



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera de Licenciatura en Psicología

La representación social del terapeuta acerca
de su práctica

N° 450

Mariana Gorbarán

Tutora: Susana Seidmann

Departamento de Investigaciones
Diciembre 2010

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

ÍNDICE

Notas del autor	5
Abstract	5
Introducción	5
Estado del arte	5
Justificación de la temática	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Marco teórico	7
Citado y referenciado	7
Desarrollo	7
El lenguaje en las ciencias sociales	8
El fenómeno lingüístico.....	8
El fenómeno lingüístico, una perspectiva histórica.....	9
El interés en lo discursivo.....	10
La discursividad.....	11
La narratividad.....	11
La palabra y sus categorizaciones cognitivas.....	13
Lenguaje, discurso y realidad.....	13
El lenguaje, la comunicación y sus efectos pragmáticos.....	14
La subjetividad.....	15
Las marcas de la subjetividad en el discurso.....	15
Discurso y análisis del discurso.....	16
1. Discurso.....	16
2. Análisis del discurso	16
3. La evolución histórica del análisis del discurso	17
4. Los fundamentos del análisis del discurso	17
a. El giro lingüístico.....	17
b. La teoría de los actos del habla.....	18
c. La lingüística pragmática.	19
d. La etnometodología	20
e. Michel Foucault y algunos aspectos de su obra	20
5. Las tradiciones básicas en el análisis del discurso	21
a. La sociolingüística interaccional	21
b. La etnografía de la comunicación.....	21
c. El análisis de la conversación.....	21
d. El análisis de la variación	22
e. El análisis crítico del discurso.....	22
f. La psicología discursiva.....	23
El análisis del discurso y la psicología discursiva.....	23
Las representaciones sociales y la psicología discursiva.....	24
Metodología	25
Interpretación de los resultados	26
Discusión	36
Reflexión final	40
Referencias bibliográficas	48
Anexos	51
Anexo a. Entrevistas a cognitivistas. Mujeres	51
Anexo 1.....	51
Anexo 2.....	53
Anexo 3.....	55
Anexo 4.....	56
Anexo 5.....	58
Anexo b. Entrevistas a cognitivistas. Hombres.....	61
Anexo 6.....	61
Anexo 7.....	63
Anexo 8.....	65

Anexo 9.....	67
Anexo 10.....	69
Anexo c. Entrevistas a psicoanalistas. Mujeres.....	72
Anexo 11.....	72
Anexo 12.....	73
Anexo 13.....	76
Anexo 14.....	78
Anexo 15.....	80
Anexo d. Entrevistas a psicoanalistas. Hombres.....	82
Anexo 16.....	82
Anexo 17.....	86
Anexo 18.....	90
Anexo 19.....	91
Anexo 20.....	93

Notas del autor

En primer lugar, quiero agradecer muy especialmente a mi querida tutora, la Dra. Susana Seidmann.

También, quiero expresar mi agradecimiento a los veinte terapeutas que formaron parte de la muestra y a aquéllos que me contactaron con ellos.

Abstract

La investigación sobre la representación social del terapeuta acerca de su práctica desde una perspectiva discursiva, según género y orientación teórica explicitada, permitirá explorar un área que no ha sido estudiada, proporcionando información acerca de la manera en que el terapeuta construye la representación sobre su profesión, repercutiendo a su vez, sobre la forma en que actúa su rol y modela su práctica. Para ello, se realizaron veinte (20) entrevistas semidirigidas a terapeutas: diez cognitivistas y diez psicoanalistas, de los cuáles, en cada grupo, cinco son hombres y cinco son mujeres. Se utilizó el análisis del discurso y específicamente, se tomó a los verbos como eje del análisis, indagando sobre el rol y estilo del terapeuta, así como también, sobre las aspiraciones de los pacientes percibidas por aquéllos. Con el fin de introducir teóricamente la presente tarea empírica se trabajará sobre el fenómeno lingüístico, la narratividad, las representaciones sociales, el discurso y el análisis del discurso.

Introducción

Allí donde hay lenguaje, en referencia a su potencialidad creadora, hay infinidad de posibles nuevas perspectivas y de construcción de nuevos espacios de realidad. Es en este punto que el rol del psicólogo y su práctica en el ámbito terapéutico, constituye un eje de central importancia, en tanto su papel es el de un renegociador de nuevos significados. El terapeuta es el artífice de la generación de resignificaciones que abren nuevos caminos al reposicionamiento subjetivo del paciente. Un paciente que se ubica en otra posición respecto del discurso, es un paciente que da otra entidad a su realidad, construye un nuevo espacio de realidad y se instala ahí, tomando una renovada posición frente a su propia vida. Los seres humanos *se localizan en el lenguaje*, el tema en todo caso, es en qué posición lo hacen.

En este sentido, resulta primordial reflexionar acerca de cuáles son los supuestos que se utilizan al construir conocimiento y cuáles son los constructos psicológicos de los cuales se vale el terapeuta al desempeñar su función profesional “productora de nueva realidad”; doble vertiente, tanto en lo que se refiere a su vertiente singular, es decir, respecto del paciente individual, como en lo que se refiere a su aspecto social, en tanto se desarrolla una actividad de trascendencia cultural. En síntesis, la representación social que el profesional tiene acerca de su práctica, sustenta su manera de entender el rol y el estilo como terapeuta, así como también la forma en que percibe las aspiraciones de los pacientes. Por lo tanto, es esta representación social la que se constituye en el sustento de su labor profesional, así como también de sus alcances y aspiraciones.

Estado del arte

En la actualidad, no se presentan registros de estudios referidos a la representación social del terapeuta acerca de su práctica, según género y orientación teórica explicitada, tomando al análisis del discurso, específicamente, el uso de los verbos, como fuente del análisis de la información.

Sin embargo, se ha investigado acerca de la representación social del psicólogo y su práctica profesional desde otras perspectivas y siguiendo otras metodologías.

En el año 2002, Torres López, Maheda Guzmán y Beltrán (2004), llevaron a cabo una investigación cualitativa acerca de la representación social sobre el psicólogo y su práctica profesional, tomando entrevistas semiestructuradas a diez estudiantes “de nuevo ingreso” a la carrera de Psicología y diez egresados de la misma carrera, en la Universidad de Guadalajara (México), analizando el contenido temático a través del sistema computarizado Ethnograph. Como parte del contenido de dicha representación social se identificaron las categorías personales del profesional, la formación académica, la ética, el espacio

laboral y las imágenes de la población general sobre el psicólogo. De los resultados de la investigación surgió que los recién egresados muestran representaciones sociales más complejas y elaboradas que los estudiantes de la carrera, acerca del psicólogo y su práctica. Las características personales se encuentran en estrecha relación con la formación académica y la ética profesional se visualiza mucho más ligada a las características personales que a la formación. Por su parte, las representaciones sociales de los estudiantes no difieren significativamente de las que presenta la población general. Las imágenes que se tiene sobre la profesión están sumamente idealizadas y entre ellas se destaca el carácter humanitario, espiritual y de compromiso social, al mismo tiempo que se le confiere al psicólogo, el poder de solucionar cualquier tipo de problema. Esta imagen, aunada a la poca información que aún se tiene sobre la profesión, dificulta visualizar con claridad el posible ejercicio profesional de la psicología.

Otro de los estudios que abordó la temática, fue el realizado por Orellana et al. (2008), quienes investigaron acerca de la representación social del psicólogo en profesores de educación básica (específicamente secundaria) pública y privada del Perú. El estudio comparativo se efectuó entre profesores que trabajan en instituciones de Lima (Costa) y de las provincias (Sierra y Selva). Se trata de una investigación descriptiva de carácter cualitativa mediante el empleo del método etnográfico. Los resultados arrojados caracterizan al psicólogo como un profesional especializado en la salud mental, diferenciándose al reconocerlo, como “un investigador especializado, psicoterapeuta y consejero” en la costa y como “un concientizador y promotor del bienestar” en las provincias.

Winkler y Reyes (2006) investigaron sobre las representaciones sociales de psicólogos chilenos acerca del ejercicio profesional ético, entre los que destacan aspectos que hacen a la relevancia de la confidencialidad, la transversalidad del tema ético y algunas diferencias, de acuerdo al área de especialidad del profesional. Inicialmente, el estudio comparativo se realizó tomando como muestra a trece (13) psicólogos en ejercicio, de los cuáles seis (6) eran hombres y siete (7) eran mujeres, tomando las siguientes áreas de especialización: clínica, educacional, laboral/organizacional y comunitaria. Para ello se tomaron entrevistas en profundidad sometidas a un análisis de codificación abierta y axial (siguiendo el modelo de Glaser y Strauss). Posteriormente, se elaboró un cuestionario de representaciones sociales que se administró a sesenta y cinco (65) profesionales (21 hombres y 44 mujeres). De los resultados de la investigación surgió que el resguardo y mantenimiento de la confidencialidad constituye el valor, guía o principio fundamental que caracteriza la conducta ética, situándose en el centro mismo de la representación.

Por su parte, Héctor Fernández-Álvarez se dedicó a estudiar el Estilo personal del terapeuta (EPT). Señala que la relación entre el paciente y el terapeuta influye de manera decisiva tanto en el proceso terapéutico como en sus resultados finales y sostiene que es necesario encontrar el mejor “acople” entre ambos. Al respecto, plantea que: “Pese a que no es fácil formular muchas generalizaciones, existen algunas indicaciones que tienen marcado consenso” (1997, p. 281). A continuación, ejemplifica diciendo que en los dispositivos en donde está involucrado un púber conviene indicar un terapeuta del mismo sexo, para personas de edad avanzada es conveniente la indicación de un terapeuta joven y entre otras, las variables involucradas incluyen: la experiencia clínica del terapeuta, el tipo de impregnación social con el que opera y el momento vital que atraviesa.

En la misma línea, la Fundación Aiglé, dirigida por Héctor Fernández-Álvarez, cuenta con un programa de investigación en curso denominado: “Estilo personal del terapeuta” (EPT). En este contexto, el EPT es definido como un constructo multidimensional y entendido como uno de los componentes de todo proceso terapéutico. Hace referencia a las disposiciones, rasgos y actitudes del terapeuta que conforman un conjunto de funciones que, en la práctica, se llevan a cabo de manera integrada y que hacen a su ejercicio profesional. Como parte de dicho programa *en curso*, se incluyeron dos niveles de investigación que permitieron arribar a conclusiones preliminares a ser recontextualizadas posteriormente, una vez finalizada la investigación. El primer nivel estuvo destinado a elaborar un instrumento capaz de operacionalizar y medir las funciones constitutivas del constructo EPT y el otro nivel, estuvo dirigido a hacer investigación aplicada. Este último, a su vez, incluyó dos investigaciones. La primera de ellas como parte de un proyecto conjunto entre la Fundación Aiglé (Buenos Aires) y la Universidad Ramón Llull (Barcelona). Sus principales objetivos se dirigieron a investigar la compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y las características personales del paciente, estudiando específicamente las variables de “resistencia” y “estilo de afrontamiento” de este último. A tal efecto, se evaluó el impacto en la alianza terapéutica y en las condiciones sintomáticas, en distintos momentos del proceso terapéutico. Los resultados obtenidos mostraron que dicho estilo incide sobre los resultados de las acciones terapéuticas, aunque el grado en que lo hace depende del tipo de paciente, la patología que presenta y el contexto de aplicación específico. La segunda línea de investigación, coordinada por Larry Beutler, permitió arribar a las siguientes conclusiones: pacientes más resistentes responden significativamente mejor al tratamiento cuando sus

terapeutas son más espontáneos operativamente y también, que el estilo de afrontamiento predominantemente externalizador del paciente, se beneficia del tratamiento con un terapeuta de estilo más pautado.

Justificación de la temática

El abordaje de esta temática resulta interesante porque permite realizar un aporte a un área de la investigación que no ha sido explorada hasta la actualidad. El estudio de la representación social del terapeuta acerca de su práctica, investigada desde una perspectiva discursiva y comparativa por género y orientación teórica explicitada, posibilita el acceso a ampliar el conocimiento sobre la manera en que el terapeuta construye la representación de su profesión, modela la forma en que ejerce su rol e incide sobre el modo en que lleva adelante su práctica.

Objetivo general

- Analizar el discurso respecto de la representación social del terapeuta acerca de su práctica, según género y orientación teórica explicitada.

Objetivos específicos

- Desarrollar la descripción del rol y del estilo del terapeuta, según género y orientación teórica explicitada.
- Abordar las aspiraciones de los pacientes percibidas por el terapeuta, según género y orientación teórica explicitada.

Marco teórico

Se explora el papel del lenguaje a partir de la perspectiva construccionista de Berger y Luckmann y en lo referente al *análisis del discurso*, se sigue a los psicólogos sociales críticos de la Universidad Autónoma de Barcelona y la Universidad de Loughborough, entre ellos, Antaki e Iñiguez; quienes, a su vez, remiten a autores tales como Heidegger, Saussure, Frege, Russell, Wittgenstein, Austin y Billig. Se hace referencia a la obra de Garay, Iñiguez y Martínez al analizar la psicología discursiva y a la de Serge Moscovici, al trabajar sobre las representaciones sociales. Por último, las categorías predeterminadas utilizadas para analizar los verbos son las propuestas por Maritza Montero.

Citado y referenciado

El sistema de citado y referenciado bibliográfico responde a las disposiciones de la *American Psychological Association* (A.P.A.).

Desarrollo

A finales del siglo XX y principios del siglo XXI, la focalización sobre el lenguaje y su uso en la vida cotidiana, ha dado lugar a un incremento de la atención sobre el discurso y las prácticas lingüísticas. El crecimiento del papel del lenguaje por aquella época, redundó así, en el desarrollo de nuevas perspectivas que lo toman *como eje y como punto de referencia*. Algunos de ellos son: la narrativa, la dialógica, la hermenéutica, el análisis conversacional, el *análisis del discurso*, o desde una perspectiva más amplia, estudios del discurso y el análisis retórico.

Este movimiento además, ha constituido una forma novedosa de abordar su estudio. En este sentido, Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 13) sostienen que contra el experimentalismo encerrado en el laboratorio, se propone el estudio del lenguaje en situaciones sociales reales, es decir, en el “discurso natural”. Contra el mentalismo de la psicología cognitiva, el estudio del uso real de términos psicológicos en conversaciones cotidianas. Y contra el empirismo y el realismo de la mayoría de las disciplinas humanísticas y sociales, el constructivismo postula que la realidad para la gente es lo que la gente construye como real, y esto lo hacen, en gran parte, a través del texto y del habla. En interacción social se produce *sentido*, con la característica peculiar de ser variable en función del contexto en que dicha construcción tiene lugar.

A efectos de contextualizar, orientar y enmarcar teóricamente la tarea empírica emprendida se tomarán como referencia autores que han trabajado sobre el fenómeno lingüístico, la narratividad, las representaciones sociales, el discurso y el análisis del discurso.

El lenguaje en las ciencias sociales

El lenguaje es una característica *específicamente* humana, es sin duda, su forma más genuina de comunicación. Lo sustancial radica en que dicha característica no es sólo de los seres humanos como individuos singulares, sino también lo es, de los procesos sociales.

El papel del lenguaje comenzó a tomar relevancia en ciencias sociales, a partir de los desarrollos de la lingüística y de los estudios de la comunicación. Sin embargo, el estudio de la gramática independiente del contexto, actualmente, ha quedado relegado a una pequeña área de la lingüística. El interés del resto de la lingüística, al igual que la gran mayoría de las disciplinas en humanidades y en ciencias sociales, hoy apunta a los problemas del texto y del habla en interacción, la cognición, el contexto social o la cultura.

Esta nueva tendencia impactó, en primera medida, desde un punto de vista metodológico al constituir un arsenal, en ocasiones complementario y en ocasiones sustitutivo, de las técnicas y procedimientos con los que contaban dichas ciencias tradicionalmente. Pero, sin embargo, el énfasis en el lenguaje ha redundado en nuevas perspectivas teóricas *por derecho propio*, diferentes a las vigentes hasta ese momento. Uno de los ejemplos más evidentes consiste en el desarrollo del *análisis del discurso*, método que ha hecho su aparición enmarcado al interior del *giro lingüístico*. Lo esencial reside en comprender que aquello que comenzó siendo un recurso metodológico, se ha convertido en una de las más reveladoras perspectivas del siglo XX, una perspectiva que ha transformado sustancialmente nuestra visión del mundo y la forma de “hacer ciencia” humanística-social.

Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 12) sostienen:

“Ahora sabemos que es imposible producir o leer un texto o participar en una comunicación sin una amplísima cantidad de conocimiento sobre el lenguaje, el discurso, la comunicación, el contexto actual, así como más generalmente sobre el ‘mundo’. (...) El lenguaje, el discurso y el conocimiento son esencialmente sociales.”

El fenómeno lingüístico

Desde una perspectiva discursiva, los procesos psicológicos son entendidos como el resultado de una construcción de la realidad que se da en interacción social, es decir, los procesos psicológicos responden a una construcción discursiva. Dicha interacción implica un intercambio de carácter simbólico entre las personas, que da como resultado la construcción de significados compartidos. En sociedad se intercambian y se negocian significaciones, y de esto resulta una determinada manera de entender, de construir el mundo, de producir conocimiento. Esta construcción debe ser comprendida en sus dos vertientes, la interpersonal y la intrapersonal. Los procesos intrapsíquicos son así, el resultado de una construcción discursiva.

El lenguaje constituye por lo tanto, una dimensión fundamental en lo que hace a las prácticas sociales. La palabra, rica en *crystalizaciones*, localizada en un tiempo y un espacio específico, puede ser entendida como portadora de una determinada cosmovisión del mundo y emblema de una época. Desde una perspectiva etnometodológica, las mismas acciones adquieren significados diferentes según el contexto en que tengan lugar, lo que obliga a tomar en cuenta el contexto en que se producen. Es decir, contempla el carácter intencional de los agentes sociales y su capacidad de reflexión, entendida como la posibilidad que dichos agentes tienen, de comprender que las reglas sociales son el producto de una construcción permanente en el seno de las prácticas sociales y, por lo tanto, son susceptibles de ser construidas y

reconstruidas, incluso cambiadas cuando las circunstancias lo demanden. En la misma línea, Michel Foucault (1984) sostiene que los discursos son prácticas sociales que forman sistemáticamente a los objetos de los que hablan (tales como la locura o la sexualidad). Garay, Iñiguez y Martínez (2003, p. 6) señalan que a partir de Foucault, ya no se habla de prácticas sociales sino de prácticas discursivas, entendidas como reglas contextualizadas en un proceso histórico y que van definiendo, en una época y en un espacio determinado, una particular circulación de enunciaciones en detrimento de otras que son abandonadas o dejadas de lado.

Tal como fue expuesto anteriormente, el abordaje de esta temática presenta una perspectiva acerca de la construcción de la subjetividad, tomando para ello una cualidad específicamente humana: el lenguaje y el discurso. En este punto, resulta relevante rescatar el valor creativo del lenguaje, en lo que hace a su capacidad de abstracción y de infinitas posibilidades de invención. Berger y Luckmann (2006, p. 56) señalan:

“El lenguaje es capaz de ‘hacer presente’ una diversidad de objetos que se hallan ausentes –espacial, temporal y socialmente– del ‘aquí y ahora’. (...) Aún ‘hablando conmigo mismo’ en el pensamiento solitario, en cualquier momento se me puede presentar un mundo entero por medio de la objetivación lingüística. En lo que a relaciones sociales se refiere, el lenguaje me ‘hace presentes’ no solo a los semejantes que están físicamente ausentes en ese momento, sino también a otros proyectados hacia el futuro como figuras imaginarias.”

Sostienen además, que el lenguaje es capaz de trascender en su totalidad la realidad de la vida cotidiana y referirse a experiencias que corresponden a *zonas limitadas de significado*. De esta manera, es posible interpretar el significado de un sueño integrándolo lingüísticamente dentro del orden de la vida cotidiana, más que de su propia realidad aislada. Debido a su capacidad de trascender el “aquí y ahora”, tiende puentes entre estas distintas *zonas de significado* y las integra en un todo significativo accesible en la realidad de la vida diaria. Por medio del lenguaje, se hace posible viajar virtualmente a otras latitudes y romper con las barreras del tiempo yendo del pasado al futuro en fracción de segundos. Incluso, es posible acceder a la objetivación de figuras míticas, sin existencia real, como sería el caso de hacer alusión a un unicornio o a viajar figuradamente a la Atlántida. En este sentido, sostenemos que posibilita el acceso a la fantasía y al despliegue de la imaginación. Dicen Berger y Luckmann (2006, p. 57):

“El lenguaje construye enormes edificios de representación simbólica que parecen dominar la realidad de la vida cotidiana como gigantescas presencias de otro mundo. La religión, la filosofía, el arte y la ciencia son los de mayor importancia histórica entre los sistemas simbólicos de esta clase.”

El fenómeno lingüístico, una perspectiva histórica

Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 22) sostienen que la importancia que tanto la filosofía como las ciencias sociales y humanas brindaron al fenómeno lingüístico, encuentra su origen en una doble ruptura acaecida en los albores del siglo XX. La primera se dio de la mano de Ferdinand de Saussure (1857-1913) quién instituyó la *lingüística moderna*, dotándola de un programa, unos conceptos y una metodología que hacían posible el abordaje riguroso de la lengua *por sí misma y en sí misma*. Esto implicaba “romper” con la antigua tradición filosófica centrada en la comparación de las lenguas y en el estudio de su evolución histórica. La segunda ruptura es la iniciada por Gottlob Frege (1848-1925) y por Bertrand Russell (1872-1970) que provocó un desvío de la mirada desde el mundo interior y privado del sujeto, hacia el mundo objetivable y público de las producciones discursivas. Dicho cambio entonces, propició una ruptura con la *filosofía de la conciencia* que había reinado hegemónicamente durante más de dos siglos, dando lugar a una nueva filosofía, la *filosofía analítica*, que dominaría el escenario de la filosofía anglosajona durante más de medio siglo. Sin embargo, las implicancias del *giro lingüístico* han trascendido el simple incremento en el énfasis sobre la importancia del fenómeno lingüístico para entender al ser humano y a sus producciones. Es decir, han llegado mucho más lejos, han impreso una reformulación conceptual al propio concepto de lenguaje y esto provocó un vuelco radical, al proporcionar un nuevo estatus a las producciones lingüísticas. En este marco, la lingüística se erigió en el modelo *mimético* del resto de las disciplinas, al aportar un modelo basado en la creencia en la *unicidad* y la *validez* absoluta de la rigurosidad del *método científico*. Será justamente el fracaso en demostrar la validez de los marcos neo-positivistas, el que tuvo la importante consecuencia de fomentar la apertura y *liberalización* del campo de las ciencias sociales y humanas, al pluralismo teórico y metodológico que permitió enriquecerlas. Dicho replanteo conceptual produjo efectos importantes y duraderos en el campo de las diversas ciencias sociales y humanas, hasta

el momento conceptualmente “atadas” a una visión positivista impulsada por los avances en la *lingüística estructural*, primero de Saussure y luego, de Lévi-Strauss. En este sentido, los innovadores trabajos de Noam Chomsky y su lingüística generativa, reforzó aún más el interés en la lingüística como modelo “a imitar” por el resto de las ciencias humanísticas-sociales, al proporcionar nuevas analogías y metáforas de las cuáles valerse al estudiar los fenómenos humanos y sus producciones. A pesar de ello, es a la *filosofía analítica* a la que debemos atribuir la irradiación del interés por el lenguaje hacia las diversas ciencias humanas y sociales.

La publicación en el año 2000, del *Tractatus* lógico-filosófico de Ludwig Wittgenstein, a la sazón, discípulo de Russell, ejercerá de forma inmediata una fuerte influencia sobre un conjunto de filósofos y científicos austriacos y alemanes empeñados en pasar a un abordaje científico, abandonando de una vez y para siempre, la mera especulación metafísica que regía hasta entonces, en la filosofía. Estos pensadores conformaron el *Círculo de Viena*, un colegio filosófico que en 1929 lanzó un manifiesto programático inspirado en las ideas wittgenstianas. Postulaban que buena parte de las formulaciones filosóficas carecen de sentido debido al uso de un lenguaje insuficientemente formalizado. En definitiva, lo atribuían a un “problema de lenguaje”. De esta manera, para obtener garantías de *cientificidad*, es preciso “reformular el lenguaje”. En síntesis, el impulso impreso por Frege, Russell, Wittgenstein y los neo-positivistas que conformaban el *Círculo de Viena*, concedieron una relevancia al lenguaje que no dejó de crecer desde los inicios del siglo XX hasta la víspera de la Segunda Guerra Mundial. Después de dicha guerra, se acentuará aún más, adoptando nuevas modalidades y extendiendo su área de irradiación de influencia a los Estados Unidos, en donde alcanzará un dominio hegemónico en el ámbito filosófico. Esto encuentra su razón de ser, en que muchos de los miembros que constituían el *Círculo de Viena* eran judíos y en esos años se vieron obligados a emigrar; optando, la gran mayoría, por los Estados Unidos. Allí, Carnap, Hempel, Reichenbach, Goedel y otros, prosiguieron con su actividad, ampliando el radio de influencia neo-positivista en suelo americano. En ese período el vuelco de la filosofía a los minuciosos y rigurosos ejercicios lógico-lingüísticos alcanzó dimensiones impresionantes. Sin embargo, las dificultades teórico-técnicas con las que se encontraron, sumadas a las críticas del prestigioso Karl Popper (1902-1992) así como también, a las de algunas de sus propios discípulos, especialmente Quine y aún más, la dura autocrítica efectuada por el mismísimo Wittgenstein, forzaron al abandono del sueño de un lenguaje ideal válido para todas las ciencias. En definitiva, los presupuestos epistemológicos del empirismo lógico se desmoronaron y lo único que permaneció fue el impulso de la focalización en la importancia del lenguaje.

