., Plon, M. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Ruíz, A. (2010). *Adaptación-Inadaptación. En El silencio de los síntomas: la salud mental*. Medellín, Colombia: NEL-Medellín. Recuperado de: http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/ADOLFO_-RUIZ_-Adaptaci%C3%B3n_-Inadaptaci%C3%B3n1.pdf
- Ruíz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). *Manual de intervención de técnicas cognitivo conductuales*. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Biblioteca de Psicología.

- Sampson, A. (1998). Ética, moral y Psicoanálisis. *Revista Colombiana de Psicología*, 7, pp. 81-93.
Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/16055/16936>
- Santibáñez, P.; Román, M.; Lucero, C.; Espinoza, A.; Iribarra, D.; Müller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Revista Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100008&lng=es&tlng=es)
- Santos, L. (1992). Escucha, interpretación, ética. *Revista Colombiana de Psicología*, 1, pp. 64-69.
Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/15722/16565>
- Sattler, J. Hoge, R. (2008). *Evaluación infantil: aplicaciones conductuales, sociales y clínicas*. Quinta edición. México: Editorial Manual moderno.
- Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. España: Editorial Paidós Iberia.
- Sinatra, E., Amado, S., Bekerman, J., Díaz, E., Ellicker, I., Esperanza, G.,...Vásquez, M. (2003). *El arte del diagnóstico*. Buenos Aires: Colegio Epistemológico y Experimental (ICBA).
- Skinner, B. (1994). *Sobre el conductismo*. Revisión de Rubén Ardila. España: Editorial Planeta-Agostini.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien-Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Taborda, L., Burgos, C. (1985). *Principios de semiología psiquiátrica*. Colombia: Departamento de Psiquiatría, Facultad de medicina, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Hospital de San José.
- Wolman, B. (1965). *Teorías y sistemas contemporáneos en Psicología*. México: Editorial Ediciones Grijalbo.