El propio Wittgenstein pasó de interesarse en la posibilidad de construir un lenguaje ideal que permitiera evitar las falacias a las que nos induce el lenguaje cotidiano, a orientar su atención hacia “el lenguaje común”, intentando comprender las reglas a las que obedece, así como también, a los usos a los que satisface. De esta manera, así como sus postulados iniciales propiciaron el desarrollo de una importante rama de la *filosofía analítica*, muy activa hoy en día aunque ya no comparte los postulados iniciales del *Círculo de Viena*, dicho autor también contribuyó al desarrollo de una segunda rama de la *filosofía analítica*, que se extendió en Inglaterra durante los años cincuenta. Su trabajo alentó los esfuerzos realizados por un grupo de filósofos, muchos de ellos afincados en la Universidad de Oxford, y que estaban dirigidos a dilucidar las características del lenguaje en su uso cotidiano. Dicho impulso tuvo lugar, a partir del año 1952, con la publicación del libro *Investigaciones filosóficas*.

La profunda crítica que dirigieron los filósofos de Oxford, entre los que se destacan Gilbert Ryle, John Austin, Peter Strawson y Paul Grice, a la concepción puramente *representacional* y *designativa* del lenguaje, ha contribuido también a vislumbrar nuevas concepciones acerca de la naturaleza misma del conocimiento, tanto de sentido común u ordinario como científico. También, a propiciar una reformulación de la relación que media entre el lenguaje y la realidad, es decir, a generar nuevas formas de *significar* o *atribuir sentido* a aquello que llamamos, “la realidad”, tanto social o cultural como física o natural. Y por último, a diseñar nuevas modalidades de investigación proporcionando nuevas maneras de abordaje teórico-metodológico. Aún más, ha modificado incluso la propia concepción acerca de la naturaleza del lenguaje.

El interés en lo discursivo

El lenguaje condensa significados, produce cristalizaciones, reificaciones y estigmatizaciones; “acerca” mundos reales y mundos posibles, constituyéndose en vehículo de la imaginación y la fantasía; provee al aparato perceptual humano de nuevas categorías a partir de las cuales observar a los objetos del mundo; pone palabras allí, en donde hace falta la tramitación de situaciones traumáticas; en síntesis, crea realidades y, por lo tanto, provee de nuevas posibilidades de aprehender el sentido de la vida.

Ahora bien, la diversidad de antecedentes y formulaciones acerca de la noción de discurso, dificultan una definición unívoca del concepto. Incluso, el propio término “discurso” ha sido utilizado de formas distintas por autores diferentes. Mientras algunos de ellos se refirieron a todas las formas de hablar y escribir, como Gilbert y Mulkay, otros como Michel Foucault, hicieron hincapié en las prácticas lingüísticas más amplias, que se conforman y desarrollan históricamente.

Asimismo, pueden diferenciarse distintas concepciones acerca del *análisis del discurso* teniendo en cuenta diferentes estrategias teóricas y metodológicas, como por ejemplo, las establecidas por Levinson o Stubbs. Sin embargo, a pesar de la diversidad, es posible afirmar que estas distintas perspectivas tienen algunos aspectos en común: en primer lugar, consideran al análisis del lenguaje en su uso, lo cual implica una visión pragmática del mismo, y en segundo lugar, se enfocan en los aspectos constructivos y productivos del uso del lenguaje, en contraste con una visión *referencial*, esto es, como mera descripción o representación del mundo y sin tomar en cuenta su carácter creador de realidad.

El interés en lo discursivo, no radica meramente en el discurso per se, es decir, no se trata de una nueva forma de lingüística, sino que desde el punto de vista de la psicología discursiva, se aspira a la comprensión de la vida social y de la interacción, a través del estudio de la realidad social considerada como un texto. Siguiendo a Lupicinio Iñiguez y Charles Antaki (1994, p. 63) se define al discurso como “un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales.” Y en donde el *análisis del discurso*, consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente, manteniendo y promoviendo, a la vez, estas relaciones. Es decir, el análisis consiste en sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa de “lo social”.

La discursividad

Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 78) sostienen que el discurso constituye una práctica articulada a otras prácticas, también enmarcadas en el orden de la discursividad. Los discursos se retroalimentan, se interpelan, se interrogan, se constituyen en productores y socavadores de otros, se transforman y, a su vez, es posible transformarlos. Dichas transformaciones deben ser siempre entendidas como cambios en las prácticas, nunca como la transformación promovida por un sujeto que decide, prescribe, ejecuta y orienta el orden del discurso. En efecto, los discursos no emanan del interior de los sujetos, no son una inoculación ideológica que determina el pensamiento, sino que articulan el conjunto de condiciones que determinan las prácticas sociales, es decir, constituyen escenarios que, o bien facilitan o bien obstruyen posibilidades, hacen emerger reglas y sostienen relaciones. En síntesis, al hablar no sólo se expresan ideas, hablar es “hacer algo”, es crear aquello de lo que se habla cuando se habla. A esto nos referimos cuando hablamos de la potestad creadora del lenguaje.

La narratividad

Hemos partido de la premisa de que las personas se sirven de los discursos no sólo para hacer más comprensible la realidad, sino también para construirla. En este sentido, Jerome Bruner (1991) en su libro *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*, sostiene que una de las principales herramientas de que disponemos para construir y negociar significados es la narración. Es decir, propone cómo el sentido común, las creencias, las explicaciones y las formulaciones que utilizamos en nuestra vida tienen una organización fundamentalmente narrativa. Así, la narrativa constituye una modalidad de pensamiento, una forma de organizar la experiencia presente, tanto en la mente como en la cultura humana (Bruner, 1988).

Entre las formas narrativas, en especial las autonarraciones, son las que más atención han recibido desde la psicología discursiva.

Las autonarraciones han sido abordadas por la psicología discursiva (desde esta orientación denominada, psicología narrativa) desde una perspectiva relacional, es decir, como un discurso acerca del yo. Esto implica entender que la narración del yo, se hace inteligible en la medida en que se la aborda como contextualizada en el seno de las interacciones sociales vigentes; en este sentido, las narraciones responden a coordenadas históricas, sociales y culturales. No se trata de una organización secuencial de hechos, sino de una forma de expresión de los acontecimientos situados espacial y temporalmente. En síntesis, de lo que se trata, es de una articulación de significados, incluso disímiles, que sostienen su punto de engarce en una narración única, que a su vez, encuentra su sentido, en la narración misma. En este sentido, Smith, Harré y Van Langenhove (1995, p. 180) sostienen que en psicología social, el énfasis está puesto en cómo el sujeto se construye a *sí mismo* al narrarse, más que en “lo verdadero o

lo real” de aquello que narra. El *yo* es un *yo narrador y narrado*, un *yo relator* que selecciona temas, recorta hechos, articula relaciones, omite deliberadamente informaciones y se vale de líneas argumentales para urdir tramas “sobre la marcha”, a medida que avanza en la construcción de la narración. En pocas palabras, las narraciones son construidas en el marco comunitario, en el seno mismo de las relaciones sociales. La psicología narrativa cumple un rol como “organizadora de la experiencia humana”, es decir, implica una construcción de significados que dan coherencia y continuidad a dicha experiencia, ordenando los hechos en secuencias significativas. El uso del término “narrativa” hace alusión, en contraste con el análisis semántico del lenguaje, a la *matriz de significados (matriz narrativa)* que se construye en la interrelación de las palabras en una *gestalt*, que supone la preponderancia de la *totalidad* por sobre la suma de sus *partes componentes* (Galarce, E., 2003, p. 7). Esta concepción, se distancia de la postura clásica que considera al *yo* como una colección de propiedades singulares, privadas y personales, en pos de una perspectiva de tipo social.

En esta línea, en el año 1996, Kenneth Gergen considera a las narraciones como recursos conversacionales, construcciones abiertas, que evolucionan a medida que la interacción progresa. No obstante, este carácter abierto y progresivo de las narraciones, está condicionado por la propia estructura de las mismas, es decir, se encuentran insertas en un marco sociohistórico y cultural.

Un aspecto a destacar, es el énfasis que la psicología narrativa le otorga a la experiencia *tal y cómo* es interpretada por el sujeto. En este sentido, resulta interesante considerar que la narración no constituye una mera recapitulación de hechos objetivos, sino que se trata de una construcción a través de la cual la propia identidad, *el self*, se va modelando. Es por este motivo, que la narrativa ha extendido su uso como recurso terapéutico útil en casos de traumas de guerra, personas afectadas por alguna enfermedad y abusos sexuales, entre otros. En definitiva, lo que se busca mediante dicho recurso, es producir una fractura en las líneas argumentativas “*tal y cómo*” están dadas hasta el momento, en pos de encontrar una nueva manera de posicionarse respecto del propio discurso.

En la misma línea, en el año 1987, Wetherell y Potter sostienen que el ser humano recurre a lo que se denominan *repertorios interpretativos*, para construir y dar sentido al mundo en el cual vive. Dichos *repertorios* constituirían una especie de “caja de herramientas”, de las cuales se sirve para explicar e interpretar los acontecimientos en la vida cotidiana. Es decir, son una *parte componente del bagaje* sociohistórico que se adquiere *vía* socialización y que remiten al patrimonio cultural de la comunidad de la cual forma parte. Los *repertorios* conforman el conocimiento de “sentido común” que otorga a una sociedad, su especificidad cultural. En este sentido, el hablante se vale de toda una serie de “catálogos” de términos y “modismos” lingüísticos, que provee el contexto en el cual está inserto y en el que desarrolla su vida diaria. Al hablar, se recurre a sistemas categoriales, metáforas, vocabularios y, en especial, a representaciones sociales que organizan la percepción del mundo y la forma en que se lo explica. De esta manera, merece destacarse el papel que la comunidad lingüística cumple en la conformación inicial de dichos recursos y su constante reformulación posterior. Esto implica comprender que los mismos, no son creados en un “vacío conceptual”, como obra creadora de un sujeto *solipsista*, sino que de lo que se trata, es de entender que las posibilidades de su *uso*, radican en la propia adherencia del sujeto a su cultura y, en especial, a sus productos culturales.

Wetherell y Potter (1987, p. 66) señalan:

“Más en concreto, los ‘repertorios interpretativos’ pueden considerarse como: los elementos esenciales que los hablantes utilizan para construir versiones de las acciones, los procesos cognitivos y otros fenómenos. Cualquier repertorio determinado está constituido por una restringida gama de términos usados de una manera estilística y gramática específica. Normalmente estos términos derivan de una o más metáforas clave, y la presencia de un repertorio a menudo está señalada por ciertos tropos o figuras del discurso.”

Por su parte, Jerome Bruner propone la existencia de una especie de “catálogo de guiones” (*library of scripts*) que constituyen repertorios compartidos y disponibles para todos los miembros de una determinada cultura. Pero es recién en el año 1986, cuando Bruner (tal como se cita en Smith, Harré y Van Langenhove, 1995, p. 188) postula la diferencia entre el razonamiento paradigmático (*paradigmatic reasoning*) y el pensamiento narrativo (*narrative thought*). Mientras que el razonamiento paradigmático implica un mundo de objetos concebidos en función de patrones regulares de interacción, el pensamiento narrativo, en contraste con lo anterior, incorpora metas y temores personales, intentando mantener una perspectiva subjetiva acerca del mundo. Además, Bruner diferencia entre lo paradigmático y lo narrativo, en toda una serie de dimensiones, por ejemplo, respecto del lenguaje. Mientras que el primero utiliza

el modo indicativo para realizar una “descripción de hechos”, la narrativa hace uso *del modo subjuntivo* con el objetivo de construir un “punto de vista” capaz de incorporar aspectos relativos a los temores e ilusiones del narrador. Aún más, mientras que el razonamiento paradigmático implica una forma explícita de razonamiento, el pensamiento narrativo involucra aspectos “no dichos” o implícitos en el discurso.

Smith, Harré y Van Langenhove (1995, p. 188) sostienen además, que Bruner, desde una perspectiva desarrollista y a esta altura de su obra, lo que hace es intentar instaurar un equilibrio entre ambas. Al respecto, señalan: “Bruner se refiere al modo narrativo como ‘un primitivo sistema categorial en función del cuál la experiencia es organizada’”. De esta manera, mientras que “las formas particulares” que la narrativa toma, están en relación con especificidades culturales que hacen al contexto socio-cultural en el que el sujeto narrador está inmerso, el origen mismo de la narratividad reside en la temprana infancia y es aún, anterior al proceso de socialización de dicho sujeto. Así, articula la individualidad y la intersubjetividad.

En su libro del año 2003, “La fábrica de historias”, Jerome Bruner aborda el estudio de la narrativa en la construcción de la identidad y se formula una pregunta: qué función cumple el *contarnos sobre nosotros a nosotros mismos*. Aún más, “¿será que dentro de nosotros hay un cierto yo esencial que sentimos la necesidad de poner en palabras?” (2003, p. 91). Para Bruner: “el yo es un producto de nuestros relatos y no una cierta esencia por descubrir cavando en los confines de la subjetividad” (2003, p. 122). La autobiografía constituye una versión posible, un modo de conseguir coherencia entre lo que hemos sido y lo que hubiéramos podido ser. En este marco, una narración creadora del yo constituye un “acto de balance” que busca el equilibrio entre nuestra “convicción de autonomía” y la conexión con los demás. Así, la identidad deriva, en gran parte, de los relatos que nos contamos para lograr “juntar esos fragmentos de nosotros mismos”, y por otro lado, se erige en el sostén que posibilita afirmar nuestra “unicidad”, en medio de ese punto de tensión entre autonomía y compromiso. Bruner sostiene: “Alimentamos nuestra identidad con nuestras conexiones y, sin embargo, afirmamos que también somos otra cosa: nosotros mismos” (2003, p. 139).

La palabra y sus categorizaciones cognitivas

Las palabras, al igual que las personas, tienen una historia, la cual se narra en la etimología del término. Las palabras reifican significados, los cuales a su vez, se ven matizados por el tiempo. Es decir, a lo largo del mismo, se van redefiniendo sus sentidos originales y toman nuevas sedimentaciones que se petrifican, *no sin antes* enlazarse con las anteriores, modificándolas. Estos significados y sentidos son sostenidos culturalmente a través del consenso social y son los que procuran el entendimiento entre los hablantes de una lengua determinada. Esto es lo que hace al lenguaje en su aspecto normativo.

Por su parte, Garay, Iñiguez y Martínez (2003, p. 13) señalan que uno de los propósitos principales de la perspectiva discursiva es abandonar la idea de que el lenguaje constituye un simple instrumento para expresar y hacer públicas las ideas del sujeto. Sostienen que el lenguaje tiene una función importante “en la constitución misma” de estas ideas y en el conocimiento de la realidad. En síntesis, el lenguaje construye la realidad y aún más, permite la construcción de diferentes discursos y explicaciones acerca de la misma.

En el año 1996, Wetherell y Potter afirman que hablar de construcción supone enfatizar que el discurso está orientado hacia la acción, es decir, tiene consecuencias prácticas y, aún más, en un sentido profundo, se puede decir que el discurso construye la realidad vivida. En este sentido, el lenguaje crea las categorías conceptuales a partir de las cuales se ordenan las percepciones provenientes del mundo exterior, haciendo inteligible un mundo que, sin mediar dichos sistemas clasificatorios, estaría sometido al caos y a la confusión. Además, dichas categorizaciones permiten lograr un ahorro en términos económicos, pues implica la posibilidad de utilizar de manera más eficiente los recursos cognitivos limitados de los que dispone la especie humana, en pos de una mayor eficiencia. Es decir, concibe la realidad a partir de percepciones rápidamente categorizables. En este sentido, las representaciones sociales conservan un lugar de excepción y la teoría cognitiva ha brindado un soporte inigualable a partir del cual pensar dicha temática, a partir de la consideración de los esquemas como estructuras cognitivas ordenadoras de la realidad.

Lenguaje, discurso y realidad

El hecho de entender al discurso como una práctica social implica hacer hincapié en su naturaleza constructiva, significa aceptar la perspectiva de que los significados no son fijos, rígidos o inamovibles,

sino que están en permanente proceso de reformulación. La realidad construye al discurso y el discurso construye a la realidad; es un proceso de índole dialéctica incesante, continuo, ininterrumpido. En 1988, Shotter y Gergen sostienen que se trata de un proceso abierto y flexible, constantemente sometido a cambios. Está abierto porque su origen se encuentra en los intercambios y negociaciones entre las personas, pero también porque dependen del manejo del lenguaje en que se formulan y de la retórica que se despliega.

El *carácter performativo* del lenguaje hace alusión a su capacidad de “hacer cosas”, de permitir acciones sociales, lo cual resulta fundamental desde la perspectiva de la psicología discursiva, en la medida en que se ocupa del proceso de creación de *sentido* y las formas en que se produce en la vida cotidiana, desde un punto de vista social e interactivo. Durante las interacciones no sólo se hacen descripciones del mundo, sino que a través de los enunciados, se ejercen funciones en dirección al cumplimiento de objetivos específicos. Es decir, el lenguaje permite accionar sobre la realidad social, tiene el poder de cambiar, crear y suprimir.

En el año 1997, Condor y Antaki (tal como se cita en Garay, Iñiguez y Martínez, 2003, p. 25) señalan que: “de lo que se trata, en última instancia es de entender cómo el discurso es producido y formulado en forma conjunta y examinar qué fines locales e institucionales produce”.

Ahora bien, las explicaciones acerca de la realidad son siempre contingentes, variadas e inconsistentes. En el año 1987, Wetherell y Potter sostienen que esta idea contrasta con la versión más tradicional de la psicología y la psicología social que postulan a los seres humanos como seres consistentes y congruentes. Los hablantes proporcionan perspectivas diferentes de sus mundos sociales según persigan disculpar, acusar o formular una evaluación positiva o una negativa. Desde la psicología discursiva se busca dirigir la atención hacia la interacción misma, enfocarse en el uso que se hace del lenguaje en dicha interacción y observar cuáles son los efectos que genera. Es a través de la puesta en evidencia de las acciones implicadas y los efectos que generan, que puede accederse a una comprensión adecuada del proceso social estudiado.

Cuando las personas hablan, proporcionan descripciones, informes y opiniones acerca del mundo y esto no se hace en un “vacío social”, sino que se relaciona con otras ya existentes en dicho mundo. La retórica sostiene la concepción de que la conversación y el texto tienen un carácter argumentativo, una naturaleza persuasiva. Los hablantes no se limitan a una exposición imparcial y objetiva, por el contrario, sus emisiones se enmarcan en un contexto argumentativo y el sujeto toma una posición respecto de aquello de lo cual habla. Además, esas emisiones están contextualizadas, esto significa que para entender cualquier enunciado es necesario situarlo en relación al contexto argumentativo y discursivo en el cual fue emitido. El significado se construye en el discurso y es allí, en donde se encuentra su sentido.

El lenguaje, la comunicación y sus efectos pragmáticos

Los *efectos pragmáticos* de la comunicación son aquellos efectos *conativos* o comportamentales que la misma, produce en la vida social. Así, todo enunciado puede ser enmarcado en un contexto a partir del cual *ser interpretado*, y la asignación de sentido que se haga del mismo, repercutirá en las conductas de los actores sociales, que se manifestarán a su vez, en las prácticas sociales que lleven a cabo a partir de ello.

Se parte de la hipótesis de que el mundo se construye a medida que se habla de él y así, el lenguaje se constituye en “creador y portador” de *entidades y espacios de realidad* a partir de los cuales: seducir, subyugar, idealizar, denigrar, influir, coaccionar y manipular, entre otros.

Robert Dilts (2008, p. 1) sostiene que Freud opinaba que las palabras son el instrumento básico de la conciencia humana y como tal, tienen poderes muy especiales:

“Palabras y magia fueron al principio una y la misma cosa, e incluso hoy las palabras siguen reteniendo gran parte de su poder mágico. Con ellas podemos darnos los unos a otros la mayor felicidad o la más grande de las desesperaciones, con ellas imparte el maestro sus enseñanzas a sus discípulos, con ellas arrastra el orador a quienes le escuchan. Las palabras apelan a las emociones y constituyen de forma universal, el medio a través del cual influimos sobre nuestros congéneres.”

Así, la *figura de autoridad* está investida por un *poder mágico* que la envuelve como un halo, pues su palabra está cargada de influencia. Quienes están “bajo su ala” tienden a idealizar a dicha figura. En consecuencia, cuando su palabra no condice con la idealización que se ha hecho de ella, adviene la ruptura del ideal, la desilusión. Dicha desilusión responde inexorablemente a un segundo momento, el primero es la ilusión al cual la idealización dio lugar. Es en estos momentos cuando el lenguaje debe dar

acogida a nuevas formas de interacción y de construcción de mundos posibles, que permitan tramitar la pérdida del ideal.

Finalmente, de lo que se trata es de poder comprender en qué clase de discurso ha quedado atrapado el paciente y en hacer que éste pueda reposicionarse frente a su propio discurso, encontrando un *significante* que lo marque de una manera diferente, a la de aquel que lo nominó hasta ahora.

La subjetividad

El lenguaje no sólo “representa cosas”, sino que también “hace cosas”, se instituye en constitutivo de las cosas y no sólo en descriptivo de éstas, pasa de ser “palabra acerca del mundo” para ser “acción sobre el mundo”. La palabra no sólo nos dice cómo es el mundo, sino que además, lo instituye; no sólo refleja las cosas del mundo, sino que también las crea, las modela, actúa sobre ellas participando en su constitución. Esta concepción contribuyó al desarrollo de las corrientes “construccionistas” en las ciencias sociales y humanas. El auge en la concepción activa del lenguaje repercutió en disciplinas tales como la psicología social a través de la potente corriente socio-construccionista, o el prolífico campo del análisis del *discurso proveniente* de autores tales como Michael Billig, Ian Parker o Jonathan Potter. También ha tenido impacto en la psicología, tal como evidencia el estudio de la identidad (o *del self*). Tal es el caso de los desarrollos del autor Charles Taylor, entre otros, quién postula que nuestra identidad se encuentra fundamentalmente determinada por el lenguaje que utilizamos para referirnos a nosotros mismos y para forjar nuestro *auto-concepto*. No existe, algo así como un “yo profundo y personal”, sino que es el propio vocabulario empleado para producir una descripción acerca de *sí mismo* y las expresiones lingüísticas utilizadas al hacerlo, las que son constituyentes y constitutivas de la propia “forma de ser”. En este sentido, se sostiene que no explicitan o dan cuenta de la “forma de ser”, sino que conforman su raíz constitutiva. En síntesis, el *yo* no es independiente de cómo el sujeto lo experimenta cuando lo interpreta lingüísticamente, por el contrario, resulta de dicha interpretación. La forma en que el *yo* se narra a sí mismo, es constitutiva de la forma en que se auto-conceptúa. Por ejemplo: “En mi caso es distinto porque al no seguir una línea teórica sumamente dogmática, he tenido mayor apertura”, respondió un psicoanalista al ser interrogado acerca de si considera que su perspectiva teórica “es pura”, respecto de otras influencias teóricas diferentes a la del modelo al cual adhiere. “Yo, por ejemplo, soy más flexible”, señaló una terapeuta cognitivista ante la misma pregunta.

En síntesis, se asiste a un proceso permanente de posicionamiento y reposicionamiento del sujeto respecto de su discurso. En este sentido, el sujeto toma una posición respecto del propio discurso y se instala en él. Su carácter creador le otorga un poder mágico a la palabra, dando lugar a la constitución de lugares subjetivos. De esta manera, la subjetividad se va desplazando a lo largo de un continuo que abarca diferentes *posiciones subjetivas*. En dónde el sujeto se ubique respecto de su discurso determinará su propia realidad, y a su vez, su realidad determinará el lugar en que ese sujeto se ubique respecto de su discurso.

Las marcas de la subjetividad en el discurso

Siguiendo a Maingueneau (1999) es prácticamente imposible encontrar un texto que no deje aflorar la presencia del hablante. Su presencia está permanentemente inscrita en el enunciado y vehiculizada a través de las expresiones utilizadas, los sustantivos y verbos a los que el sujeto recurre al construir su discurso. En este sentido, dicha presencia puede ser más o menos visible dependiendo de las circunstancias. Existen textos saturados de *marcas de subjetividad*, y hay otros en cambio, en que su presencia tenderá a pasar inadvertida e incluso a borrarse. Siguiendo a la hermenéutica de Hans-Georg Gadamer, el lenguaje no posee una existencia autónoma, sino que adquiere existencia en la medida en que construye el mundo. En sintonía con lo anterior, la subjetividad es constructora de la realidad y la realidad es constructora de la subjetividad, y este proceso de construcción dialéctico se ve vehiculizado a través del lenguaje; el cual en su dimensión interpersonal, posibilita la construcción de significados compartidos en las prácticas sociales que hacen a la vida cotidiana, y en su dimensión intrapersonal, constituye un proceso cognitivo interno mediador del pensamiento autorreflexivo y el autodiálogo.

Ahora bien, la noción de *presencia de subjetividad* no es la misma en todos los casos, sino que responde a graduaciones. Kerbrat-Orecchioni (1980) citado por Maingueneau (1999, p. 93) las clasifica en dos campos distintos: el primero de ellos es el de los *defectivos* (de persona, lugar y tiempo) que hacen alusión a expresiones que remiten a una realidad extralingüística, en donde es posible oponer *anclajes*

subjetivos como “ayer” o “aquí” y objetivos como “el 28 de junio de 1800” o “en París”. El segundo hace referencia a una “toma de posición” del enunciador porque refleja “juicios de valor”, positivos o negativos. Tal es el caso de los términos con connotaciones *peyorativas* o *laudatorias*; sustantivos como “cobarde” o “escoria”, o en el sentido *positivo*, “valiente” o “inteligente”, en el caso de los verbos como “aguantar” o “agradar”, o incluso, despreciativos como “tolerar” o “castigar”. A su vez, los adjetivos pueden ser diferenciados en: adjetivos afectivos tales como “divertido” o “genial”, que aluden tanto a una propiedad del objeto como a una reacción emocional del hablante. Y los adjetivos *evaluativos*, que pueden ser divididos en *no axiológicos* y en *axiológicos*. Los primeros no proporcionan un *juicio de valor*, sino que suponen una evaluación respecto de una norma: por ejemplo, un tapado será “abrigado” según la idea de “tapado abrigado” que tenga el sujeto. Los axiológicos, en cambio, agregan a la apreciación de la norma un *juicio de valor* positivo (“bello”) o negativo (“irrisorio”). Aún, es factible “cargar” con valor positivo o negativo palabras en principio neutras, según su contextualización en términos discursivos. Tal es el caso de la palabra “paraguas”, que puede aludir tanto al elemento que nos protege de la lluvia como al pueblo paraguayo, con una connotación claramente *peyorativa*. Lo mismo sucede con el caso del término “bolitas”, que puede ser utilizado con dos significaciones distintas según se utilice para designar pequeñas esferas o para aludir al pueblo boliviano, una vez más, con un claro sentido discriminador.

Discurso y análisis del discurso

Los términos *discurso* y *análisis del discurso* no son términos unívocos. Mientras que el *discurso* construye aquello de lo que habla, el *análisis del discurso* resulta, en principio, más difícil de conceptualizar. Narvaja de Arnoux (2006, p. 13) sostiene que el *análisis del discurso* se define como un espacio académico a fines de los años sesenta. Desde entonces, ha predominado la concepción de que “analizar el discurso” implica articularlo con lo social, entendido ya sea, como situación de enunciación, institución, estructura social, condiciones de producción o simplemente, contexto. Otra manera de expresar este fenómeno es decir que “lo social moldea al discurso pero que éste, a su vez, constituye a lo social”.

1. Discurso

El discurso constituye una noción extremadamente polisémica. Esto significa que existen tantas nociones de *discurso* como autores y tradiciones de *análisis de discurso* hay. Según Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 96) las más habituales en las ciencias humanas y sociales son las siguientes:

1. discurso como enunciado o conjunto de enunciados dicho/s efectivamente por un/a hablante.
2. discurso como conjunto de enunciados que construyen un objeto.
3. discurso como conjuntos de enunciados dichos en un contexto de interacción —en esta concepción se resalta el poder de acción del discurso sobre otra u otras personas, el tipo de contexto (sujeto que habla, momento y espacio, historia, etc.).
4. discurso como conjunto de enunciados en un contexto conversacional (y por tanto, normativo).
5. discurso como conjunto de constricciones que explican la producción de un conjunto de enunciados a partir de una posición social o ideológica particular.
6. discurso como conjunto de enunciados para los que se pueden definir sus condiciones de producción.

Esta última definición permite de manera más nítida, hacer la distinción entre enunciado y *discurso*. El *enunciado* es conceptualizado como la sucesión de frases emitidas entre dos blancos semánticos y el *discurso* es concebido como el enunciado considerado desde el punto de vista discursivo que lo condiciona. De esta manera, el enunciado se concibe como resultado, esto es, como algo que posee memoria, al llevar consigo las marcas de sus propias condiciones de producción.

2. Análisis del discurso

El *análisis del discurso* resulta más difícil de conceptualizar. Esto se debe a que a lo largo de su desarrollo ha contado con contribuciones de diversas disciplinas académicas, a saber: la lingüística, la antropología, la sociología, la psicología, la comunicación, la filosofía, entre otras, que han generado una variedad de matices en su conceptualización. Esta variedad de aportes disciplinarios cuentan, sin embargo, con un denominador común: la consideración del análisis de la lengua en su uso, sea ésta hablada o escrita. Así por ejemplo, Stubbs (1987, p. 17), considerado uno de los más importantes especialistas lingüísticos en la materia, lo define de la siguiente manera:

“*Análisis del discurso* es un término muy ambiguo. Voy a utilizarlo en este libro para referirme principalmente al análisis lingüístico del discurso, hablado o escrito, que se produce de modo natural y es coherente. En líneas generales, se refiere al intento de estudiar la organización del lenguaje por encima de la oración o la frase y, en consecuencia, de estudiar unidades lingüísticas mayores, como la conversación o el texto escrito. De ello se deduce que el *análisis del discurso* también se relaciona con el uso del lenguaje en contextos sociales y, concretamente, con la interacción o diálogo entre los hablantes.”

Ahora bien, siguiendo a L. Iñiguez y C. Antaki (1994, p. 63) se optará por la siguiente definición:

“Un discurso es un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. El análisis consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: es sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa.”

3. La evolución histórica del análisis del discurso

Según Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 86) el hecho de que el discurso se haya convertido en objeto de análisis de las ciencias sociales obedece a diversas razones. Entre ellas merecen destacarse tres: en primer lugar, hay razones de tipo teórico-epistemológicas. En este sentido, los debates respecto del *giro lingüístico* han ejercido una influencia sustancial en las ciencias sociales y humanas. En segundo lugar, el viraje producido en el foco de atención de la lingüística, pasando del énfasis en el estudio del lenguaje como propiedad *específicamente* humana hacia una orientación enfocada en el análisis del *uso* del lenguaje en los distintos contextos socio-interaccionales y comunicacionales, ha producido una influencia sustantiva en las disciplinas anteriormente mencionadas. En tercer lugar, la relevancia en cuanto al impacto social y la proliferación masiva que han adquirido en las últimas décadas los medios de comunicación y, en particular, las nuevas tecnologías, evidencian aún más la centralidad de estos procesos en la constitución de la subjetividad y de la sociedad.

Históricamente, estos procesos se remontan hacia la década de los sesenta del siglo XX. En Francia, de la mano del estructuralismo, el marxismo y el psicoanálisis y en el ámbito anglosajón, con la etnografía de la comunicación. A partir de los años setenta van adquiriendo cada vez mayor relevancia las concepciones pragmáticas e interaccionistas, que acaban por afianzar la idea de que *la palabra* constituye un instrumento de acción, lo que se llama la teoría de los *actos del habla*. Sin embargo, es durante los años ochenta que comienzan a proliferar los trabajos sobre el *análisis del discurso*.

4. Los fundamentos del análisis del discurso

a. El giro lingüístico

El *giro lingüístico* iniciado en filosofía y en ciencias sociales entre 1964 y 1974, es una expresión que sirve a los fines de caracterizar cierta inflexión dada en las ciencias socio-humanísticas, tanto en lo referente a los aspectos teóricos de dichas disciplinas, como a los fenómenos que constituirían su objeto de estudio hasta el momento y que se tradujo en un incremento de la atención sobre el papel del lenguaje. Hoy también es llamado giro discursivo, dado el interés en el uso de la lengua, las conversaciones y los textos, más que en el sistema abstracto o la gramática del lenguaje. Mientras que tradicionalmente su estudio estaba centrado en las estructuras sintácticas abstractas y en oraciones aisladas, en la actualidad, el interés se dirige al *uso* de la lengua, el texto, la conversación, los actos discursivos, las interacciones y la cognición, en el contexto socio-cultural en que tienen lugar los intercambios lingüísticos.

Contribuyen al desarrollo de este enfoque, de forma paralela aunque relativamente independiente, la antropología, la sociología, la psicología y la lingüística y su importancia reside en que se trata de un fenómeno que desvió la atención de los aspectos abstractos y formales del lenguaje, a contextualizarlos en lo que hace a su *uso* en las interacciones sociales de la vida cotidiana. Esto es, la lengua utilizada por usuarios *reales*, en situaciones sociales *reales*, y mediante formas *reales* de interacción. En síntesis, se enfatiza sobre el discurso que “tiene lugar de forma natural”. En términos de van Dijk (1985, citado por Elvira Narvaja de Arnoux, 2006, p. 15): “El discurso es el uso real del lenguaje por locutores reales en situaciones reales”.

Es justamente este esfuerzo general y transdisciplinario, el que recibe el nombre de *análisis del discurso*. Si bien se puede hablar de *estudios del discurso*, en caso de tratarse de un concepto más abarcador que no sólo hace referencia al análisis, sino también a teorías, aplicaciones, crítica y otras dimensiones de investigación en el campo académico.

Además, es a partir del *giro discursivo* que el lenguaje adquirió junto a sus funciones descriptivo/representacionales, un carácter productivo, presentándose como un elemento formativo de realidades. Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 80) señalan:

“La consecuencia principal del *giro lingüístico* en este terreno ha sido igualar la competencia del lenguaje cotidiano al del lenguaje formal, por tener capacidad suficiente para dar cuenta de la realidad, justamente por haber negado cualquier pretensión de representatividad y haber enfatizado el carácter constructivo de toda acción lingüística.”

b. La teoría de los actos del habla (*speech acts*)

La idea del carácter performativo del lenguaje proviene de la obra *Hacer cosas con palabras* de John Austin (1998), cuya primera edición data del año 1962. Para dicho autor, la función principal del lenguaje no consiste en describir el mundo, sino en su capacidad de emprender y ejecutar acciones. En este sentido, el lenguaje constituye una práctica social, en la medida en que se orienta hacia la acción y aún más, en muchos casos, sólo a través de él es posible construir determinadas realidades y producir efectos sobre ella. Así, sentenciar, prometer, bautizar o advertir son actos que no describen nada, sino que provocan consecuencias.

Austin distinguió entre 3 tipos de acciones que pueden producirse mediante el lenguaje:

Elocución: acto de producir una emisión (decir algo).

Ilocución: acto que se realiza por medio de la emisión. Por ejemplo, al emitir una promesa se *hace* una promesa y al *emitir* una amenaza se *hace* una amenaza.

Perlocución: producción de un efecto a través de la elocución o la ilocución.

En síntesis, para Austin el lenguaje posee propiedades *realizativas*, ya que, en ocasiones, sólo es posible construir realidades haciendo uso de él. La palabra constituye así, el medio a través del cual se construye la subjetividad y en lo que hace a la creación de los procesos psicológicos, se constituye en el medio privilegiado de construcción de la realidad. En este sentido, Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 42) sostienen: “El lenguaje es la condición misma de nuestro pensamiento, a la vez que un medio para *representar la realidad*.” Y posteriormente señalan (2003, p. 49) que “el lenguaje no es la ventana para saber lo que pasa en la cabeza, sino una acción por derecho propio”.

Lo importante radica en que el lenguaje pasa de ser considerado como un simple medio para traducir o expresar, mejor o peor las ideas, a ser considerado como un instrumento capaz de ejercitar el pensamiento y construir dichas ideas. La riqueza del lenguaje cotidiano sobrepasa con creces la función meramente descriptiva. En este sentido, el *giro lingüístico* rompe con la tradición secular centrada en el escrutinio de la interioridad del individuo, de su mundo privado, interior e íntimo, “el mundo de las ideas”, para comenzar a estudiar los enunciados lingüísticos y la estructura lógica de los discursos. Así, el lenguaje es la condición misma del pensamiento, a la vez que un medio para *representar la realidad*. Este cambio conceptual implica que para entender la estructura del pensamiento y del conocimiento del mundo, se debe pasar de la relación *ideas/mundo*, a la relación *lenguaje/mundo*. De esta manera, ya no se deben escudriñar las profundidades de la mente, sino los discursos que construyen al mundo. El *giro lingüístico* tiene el enorme mérito de sustituir la relación *ideas/mundo*, propia de la tradición cartesiana que postula la dicotomía *res cogitans* y *res extensa*, por la relación *lenguaje/mundo*, que marca una ruptura con la concepción cartesiana, reemplazando lo privado por lo público y lo inobservable por lo manifiesto. Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 34) señalan acerca de la fenomenología heideggeriana:

“Según Martin Heidegger (1889-1976) somos víctimas de una engañosa ilusión egocéntrica cuando creemos ser dueños de nuestros discursos y cuando consideramos al lenguaje como un simple instrumento que se encuentra a nuestra disposición para ser manejado a nuestro antojo. De hecho, es el propio lenguaje quien manda sobre nosotros encauzando, moldeando, constriñendo y provocando nuestro discurso, hasta tal punto que bien se podría decir que es el lenguaje el que habla a través de nosotros.”

Esto significa que ciertos enunciados constituyen, literalmente, *actos del habla* (*speech acts*) en tanto su enunciación constituye una modificación o creación de un *estado de cosas* que no podría advenir independiente de la misma. Por ejemplo, el “sí quiero” en un rito matrimonial es constitutivo del enlace, sin esa enunciación, el matrimonio no se encuentra instituido. De esta forma, John Austin abrió una vía para el desarrollo de la *pragmática*. Su importancia reside en que contribuyó a que las ciencias sociales y humanas tomaran conciencia de que el lenguaje es un instrumento activo, con poder creador, productor de muchos de los fenómenos que intenta explicar y, por lo tanto, es imprescindible considerarlo. Además,

su principal consecuencia reside en haber detallado la forma en que el habla constituye una acción en pleno derecho.

c. La lingüística pragmática

La lingüística cuenta con dos teorías ampliamente difundidas en su seno: una es la teoría del signo y la otra es la teoría de la comunicación.

Respecto del estudio del significado, la teoría del signo dominante, en todas las modalidades y sin apenas variaciones respecto de su formulación original, es la planteada en el año 1915 por Saussure en su obra "Curso de lingüística general" (1945, p. 129). Dicha teoría tradicional postula la existencia del par *significante/significado*. Se puede decir que implícitamente para dicha teoría, los significantes guardan algún tipo de relación con el mundo, probablemente "de representación", en virtud de la cual, a partir del significante sería posible acceder al significado; en este sentido, se asume la existencia de "alguna clase de índice" en el interior de la lengua, que podría tener el formato de una "especie de diccionario", a partir del cual se decodifica lo que se lee o se escucha. Sin embargo, para la presente teoría, la relación entre los componentes "del par" es estrictamente arbitraria. La pragmática apenas guarda relación con dicha teoría, ofreciéndose más bien, como una alternativa a la misma.

En cuanto a la teoría de la comunicación, su formulación más simple y clásica es la que postula que el emisor difunde o expresa un mensaje a través de un canal por medio del cual llega al receptor, que es quien lo decodifica.

La lingüística pragmática es llamada *pragmática*, porque aporta el arsenal teórico y metodológico a partir del cual analizar el lenguaje en su *uso*. La cuestión clave reside en que se opone a los dos anteriores, adoptando un punto de vista radicalmente distinto. Su interés radica particularmente, en aquello que hace de *un enunciado concreto, una acción de comunicación*.

Si bien existen distintas concepciones de pragmática, se tomará una que remite a la praxis comunicativa, por ser coherente con la noción de *giro lingüístico* y la teoría de los *actos del habla*. Desde la concepción propuesta, no hay ningún significado estable preexistente o codificable de manera unívoca, sino que hay un proceso de comunicación en el cual la contextualización plantea la única posibilidad real de comprensión. Es preciso conocer el contexto interaccional en el cual la frase ha sido pronunciada, para hacer inteligible aquello de lo que se está hablando. Sin esto, "lo dicho" carece de sentido y puede graficarse, por ejemplo, cuando al *leer entre líneas* alguien quiere decir más de lo que "en verdad" está diciendo o en el caso en que un sujeto encuentre un papel por la calle que dice "vuelvo en cinco minutos". En donde se puede observar que si dicho mensaje no es contextualizado, carece de sentido: ¿quién volverá?, ¿de dónde y hacia dónde?, ¿cuánto tiempo pasó?, ¿cuánto tiempo falta para que vuelva?

En síntesis, la diferencia de la pragmática con el modelo tradicional de comunicación reside en que más que un canal, se cuenta con un contexto de comunicación, que es preciso conocer para hacer inteligible aquello de lo que se está hablando. Dos de sus exponentes más destacados son Levinson (1989) y Grice (1991).

Levinson (1989, p. 47) propone el término *deixis* para referirse a aquellos elementos de la estructura gramatical que relacionan el lenguaje con el contexto. Al respecto, señala que son ejemplos prototípicos de los déicticos el uso de demostrativos, los pronombres personales (especialmente, los de primera y segunda persona), el tiempo verbal y los adverbios específicos de tiempo y lugar (como "ahora" y "aquí"). Más recientemente, se han añadido otras categorías como la *deixis* del discurso y la social. Mientras que la primera de ellas alude a la realización de referencias a partes del discurso ("como vimos en el capítulo anterior"), la *deixis* social hace referencia a las distinciones sociales relativas a los roles de los participantes en la conversación. Así, el tratamiento de "usted" o "vos" indican la posición de los hablantes y la relación entre ellos, como ocurre en el caso de un joven que se dirige a una persona mayor. O el uso de "mi amor", entre los miembros de una pareja.

Por su parte, Grice (1991) elaboró la noción de *implicatura* para referirse a una inferencia que los participantes, en una situación de comunicación, realizan a partir de un enunciado o un conjunto de enunciados. De esta manera, Grice distingue entre lo que "se dice" y lo que "se comunica". Mientras que aquello que "se dice" incluye información explícita y depende de las palabras que se enuncian y su significado, lo que "se comunica" se elabora a partir del contexto de interacción en el cual fue hecho el enunciado, por lo tanto, la información es implícita y no está contenida en el significado de las palabras. Asimismo, Grice distinguió entre *implicaturas convencionales*, que dependen del significado convencional de las palabras y las *implicaturas no convencionales*, que son aquellas que dependen de las reglas contextuales. Cuando dichas reglas estructuran la conversación, se habla de *implicaturas conversacionales*, consecuencia de los enunciados. Respecto de las *implicaturas convencionales*, dice Grice (1991, p. 515):

“Si digo (con un gesto de autosuficiencia) *Es un latino; luego es muy temperamental*, yo mismo me comprometo, ciertamente, en virtud del significado de mis palabras, con la idea de que él (la persona en cuestión) sea muy temperamental es una consecuencia (se sigue) de que sea latino”.

Sin embargo, en el caso de las *implicaturas conversacionales*, la *implicatura* no va asociada al significado de las palabras, sino al contexto en el cual fueron pronunciadas. Así, cuando en una conversación se dice:

A: ¿Viste a tu sobrina ayer?

B: Ayer no salí en todo el día de casa.

Cuando el hablante B responde a la pregunta de A, en sentido literal no está respondiendo si efectivamente vio o no vio a su sobrina, pero de “lo dicho”, se infiere que no la vio.

d. La etnometodología

La etnometodología implica el estudio de los “métodos” implícitos y socialmente compartidos, que la gente utiliza en interacción y, por consiguiente, también en su conversación, para comprender, interpretar y llevar a cabo su vida diaria. Nació como una corriente sociológica en los años sesenta, aunque rompió con dicha ciencia al no postularse como una teoría, sino como una perspectiva de investigación que se caracteriza por conceptualizar al ser humano como un *sociólogo en la práctica*. Es decir, lo conceptualiza no sólo como un actor social, sino como alguien que es capaz de describir, hablar y construir la realidad en la que vive. En este sentido, no hay una realidad social independiente de los individuos y a la cual se podría acceder desde un pensamiento teórico, sino que “el sentido común” es el que puede conocer, construir y dar cuenta de dicha realidad. Su importancia reside en que sus aportes teórico-metodológicos permiten colocar al lenguaje en el centro de la escena social, al constituirse en un elemento clave para el análisis y comprensión de la vida y estructura socio-cultural. Para la etnometodología, la realidad social nunca es algo exterior a los individuos, sino que se trata de un producto incesantemente construido por la actividad de todos los miembros de una comunidad en su acción diaria. El foco de interés de la etnometodología son las personas en su interacción cotidiana y las actividades que desarrollan en sus contextos inmediatos.

En síntesis, se ocupa de las actividades diarias en que las personas se ven envueltas, siendo uno de sus exponentes más importantes, Harold Garfinkel (1967). Dicho autor concede una especial importancia a los procesos involucrados en las prácticas que dan sentido a la vida cotidiana y, obviamente, al lenguaje como dimensión fundamental de dichas prácticas. Así, “el habla” deja de ser considerada como un indicador de algún proceso interno, propio del enfoque cognitivo, y pasa a ser un objeto de investigación en sí mismo.

e. Michel Foucault y algunos aspectos de su obra

Para Foucault, un discurso es algo más que el habla, algo más que un conjunto de enunciados, el discurso es una práctica, y como para otra práctica social cualquiera, es posible definir sus condiciones de producción. Dice Foucault (1978, p. 90):

“Se renunciará, pues, a ver en el discurso un fenómeno de expresión (...) se buscará en él más bien un campo de regularidad para diversas posiciones de subjetividad. (...) Es un espacio de exterioridad donde se despliega una red de ámbitos distintos”.

Foucault postula además, que todo discurso tiene un contexto de producción que es la *formación discursiva* y concibe a dicha *formación* como un “haz complejo de relaciones que funcionan como reglas” (1978, p.122). Es decir, como regulaciones del orden del discurso mediante la organización de estrategias, la puesta en circulación de determinados enunciados en detrimento de otros y la definición o caracterización de determinado objeto.

A partir de Foucault, ya no se hablará tanto de discursos como de prácticas discursivas, entendiendo por dichas prácticas a las reglas anónimas, históricamente contextualizadas. Esto es, determinadas en el tiempo y delimitadas en el espacio y que, a su vez, van definiendo en una época concreta y en grupos o comunidades, específicos y concretos, las condiciones que hacen posible cualquier enunciación. En síntesis, la obra foucaultiana trata a los discursos como prácticas que forman sistemáticamente a los objetos de que los que hablan (Foucault, 1984).

5. Las tradiciones básicas en el análisis del discurso

Devorah Schiffrin (1994) señala que hay diferentes tradiciones básicas en el *análisis del discurso*: la teoría de los *actos del habla*, la sociolingüística interaccional, la etnografía de la comunicación, la pragmática, el análisis conversacional y el análisis de la variación. Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 87) agregan, por su parte, el *análisis crítico del discurso* y la psicología discursiva.

a. La sociolingüística interaccional

Esta tradición proviene de la antropología, la sociología y la lingüística. Las tres disciplinas centran su interés en la cultura, la sociedad y el lenguaje. Según Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 88) sus exponentes más destacados son E. Goffman y J. Gumperz, quienes postulan que el lenguaje juega un papel central, no sólo como medio de comunicación, sino también por la influencia que ejerce en la construcción de significados en relación al contexto en que se utiliza. Ambos autores asumen al contexto como una dimensión determinante en la construcción de significados y reconocen la naturaleza *indexical* del lenguaje. Dicha naturaleza alude a que toda palabra o frase se produce en un contexto y es, justamente, dicho contexto el que determina que cada palabra tenga un significado específico en cada oportunidad de enunciación. Así, comprender una palabra o una frase implica siempre un análisis de la situación y esto, va más allá de la información específicamente dada en un momento concreto. Desde esta perspectiva, una palabra u oración, por lo tanto, no conlleva un significado pleno e intrínsecamente determinado, sino que adquiere sentido en el marco contextual en el cual fue pronunciado. En ese *contexto de enunciación* adquieren relevancia, tanto los intercambios lingüísticos previos como las relaciones mantenidas entre los hablantes e inclusive, la historia personal de cada uno.

Por su parte, Schiffrin (1994, p. 105) sostiene que Gumperz, se centra en cómo las interpretaciones del contexto resultan críticas al comunicar información y para la comprensión de la intención del hablante, mientras que Goffman focaliza su atención en cómo la organización de la vida social, vía instituciones e interacciones, proporciona contextos en los cuáles la conducta, tanto propia como ajena, puede ser “entendida”. Es decir, es propiciadora de interpretaciones y funciona creando *sentido*.

Esta tradición se ha basado principalmente, en el estudio de las situaciones *diamétricas* de interacción. Esto es, aquellas situaciones en las que los agentes sociales son miembros que pertenecen a dos culturas diferentes, de grupos socioculturales distintos y diferentes estatus, de lo que se desprende que cuentan con sistemas de valores y creencias diferentes, contrapuestos o distantes y, por lo tanto, también sus conductas divergen.

b. La etnografía de la comunicación

La etnografía de la comunicación se basa en la antropología y en la lingüística, y su foco de atención está situado en la *competencia comunicativa*, concepto introducido por Dell Hymes (1974, tal como se cita en Iñiguez Rueda y col., 2003, p.89), principal impulsor de esta corriente. Dicho concepto tiene como punto de partida la *competencia gramatical* de Noam Chomsky, quien designa la competencia del hablante para producir y comprender un número ilimitado de frases inéditas para ellos. La “facultad creadora del lenguaje” implica que a partir de un conjunto limitado de reglas sintácticas y gramáticas, los hablantes son capaces de crear un ilimitado número de frases y expresiones, las que a su vez, podrán ser comprendidas por los hablantes que compartan los conocimientos de esa lengua. Lo que Hymes hizo fue añadir un aspecto pragmático al concepto chomskiano. Esto es, la aptitud para manejar en un determinado contexto, las reglas que permiten interpretar el significado de un enunciado particular. Alessandro Duranti (1997, citado por Antaki y col., 2003, p. 90) señala que el enfoque de la etnografía de la comunicación posibilita el estudio de temas como la política de la representación, la conformación de la autoridad, la legitimación del poder, el cambio social, las bases culturales del racismo y del conflicto étnico, el proceso de socialización, la construcción social del sujeto, las emociones, la relación entre la acción ritual y las formas de control social, el dominio específico del conocimiento y la cognición, las políticas de consumo estético y el contacto cultural, entre otros.

Más reciente en el tiempo, la *antropología lingüística* se caracteriza por el estudio del lenguaje como un recurso de la cultura y del habla como práctica cultural. Su principal aportación teórica consiste en considerar al lenguaje como un conjunto de estrategias simbólicas que son constitutivas de la sociedad y que hacen factible la representación de los mundos posibles y reales a sus integrantes.

c. El análisis de la conversación

El origen de esta tradición se encuentra en la sociología de la situación (Díaz, 2001) y en la etnometodología (Garfinkel, 1967). La etnometodología concentra sus esfuerzos en el estudio de los métodos que utilizan los participantes en la interacción social para interpretar y actuar en los mundos sociales que

ellos mismos construyen con sus prácticas. Se distingue del resto de las tradiciones en que sus categorías de análisis consisten, en la medida de lo posible, en las que utilizan los participantes al comprender la interacción. Lo importante, por lo tanto, reside en descubrir cómo la sociedad está organizada y cómo es su funcionamiento a partir de las acciones de las personas que interactúan. Además, aborda el lenguaje de una manera diferente a otras perspectivas, poniendo especial énfasis en aspectos de la comunicación tales como, por ejemplo, la entonación. Es decir, trata los relatos de las personas en su contexto, asumiendo plenamente la importancia de la *indexicalidad*.

En síntesis, el análisis de la conversación estudia lo que la gente dice, cuenta o hace; en definitiva, *todo tal y cómo* es producido por los participantes en la conversación. Examina el lenguaje en su *uso* y la tarea del analista consiste en identificar, describir y estudiar el orden en que se producen las conversaciones cotidianas; para ello, se centra en las regularidades que el lenguaje asume en las prácticas sociales. Tal es el caso de la llamada “*toma de turno*” (*turn-taking*) que consiste en que cada persona tiene su turno de intervención en la conversación y cada participante va cediendo “paso” al siguiente, quien a su vez, toma el relevo en el momento apropiado. Por ejemplo, cuando alguien dice: “Hola, ¿cómo estás?”, cede el espacio para que el interlocutor responda: “bien, ¿y vos?” volviendo, a su vez, a ceder nuevamente la palabra al primero de ellos para que responda. La relevancia del análisis de estas regularidades radica en que permite conocer la interacción social y cómo se organiza, se sostiene y se maneja. Lo interesante además, es que toma “lo dicho”, no como un concepto simple y no ambiguo, sino cargado de la intencionalidad del hablante. Por ejemplo, en el caso de la pregunta: “¿la puerta está abierta?”, podemos observar que puede tratarse de una pregunta *directa*, que consiste en la expresión de una duda o bien tratarse de una pregunta *indirecta*, que conlleva la invitación al interlocutor a cerrar la puerta. Es aquí en donde la entonación adquiere total relevancia.

d. El análisis de la variación

El análisis de la variación se centra en el estudio de la variación y el cambio lingüístico. De todas las tradiciones es la única que se ha desarrollado únicamente en el ámbito de la lingüística y casi sin contacto con las otras disciplinas pertenecientes a las ciencias humanas y sociales. Se refiere tanto a las perspectivas cambiantes y variadas que de su mundo tienen los participantes, como a aquellas que proporcionan a partir de los intercambios lingüísticos que mantienen en interacción.

e. El análisis crítico del discurso

Iñiguez Rueda y col. (2003, p. 93) señalan:

“En justicia, habría que decir que el análisis crítico del discurso (en lo sucesivo, ACD) no es propiamente una modalidad de AD, sino más bien una perspectiva diferente en la manera en que se encaran la teoría y el análisis.”

La teoría se toma como una “caja de herramientas” que permite una ampliación de la mirada, una nueva forma de enfocar e indagar aquello que se estudia. Implica prescindir de “lo dado por descontado” para asumir una posición cuestionadora. Centra sus esfuerzos en temáticas tales como el abuso de poder, el control social, la dominación, la desigualdad social o la marginación y exclusión social. Es decir, aquellas acciones sociales que se ponen en práctica a través del discurso. En este sentido, el discurso es ante todo, una práctica social que resalta su aspecto *constitutivo* por sobre el *representativo*. Asume además, que el discurso no sólo está determinado por las instituciones y la estructura social, sino que es parte constitutiva de ellas, las produce. Es decir, el discurso construye “lo social”.

Al respecto, L. Martín Rojo y R. Whittaker (1998, p. 10) sostienen:

“Quienes adoptan una perspectiva crítica intentan poner de manifiesto el papel clave desempeñado por el discurso en los procesos a través de los cuales se ejercen la exclusión y la dominación, así como la resistencia que los sujetos oponen contra ambas. Es más, los investigadores en ACD (*análisis crítico del discurso*) no sólo conciben el discurso como una práctica social, sino que consideran que su propia tarea –desvelar cómo actúa el discurso en estos procesos– constituye una forma de oposición y de acción social con la que se trata de despertar una actitud crítica en los hablantes, especialmente en aquellos que se enfrentan más a menudo a estas formas discursivas de dominación. Se trata, por tanto, de incrementar la *conciencia crítica* de los sujetos hacia el uso lingüístico y de proporcionarles, además, un método del tipo *hágaselo usted mismo*, con el que enfrentarse a la producción e interpretación de los discursos.”

Dichos autores consideran además, que en congruencia con su carácter *constitutivo*, se trata de una *práctica tridimensional* que opera simultáneamente en tres dimensiones: a) el discurso como texto oral o escrito, en tanto producción discursiva, b) el discurso como práctica discursiva enmarcada en un contexto socio-cultural determinado, c) el discurso como un ejemplo de práctica social, que no sólo expresa o refleja identidades, prácticas y relaciones, sino que además, las constituye, las conforma.

f. La psicología discursiva

Si bien esta tradición lleva el nombre de psicología, se trata de un movimiento interdisciplinario que focaliza su interés en la construcción del conocimiento que los actores sociales “realizan” en el discurso. Esto significa que los psicólogos discursivos orientan sus esfuerzos a dilucidar cómo se produce el conocimiento, es decir, a entender cómo la realidad y cómo el propio proceso de “conocer” resulta *legible*. En definitiva, cómo es que se construye la interpretación que se hace de la realidad. Se empeñan en comprender cómo las interacciones discursivas crean y adquieren *sentido*, cómo se asignan y construyen significados, cómo se describen y explican los acontecimientos, cómo se construyen los informes reales, cómo se atribuyen los estados cognitivos. En resumen, cómo se constituyen los *temas discursivos*, es decir, aquellas cosas que la gente *tematiza* o aquellas hacia las cuales orienta su discurso. En lugar de ver tales construcciones discursivas como reflejo de los estados cognitivos subyacentes de los hablantes, lo que se examina es el contexto *puntual* en que tienen lugar, ya que, sólo adquieren *sentido* en términos de las acciones sociales que consiguen dichas descripciones.

El análisis del discurso y la psicología discursiva

Se entiende al *análisis del discurso* y a la psicología discursiva como una orientación a partir de la cual abordar el estudio y el análisis de los procesos sociales y que además, se dirige a la comprensión social de los procesos psicológicos. Así, la psicología discursiva se ha constituido en un enfoque crítico y alternativo a la perspectiva de la psicología social tradicional, centrada en el individualismo, pasando a focalizar la atención en el papel que el lenguaje y el discurso adquieren desde una perspectiva interaccional. Además, se ha erigido como la más cuestionadora del programa cognitivo y sociocognitivo. De esta manera, cuestiones tales como el procesamiento universal, automático e inconsciente de la información en la producción y comprensión del texto y del habla, dejan de tener sentido. Lo mismo ocurre respecto de la detección de errores mentales en la comprensión y/o producción del discurso, el recurso a esquemas cognitivos para examinar la recepción de información y el efecto organizador que las estructuras cognitivas imponen a las narraciones.

La psicología discursiva colocó a la cognición social como objeto central del análisis pero desplazó su interés del interior de la mente de un sujeto individual a la construcción interaccional, es decir, de índole social. Lo fundamental reside en que la percepción, construcción y descripción del mundo social no se encuentra dissociado de aquellos que lo piensan, sino que son un producto de dicho proceso de pensamiento enfocado, no desde un marco *solipsista* sino desde uno *dialógico*, en el centro mismo de la interacción social. En síntesis, es el resultado de un proceso discursivo intersubjetivo. Para la psicología discursiva no existe una separación neta entre el interior y el exterior del sujeto, sino que concibe a la cognición social como distribuida entre las personas. En esta línea, se sostiene que es de “dominio público” y que está imbricada en las acciones que las personas llevan cotidianamente a cabo. Es un producto cultural que remite a la producción conjunta y formulación sostenida por todos aquellos sujetos que conforman una comunidad determinada. En este sentido, el centro de interés está orientado a descubrir la forma en que los discursos están al servicio de alcanzar objetivos en pos de proyectos. Garay, Iñiguez y Martínez señalan (2003, p. 25):

“De este modo, las explicaciones de las acciones humanas y las opiniones que merezcan a los/as participantes, no son tratadas como informes de procesos cognitivos privados, sino como actos comunicativos públicos. Consecuentemente, la persona se entiende como actor o actriz social, antes que como un/a observador/a desinteresado, un sujeto pasivo o un espectador imperturbable. En este sentido, la psicología discursiva entiende el comportamiento humano como un producto social bajo un régimen de propiedad compartida.”

La psicología discursiva parte del estudio del discurso cotidiano para tratar de explicar de qué manera se utilizan las cuestiones y los conceptos psicológicos, tales como los estados mentales y las características personales, en el marco de la conversación y/o en un texto. En síntesis, su interés radica en comprender

cómo son conceptualizados los temas psicológicos en la vida diaria. Edwards (1997, citado por Garay, Iñiguez y Martínez, 2003, p. 11) sostiene:

“Se podría decir, que la Psicología discursiva trata de explicar procesos habitualmente restringidos al ámbito de estudio de la cognición, mediante el recurso al análisis del lenguaje y el estudio de los procesos que se manifiestan en el lenguaje y a través del lenguaje.”

La propuesta por excelencia consiste entonces, en cambiar el foco de atención pasando de una visión centrada en los procesos de “mentes individuales” a una perspectiva relacional, en la que el acceso al significado se obtiene en función de “los juegos del lenguaje”, es decir, del uso de las palabras en la interacción. Esto implica un cambio epistemológico, en tanto la búsqueda de explicaciones sobre el mundo social se efectúa a partir de un reposicionamiento de los procesos cognitivos, de una restitución social de lo mental y de su relocalización, pasando de un locus “mental” a un locus “relacional”. Siguiendo a Garay, Iñiguez y Martínez (2003, p. 13) el interés reside en investigar de qué manera se utilizan palabras tales como “creencia”, “comprensión”, “recuerdo” y “saber” en el discurso cotidiano. Qué efectos discursivos producen, qué criterios relacionales están en juego, qué acciones sociales permiten o dificultan emprender y cómo contribuyen a la reproducción y/o alteración del orden social. Considerando al lenguaje como el punto de articulación de la experiencia y desplazando con ello, la atención situada sobre el individuo a la atención enfocada sobre lo social, el objeto de estudio se sitúa, por lo tanto, en la interacción social.

Según Edwards y Potter (1992) la psicología discursiva se centra en la naturaleza del conocimiento, la cognición y la realidad. Es decir, en la manera en que se describen y se explican los acontecimientos, cómo se construyen los informes factuales y cómo se atribuyen los estados cognitivos. Define además, como temas discursivos, elementos que la gente, en la producción de su discurso tematiza, insinúa o a partir de los cuales, se orienta.

Estas construcciones discursivas, más que expresiones de estados cognitivos subyacentes de los hablantes, se examinan “en el contexto de su ocurrencia”. Pues, es en función de dicho contexto que adquieren un sentido tanto para los participantes como para los analistas.

Uno de los principales aportes de la perspectiva discursiva consiste en los aspectos constructivos del lenguaje en la interacción social. Esto hace referencia a los cambios de perspectivas acerca del mundo y de la realidad, en el contexto de los intercambios lingüísticos.

Garay, Iñiguez y Martínez (2003, p. 11) señalan que siguiendo los trabajos de Derek Edwards y Jonathan Potter, se pueden distinguir tres premisas centrales de esta perspectiva discursiva:

- 1) El interés en cómo las personas construyen la realidad.
- 2) La consideración del lenguaje, no como la descripción de la realidad, sino como la construcción de ésta.
- 3) La comprensión del lenguaje como una práctica social.

En síntesis, el objeto de estudio propio de la psicología social construccionista es el lenguaje en su rol de constructor de la realidad y el lenguaje como práctica social.

Para la psicología discursiva todo producto humano es una construcción y las producciones discursivas surgen de un proceso genuino de construcción que se alimenta de informaciones previas, de discursos en curso y de otros recursos, tales como las acciones humanas, las prácticas sociales y las producciones materiales. Esta concepción de construcción “en integración”, está en línea con el paradigma del construccionismo social y en especial, de la psicología social. Uno de cuyos conceptos clave es el de las *representaciones sociales*.

Las representaciones sociales y la psicología discursiva

Las representaciones sociales, en tanto condensadoras de significados compartidos socialmente, generan sentidos y comportamientos comunes a los sujetos integrantes de una misma cultura o sociedad. Las prácticas discursivas son los vehículos a través de los cuales estas representaciones sociales se expresan, se conforman, se transforman y se reproducen. Desde esta perspectiva, el lenguaje toma un rol prioritario porque es a través de él, que se simbolizan estas construcciones discursivas, especialmente, en lo que hace a su estructuración intrínseca. Se pragmatizan circulando por el entretejido social, definiendo y redefiniendo continuamente sus contenidos. La semántica constituye el campo de acción lingüística creadora de significados, pues es en el intercambio comunicacional entre los actores sociales que se da forma a las representaciones sociales que mediatizan la vida social.

Si se entiende a las personas como constructoras de discursos, necesariamente se las concibe como constructoras de realidades porque el discurso, tal como Serge Moscovici señaló respecto de las representaciones sociales, es una práctica que construye sistemáticamente el objeto del que habla.

Moscovici (1984) define a las representaciones sociales como un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones que se originan en la vida cotidiana en comunicaciones interindividuales, en los microcosmos en los que dialogan individuos y grupos. En ellos circulan valores y contenidos ideológicos que les dan significado y generan comportamientos, sentimientos y vivencias. Constituyen una visión consensuada de la realidad, el denominado conocimiento de sentido común.

Ahora bien, el *análisis del discurso* implica una narración acerca del *sí mismo* y la forma en que dicha narración toma los verbos, adjetivos y sustantivos empleados, está en relación a la posición del sujeto en su propio discurso, así como también, el grado de implicación en cuanto a la responsabilidad que asume en esa posición. La forma en que un sujeto se narra a *sí mismo* implica un reconocimiento acerca de su lugar en el mundo y, en el peor de los casos, la falta de él. En este sentido, se sostiene que representaciones sociales, discurso y creación de significados confluyen en la construcción de la sociedad, tanto a nivel subjetivo como intersubjetivo. De hecho, es a través de los procesos sociales que los seres humanos construyen el mundo en el cual viven y se construyen a *sí mismos*. La manera en que se narran, articula esta concepción constructivista al dar un punto de anclaje en cuanto al reflejo del self, esto es, quiénes son y cómo son. En este sentido, la metacognición juega un papel preponderante al ser una posibilidad *específicamente* humana, vinculada a la capacidad de simbolización. Se trata de un proceso dialéctico y dinámico que tiene repercusiones conativas y además, es justamente a raíz de su impacto en el comportamiento que resulta tan fascinante su estudio. Provoca respuestas en los actores sociales, los implica en su accionar cotidiano en el mundo dándoles un marco a partir del cual manejarse en la vida social. Esto repercute, por ejemplo, en la autoimagen del sujeto respecto a su capacidad de agencia personal frente a los eventos provenientes del exterior y que implica la toma de una posición activa, de control sobre el entorno y la propia vida, en contraposición a una de tipo pasiva y oprimida, que recuerda al concepto de Martin Seligman, la *indefensión aprendida*.

Metodología

Para desarrollar la presente investigación se realizaron veinte (20) entrevistas semidirigidas a terapeutas. La muestra está constituida por veinte (20) profesionales con el título de Lic. en Psicología y con cinco (5) años de experiencia clínica como mínimo. De ellos, diez (10) terapeutas se denominan a *sí mismos* como cognitivos y diez (10) como psicoanalistas. A su vez, de los diez terapeutas de cada orientación teórica explicitada, cinco (5) son hombres y cinco (5) son mujeres.

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente desgrabadas, con el propósito de estudiar el análisis del discurso tomando *los verbos* como eje del análisis. Para ello, se utilizaron categorías predeterminadas en relación al tipo de verbo empleado, a la posición del sujeto del verbo y a la responsabilización del hablante sobre sus propios dichos.

Las categorías predeterminadas utilizadas en el análisis son las siguientes (Montero, 2001):

- a) Verbo de acción: cualquier forma verbal cuyo contenido semántico remite a una actividad (ejemplo: romper).
- b) Verbo de estado: cualquier forma verbal cuyo contenido semántico remite a una manera de permanecer o reaccionar a determinada situación (ejemplo: estar triste / enojarse).
- c) Verbo de declaración: cualquier forma verbal que ponga en evidencia una reflexión metalingüística sobre la comunicación que se está realizando (ejemplo: se entiende? / lo que voy a decir).
- d) Sujeto del verbo: ente o persona a quien se refiere la acción/ estado/ declaración enunciada sea ésta explícita o tácita (ejemplo: Juan hace / lo hizo).
- e) Referencialización: generalización del sujeto del verbo que impide reconocer a una persona o ente concreto como ejecutor o receptor de la acción/ estado/ declaración (ejemplo: todos, la gente, nadie, se dice).
- f) Tratamiento del sujeto del verbo: el sujeto del verbo puede ser tomado como ejecutor de la acción/ estado/ declaración es decir como sujeto propiamente dicho (ejemplo: la crisis es...) o como receptor de la acción/ estado/ declaración, es decir como objeto (ejemplo: la crisis fue solucionada).

La tarea consistió en confrontar la información obtenida acerca de la descripción que los profesionales realizaron sobre el rol, el estilo del terapeuta y las aspiraciones de los pacientes percibidas por dichos

terapeutas, con el objetivo de identificar tanto las diferencias como las similitudes que surgen, tanto de su orientación teórica explicitada como de su género y que hacen a la construcción de la representación social que subyace a su práctica profesional.

En principio, se esperaba obtener diferencias de enfoque teórico y terminología empleada pero también, se esperaba encontrar coincidencias en lo referente a los denominados “factores comunes” a todas las psicoterapias (Frank, 1977). Específicamente en lo concerniente a la relación terapéutica, el autor sostiene que un ingrediente esencial es la confianza del paciente en la competencia del terapeuta para ayudarlo.

Interpretación de los resultados

Cognitivistas

Los terapeutas se narran a sí mismos a partir de su orientación teórica explicitada y en ningún caso lo hacen desde los estereotipos de género.

La relación terapeuta-paciente

La relación terapéutica es conceptualizada como una relación de encuentro entre dos personas con vistas a alcanzar un objetivo terapéutico en común, que tiene como eje el problema planteado por el paciente. Se trata de una relación de cooperación mutua entre terapeuta y paciente, en donde el trabajo debe ser “activo” por parte de ambos.

Además, para este marco teórico, resulta vital la definición del objetivo en torno al cuál se desarrollará el trabajo, como así también, los medios o técnicas a través de las cuáles se intentará abordarlo. Por último, dicha relación resulta esencial en la medida en que se constituye en el resorte a partir del cuál se viabiliza el logro del objetivo terapéutico, que es siempre en última instancia, la promoción de cambios en el paciente.

La relación terapéutica es concebida, fundamentalmente, como una relación simétrica basada en el trabajo conjunto y en la colaboración mutua.

Ejemplos: C., H.1. y E.2.

- Me parece que son dos personas que están unidas y vinculadas para lograr un objetivo determinado que es el bienestar del paciente. Y me parece que eso tiene que ser parte del vector de una relación (...). Si por equipo entendemos no solamente el objetivo, sino la trama vincular que se establece entre ellos, es como un equipo. Es decir, son los resultados pero en una trama determinada. .
- Es una relación de colaboración basada en la confianza respectiva y en una delegación, que cada uno le da al otro, de la atribución y las responsabilidades que les caben, ¿no? Por eso, es tan importante la involucración y el compromiso en ese vínculo, de las dos partes.
- Desde ciertas cuestiones básicas, te diría que es una relación simétrica (...) En definitiva, lo cierto es que cuanto más grave es el paciente, más importante es la relación terapéutica.

El rol del terapeuta

El rol del terapeuta consiste, básicamente, en promover cambios en pos de alcanzar una mejora en la calidad de vida del paciente. Para ello, deberá ser capaz de conceptualizar el problema, evaluar e interpretar cuáles son las posibilidades de cambio que este último presenta y en guiar, proporcionándole recursos que le permitan resolver los problemas por sí mismo.

Ahora bien, sobre este punto se observa una diferencia sustancial entre hombres y mujeres.

Mientras que los hombres consideran que el apoyo, la contención y la comprensión deben ser abordados *sólo* en la medida en que resulten necesarios para crear las condiciones que permitan trabajar con vistas a la promoción de cambios, las mujeres señalan que *siempre* son fundamentales porque contribuyen a crear y consolidar la relación, resorte a partir del cuál se sostiene todo el andamiaje del proceso terapéutico y su eficacia. Así, ayudar, motivar y escuchar al paciente con el fin de develar o entender qué es lo que le pasa, cuál es el motivo por el cuál demanda terapia y evaluar cuáles son los recursos con los cuáles cuenta al momento de emprender el trabajo terapéutico, resultan centrales y hacen a las

tareas propias del desempeño del rol de terapeuta. En fin, constituyen los cimientos sobre los cuáles se asentará el trabajo y lo más importante, sus resultados.

En síntesis, en los hombres se observa una alusión más clara a los aspectos técnicos de la relación mientras que en las mujeres el énfasis es mayor en aspectos tales como el apoyo, la comprensión, la escucha, la empatía y la contención.

Otra diferencia entre hombres y mujeres está dada por una marcada tendencia en los primeros a reconocer y explicitar los propios errores, tendencia que se halla ausente en las mujeres. Dichos errores se refieren, en general, a la incapacidad de mantener la abstinencia necesaria en el vínculo y a aquéllos que resultan inherentes a la falta de experiencia clínica durante los primeros años de profesión.

Ejemplos:

Hombres: A.1., E.2., E.3. y G.

- Uno de los errores que cometía más frecuentemente, era el de anteponer mis propias actitudes y expectativas a las de los pacientes (...) es una cosa que tengo que ir monitoreando...
- Con la experiencia uno se da cuenta, de todos los problemas adicionales que tienen los pacientes y que uno no veía antes (...) Se pasa por arriba el hecho de que un paciente tiene un problema bastante más importante...
- La entrega absoluta (...) hace cometer errores de manejo clínico.
- Siempre se hace la crítica a los modelos cognitivos de que son cuadrados, yo diría que es mucho más fácil criticar a los modelos cognitivos porque son bizarros, hay de todo...

Es posible observar aspectos desiderativos marcados, tanto en hombres como en mujeres. Se observan, especialmente, al tratar temas tales como la *flexibilidad* del terapeuta y los cambios de perspectiva a lo largo del desarrollo profesional.

Ejemplos:

Mujeres: C. y B.

- Lo que pasa es que como nosotros trabajamos con un modelo de base cognitiva pero de integración, es muy flexible (...) Yo, por ejemplo, soy más flexible...
- Se espera que a través del entrenamiento vaya mejorando su trabajo y se espera que a través de la experiencia también...

Hombres: A.1. y G.

- Soy bastante activo, si bien tengo una escucha receptiva (...) Creo que, en general, tiendo a establecer vínculos de confianza fuertes con los pacientes.
- La experiencia te va cambiando algunas cosas y te permite tener el sentido de ubicar al propio paciente y no hacer algo tan genérico...

Las mujeres cognitivas conciben a su marco teórico de referencia como un marco lo suficientemente plástico como para permitir la incorporación de otras perspectivas teóricas.

Ejemplos:

Mujeres: C., B., M.2., M.1. y E.1.

- El modelo que yo utilizo es un modelo que me permite implementar otros recursos, no es un modelo que me circunscriba a decirme qué debo hacer en cada uno de los pasos...
- El cognitivismo tiene la capacidad de ser suficientemente neutral (...) como para permitir que se integren conceptos de otros modelos tradicionales...
- Somos dos personas que nos juntamos y ese encuentro no debe ser nada, desde ya, forzado ni tiene que ser desde una frialdad o estructura como por ahí, se plantea desde otra visión.
- Si bien digo que el cognitivismo es la base sobre la cuál integramos, te estoy hablando de integración. Pienso que desde distintas perspectivas, se favorece el dar una mirada más acabada del paciente.
- Muchos años de profesión los desarrollé dentro de la línea psicoanalítica pero después, estudié mucho terapia cognitiva y a partir de ahí, empecé a hacer un cambio importante dentro de mi trabajo (...) Sobre todo, tuve un par de pacientes deprimidas con las cuales no me fue demasiado bien, en un momento y creo que eso me hizo buscar otros horizontes desde donde trabajar...

Por último, desde una perspectiva cognitiva la promoción de cambios se busca de manera directa. Esto significa que, básicamente, el rol del terapeuta es concebido como el de un "buscador de cambios" y todo el proceso terapéutico está pensado en función de dicha búsqueda.

El estilo personal del terapeuta (EPT)

Al ser interrogados acerca de la relación entre el EPT y el marco teórico de adherencia, se observa que la mayoría de los terapeutas entrevistados considera que es la personalidad del terapeuta la determina que éste se incline hacia la elección de un determinado marco teórico en detrimento de otro y además, que es dicho marco el que incide modelando, a su vez, el estilo. Una posición diferente sostiene que es el marco teórico el que determina el estilo del terapeuta y, por lo tanto, la forma en que éste se vincula con sus pacientes.

Se reconocen además, otras influencias que marcan el desarrollo de un determinado EPT: el estilo del paciente, la terapia personal y la observación directa del trabajo clínico de otros profesionales, así como también, la autoobservación a partir de las filmaciones de las sesiones.

El cambio en la perspectiva

La formación teórica y la experiencia clínica son consideradas, en todos los casos, como los propulsores del cambio de perspectiva a lo largo de los años de desarrollo profesional. Especialmente la formación es tomada en cuenta como un factor determinante, en la medida en que permite corregir errores y así, evitar los vicios propios de una práctica que sin el entrenamiento adecuado, puede tornarse repetitiva.

También se considera a la propia experiencia de vida, a las prácticas supervisadas y a la terapia personal como catalizadoras del cambio, aunque en una menor medida.

La idea de pureza acerca de la perspectiva teórica propia

Ninguno de los terapeutas entrevistados considera que su perspectiva teórica es “pura” y, en general, se narran a sí mismos como terapeutas *flexibles*, que no se ciñen estrictamente al marco teórico al cuál adhieren. Además, hay acuerdo general en torno a la idea de que tal “pureza” teórica, de existir, atentaría contra la eficacia del tratamiento y valoran la flexibilidad del terapeuta porque es la que permite ajustar las técnicas y procedimientos aplicados, en la medida en que las necesidades propias del paciente y del proceso terapéutico, lo ameriten.

Ejemplos:

Mujeres: C. y E.1.

- Yo, por ejemplo, soy más flexible...
- Lo mío es una integración personal de distintas líneas que fui leyendo...

Hombres: A.1., E.2. y E.3.

- Hay terapeutas que somos más flexibles.
- Yo soy bastante flexible...
- Tomo cosas de otros marcos.

La idea de pureza acerca de la perspectiva teórica ajena

En general, no creen que los terapeutas que dicen acerca de sí mismos que su perspectiva teórica es “pura”, lo cumplan en la práctica. El rango de respuestas se organiza en un espectro que incluye desde un simple “no les creo” hasta un “yo creo que ellos creen que sí”. Inclusive, en algunos casos, fundamentan su respuesta en el reconocimiento de que “dentro del consultorio” hay procesos comunes a todas las escuelas de psicoterapia y, por lo tanto, no son privativas de una determinada escuela sino que atraviesa a todas ellas. Así, sería difícil sostener que determinada intervención es propia de una orientación teórica y no de otra.

Ejemplos:

Mujeres: E.1. y M.2.

- Creo que creen que lo cumplen.
- Creo que no, porque el ser humano, por ahí, promulga cosas que después, no puede sostener...

Hombres: E.2. y G.

- ¿Si la gente es tan ortodoxa como cree? No...
- No creo que ocurra... no les creo... capaz ocurre, pero yo no les creería...

Las expectativas de los pacientes al demandar psicoterapia

Hay acuerdo general respecto de que los pacientes acuden a terapia por motivos muy diversos y en que es necesario considerar el “caso por caso”. También coinciden en que los motivos de consulta predominantes tienen como común denominador el sufrimiento y la búsqueda de un cambio. Sin embargo, se observa una diferencia entre lo planteado por hombres y mujeres. Mientras que las mujeres tienden a conceptualizar a los pacientes desde una posición más pasiva, que alude a una manera de permanecer o reaccionar ante una situación, los hombres remiten a una posición más activa por parte del mismo, es decir, a la idea de actividad.

Análisis del discurso - Cognitivistas

Referencializaciones

Las mujeres rehúsan utilizarlas y cuando hacen referencia a un paciente genérico (“el paciente” o “los pacientes”), siempre lo hacen aludiendo a la necesidad de contemplar el “caso por caso”.

Si bien los hombres son menos reacios a usarlas que las mujeres, también ellos hacen alusión constante a la necesidad de contemplar al paciente en su singularidad.

Ejemplos:

Mujeres: C. y E.1.

- Los pacientes vienen a buscar cosas muy diferentes. Acuden a terapia por motivos muy diferentes...
- No vienen a buscar todos, la misma cosa...

Hombres: E.2., A.1. y E.3.

- El motivo de consulta más típico y sintetizado, es que los pacientes tienen experiencias desagradables que se quieren sacar de encima.
- El paciente, lo que busca, es sentirse mejor.
- En general, viene a buscar alternativas, nuevas perspectivas.

Los sujetos de la acción

Las referencializaciones y los sujetos de la acción, habitualmente, se hallan superpuestos en el discurso. Así, se observa que conceptualizaciones abstractas y no una personificación concreta con mención de actores específicos (por ejemplo: “La terapia es...”; “El paciente quiere...”) son tomadas como sujetos de la acción por el hablante.

Como ejecutores de la acción, los más citados son: la relación o alianza terapéutica, el terapeuta y el paciente. Mientras que como receptores de la acción los más nombrados son: cambio, malestar, trastorno, resultados, objetivos, sufrimiento y problemas, entre otros.

Tipo de verbo

Se observa una diferencia entre lo consignado por hombres y mujeres.

Mientras que en las mujeres se observa un predominio de los *verbos de acción* al referirse al rol del terapeuta (evaluar, entender, guiar, promover, ayudar, contener, motivar) y de los *verbos de estado* al aludir a los pacientes que demandan psicoterapia y sus expectativas al hacerlo (no sufrir, desear mejorar, querer cambiar). En los hombres, se observa una predominancia de los *verbos de acción*, tanto al hacer referencia al rol del terapeuta (promover, guiar, conceptualizar, resolver) como respecto de los pacientes y sus expectativas al demandar psicoterapia (buscar alternativas, encontrar explicaciones, hallar soluciones).

Por último, los *verbos de declaración* son poco utilizados, tanto por hombres como por mujeres.

Ejemplos:

Mujeres: C. y M.2.

- No sé si fui lo suficientemente clara...
- ¿Entendés?

Hombres: E.2., A.1. y E.2.

- ¿Entendés?
- ¿Es claro lo que dije?
- Yo voy a ser lo más preciso posible...

La posición del sujeto

Se observa la conceptualización de una posición activa por parte del terapeuta, tanto en lo que hace al ejercicio del rol como al desarrollo del EPT. Y esto es indistinto, respecto de hombres y mujeres.

Ejemplos:

Mujeres: E.1, C. y M.1.

- Intentar comprender al otro en lo que le pasa...
- Entender qué es lo que busca cada paciente...
- Lo importante, en el desarrollo profesional del terapeuta, es ir encontrando el estilo de cada uno...

Hombres: E.3. y E.2.

- El rol del terapeuta en muchos casos es de guía.
- Lo primero que tiene que hacer el terapeuta es conceptualizar.

Respecto de los motivos por los cuáles las personas demandan psicoterapia, se observa una diferencia entre lo planteado por hombres y mujeres. Mientras que estas últimas utilizan *verbos de estado*, los hombres usan *verbos de acción*. Esto significa que las mujeres conceptualizan a los pacientes desde una posición más pasiva, que remite a una manera de permanecer o reaccionar ante una determinada situación (buscar alivio sintomático, vivir mejor) que aquella a la que hacen alusión los hombres, quienes remiten a la realización de una actividad por parte del paciente (buscar explicaciones, hallar alternativas y nuevas perspectivas).

Ejemplos:

Mujeres: M.1. y E.1.

- Viene a buscar modificaciones, cambios y vivir de una manera mejor.
- La relación terapéutica crece regada por eso, ¿no? porque el paciente siente que se alivia de lo que vino, justamente, a buscar...

Hombres: A.1. y E.3.

- El paciente, lo que busca, es sentirse mejor (...) También busca explicaciones. Por qué me pasa eso...
- El paciente viene a buscar, en general, alternativas, nuevas perspectivas y muchas veces, viene a buscar soluciones a problemas puntuales que tienen que ver con el sufrimiento...

Por último, existe unanimidad en torno a la idea de que es necesaria una participación activa del paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico, en pos de alcanzar la eficacia del mismo.

Ejemplos:

Mujeres: C., M.1. y M.2.

- Son dos personas que están unidas y vinculadas para lograr un objetivo determinado, que es el bienestar del paciente.
- Es una relación de trabajo conjunto.
- Es una relación muy activa, en el sentido de que se colabora mucho entre terapeuta y paciente en cuanto a lo que es la técnica en sí misma...

Hombres: E.3. y H.1.

- Es una relación de cooperación mutua.
- Solamente los puedo ayudar, si se comprometen a cambiar.

Psicoanalistas

Los terapeutas se narran a sí mismos a partir de su orientación teórica explicitada y en ningún caso lo hacen a través de los estereotipos de género.

La relación terapeuta-paciente

La relación terapéutica es concebida como una relación humana caracterizada por la existencia de un *vínculo* libidinal, atravesado por la noción de transferencia. En este marco, la abstinencia del analista resulta fundamental, en la medida en que éste no está allí presente "con su propia persona", es decir, con sus propias creencias, ideales y valores, sino que viene a representar el mundo interno del paciente. Sin embargo, aclaran que dicha abstinencia no quiere decir que no exista empatía o afecto en el vínculo.

Se observa además, que mientras las mujeres de orientación freudiana focalizan su discurso en el “hacer consciente lo inconsciente”, las mujeres de tendencia lacaniana, lo hacen en la abstinencia del analista. Los hombres, por su parte, hacen hincapié fundamentalmente en dos aspectos. El primero de ellos se refiere a que en el vínculo se juegan, tanto aspectos conscientes o manifiestos, como otros de orden inconscientes o latentes; y el segundo, es que el paciente “le supone un saber” al analista. Esto implica que el paciente tiene la creencia de que es el terapeuta quién tiene el saber acerca de “qué hacer y cómo hacer”, para ayudarlo.

La relación terapéutica es concebida, fundamentalmente, como una relación asimétrica basada en una búsqueda de ayuda por parte del paciente, sostenida a su vez, en los conocimientos técnicos del terapeuta. Ejemplos: M.3. y P.

- Es una relación asimétrica, en donde el analista no aparece como sujeto (...) Esto no quiere decir que no haya empatía, que no pueda haber cariño... no quiere decir que no haya el más mínimo lazo, pero es una relación asimétrica. Fundamentalmente por estas razones. Por supuesto, el analista es el que tiene el saber y el analizante es quién viene a buscar el saber.
- Yo entiendo que la relación paciente-analista, que es como más me gusta llamarlo, es una relación determinada, fundamentalmente, por la suposición de saber del analizante/paciente, respecto del analista. La suposición de saber, fundamentalmente, está ligada a que el analista tiene el saber respecto de aquello que puede aliviar el padecimiento de quién lo consulta.

El rol del terapeuta

El rol del terapeuta consiste en quedar tomado libidinalmente por el paciente con el objetivo de que, *vía* transferencia, emerja la subjetividad del mismo. Así, el terapeuta es quién debe facilitar que la transferencia se ponga en juego, porque es justamente a partir de allí, que se podrá trabajar en propiciar el cambio en la posición que el sujeto tiene frente a su propia vida. Para ello, el analista es quién tiene que aportar los recursos necesarios para que el paciente pueda resolver, por sus propios medios, los problemas que lo aquejan. En síntesis, es el paciente quién debe explorar en el interior de su psiquismo para hallar sus propias respuestas.

En este marco, el analista tiene el rol de promover un ambiente facilitador tal, que promueva la búsqueda de los determinantes, motivaciones y limitaciones de su paciente. Para ello, tiene que generar un espacio de reflexión e identificación de cuáles son las áreas de conflicto, con el objetivo de intervenir específicamente, en aquello que el analizante necesita.

Sin embargo, se observa una diferencia sustancial entre lo expresado por hombres y mujeres.

Mientras que ellas consideran que una escucha verdadera como productora de alivio, una contención capaz de alojar el padecimiento del paciente y un entendimiento acerca de lo que siente, resultan esenciales y hacen al desempeño del rol del terapeuta, los hombres creen que son válidos, únicamente en casos puntuales y sólo en la medida, en que el nivel de angustia desborde al paciente.

Por último, se observa que las mujeres hacen hincapié en la necesidad de tolerar la propia ansiedad ante la espera que supone el ver cambios en los pacientes y los hombres, en cambio, ponen el acento en la necesidad de conocer cuáles son las propias limitaciones. Esto significa, reconocer qué es “lo que puede y no puede hacer” y tomar la responsabilidad por ello, aludiendo así, a la dimensión ética del ejercicio profesional.

Es posible observar una cierta estereotipia en el discurso. Especialmente, en lo referente a la necesidad de contemplar al trípode freudiano (formación teórica, supervisión y análisis personal) como sostén de la práctica.

Tanto hombres como mujeres, hacen alusión a la abstinencia del analista como inherente al desempeño del rol y al *trípode freudiano*, como el “garante” de la misma. Y aún más, se señala particularmente al análisis personal como el elemento que posibilita que dicha regla sea sostenible en la clínica.

Ejemplos:

Mujeres: M.3. y A.2.

- Bueno, por eso se habla del trípode freudiano: la formación, la supervisión y el propio análisis...
- Serán cuestiones a trabajar en su análisis personal y en su supervisión porque de lo que se trata es de poder ver lo que le pasa al paciente, no a uno...

Hombres: M.5. y P.

- Ya lo decía Freud, son tres patas: el estudio, la formación, la supervisión y el análisis...
- La supervisión es una instancia fundamental. El análisis personal, la supervisión y el estudio, son los tres pilares del analista...

Se observan aspectos desiderativos marcados en referencia al grado de flexibilidad y apertura de la propia perspectiva teórica, en relación a la necesidad de contemplar el “caso por caso”.

Ejemplos:

Mujeres: L. y T.

- Creo que tiene que ver con lo que se llama la versatilidad del analista. Uno no puede ser imperturbable y siempre de la misma manera.
- Yo creo que la clínica es un momento sumamente subjetivo y que hay que tratar de ser lo menos persecutorio posible. (...) hay que apelar a muchas técnicas, los pacientes te corren continuamente de la relación transferencial. Tenés que apelar al buen criterio...

Hombres: M.5., E.4. y P.

- En mi caso es distinto porque al no seguir una línea teórica sumamente dogmática, he tenido mayor apertura...
- Pensar la clínica desde distintos autores permite tener distintas visiones sobre un mismo tema (...) Creo que yo la tengo por mi acercamiento a la universidad y a las investigaciones...
- Me parece que la clínica nos confronta todos los días con que tenemos que encontrar respuestas nuevas todo el tiempo para lo que los pacientes nos plantean y que no está escrito.

Los hombres presentan una tendencia a mantener una postura crítica que no se observa tan claramente en las mujeres. Hacen hincapié en que el reconocimiento de las propias limitaciones es necesario, en la medida en que sostiene una ética que hace al correcto desempeño del rol y también, focalizan en el dogmatismo y falta de flexibilidad de algunos colegas. Por último, se muestran especialmente escépticos respecto de aquellos terapeutas que se denominan a sí mismos como “puros”. Creen que dicha declaración de “pureza” se debe a cuestiones de índole “política”, cuyo objetivo último, es la adherencia a una determinada escuela pero que, en realidad, “de puertas hacia dentro” del consultorio, no lo cumplen. Aún cuando se nieguen a admitirlo públicamente.

Ejemplos:

Hombres: E.4., M.5., P., E.4., H.2., M.4., M.5., H.2. y P.

- Es también darse cuenta de aquello que uno no puede (...) y responsabilizarse por eso.
- Saber bien, cuáles son los límites de uno, si uno atiende o no a qué tipo de pacientes...
- Hay analistas que se identifican con un determinado estereotipo y se repiten...
- Yo creo que muchos terapeutas, sobre todo psicoanalistas, no están al tanto de las similitudes que tenemos con otros modelos. Creo que yo la tengo porque...
- Si se tienen que conectar con la realidad clínica del paciente, van a tener que salir del almidonamiento...
- Lo que nosotros hacemos, es trabajar con la singularidad, y esto no lo hace toda práctica terapéutica. (...) Singularidad es una singularidad radical, digamos. (...) Hay que tratarlo como una singularidad, hay que ver de qué se trata. Clasificarlo es, justamente, no ver lo original que hay en cada sujeto. Bueno, esa es la diferencia del psicoanálisis con otras prácticas.
- Nunca me gustó el clínico monoautor. Igualmente, he encontrado muchos cognitivos dogmáticos...
- Lo que juega, a veces, en las declaraciones de pureza teórica, son adherencias de escuela o de ocupar un rol en un mercado simbólico o un mercado teórico, ocupar un rol definido como “bueno, este es el papel” o “jugamos este papel”... es para mostrar... pero yo no creo tanto en eso, creo que en la práctica, debe ser menos formal todo eso.
- No, no tengo ninguna duda de que hay analistas lacanianos que cuando dan una clase o una conferencia repiten los fundamentos de cómo es el análisis laciano y luego, “puertas adentro”, operan de otra manera.

Por último, se observa que desde la perspectiva psicoanalítica el cambio no es concebido como el resultado de una búsqueda directa, sino que sobreviene de forma indirecta con el despliegue del proceso terapéutico y de la emergencia de la subjetividad a partir de la instalación de la transferencia.

El estilo personal del terapeuta (EPT)

En cuanto al desarrollo del EPT, se observa que es conceptualizado por las mujeres, como más ligado a la personalidad, a la propia historia y al análisis personal que al marco teórico de adherencia. Por su parte, los hombres consideran que es, predominantemente, la personalidad del terapeuta la que marca su estilo. Pero mientras que algunos consideran que es dicha personalidad, la que lo lleva a escoger

una orientación teórica determinada, otros piensan que el EPT no tiene ninguna relación con el marco teórico de adherencia. Así, terapeutas totalmente distintos pueden adherir a un mismo marco teórico y terapeutas parecidos a marcos diferentes.

El cambio en la perspectiva

Todos los terapeutas entrevistados acordaron al considerar que la perspectiva acerca de su práctica cambió con el paso de los años y atribuyeron principalmente a la formación teórica y a la experiencia clínica, dicho cambio. También mencionaron como influencias relevantes que operaron a favor del cambio: la supervisión, la propia experiencia de vida, la capitalización de los fracasos y muy especialmente, el análisis personal. Al respecto, coincidieron en contemplar al *trípode freudiano* (formación teórica, supervisión y análisis personal) como la base en función de la cuál, es posible sostener la práctica clínica y al análisis personal, como aquél que posibilita sostener la abstinencia del analista, que desde la perspectiva psicoanalítica, es la que hace al correcto desempeño del rol.

La idea de pureza acerca de la perspectiva teórica propia

En general, no se denominan a sí mismos como “puros” y reconocen que han leído diversos autores que influyen en su práctica diaria. Coinciden además, en que el marco teórico constituye una guía en la clínica y que esta última, exige la necesidad de contemplar el “caso a caso”. Así, el ceñirse *estrictamente* a una teoría resultaría limitante, en la medida en que no permitiría contar con la plasticidad suficiente para contemplar al paciente en su singularidad.

Ejemplos:

Mujeres: A.2., T., L. y V.

- El marco teórico no es rígido...
- Es múltiple, atravesada por un montón de otros autores...
- Yo no me describiría como alguien ecléctico aunque eso no implica que no haya leído a Klein, que no haya leído a Winnicott, que no haya leído obviamente, a Freud.
- Tomo muchas líneas postfreudianas...

Hombres: E.4., H.2. y P.

- Hay algunos autores que desarrollan más una cuestión que otra. Por eso, tengo que leer a mi gusto, diferentes visiones sobre el tema...
- No confío en la expectativa de pureza teórica...
- Yo no creo demasiado en la llamada ortodoxia, es más, creo que es una limitación.

Además, se observa que acuerdan acerca de la idea de que, en ocasiones, se encuentran a sí mismos realizando intervenciones que otros terapeutas podrían tildar como propias de otro marco u orientación teórica.

Ejemplos:

Mujeres: M.3.

- Si vos lo mirás de afuera, dirías “pero esto es una intervención cognitiva o sistémica...”

Hombres: E.4.

- Después, el caso puntual te va llevando a que hagas una intervención que podría ser compartida por un terapeuta de otra orientación.

La idea de pureza acerca de la perspectiva teórica ajena

Respecto de los terapeutas que sostienen acerca de sí mismos que su perspectiva teórica es “pura”, hay distintas posturas según el género considerado.

Las mujeres no creen que tal pureza exista y consideran que, de existir, atentaría contra el tratamiento de los pacientes. Lo fundamentan además, haciendo hincapié en la necesidad de contemplar el “caso a caso”. Las respuestas de los hombres, por su parte, varían dentro de un rango más amplio que incluye desde un “no les creo” hasta un “creo que creen que sí” y, en general, consideran que dicha postura está en consonancia con la necesidad de sostener la adherencia a una determinada escuela pero que, en realidad, “de puertas hacia dentro” del consultorio no lo cumplen. Aún, cuando no lo admitan.

Ejemplos:

Mujeres: M.3. y V.

- Nadie está a la altura de cumplir el ideal que se propone (piensa) y si lo cumplen, están, como decía Mannoni, más puestos en sostener el ideal del psicoanalista que en ser psicoanalista.
- No, porque en definitiva, (...) nos vamos a tener que dar cuenta que, en realidad, esas cosas demasiado estridentes, demasiado dogmáticas son fantasías.

Hombres: M.5. y H.2.

- Yo creo que creen que sí.
- En principio, creo que no.

Las expectativas de los pacientes al demandar psicoterapia

Todos los terapeutas entrevistados coinciden en la necesidad de contemplar el “caso por caso” y en que la mayoría de los pacientes acuden a terapia en busca de ayuda para aliviar su sufrimiento o para hacer cambios.

Entre otros motivos de consulta incluyen además, el deshacerse de un síntoma, trabajar aspectos de tipo “existencial” y encontrar aprendizaje a partir de las experiencias vividas. También, se mencionan la búsqueda de saber (qué es lo que le pasa) y la búsqueda de sentido (por qué le pasa).

Por último, al hacer referencia a cuáles son las expectativas del paciente al acudir a consultar a un psicoterapeuta, acuerdan en conceptualizarlos desde una posición más pasiva. Ello remite a una manera de permanecer o reaccionar ante una situación determinada.

Análisis del discurso - Psicoanalistas

Referencializaciones

En general, los psicoanalistas no rehúsan utilizarlas. Aunque siempre hacen hincapié en la necesidad de contemplar el “caso por caso”, es decir, al paciente en su singularidad.

Ejemplos:

Mujeres: A.2., L. y M.3.

- Busca desembarazarse de lo que lo hace sufrir.
- Viene a buscar alivio a su padecimiento.
- La gente viene a sentirse mejor.

Hombres: E.4. y P.

- Yo creo en el “caso por caso”. Si generalizamos te diría que...
- Hay pacientes que vienen a buscar alivio al sufrimiento. Esa es la versión más clásica pero no es solamente eso...

Los sujetos de la acción

Las referencializaciones y los sujetos de la acción se ven superpuestos en el discurso. De esta manera, se observa que conceptualizaciones abstractas y no personificaciones concretas con mención de actores específicos (por ejemplo, “El análisis implica...”; “El analizante busca...”) son utilizadas como sujetos de la acción por el hablante.

Como ejecutores de la acción, los más citados son: la relación terapéutica, el vínculo, el analista y el paciente o analizante. Y como receptores de la acción, los más nombrados son: transferencia, demanda, recursos, subjetividad, sufrimiento y padecimiento, entre otros.

Tipo de verbo

Tanto en hombres como en mujeres, se observa un predominio de los *verbos de acción* al referirse al rol del terapeuta (entender, propiciar, investigar, abrir, ayudar, contener, aportar, analizar, facilitar, identificar, enseñar, promover) y de los *verbos de estado*, al hacer referencia a las expectativas de los pacientes

al demandar psicoterapia (sufrir menos, no padecer, sentirse bien, buscar alivio, encontrar aprendizaje, deshacerse de un síntoma).

Por último, si bien los *verbos de declaración* son poco utilizados, tanto por hombres como por mujeres, se observa que los hombres son quienes menos los utilizan.

Ejemplos:

Mujeres: L., M.3. y V.

- ¿Se entiende?
- ¿Viste?;
- Si querés...

Hombres: E.4. y H.2.

- ¿Me entendés?
- ¿Te das cuenta?

La posición del sujeto

Hombres y mujeres conciben desde una posición activa al ejercicio del rol de terapeuta.

Ejemplos:

Mujeres: A.2., L. y T.

- El tema es dar lugar a que aparezca allí, la subjetividad del paciente.
- Dar la posibilidad de la ocasión de que algo, sea diferente para ese sujeto.
- Contenerlo y entenderlo...

Hombres: M.5. y H.2.

- Identificar cuáles son las áreas de conflicto, los problemas y tiene que estar preparado para realizar intervenciones específicas.
- El terapeuta enseña una manera de buscar lo psíquico, o sea, en alguna medida, es una función docente, pedagógica...

Además, tanto hombres como mujeres coinciden al considerar que el EPT no es el resultado de una búsqueda activa por parte del mismo, sino que predominantemente se encuentra ligado a la personalidad. Las mujeres también lo conceptualizan en relación a la propia historia y al análisis personal.

Ejemplos:

Mujeres: A.2. y V.

- Uno es el producto de su propio análisis...
- Tiene que ver con la personalidad de uno, con su historia, su análisis personal.

Hombres: M.5. y P.

- Depende de la personalidad o el carácter, si el terapeuta va a ser más o menos dogmático y el tipo de escuela que va a elegir. Si va a elegir una escuela más cerrada o una más abierta...
- No hay un analista igual a otro y en ese punto, no importa el marco teórico...

En cuanto a los motivos por los cuáles las personas demandan psicoterapia y sus expectativas al hacerlo, se observa que tanto los hombres como las mujeres utilizan *verbos de estado*. Esto implica conceptualizar a los pacientes desde una posición más pasiva, lo cuál remite a una manera de permanecer o reaccionar ante una determinada situación (sentirse bien, no sufrir, buscar alivio, buscar ayuda, encontrar aprendizaje, mejorar o aliviar un síntoma).

Ejemplos:

Mujeres: T. y M.3.

- Sentirse bien (...) no sufrir...
- En términos generales, un paciente viene a buscar el alivio cuando hay algo que lo atormenta.

Hombres: M.5. y H.2.

- Ayuda. A veces, no. También puede ser aprendizaje, que sería otra versión de ayuda...
- Algunos vienen a buscar mejorar o a aliviar algún tipo de síntoma.

Por último, si bien no se hace especial hincapié en la toma de una posición activa por parte del paciente en el marco de la relación terapéutica, la perspectiva psicoanalítica entiende que es a partir de la instalación de la transferencia en el vínculo, que se despliega la subjetividad del mismo. Esto posibilitará el acceso al encuentro de sus propios determinantes, motivaciones y limitaciones. Pues, es el propio sujeto, quién con ayuda del terapeuta, explora en su psiquismo para hallar respuestas acerca de su propia vida.

Ejemplos:

Mujeres: A.2. y L.

- Estar ahí, más como un objeto que se presta a que el paciente ponga en juego su propia historia, su propia subjetividad, su propia singularidad (....) Es un lugar que uno toma para dejar que aparezca la subjetividad del otro.
- Uno queda tomado en la transferencia (....) El analista está implicado en la transferencia (...) y es esa misma relación, la que posibilita o da la posibilidad de que se genere otra cosa, de que se produzca una modificación en eso que ha sido, la relación del sujeto con sus otros primordiales.

Hombres: P. y H.2.

- El analista trata de generar una relación y un espacio de reflexión, de modo tal, que el analizante pueda encontrar sus propias motivaciones (...) sus propias recetas.
- Que esa persona pueda explorarse (...) cómo buscarse, cómo buscar, en la vida, las zonas menos accesibles.

Discusión

Si bien los terapeutas se narran a sí mismos a partir de su orientación teórica explicitada y en ningún caso lo hacen a través de los estereotipos de género, se han detectado diferencias entre lo planteado por hombres y mujeres en referencia a diferentes temáticas.

En principio, se esperaba obtener diferencias de enfoque teórico y terminología empleada, lo cual efectivamente ocurrió. Aunque también, y tal como se esperaba, se observaron coincidencias en lo referente a los denominados “factores comunes” a todas las psicoterapias.

La relación terapeuta-paciente

Mientras que los cognitivistas conceptualizan a la relación terapéutica como una relación de trabajo conjunto, entre terapeuta y paciente, con vistas a la promoción de cambios en este último; los psicoanalistas, la conciben como una relación humana que implica un vínculo libidinal atravesado por la noción de transferencia.

Para ambos marcos teóricos dicha relación resulta esencial, en la medida en que constituye el “resorte” a partir del cuál se viabiliza el logro del objetivo, que es en última instancia, la promoción de cambios en el paciente para los cognitivos y la que posibilita que se instale la transferencia, *pivote* que motoriza la cura para los psicoanalistas.

El rol del terapeuta

Para los cognitivistas el rol del terapeuta consiste, fundamentalmente, en promover cambios con el objetivo de alcanzar una mejora en la calidad de vida del paciente. Para lograrlo, el terapeuta deberá ser capaz de conceptualizar el problema, evaluar e interpretar cuáles son las posibilidades de cambio y guiar al paciente, proporcionándole los recursos que le permitan resolver sus propios problemas. Por su parte, los terapeutas psicoanalíticos sostienen que el rol del analista consiste, básicamente, en facilitar que la transferencia se ponga en juego porque es a partir de allí, que la subjetividad del paciente hará su emergencia abriendo a la posibilidad de un cambio en la posición que tiene frente a su vida. En este marco, el terapeuta es quién debe propiciar un espacio de reflexión y de búsqueda, promoviendo que sea el propio paciente quién explore en el interior de su psiquismo, con vistas a hallar respuestas a los problemas que lo aquejan.

El papel del cambio

Una diferencia fundamental entre cognitivistas y psicoanalistas reside en la manera en que conciben, que es posible arribar al cambio del paciente. Mientras que los terapeutas cognitivos consideran que, básicamente, el rol del terapeuta consiste en apuntar a promover cambios de manera directa, los psicoanalistas sostienen que los cambios llegan por una vía indirecta, “por añadidura”. Esto significa que

dicho cambio se produce como resultado de la emergencia de la subjetividad del paciente, a través de la instalación de la transferencia y de la exploración del psiquismo del sujeto a lo largo del proceso, y no como resultado de una búsqueda directa.

Los aspectos técnicos y emocionales de la relación terapéutica

En el caso de los hombres se observa una alusión más clara a los aspectos técnicos del trabajo terapéutico, mientras que las mujeres tienden a hacer un mayor énfasis en los aspectos emocionales del vínculo tales como el apoyo, la empatía, la contención y la confianza.

Mientras que los primeros consideran que el apoyo, la contención y la comprensión, deben ser abordados *sólo* en la medida en que resulten necesarios para crear las condiciones que permitan trabajar con el paciente, las mujeres señalan que resultan fundamentales porque son los que posibilitan, crear y sostener el vínculo terapéutico y así, todo el andamiaje del proceso.

Por último, las mujeres hacen hincapié en la necesidad de tolerar la propia ansiedad ante la espera que supone el ver cambios en los pacientes y los hombres, en cambio, ponen el acento en la necesidad de conocer y reconocer cuáles son las propias limitaciones, es decir, que es “lo que puede y no puede hacer” y tomar la responsabilidad por ello. Es decir, focalizan en la dimensión ética de la profesión.

Los aspectos desiderativos

Es posible observar aspectos desiderativos marcados, tanto en hombres como en mujeres de ambas orientaciones teóricas. Especialmente, en lo referente a la *flexibilidad* del terapeuta en pos de la necesidad de contemplar el “caso por caso”.

Por otro lado, quiénes presentan un mayor grado de idealización acerca de su práctica son, en general, las mujeres cognitivistas. Dicha afirmación se sustenta en que tienden a narrarse como terapeutas *flexibles y abiertas* desde un punto de vista teórico, aún cuando no reconocen que ciertas intervenciones podrían considerarse propias de otros marcos teóricos, tal como manifiestan los psicoanalistas. Y además, en que a diferencia de los hombres cognitivistas, no tienen tendencia a reconocer sus propios errores ni a efectuar autocríticas. Por último, sólo ellas explicitan que el marco teórico al cuál adhieren es “lo suficientemente plástico” como para incorporar otras perspectivas, lo que por ende redundaría, en una mayor *flexibilidad y apertura*.

La estereotipia en el discurso

Se observa una cierta estereotipia en el discurso de los psicoanalistas, en lo que hace a la necesidad de contemplar al *trípode freudiano* (formación teórica, supervisión y análisis personal) como sostén de la práctica clínica. Particularmente, se destaca al análisis personal como eje central, en la medida en que es el que posibilita sostener la abstinencia del analista.

La simetría/asimetría de la relación

La concepción acerca de la simetría/asimetría de la relación terapéutica resulta fundamental en razón de que dicha concepción, tiene importantes connotaciones con vistas a determinar la forma en que el profesional construye la representación acerca de su práctica. En este sentido, se observa una diferencia entre la concepción cognitivista y psicoanalítica de la relación terapéutica. Mientras que los primeros la conciben, fundamentalmente, como una relación simétrica, basada en el trabajo y la colaboración mutua, los últimos la piensan, básicamente, como una relación asimétrica, sostenida en el conocimiento o el saber del analista.

La postura crítica

Se observa que los hombres tienen una mayor tendencia a sostener una postura crítica, aunque con diferencias según el marco teórico de adherencia. Mientras que los cognitivos tienden a hacer autocríticas,

los psicoanalistas, generalmente, hacen críticas referentes a sus colegas, cualquiera sea la orientación teórica a la que pertenezcan.

Así, se observa que los cognitivistas reconocen y explicitan sus propios errores. En especial, los referentes a la incapacidad de sostener la abstinencia necesaria en el vínculo y a los que surgen como consecuencia de la falta de experiencia clínica en los primeros años de trabajo profesional. Los psicoanalistas, en cambio, focalizan sus críticas en la falta de flexibilidad de algunos colegas, en la necesidad de conocer y reconocer “las propias limitaciones” con el objetivo de poder sostener una práctica ética y en las motivaciones de índole “política” que lleva a algunos terapeutas a autodenominarse como “puros”, con vistas a mantener su adherencia a una determinada escuela.

El estilo personal del terapeuta (EPT)

Al ser interrogados acerca de la relación entre el EPT y el marco teórico de adherencia se observan diferentes posturas. La mayoría coincide en considerar que es la personalidad del terapeuta la que hace que se incline hacia la elección de un determinado marco teórico en detrimento de otro y además, en que dicho marco incide, a su vez, modelando el estilo. Una posición diferente sostiene que es el marco teórico el que determina el estilo del terapeuta y, por lo tanto, la forma en que éste se vincula con sus pacientes. Y por último, una tercera posición considera que el EPT no tiene ninguna relación con el marco teórico de adherencia. Así, terapeutas totalmente distintos pueden adherir a un mismo marco teórico y terapeutas parecidos a marcos diferentes.

Se reconocen además, otras influencias tales como: el estilo del paciente, la terapia personal y la observación directa del trabajo clínico, tanto propio como ajeno, a través de la observación de las filmaciones de las sesiones.

Finalmente, se observa que las mujeres psicoanalistas conceptualizan al EPT no sólo en relación a la personalidad, sino también a la propia historia y al análisis personal, más que al marco teórico de adherencia.

El cambio en la perspectiva

Todos los terapeutas acordaron al considerar que su perspectiva cambió con el paso de los años y también, en que la formación teórica y a la experiencia clínica constituyeron los principales propulsores de dicho cambio. En especial, señalaron a la formación como un factor determinante, en la medida en que permite corregir errores, evitando así, los riesgos que supone caer en la estereotipia de una práctica repetitiva.

Otras influencias relevantes mencionadas fueron: la propia experiencia de vida, las prácticas supervisadas, el análisis personal y la capitalización de los fracasos.

La idea de “pureza” acerca de la perspectiva teórica propia

Todos los terapeutas entrevistados manifestaron su incomodidad o disconformidad respecto de la utilización del término “pureza”. Mientras que algunos de ellos respondieron a la pregunta con otra pregunta acerca del significado de dicho término (¿Qué se entiende por “puro?”), otros terapeutas contestaron a partir de la manifestación explícita de lo que ellos mismos entienden por tal término (Si por “puro” se entiende...).

En términos generales, hay acuerdo acerca de la idea de que tal “pureza” implicaría sostener una postura rígida que, en caso de existir, atentaría contra el tratamiento de los pacientes, en la medida en que no permitiría contar con la *plasticidad* suficiente para realizar las “maniobras técnicas” necesarias con vistas a considerar la singularidad del caso. Aún más, coinciden en que la *flexibilidad* del terapeuta resulta esencial porque es la que posibilita ajustar las técnicas y procedimientos aplicados, en función de las necesidades propias del paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico. Sin embargo, es posible consignar algunas diferencias.

Mientras que los cognitivos se narran a sí mismos como terapeutas *flexibles* de forma directa, a través del empleo de dicho término, los psicoanalistas sólo lo hacen indirectamente, al hacer hincapié en la necesidad de contemplar el “caso por caso” y al manifestar que no se ciñen *estrictamente* al marco teórico al cuál adhieren, sino que el mismo, tiene el valor de constituir sólo una guía que orienta su práctica. Se

observa además, que aún cuando los cognitivos son quienes tienden a autodefinirse como terapeutas *flexibles y abiertos* desde un punto de vista teórico, en general, son los psicoanalistas quienes reconocen que, en ocasiones, se encuentran realizando intervenciones que otros terapeutas podrían considerar como propias de otra orientación teórica.

La idea de “pureza” acerca de la perspectiva teórica ajena

En general, las respuestas se organizan en torno a un espectro que incluye desde un “no les creo” hasta un “yo creo que creen que sí”. Especialmente las mujeres, no creen que tal “pureza” sea sostenible en la práctica, en la medida en que la clínica plantea la necesidad permanente de ajustarse al “caso por caso”. Aún más, creen que el hecho de ceñirse *estrictamente* a un marco teórico, no haría más que afectar la capacidad de adaptarse a las necesidades propias del paciente a lo largo del tratamiento. Los hombres, por su parte, fundamentan sus opiniones poniendo el acento en cuestiones diferentes. Mientras que los cognitivistas señalan que “dentro del consultorio” hay muchos procesos comunes a todas las escuelas de psicoterapia y, por lo tanto, resulta difícil identificar algunas como privativas de una determinada escuela, sino que más bien, es necesario considerar que atraviesan a todas ellas; los psicoanalistas consideran que tal declaración de “pureza” de sus colegas, en realidad, se debe a cuestiones “políticas” o de adherencia a una determinada escuela y que, aún cuando se nieguen a reconocerlo públicamente, no lo cumplen en la práctica.

Las expectativas de los pacientes al demandar psicoterapia

Hay acuerdo general respecto de que los pacientes acuden a terapia por motivos muy diversos y en que es necesario contemplar el “caso por caso”. Señalan como motivos de consulta predominantes, la búsqueda de un cambio y de ayuda para encontrar alivio a su sufrimiento; y entre otros motivos de consulta incluyen: el deshacerse de un síntoma, trabajar aspectos de tipo “existencial”, entender qué es lo que les pasa y por qué les pasa y encontrar aprendizaje a partir de las experiencias vividas. En síntesis, los pacientes buscan cambios que le permitan mejorar su calidad de vida.

Análisis del discurso

Referencializaciones

Se observa que las mujeres de orientación cognitiva son, en general, quienes se muestran más renuentes a utilizarlas y que el resto de los terapeutas, si bien no rehúsan hacerlo, enfatizan permanentemente en la necesidad de contemplar el “caso por caso”.

Los sujetos de la acción

Las referencializaciones y los sujetos de la acción, habitualmente, se hallan superpuestos en el discurso. Así, se observa una conceptualización abstracta y no una personificación concreta con mención de actores específicos. De esta manera, las referencializaciones son tomadas como sujetos de la acción por el hablante. Por ejemplo: “La terapia es...”; “El análisis implica...”.

Como ejecutores de la acción, los más citados por los cognitivistas son: la relación o alianza terapéutica, el terapeuta y el paciente. Y por los psicoanalistas: la relación, el vínculo, el analista y el paciente o analizante.

En cuanto a los receptores de la acción, los más mencionados por los cognitivos son: cambio, malestar, trastorno, resultados, objetivos, sufrimiento y problemas. Mientras que los más nombrados por los terapeutas de orientación psicoanalítica son: transferencia, demanda, recursos, subjetividad, sufrimiento y padecimiento, entre otros.

Tipo de verbo y la posición del sujeto

Tanto en hombres como en mujeres, se observa un predominio de los *verbos de acción* al referirse al rol del terapeuta. Esto implica la concepción de una posición activa del sujeto, en lo que hace al desempeño de su rol. Los verbos más mencionados por los terapeutas cognitivos son: evaluar, entender, guiar, promover, ayudar, contener, motivar, conceptualizar y resolver. Y los más nombrados por los psicoanalistas son: entender, propiciar, investigar, abrir, ayudar, contener, aportar, analizar, facilitar, identificar, enseñar, promover.

En cuanto a las expectativas de los pacientes al demandar psicoterapia, se observan dos posiciones diferentes. Mientras que los hombres de orientación cognitiva utilizan *verbos de acción* siendo los predominantes: *buscar* alternativas, **encontrar** explicaciones y *hallar* soluciones; el resto de los terapeutas usan *verbos de estado* siendo los más nombrados: *sufrir* menos, no *padecer*, *desear* mejorar, *querer* cambiar, *sentirse* bien, *buscar* alivio, *encontrar* aprendizaje a partir de lo vivido, *deshacerse* de un síntoma.

Utilizar *verbos de estado* implica conceptualizar a los pacientes desde una posición más pasiva, que remite a una manera de permanecer o reaccionar ante una determinada situación, que aquella a la que hacen alusión los hombres cognitivistas, que al usar verbos de acción, remiten a la realización de una actividad por parte del paciente.

Respecto de los *verbos de declaración* se observa que son poco utilizados en general, y que los hombres psicoanalistas son quienes menos lo hacen.

Por último, existe unanimidad entre los terapeutas cognitivos en torno a la idea de que es necesaria una participación activa del paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico, en pos de alcanzar la eficacia del mismo. Sin embargo, desde la perspectiva psicoanalítica no se hace un especial hincapié en la toma de una posición activa por parte del paciente en el marco de la relación terapéutica. De hecho, sólo en un caso se hizo mención expresa a dicha cuestión, argumentando que fue el mismo Freud quien señaló que es el paciente, en el marco del análisis, quien tiene a su cargo la realización de un “trabajo psíquico”. En general, los psicoanalistas no lo manifiestan explícitamente, sino que más bien, señalan que es a partir de la instalación de la transferencia y la puesta en marcha del dispositivo mismo, que el sujeto accede a explorar su psiquismo y así, de la mano del terapeuta, hallar respuestas que le permitan sostener una posición diferente en la vida.

Reflexión final

El rol del terapeuta tiene alcances no sólo de índole individual, sino que también tiene repercusiones de tipo social, en tanto su ejercicio profesional implica una actividad de trascendencia cultural. Si la manera en que el terapeuta construye la representación acerca de su práctica modela la forma en que desempeña su rol, sustenta su labor y se constituye en el sostén de sus aspiraciones, poder acceder a conocer cuáles son los supuestos y constructos psicológicos de los que se vale al desempeñar su función, permite entender aquella representación que sostiene su profesión, en general y su clínica, en particular.

Los hablantes siempre enmarcan sus emisiones en un contexto argumentativo, es decir, sus exposiciones no son objetivas y desprovistas de imparcialidad, sino que por el contrario, constituyen una toma de posición respecto de aquello de lo que se habla. En este sentido, el terapeuta en su narración, no realiza una simple descripción objetiva de situaciones y de hechos, sino que al narrar(se) construye realidades. Así, la concepción que el profesional tiene acerca de su práctica implica una determinada manera de construir su conceptualización acerca del vínculo terapéutico, del paciente en función de dicho vínculo y finalmente, de cuál es su propio rol en el mismo.

Ahora bien, existe una brecha entre la manera en que se concibe la práctica y la forma en que finalmente se la aborda. Al respecto, cabe considerar la reflexión de una de las terapeutas entrevistadas: “una cosa es la teoría, otra cosa es la teoría de la práctica y otra cosa es la práctica”. En esta línea, Jerome Bruner (1991) señala que existe una supuesta discrepancia “entre lo que las personas *dicen* y lo que *hacen* de verdad”. Así, una psicología sensible a la cultura “está y debe estar” basada no sólo en lo que la gente *hace*, sino también en lo que *dicen* que hacen, e incluso, en lo que *dicen* que los llevó a hacer lo que hicieron. Aún más, en lo que *dicen* que han hecho los otros y por qué. Dice Bruner (1991, p. 31): “Y, por encima de todo, se ocupa de cómo *dice* la gente que es su mundo”. Así, en ocasiones, el discurso deja traslucir ciertos elementos desiderativos e idealizados que no se corresponden, finalmente, con la forma en que el profesional desempeña su trabajo. En este sentido, es necesario considerar que la manera en que el terapeuta construye su rol y el de su paciente, vehiculiza un discurso de poder. Un discurso basado en la posesión de un saber, que en última instancia, coloca en una posición de ventaja a aquél que lo porta.

En definitiva, lo que podríamos cuestionarnos es quién tiene el saber, porque será distinta la manera de “hacer psicología” si se considera que es el terapeuta o el paciente quién lo posee. Al respecto, el filósofo postestructuralista Michel Foucault señala que en una sociedad existen procedimientos de exclusión, de los cuales el más evidente y familiar es *lo prohibido*. Así, uno sabe que no tiene derecho a decirlo todo, que no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia y que cualquiera no puede hablar de cualquier cosa. Por más que en apariencia el discurso sea “poca cosa”, las prohibiciones que recaen sobre él muy pronto revelan su vinculación con el deseo y el poder. Dice Foucault (2008, p. 15):

“Y esto no tiene nada de extraño, pues el discurso –el psicoanálisis nos lo ha mostrado– no es simplemente lo que manifiesta (o encubre) el deseo; es también el objeto del deseo: pues –la historia no deja de enseñarnoslo– el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse.”

Vivien Burr (1999) señala que Foucault no ve al poder como algo que se posee, como algo que tienen algunos y que otros no tienen, sino como un efecto del discurso. Al respecto, dice la autora: “Ejercer poder es definir al mundo o a las personas de manera que nos permitan llevar a cabo lo que queremos”. Así, construir el mundo en términos de “sanos” y “enfermos” o “locos” y “cuerdos”, o entre quiénes “tienen el saber” y aquellos que “no lo tienen”, produce una desigualdad entre esos grupos y es allí, en última instancia, en donde se juega quién detenta el poder. Poder que ejerce un grupo sobre otro. En síntesis, el discurso está al servicio de quienes producen ese “conocimiento” particular que involucra el poder. Al respecto, dice Burr: “Para Foucault, el conocimiento es un poder que se tiene sobre los otros, poder para definir a otros (...) Poder es lo que se ejerce al hacer uso del discurso”.

Por su parte, van Dijk señala (2003, p. 116): “Quien controla el discurso público, controla indirectamente la mente (incluida la ideología) de las personas y, por lo tanto, también sus prácticas sociales”.

En relación al poder psiquiátrico, Michel Foucault afirma que se sostiene en un discurso médico basado en la dominación, en una tentativa de sojuzgamiento. Al respecto, señala: “¿Y en nombre de qué se justifica como poder? En nombre de la realidad misma” (2005, p. 202). Así, el otro, en cuanto centro de voluntad y foco de poder, tiene y siempre tendrá un poder superior al del loco. Dice Foucault (2005, p. 202):

“La realidad a la cual debe enfrentarse el enfermo, la realidad a la que su atención, apartada de la voluntad insurrecta, debe plegarse y por la cual debe ser sojuzgado, es ante todo el otro (...) El plus de poder está del otro lado: el otro es siempre dueño de cierta parte de poder acrecida con respecto a la del loco. Tal es el primer yugo de la realidad al cual es preciso someter al loco”.

El modo discursivo puede ser utilizado también, al servicio de sostener determinados fines institucionales. Y en este sentido, es interesante considerar que los discursos no constituyen “compartimientos estancos” viviendo en el interior de la mente de las personas, sujetos a la prescripción, orientación y ejecución de un individuo en particular, sino que constituyen prácticas discursivas que se retroalimentan, se interpelan y se interrogan entre sí, dando lugar a transformaciones que, a su vez, constituyen nuevas prácticas que sostienen reglas y relaciones que se construyen en el seno de los procesos sociales. De esta manera, los discursos mantienen y promueven ciertas relaciones sociales en lugar de otras, es decir, al hacerlo no sólo las explican sino que también, las construyen. En síntesis, hacen al poder del lenguaje como práctica instituyente y regulativa de “lo social”. Ahora bien, el estar inmerso en determinado contexto discursivo hace que uno sea más proclive a construir ciertas representaciones sociales en detrimento de otras. Los hablantes no hablan en un “vacío social”, sino que lo hacen en un “mundo discursivo” ya existente y con los cuáles se acuerda o se confronta. Y así, deja fuera de escena otras opciones “por inexistentes”. Al respecto, Moscovici (1993, p. 161) señala:

“Las representaciones sociales son constitutivas de vínculos y acciones comunes y pueden estar ligadas a los sistemas ideales o matrices dentro de los cuales se inscriben las instituciones colectivas. Es una teoría particular de formas colectivas de pensamientos y creencias producidos bajo las presiones de la sociedad. Sólo la sociedad puede inhibir opciones mentales haciendo las cosas impensables porque las prohíbe, o pensables con oprobio, de la misma forma como puede estimular la creatividad simbólica, a través de los rituales u otros medios”.

Por su parte, Denise Jodelet sostiene que las representaciones sociales circulan en los discursos, en las palabras, en los mensajes y están cristalizadas en las conductas. En este sentido, la autora mencio-

na que existe siempre la necesidad de saber a qué atenerse ante el mundo que nos rodea, ya que es necesario adaptarse, actuar en él, controlarlo física e intelectualmente y resolver los problemas que nos plantea. Es por este motivo que se construyen representaciones sociales. En la medida en que el mundo está constituido por objetos, personas, sucesos e ideas, no se está equipado únicamente de automatismos ni se está aislado en un medio eminentemente social, sino que se comparte con otros, es que se apoya en ellos para comprenderlo, afrontarlo y controlarlo. Dice Jodelet (1989, p. 25):

“Por eso decimos que las representaciones son sociales y por eso son tan importantes en la vida cotidiana. Ellas nos orientan en la manera de designar y definir conjuntamente los diferentes aspectos de nuestra realidad diaria, en la manera de interpretarlos, influir sobre ellos y, en caso contrario, tomar una posición ante ellos y defenderla.”

Esto es lo que ha dado lugar a las discusiones “entre escuelas”, que han signado la historia de las ciencias en general y de las cuales, la psicología en particular, no ha constituido la excepción a la regla. Discursos que aún hoy circulan, tanto dentro de los claustros académicos, como fuera de ellos. Al respecto, Burr (1999) señala que para Foucault, poder y resistencia son dos caras de una misma moneda. Así, el poder implícito en un discurso se pone de manifiesto por la resistencia implícita que genera en otro discurso. Aún más, dado que siempre hay varios discursos alrededor de un evento, y cada uno de ellos provee una visión alternativa, posibilitando a su vez diferentes cursos de acción, el discurso dominante está todo el tiempo sujeto a controversia. Es decir, todo el tiempo está siendo resistido.

En este sentido, es interesante contemplar que la resistencia es tanto externa como interna.

Así, lo que parecería constituir una innegable necesidad de encolumnarse tras grupos que brinden un marco de referencia, y acaso de protección, al mismo tiempo, convive con una necesidad de los miembros de diferenciarse, no sólo del resto de los grupos, sino incluso dentro del propio. Aún más, la pertenencia a un grupo puede comprenderse en términos del surgimiento de ciertos puntos de tensión u oposición, que reciben el nombre de *themata*.

Serge Moscovici introdujo la noción de *themata* para explicar el origen de las representaciones sociales. Dicho concepto proviene de la filosofía de la ciencia y refiere a ciertas antinomias básicas que recorren la historia del pensamiento científico, tales como los pares: continuidad/discontinuidad, complejidad/ simplicidad y necesario/contingente, entre otros. El autor los define como “arquetipos de razonamiento común o preconcepciones, establecidas durante un largo período de tiempo, esto es, tributarias de historias retóricas y creencias sociales que poseen el status de imágenes genéricas” (Moscovici y Vignaux, 1994/2001, p. 244).

En la misma línea, Seidmann y col. (2009) señalan que la *thematización* refiere a ciertas ideas-fuerza enraizadas en la historia colectiva y que constituyen procesos productores de representaciones sociales. En este contexto, se destaca el *themata nosotros/los otros*. Dicha *themata* se caracteriza por la definición de un *adentro/afuera* tal que, el *afuera* para *nosotros* implica el *adentro* para *los otros*, y viceversa. El *adentro* remite a un lugar común, de reconocimiento social, en el que cada uno conoce su sitio y también, el de los demás. Mientras que el *afuera* constituye “lo imprevisible”, en la medida en que es resignificado como todo aquello que no forma parte de las rutinas y de los hábitos del grupo al cual se pertenece.

Ahora bien, ¿qué es lo que lleva a dicha necesidad de encolumnarse detrás de ciertos lemas o propuestas? Tal vez, una respuesta implicaría considerar que probablemente, el grupo de pertenencia “hace las veces” de paraguas protector, actuando como escudo que mantiene al amparo de posibles intrusiones de los *otros* (al estilo “juntos somos más” o “juntos podemos contra/controlar el ajeno”) y colabora, al brindar una manera socialmente aceptada de redistribuir responsabilidades, en la medida en que se adhiere a una institución sostenida en un discurso científico de circulación social. De esta manera, el profesional encuentra que su práctica clínica se alimenta de supuestos teóricos que tienen una aceptación tal, que la hace apta para el ejercicio ético y responsable de la profesión. En este sentido, la adherencia institucional provee la asistencia a ateneos clínicos, conferencias y presentaciones de casos, que proporcionan un marco de referencia que brinda seguridad respecto del desempeño de la labor terapéutica. Incluso, en ocasiones, se invoca a la teoría y a sus supuestos teóricos para marcar “quién es que lo dice”. Así, el terapeuta deslinda la responsabilidad que le cabe en su discurso en pos de la atribución al marco al cual adhiere, que es en última instancia, el que lo sostiene. De esta manera, no es el profesional quién delimita una determinada cuestión, sino que es el marco teórico el que lo hace. En síntesis, esto hace que el profesional “se desentienda” de ser el portador de la idea, cuando en verdad, al decirlo se constituye en el portavoz que la sustenta. Esto es particularmente interesante respecto de aquellas cuestiones en las que el poder está en juego. El marco es quién determina el portador del saber, quedando relegado a un segundo plano, la adherencia a dicho supuesto. Esta cuestión, que está claramente marcada en el psicoanálisis, no lo es menos respecto del cognitivism. En este sentido, se puede observar que se describe

una relación simétrica, aún cuando los roles están diferenciados en base a la posesión de todo un bagaje de conocimientos técnicos y teóricos, que son los que marcan la diferencia entre paciente y terapeuta.

Sin embargo, esta pertenencia “no es” sin consecuencias. Así, cuánto más rígido y autoritario es un grupo, y cuánto más integrado está, más fuerte es el temor a la divergencia dentro de él. En este sentido, podríamos cuestionarnos cuál sería la reacción, dentro de un marco institucional, respecto de aquellos miembros que opten por alejarse de los lineamientos que hacen a los cimientos mismos de la institución. En fin, qué pasaría con aquéllos que opten por cuestionar o confrontar con “lo instituido” y el discurso reinante en el marco de la misma. ¿Serían disuadidos, serían apartados, se buscaría readaptarlos o se buscaría deslindar responsabilidades alegando que “tal profesional, ya no pertenece a dicha institución”?

En principio, podríamos ensayar una respuesta a dicho cuestionamiento y es la siguiente: el diferenciarse se vuelve amenazante, en la medida en que atenta contra la supervivencia del grupo. En definitiva, “se adhiere o no se adhiere” y así, toda divergencia respecto de dicho marco de referencia debe ser justificada en pos de “pertener”. Pues, en virtud de sostener los cimientos, es que bien vale atrincherarse. Aunque de cara a la clínica, las declaraciones queden, en ocasiones, desfasadas. Una cosa es la teoría y otra distinta es la práctica. Así, la teoría se erige en una guía que orienta y comanda la práctica, y es en virtud de esto, que se sostiene que se pueden hacer modificaciones y modelar el marco, en función de la necesidad de contemplar el “caso a caso”.

De esta manera, si bien sus miembros buscan diferenciarse, tal vez en un intento de mantener una imagen de independencia de sí mismos, o lo que sería quizá, una especie de “grito de libertad”, por otro lado, se invoca la propia flexibilidad en pos de justificar la vulneración de los mandatos teórico-institucionales, cuando las condiciones mismas de la práctica clínica torna inviable una adherencia ciega al marco teórico de referencia, y apremia la búsqueda de respuestas y soluciones a la disonancia que desencadena, tal desavenencia con los colegas.

Así, tanto en virtud del sostén de la clínica, como de brindar a los demás y aún, “de cara a *sí mismos*” una imagen positiva de su práctica, es que se terminan cuestionando los supuestos básicos que hacen al marco teórico de adherencia. En este sentido, Goffman (1994, p. 46) sostiene que toda actuación presenta un enfoque idealizado de la situación, en la medida en que constituye una manera de moldear y modificar la misma, con el objetivo de adecuarla a la comprensión y expectativas de aquéllos ante las cuales se presenta. Y en todo caso, podría agregarse, cumplir con las expectativas respecto de uno mismo. Así, la búsqueda de una imagen positiva de sí, no sólo implica el reconocimiento de los demás, en la medida en que se cumple con las expectativas ajenas, sino que también, y tal vez más importante aún, con las propias. En este sentido, Bruner (1991) sostiene que cuando el yo se narra, se justifica. En todo caso, podría cuestionarse al servicio de qué fines, se realiza la justificación. ¿Es por inseguridad, por culpa, por temor?, ¿a qué responde dicha necesidad? Tal vez, porque al justificarse el yo encuentra una manera de construir una imagen positiva de *sí mismo*, lo que redundaría en una mayor autoestima y reconocimiento personal. Pues, esto en definitiva es lo que contribuye a sostener la autoimagen que sostiene a la persona en general, y al profesional, en particular. El acreditarse como terapeuta “digno” de pertenecer a los círculos académicos y profesionales prestigiosos “no es” sin dicho reconocimiento.

En este sentido, Goffman (1994, p. 47) sostiene que generalmente, en las sociedades parece haber un sistema fundamental de estratificación y que “en la mayoría de las sociedades estratificadas existe una idealización de los estratos superiores y cierta aspiración a ascender hasta ellos”. Aún más, esto no sólo comprende el deseo de ocupar un lugar prestigioso, sino también, el de ocupar un lugar próximo “al sagrado centro de los valores corrientes de la sociedad”. Así, dice Goffman (1994, p. 48): “los esfuerzos por ascender y por no descender se expresan en términos de sacrificios realizados para mantener una fachada.” Entendido el término *fachada*, como la dotación expresiva empleada intencional o inconscientemente por el individuo, durante su actuación en sociedad. De esta manera, la fachada queda asociada al rol social. En este caso, al rol profesional.

Por su parte, Charles Cooley (1922, p. 352) señala:

“Si no tratáramos nunca de parecer algo mejor de lo que somos, ¿cómo podríamos mejorar o «formarnos desde afuera hacia adentro?» Y el mismo impulso para mostrar al mundo un aspecto mejor o idealizado de nosotros mismos encuentra una expresión organizada en las diferentes profesiones y clases, cada una de las cuales tiene hasta cierto punto una jerga o pose que la mayoría de sus miembros asumen inconscientemente pero que produce el efecto de una conspiración destinada a obrar sobre la credulidad del resto del mundo. Hay una jerga no sólo de teología y de filantropía, sino también de jurisprudencia, medicina, educación y hasta de ciencia – quizás en particular de ciencia, precisamente ahora, ya que cuanto más reconocido y admirado es un tipo particular de mérito, más probable es que sea asumido por los que no son dignos de él - .”

En este sentido, es interesante contemplar el papel del lenguaje utilizado por los grupos. Cada grupo de pertenencia contempla una jerga en particular que lo diferencia del resto. Así, los terapeutas lacanianos hablan en un lenguaje encriptado, al cual no es fácil acceder, a menos que el interlocutor maneje dicho lenguaje. Por su parte, los terapeutas freudianos utilizan un lenguaje diferente al de los lacanianos, aún enrolados todos ellos, bajo un mismo marco teórico, el psicoanálisis. Mientras tanto, los cognitivistas son tal vez quienes usan una jerga de tipo más coloquial, aunque no por ello, menos técnica. En definitiva, el lenguaje que utiliza cada escuela se constituye en un elemento más de diferenciación y, por lo tanto, de pertenencia.

Y es justamente, en pos de dicha pertenencia que el profesional buscará justificar “su desacato” a las normas institucionales, sustentándolo en la necesidad de dar lugar a una clínica más flexible, que contemple al paciente en su singularidad. Así, se trata de atender a las características propias de una práctica que apunta siempre al “caso por caso” y que en definitiva, hace a la dimensión ética de la profesión. En este sentido, el abogar por la necesidad de ajustar las herramientas técnicas a la particularidad del caso, implica una manera de consolidar a la psicología como una ciencia que no tiende a la homogeneización y (re)adaptación, en la búsqueda de un “ideal” desde el punto de vista social. Es decir, un “para todos igual”, sino que busca indagar allí, en lo más singular del paciente. Aún más, el profesional visualiza dicha flexibilidad invocando sus características personales.

Así, lo interesante radica en marcar que todos los profesionales entrevistados se construyen a sí mismos como *flexibles*, invocando sus características de personalidad, como artífices de dicha flexibilidad. La palabra los erige en independientes pero con un tinte “homogéneo”. En este sentido, expresiones tales como “Yo soy más flexible (que los demás)” o “en mi caso es diferente (del resto)”, permite mantenerse a la vanguardia de la profesión y sustentar una imagen positiva de *sí mismo*. Pues, bien lo justifica la práctica clínica y el invocar la necesidad de contemplar el “caso por caso”. Aún más, se formulan reflexiones acerca de la propia flexibilidad, en pos de justificar también, la necesidad de escapar a estandarizaciones propias de la idea de *pureza* teórica, en la medida en que *lo puro* es visto como homogeneizante, rígido y hasta estigmatizante, al mejor estilo: “vos sos” laciano/freudiano/beckiano, entre otros.

Sin embargo, resulta interesante destacar que existen ciertos elementos comunes a todos aquellos terapeutas que adhieren a un mismo marco teórico. Así, los psicoanalistas se muestran parapetados detrás de “fórmulas psicoanalíticas” tales como, la abstinencia, el trípode y la asimetría. Mientras que los cognitivistas, por su parte, parecen asumir una imagen idealizada de *sí mismos* y de su práctica, al narrarse como más flexibles que el resto de los terapeutas y en asumir que es además, el propio marco teórico al que adhieren, el que refuerza dicha flexibilidad. En todo caso, podríamos preguntarnos por sus alcances e implicancias.

¿Acaso dichas fórmulas e idealizaciones constituyen parte del arsenal identificador que los define como grupo, erigiéndose al mismo tiempo, en identificación y en defensa, en diferenciación y en pertenencia?

En síntesis, la adherencia de los miembros constituye, por un lado, un intento de sostener su pertenencia, en virtud de la necesidad de permanecer al amparo de un grupo de referencia y, por otro lado, una necesidad de diferenciarse, tanto de los otros grupos, como del grupo al cual se adhiere. Ahora bien, es interesante contemplar que todos los terapeutas entrevistados sostienen que son “más flexibles” que el resto de sus colegas. Así, el discurso discurre por dos caminos. Por un lado, se sostiene la pertenencia, tal vez, como un intento de encontrar un marco de protección y un lugar en el cual encontrar reconocimiento profesional y, por otro lado, diferenciarse en la búsqueda de una imagen positiva de *sí mismo*. Aún más, en este intento de sostener la pertenencia, muchas veces se incurre en contradicciones. Así, se apela a la consideración de que los supuestos teóricos “de partida” marcan un sentido pero que la práctica, muchas veces, bien vale “salirse del camino”. De esta manera, se vulneran mandatos institucionales en pos de mantener una postura flexible cuando las condiciones de la práctica clínica, vuelven insostenibles la rigidez propia de un programa, al estilo “igual para todos”. De esta manera, y en virtud de lograr diferenciarse, se apela a justificaciones que “hagan aceptable” dicha diferenciación. Sin embargo, al hacerlo todos dicen lo mismo; aún al enrolarse bajo marcos teóricos distintos. El lenguaje es distinto, el concepto es el mismo: “No a la *pureza* teórica, sí a la flexibilidad en pos de contemplar al ‘caso por caso’”. Pero en definitiva, ya sea por adhesión o por oposición, siempre se está hablando de *sí mismo*. Por un lado, deseo de pertenecer, por otro lado, deseo de diferencia(rse). Por un lado, asimilarse y por otro, independizarse. Así, en este intento de distinguirse de los demás colegas, en lo que hace a la producción profesional, se justifica cualquier divergencia teórica; siempre y cuando, no implique un apartamiento “por encima” del aceptable, aunque siempre deslindando responsabilidades en pos de defender la singularidad del caso.

Sin embargo, la adherencia es fuerte y desde esta perspectiva, el discurso se constituye en el sostén, tanto de la pertenencia como de la divergencia. En todo caso, lo que podríamos cuestionarnos es al servicio de qué intereses, es que dicho discurso circula socialmente.

Ahora bien, tal vez, el hecho de tener menos años de experiencia, el ser más joven y probablemente, más idealista, hace que la adherencia sea más firme y también, más ingenua, en el sentido de ser menos cuestionadora y más claramente “obediente” a los mandatos propuestos por el marco teórico de adherencia. En este sentido, la necesidad de encontrar un marco de referencia del cual “sostenerse” en la práctica clínica, resulta evidente sobre todo al comienzo del ejercicio de la profesión, pero va decreciendo posteriormente. De hecho, los terapeutas más experimentados son los que más claramente parecen desprenderse de los clisés de la psicoterapia. Indudablemente, con los años de experiencia, se gana en autoconfianza.

Pero en última instancia, lo importante al contemplar esta cuestión, reside en considerar que el pasaje mismo por la profesión, permite dar cuenta de que “tarde o temprano” los discursos son cuestionados. Aún más, son cuestionados no sólo por aquéllos que se “le oponen”, sino también, por aquéllos que “los sustentan”.

En este sentido, lo importante de considerar al discurso como una práctica social es que al hacerlo, se hace hincapié en su naturaleza constructiva. No son entendidos como discursos rígidos y estancos, sino que los significados están inmersos en un permanente proceso de reformulación. El discurso de hoy, no es igual al de ayer y tampoco será el mismo de mañana. Los discursos y las prácticas cambian. En todo caso, lo que podríamos preguntarnos es en qué medida, con qué velocidad y en qué sentido, lo hacen. Aún más, a esta altura bien podríamos cuestionarnos si nosotros nos servimos de los discursos o si acaso, son los discursos los que se sirven de nosotros. Si somos hablados por ellos, si hablan a través de nosotros. Al respecto sostengo que los discursos no tienen vida propia, no están por fuera de las prácticas que los sustentan, sino que están entramados en/con ellas. Considerar que “nos hablan” implicaría, a mi juicio, sustentar una hipótesis de tipo “animista” que no es sostenible desde una perspectiva psicológica. Pues, constituiría un tratamiento de los discursos como si fuesen “sujetos portadores de una subjetividad propia”.

Contemplar la potestad creadora del lenguaje implica aceptar además, que un viraje radical ha dado lugar a una nueva forma de “hacer psicología”. En la medida en que se acepta que desde una perspectiva discursiva/narrativa/lingüística, al hablar no sólo se comunican o se expresan ideas o representaciones acerca del mundo, de la realidad y del *sí mismo*, sino que al hablar, se construye aquello acerca de lo que se habla.

“Hacer psicología” desde una perspectiva tal que contemple al lenguaje en su poder creador, en su poder de productor de cambios y de generador de nuevas perspectivas, implica aceptar que es a través de la construcción de nuevos significados que se hace posible otorgar otro estatuto a la realidad y que es la generación de nuevos lazos al *sentido* lo que permite contemplar de manera renovada la propia vida.

En donde hay lenguaje, hay construcción. Y si hay construcción, entonces, hay posibilidad de reconstrucción. De esta manera, es valiéndose del lenguaje que el paciente podrá acceder a un nuevo posicionamiento subjetivo. Así, lo discursivo se erige en el artífice que abre a la posibilidad de lo inédito y en este marco, el terapeuta, en tanto renegociador de significados, es quién acompaña al paciente en la generación de nuevas perspectivas y nuevos espacios de realidad que le ayuden a mejorar su calidad de vida. Un paciente que se posiciona de manera diferente frente a su discurso, es un paciente que se posiciona distinto frente a su propia vida.

Los seres humanos se localizan en el lenguaje, en todo caso, el desafío consiste en encontrar la forma de reposicionarse, de reinstalarse en él. En este marco, el ejercicio del rol del terapeuta tiene mucho por aportar, en tanto el paciente acude a terapia con la esperanza de lograr sentirse mejor. Así, se asume que el *rol* del psicólogo parte de la premisa de que para salir de ese lugar en el que el sujeto ha quedado tomado, será preciso resignificar la experiencia, darle una nueva significación que posibilite una nueva forma de posicionarse frente a su discurso. En última instancia, de lo que se trata es de dar otra entidad a su vida, crear un espacio de realidad nuevo en el cual instalarse. En definitiva, será la construcción de “nuevo sentido” lo que posibilite que el paciente pueda encontrarse, si no más feliz, al menos más satisfecho con su vida.

En síntesis, en la medida en que el sujeto se narra a *sí mismo*, se construye. Esto significa que si el sujeto se narra de una manera diferente a la que lo hacía, construye una nueva perspectiva acerca de su historia y de su vida. Así, la narración pasa a ser contemplada desde una perspectiva relacional. Ya no es entendida como un conjunto de colecciones privadas y recolección de hechos objetivos captados en la memoria, sino que pasa a ser considerada una construcción abierta y en constante evolución, aunque condicionada por el marco socio-histórico y cultural en que se inserta, y que provee el *repertorio* de metáforas, vocabulario, representaciones sociales y sistemas categoriales a partir de los cuales, el sujeto organiza su experiencia. Es decir, las palabras, siempre contextualizadas en un tiempo y un espacio determinados, son portadoras de una determinada cosmovisión del mundo y del *sí mismo*, propios de la comunidad a la que pertenece dicho sujeto. De esta manera, el ser humano ya no es conceptualizado

desde una perspectiva solipsista e intrapsíquica, creado en un “vacío cultural”, sino que se lo entiende como “construido socialmente”. En la misma línea, Adriana Rubistein (2001, p. 73) señala que “la subjetividad humana no puede entenderse por fuera de las condiciones de la cultura y el lazo social”. Así, lo intrapsíquico resulta indisociable de lo interpersonal.

Para Lev Vygotsky, la mente es producto de las relaciones sociales con los demás. Al respecto, en el año 1934 señala en su obra “Pensamiento y lenguaje”: “En nuestra concepción la verdadera dirección del desarrollo del pensamiento no va del individual al socializado, sino del social al individual” (1964, p. 35).

El lenguaje es primero social, luego egocéntrico y más adelante, interiorizado y su función primaria es la comunicación, el intercambio social. En este marco, la egocéntrica es una etapa de transición en la evolución que va del lenguaje verbal al interiorizado. El lenguaje egocéntrico, que es el que se observa cuando un niño habla sin tener aparentemente destinatario para sus palabras, cumple también una función social de comunicación y es precisamente este tipo de lenguaje, el que al ser incorporado, interiorizado, da lugar al nacimiento del lenguaje interior, del diálogo consigo mismo. En síntesis, da lugar al surgimiento del pensamiento.

Ahora bien, la estructura del lenguaje no refleja simplemente la del pensamiento. El pensamiento sufre cambios al convertirse en lenguaje. No se trata de una mera expresión, sino que es a través de él, que halla su realidad y su forma. Dice Vygotsky (1964, p. 139):

“La relación entre pensamiento y palabra no es un hecho, sino un proceso, un continuo ir y venir del pensamiento a la palabra y de la palabra al pensamiento (...) El pensamiento no se expresa simplemente en palabras, sino que existe a través de ellas.

En resumen, el desarrollo del pensamiento está determinado por el lenguaje, es decir, por las herramientas lingüísticas del pensamiento y la experiencia cultural del sujeto. De esta manera, el autor concluye que las relaciones entre el pensamiento y el lenguaje, constituyen un problema central de la psicología, en general y de la psicología social, en especial.

Por su parte, Wittgenstein afirma que el pensamiento está constituido por proposiciones con *sentido* (lógico) y el conjunto de dichas proposiciones constituyen el lenguaje. Así, aquello que queda por fuera del lenguaje no puede ser pensado y, por lo tanto, tampoco puede ser dicho. Al respecto, en el año 1921, señala en el prólogo de su *Tractatus Logico-Philosophicus* (2000, p. 11):

“Cabría acaso resumir el sentido entero del libro en las palabras: lo que siquiera puede ser dicho, puede ser dicho claramente; y de lo que no se puede hablar hay que callar. El libro quiere, pues, trazar un límite al pensar o, más bien, no al pensar, sino a la expresión de los pensamientos: porque para trazar un límite al pensar tendríamos que poder pensar ambos lados de este límite (tendríamos, en suma, que poder pensar lo que no resulta pensable).

Así pues, el límite sólo podrá ser trazado en el lenguaje, y lo que reside más allá del límite será simplemente absurdo.”

Así, desde la perspectiva wittgenstiana no hay nada por fuera del lenguaje. Pues, el lenguaje construye al mundo/*sí mismo*. Dice Wittgenstein (2000, p. 143):

“Los límites de *mi lenguaje* significan los límites de mi mundo. (...) Lo que no podemos pensar no lo podemos pensar; así pues, tampoco podemos decir lo que no podemos pensar. (...) Que el mundo es *mi mundo* se muestra en que los límites *del lenguaje* (del lenguaje que sólo yo entiendo) significan los límites de *mi mundo*. El mundo y la vida son una y la misma cosa. Yo soy mi mundo”.

Por último, para la psicología narrativa no existe una recapitulación objetiva y secuencial de hechos, sino que al narrar(se) el yo se va modelando, va construyendo su identidad, va dando lugar al surgimiento del *self*. Desde esta perspectiva, lo importante es considerar la experiencia, *tal y cómo* es vivenciada por el sujeto, más que tomar en cuenta la veracidad de lo narrado. En la misma línea, la psicología social enfatiza la forma en que el sujeto se narra a sí mismo y no “lo real o verdadero” de sus dichos. Así, si la memoria atesora situaciones traumáticas, será el lenguaje quién contribuya aportando las palabras que hagan falta para tramitarlas. En síntesis, en este marco, el papel del psicólogo será el de facilitar los medios a través de los cuales el paciente pueda acceder a re-narrar(se). Esto posibilitará al sujeto reordenar su experiencia, produciendo una fractura en “las coordenadas argumentativas” que lo sostenían hasta el momento. En la medida en que el lenguaje y el discurso construyen la realidad y aún más, construyen subjetividad, es que se hace factible pensar en servirse del discurso con un objetivo que tenga como fin último, el construir(se) una vida mejor. En definitiva, la posibilidad de aprehender desde una nueva perspectiva el sentido de la vida.

A través de la relación terapeuta-paciente se buscan modos de tramitación, con el objetivo de dar una entidad diferente a la realidad del paciente. Esto, en virtud de que es a raíz de su particular posicionamiento en el mundo, que el paciente vive su vida cotidiana y se maneja en el mundo social. El ser humano es un ser social y como tal, se encuentra atravesado por la cultura, aquella en la cual se ha socializado y a la cual pertenece. Está enraizado en un mundo de significaciones, compartido por todos aquellos sujetos que forman parte de su misma comunidad. Ahora bien, cada uno de dichos individuos ancla en su singularidad y de un modo particular, esos alcances sociales. Es a partir de dichos anclajes culturales, de su internalización, que reconocemos la subjetividad entendida en su doble versión, tanto en lo que hace a sus aspectos intrasubjetivos como a sus aspectos intersubjetivos.

Un elemento fundamental acerca de la forma en que la psicología está entretejida en las prácticas discursivas, lo constituye lo que Jonathan Potter (2008) llama: “la construcción de *sitios de responsabilidad*”. Al respecto, señala que el énfasis que recae sobre el carácter de “lo responsable” trabaja en dos niveles simultáneamente. Mientras que en un primer nivel, existe la construcción de agencia y responsabilidad del hablante respecto de los eventos reportados, (quién debe ser culpado y de qué) en un segundo nivel, existe la construcción por parte del hablante acerca de su propia agencia y responsabilidad en dichos eventos. Edwards y Potter (1992) sostienen que muchas veces estos dos niveles están estrechamente relacionados, incluso a tal punto que los hablantes pueden construir su propia responsabilidad, a través de la construcción de la responsabilidad de los otros implicados y viceversa. Este asunto constituye un elemento de vital importancia respecto de la relación terapeuta-paciente, toda vez que remite a las posibilidades que presenta este último para verse implicado en lo que le pasa, en la toma de una posición en su discurso que pueda dar cuenta acerca de una implicación subjetiva del hablante. En este sentido, el hecho de poder tomar las riendas de su discurso es tomar las riendas de su propia vida.

En el año 2008, Seidmann dirigió una investigación, en el marco de la Universidad de Buenos Aires, sobre la representación social de la crisis utilizando como puente para realizar dicha investigación, las representaciones sociales. El método utilizado fue el *análisis del discurso*. Básicamente se trató de un estudio realizado con una muestra de 203 participantes, todos jóvenes de entre 20 y 30 años, de ambos sexos, con el objetivo de determinar la definición de crisis que realizan los participantes, según su género y nivel educativo. Para esto, el estudio se centró en los verbos utilizados, la posición del sujeto en el verbo y la responsabilización del hablante respecto de sus propios dichos.

La autora plantea que el estudio de las acciones y verbos que utilizan los sujetos al hablar, dan cuenta del aspecto constitutivo de las representaciones sociales en el discurso social; en la misma línea, van Dijk (1999) señala: “Cuando tomo por muestra el habla de una persona, inscribo a dicha persona dentro de un grupo social”.

Los resultados obtenidos permitieron arribar a la conclusión de que la forma en que se habla, pone en evidencia el proceso de anclaje de las representaciones sociales, ubicando quién es uno mismo, tanto individual como socialmente. Así, las mujeres con bajo nivel educativo dan cuenta a través del *uso* que hacen del lenguaje, de su doble condición de oprimidas: por género y por nivel educativo. Se narran a sí mismas como víctimas y cadenciadas, denotando una posición de objeto, sobre todo “de cara” a *sí mismas*. Esto no sucede en el caso de las mujeres con educación superior. Seidmann y col. (2008) señalan: “De este modo, el nivel educativo parece servir como un recurso para evitar el lugar de objeto que se le asigna a la mujer tradicionalmente en la sociedad”. Por otra parte, los hombres también se narran a *sí mismos* de acuerdo a su *estereotipo* de género pero en un sentido diferente. En este caso, se evidencia la necesidad de cumplir con las demandas y mandatos sociales, aún teniendo que soportar dificultades en pos de encontrar soluciones.

Dicha investigación nos lleva a reflexionar acerca de la forma en que las personas se posicionan frente a la vida, frente al mundo, frente a los demás y frente a *sí mismos*. Si a través del lenguaje “se hacen cosas”, entonces todo aquello que “se haga” estará en relación directa con la forma en que el sujeto se narra y se construye a *sí mismo*. Así, “se hará” inteligente, lindo y talentoso, o “se hará” inútil, feo e inservible. A su vez y en congruencia con la autoimagen construida, será las decisiones que tome y las oportunidades que el sujeto, esté dispuesto a asumir. En este sentido, aquella persona que cuente con una baja autoestima, será menos propensa a tomar desafíos en la vida y tenderá a asumir un rol más pasivo, que aquélla que cuente con una autoestima más elevada. Frases tales como “mejor malo conocido que bueno por conocer” o “si total, todo da igual”, serán las que acompañen una posición menos proactiva y más afín al estancamiento, mientras que frases del estilo “es una oportunidad que no puedo dejar pasar” o “hay oportunidades de ascenso”, denotan lo contrario.

Resulta interesante destacar un aspecto que hace a la ética de la profesión y que consiste, tal como se ha puntualizado anteriormente, en que el discurso construye “entidades y espacios de realidad”. Uno de “esos lugares” posibles es el de la idealización. El hecho de que el profesional quede localizado en

una posición de *objeto idealizado* por el paciente, es perjudicial para ambos en la medida en que mina la relación terapéutica, al sostener un vínculo de dependencia que es justamente, lo contrario a lo que se busca. Ahora bien, es tarea y, por lo tanto, responsabilidad del terapeuta “correrse” de ese lugar en que fue ubicado por el paciente.

En todo caso, lo interesante reside en comprender que el *rol* del terapeuta será el de aumentar el agenciamiento, el sentimiento de valía personal y la autonomía. Que el paciente pueda tomar el control acerca de las circunstancias que lo aquejan, que pueda responsabilizarse respecto de su propia vida, implicarse subjetivamente en su situación vital y poder “hacer asequible” el lugar en que quedó instalado, con el propósito de tomar una decisión acerca de qué hacer frente a lo que le pasa. En fin, todas estas son tareas prioritarias a emprender por el profesional de la psicología, en la medida en que hacen a la dimensión ética de su profesión.

Referencias bibliográficas

- Austin, J. L. (1998). *Cómo hacer cosas con palabras* (1era. ed. 1962). Barcelona: Paidós.
- Berger, P. y Luckmann, T. (2006). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Blanco, L., Delgado, O., Goldenberg, M. y Ons, S. (2001). *Lecturas de lo nuevo. Una investigación sobre la época y la pulsión*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Bruner, J. (1988). *Realidad mental y mundos posibles* (1era. ed. 1990). Barcelona: Gedisa Editorial.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Burr, V. (1999). *An Introduction to Social Constructionism* [Una introducción al construccionismo social]. Reino Unido: Routledge. “(traducción: Lic. Alejandro Bianchi)”
- Cooley, C. H. (1922). *Human Nature and the Social Order*. New York: Scribner’s. “(traducción personal)”
- Díaz, F. (2001). *Sociologías de la situación*. Madrid: La Piqueta.
- Dilts, R. (2008). *El poder de la palabra*. Buenos Aires: Urano.
- Edwards, D. y Potter, J. (1992). *Discursive Psychology* [Psicología discursiva]. London: Sage.
- Fernández-Álvarez, H. (1997). *Desarrollos en Psicoterapia*. Buenos Aires: Belgrano.
- Foucault, M. (1978). *La arqueología del saber* (1era. ed. 1969). Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1984). *Las palabras y las cosas* (1era. ed. 1966). Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008). *El orden del discurso* (4a. ed.). Buenos Aires: Fábula Tusquets Editores.
- Frank, J. D. (1977). *Salud y persuasión* (1era. ed. 1961). Buenos Aires: Troquel.
- Fundación Aiglé. (Investigación no publicada). *Estilo personal del terapeuta*. Obtenida el 08 de octubre de 2009 en <http://www.aigle.org.ar/>
- Galarce, E. (2003). *Las tesinas de Belgrano. Psicología Narrativa. Una revisión de sus aspectos teóricos y sus alcances terapéuticos* [versión electrónica]. Tesina de grado. Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina. Obtenido el 30 de mayo de 2009 en http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/85_galarce.pdf
- Garay, A., Iñiguez, L., y Martínez, L.M. (2003). *La perspectiva discursiva en Psicología Social* [versión electrónica]. Obtenido el 30 de mayo de 2009 en <http://antalya.uab.es/liniguez/Materiales/perspectiva%20discursiva.pdf>
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology* [Estudios en etnometodología]. New York: Prentice Hall.
- Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximación a la construcción social* (1era. ed. 1994). Barcelona: Paidós.
- Goffman, E. (1994). *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (1era. ed. 1959). Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Grice, H. P. (1991). *Lógica y conversación* (1era. ed. 1975). En L. M. Valdés (ed.) *La búsqueda del significado*. Madrid: Tecnos y Universidad de Murcia.
- Iñiguez, L. y Antaki, C. (1994). El análisis del discurso en psicología social. *Boletín de Psicología*, Nro. 44.
- Iñiguez Rueda, L., Antaki, C., Díaz Martínez, F., Edwards, D., Ibáñez Gracia, T., Martín Rojo, L. (2003). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. UOC: Barcelona.
- Jodelet, D. (1989). *Representaciones sociales*. París: PUF. "(traducción de Páez, D. y San Juan, C.)"
- Levinson, S. C. (1989). *Pragmática* (1era. ed. 1983). Barcelona: Teide.
- Maingueneau, D. (1999). *Términos clave del análisis del discurso*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Martín Rojo, L. y Whittaker, R. (1998). *Poder-decir o el poder de los discursos*. Madrid: Arrecife.
- Montero, M. (2001). *Curso de doctorado: Producción y Análisis de Datos Cualitativos, Técnica de Grupos Focales*. Marzo de 2001. FOMEC, Secretaría de Posgrado, Fac. de Psicología (UBA).
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social Representations [El fenómeno de las representaciones sociales]. En R. Farr y S. Moscovici (Eds.) *Social Representations [Representaciones sociales]*. Cambridge: CUP.
- Moscovici, S. (1993). *Introductory Address to the International Conference on Social Representations*. En: *Papers on Social Representations* [versión electrónica]. Peer Reviewed Online Journal, Volume 2. Obtenido el 03 de mayo de 2010 en http://www.psr.jku.at/PSR1993/2_1993Mosco.pdf "(traducción personal)"
- Moscovici, S. y Vignaux, G. (1994/2001). The concept of Themata [El concepto de themata]. En S. Moscovici, *Explorations in Social Psychology [Exploraciones en psicología social]*. Washington Square: New York University Press. "(traducción personal)"
- Narvaja de Arnoux, E. (2006). *Análisis del discurso*. Buenos Aires: Santiago Arcos Editor.
- Orellana, O. M., García, L. A., Alvites, J. R., Salazar, M. C., Sotelo, L. L., Sotelo, N. L., Malaver, C. S., Yanac, E. R., Chávez, H. C., Orellana, D. G. y Rivera, J. M. (2008). *Representaciones sociales sobre el psicólogo en profesores de la educación básica pública y privada de Lima (Costa) y Provincias (Sierra y Selva)* [versión electrónica]. *Revista de Investigación en Psicología*, 11(2), 41-54. Obtenido el 08 de octubre de 2009 en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rip/v11n2/a04v11n2.pdf>
- Potter, J. (2008). Hacer que la psicología sea relevante [versión electrónica]. En *Discurso y Sociedad*. Obtenido el 30 de mayo de 2009 en <http://www.dissoc.org/ediciones/v02n01/DS2%281%29Potter.pdf>
- Potter, J. y Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology. Beyond Attitudes and Behaviour* [Discurso y psicología social. Más allá de las actitudes y el comportamiento]. London: Sage. "(traducción personal)"
- Saussure, F. (1945). *Curso de lingüística general* (1era. ed. 1915). Buenos Aires: Losada.
- Seidmann, S., Bail, V., Azzollini, S., Thomé, S., Di Iorio, J., Vidal, V. (2008). *Cómo hablamos cuando hablamos de crisis*. XV Jornadas de Investigación y 4to. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA. Proyecto Ubacyt P047. Buenos Aires, Argentina.
- Seidmann, S., Azzollini, S., Thomé, S. y Di Iorio, J. (2009). *Espacio y tiempo: Dimensiones estructurantes de la representación social de la vida cotidiana*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación, Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA. Proyecto Ubacyt P051. Buenos Aires, Argentina.
- Schiffrin, D. (1994). *Approaches to Discourse [Aproximaciones al discurso]*. Oxford: Blackwell.
- Shotter, J. y Gergen, K. (1988). *Texts of identity [Textos sobre la identidad]*. London: Sage.
- Smith, J. A., Harré R. y Van Langenhove L. (1995). *Rethinking Psychology [Repensando la psicología]*. Londres: SAGE Publications. "(traducción personal)"
- Stubbs, A. (1987). *Análisis del discurso* (1era. ed. 1983). Madrid: Alianza Editorial.
- Torres López, T. M., Maheda Guzmán M. E. y Aranda Beltrán C. (2004, Abril-Junio). *Representaciones sociales sobre el psicólogo: investigación cualitativa en el ámbito de la formación de profesionales de la salud* [versión electrónica]. *Revista de Educación y Desarrollo*, 2. Obtenido el 08 de octubre de 2009 en http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/2/002_Torres.pdf

Van Dijk, T. A. (1999). *El análisis crítico del discurso*. Barcelona: Anthropos.

Van Dijk, T. A. (2003). *Ideología y discurso*. Barcelona: Ariel Lingüística.

Vygotsky, L. S. (1964). *Pensamiento y Lenguaje* (1era. ed. 1934). Buenos Aires: Lautaro.

Wetherell, M. y Potter, J. (1996). El análisis del discurso y la identificación de los Repertorios interpretativos. En A. Gordo y J. Linaza (Eds.) *Psicologías, discursos y poder*. Madrid: Visor.

Winkler, M. I. y Reyes, M. I. (2006). *Representaciones sociales de psicólogos chilenos acerca del ejercicio profesional ético* [versión electrónica]. *Fundamentos en humanidades*, 7(I-II), 63-89. Obtenido el 08 de octubre de 2009 en <http://scholar.google.com.ar/scholar?start=10&q=representaci%C3%B3n+social+acerca+del+rol+del+psic%C3%B3logo&hl=es>

Wittgenstein, L. (2000). *Tractatus Logico-Philosophicus* [Tratado lógico-filosófico] (1era. ed. 1921). Barcelona: Alianza Editorial. "(versión e introducción de Jacobo Muñoz e Isidoro Reguera)"

ANEXOS

Anexo a. Entrevistas a cognitivistas. Mujeres.

Anexo 1: C. - Experiencia: treinta (30) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

Bueno, yo trabajo básicamente con los desarrollos de Héctor Fernández-Álvarez. Es un modelo integrativo de base cognitivo-social.

- o ¿Usted considera que los terapeutas, en lo que hace a su trabajo diario, cotidiano, adhieren al modelo al cuál adscriben?

Yo creo que una cosa es la teoría, otra cosa es la teoría de la práctica y otra cosa es la práctica. Me parece que hay relaciones y puentes pero no son tan rígidos ni unívocos. Me parece que los terapeutas no nos ceñimos muchas veces, solamente a programas terapéuticos donde está todo pautado, por algo se llama *el arte de la psicoterapia*. Uno puede seguir un patrón, una guía pero eso no quiere decir que no pueda implementar otros recursos. Bueno, de hecho, el modelo que yo utilizo es un modelo que me permite implementar otros recursos, no es un modelo que me circunscriba a decirme qué debo hacer en cada uno de los pasos.

- o ¿Y de qué depende esos “ajustes” al modelo?

Me parece que tiene que ver con el paciente, con el terapeuta y con la relación entre paciente y terapeuta. Me parece que intervienen los tres factores. Una cosa es lo que trae el paciente o lo que es el paciente, otra cosa es lo que es o lo que trae el terapeuta y otra cosa es la particular relación que se establece entre dos personas. En relación a cómo se va jugando la relación es que uno va apelando, a los diferentes recursos terapéuticos que va teniendo.

- o Desde su perspectiva, ¿cómo describiría a la relación terapeuta-paciente?

A mí me parece que es una relación donde está absolutamente imbricado lo que es característico del vínculo de dos personas pero donde el objetivo que tienen en común tiene un peso relevante. Me parece que son dos personas que están unidas y vinculadas para lograr un objetivo determinado, que es el bienestar del paciente. Y me parece que eso tiene que ser parte del vector de una relación.

- o Como un equipo...

Si por equipo entendemos no solamente el objetivo, sino la trama vincular que se establece entre ellos, es como un equipo. Es decir, son los resultados pero en una trama determinada.

- o El proceso...

El proceso, exactamente.

- o ¿Qué es en general lo que viene a buscar un paciente a terapia y qué es lo que el terapeuta pone en juego en dicha relación? Por ejemplo, ayudarlo, contenerlo...

Me parece que todos los pacientes vienen a buscar cosas muy diferentes y me parece que parte del arte de la psicoterapia consiste en develar exactamente qué es lo que busca cada uno. Yo podría ponérselo en términos muy genéricos si te dijera que todos los pacientes vienen a buscar el bienestar, mejor calidad de vida pero *off the record*, tampoco estoy segura si todos los pacientes vienen a buscar eso. En última instancia, sí, toda persona busca estar mejor pero creo que parte de la habilidad terapéutica consiste en entender qué es lo que busca cada paciente y evaluar qué recursos es necesario movilizar para que cada paciente logre eso.

Salvo honrosas excepciones, creo que los pacientes, de alguna manera, buscan cierto grado de cambio, buscan cambiar algo que puede ser muy chiquitito o muy grande. O sea, puede ser cambiar una conducta mínima o cambiar modos de ser. O un síntoma o en el otro extremo, una forma de vida.

- o Y para que funcione la terapia, ¿qué debería hacer el terapeuta independientemente de la técnica?

Me parece que el terapeuta lo que tiene que hacer es entender qué es lo que le pasa al paciente y ajustar sus intervenciones a que haya la máxima correspondencia entre lo que espera el paciente y lo que uno va a hacer. Hay veces en que los pacientes vienen porque quieren dejar de tener un síntoma porque ellos

evalúan que si dejan de tener ese síntoma, van a vivir bien. Hay veces en que eso es bueno, dejan de tener ansiedad y viven mejor. Hay veces que el hecho de que ellos puedan vivir mejor, no depende de que ellos tengan o no tengan ese síntoma. Es más profundo, no saben cómo decirlo pero, en realidad, buscan otra cosa. El tema es ajustar el proceso terapéutico que es mucho más que las técnicas, el proceso terapéutico incluye la relación terapéutica... no es una técnica aislada, es todo un proceso, por algo se hace una cosa, después la otra...

- o Y desde el paciente, ¿qué es lo que se pone en juego en relación al terapeuta? La confianza, por ejemplo...

Si el paciente no tiene un rol activo y se va haciendo agente de su propio proceso, la confianza que ponga en el terapeuta por sí sola, no va a alcanzar. La confianza es una condición necesaria pero no suficiente, no sé qué es más base, que el paciente tenga confianza o que se involucre porque si no se involucra... también puede tener confianza en un sacerdote, en un amigo... seguro que sin confianza no podemos hablar pero es como si te dijera, sin que el paciente llegue no podemos hablar. También te diría que la confianza es algo que se va ganando, o sea, hay personas que pueden ser muy desconfiadas cuando inician el proceso porque han tenido experiencias anteriores negativas, porque no creen en la psicoterapia, porque llegan porque es el último recurso... o sea, sí tienen que tener una lucanita porque si no tienen nada, nada, nada, no estarían. Los que no tienen nada no llegan pero con los que llegan tiene que ver con construir el vínculo y parte de eso, es construir la confianza. La confianza es una parte del vínculo y además, en la medida en que se van consiguiendo resultados, la confianza va aumentando. O sea, no es que la confianza es el punto de partida... también es algo que se va alimentando de los resultados que los pacientes van teniendo. Además, no es que si no hay confianza entonces tampoco hay resultados. Yo pienso que es un error pensar eso porque es como si no le diéramos ningún valor a las intervenciones que hacemos. Por ejemplo, recién hablaba de una paciente que ya pasó por tantos tratamientos que está perdiendo la confianza...

- o ¿Cómo se hace para construir ese vínculo?

Y bueno, primero que la paciente se pueda sentir cómoda. Esto en relación a un lenguaje... hacer que se sienta comprendida. Dije comprendida, no escuchada... más bien ahí me parecía bueno que ella escuchara lo que yo pensaba que tenía ella. Para lograr mayor confianza, lo que le dije es que, lo que iba a hacer con ella es justamente, compartir mi modo de pensar el tratamiento con ella. Todo lo contrario de escuchar. Hice algo diferente... yo creo que los pacientes no siempre buscan contención y comprensión, sino que alguien les pueda ayudar a resolver sus problemas. Me parece que hay pacientes que necesitan sentirse comprendidos y sostenidos y hay otros que necesitan creer en que uno tiene las herramientas para ayudarlos, que uno entiende lo que les pasa y que tiene herramientas para ayudarlos. Hay que ir un paso más... hay que ayudar al paciente a que sienta que uno tiene un bagaje de conocimientos, de herramientas, de investigación, de cuestiones que lo van a ayudar. Yo lo que necesito es que el paciente se sienta mejor... no basta con la comprensión, no digo que no hay que comprender nada, de hecho le explico pero le explico a otro nivel.

- o ¿Se relacionan los estilos del terapeuta y el marco teórico al que adscribe? Si es así, ¿en qué sentido?

Bueno, desde la Fundación Aiglé, nosotros trabajamos con el E.P.T., el estilo personal del terapeuta. Ese es el instrumento. Si bien no trabajo en el área de investigación, estoy imbuida en esto. Yo creo que el estilo de uno, en parte, hace a lo que es uno como terapeuta. Y me parece que habría que estudiar cuál es la relación entre el marco al que se adscribe y el estilo de uno. No me imagino terapeutas muy introvertidos que adscriban a marcos muy experienciales, por ejemplo. Yo tiendo a pensar que el estilo de uno tiene que ver con el marco que uno elige y, a su vez, el marco que uno elige también va incidiendo en el estilo de uno. Me parece que es el estilo de uno y uno puede ser más o menos flexible con los diferentes pacientes pero dentro de un estilo. Si uno tiene una tendencia a ser instructivo, con algunos pacientes tenderá a ser más instructivo y con otros, será menos instructivo, dependerá de muchas cosas pero sería raro que ese indicador no figure, por ejemplo. Me parece que hay algo que se mantiene de uno a lo largo de los tratamientos y que uno podría reconocer el estilo de un terapeuta, no sé si a lo largo de toda la vida pero por periodos, por lo menos... está muy ligado a la personalidad de uno. Es como un pintor, va pasando por distintas épocas pero el estilo se mantiene o que los cambios que hay sobre ese estilo son tan particulares como los cambios de la personalidad. Me parece que el estilo es lo que más tiene que ver con la personalidad de cada uno.

- o Y a lo largo de su carrera, ¿fue cambiando su perspectiva acerca de la relación entre el terapeuta y el paciente? Si es así, ¿cómo, en qué sentido?

Hace veinticinco años atrás te hubiese dicho cosas relacionadas con el psicoanálisis... hace veinticinco años atrás, la formación era básicamente psicoanalítica. La terapia cognitiva había empezado hacía unos diez años. Te hubiese dicho cuestiones más ligadas a la relación terapéutica en términos de transferencia y contratransferencia, por ejemplo.

- o ¿Considera que su perspectiva es pura?

Lo que pasa es que como nosotros trabajamos con un modelo de base cognitiva pero de integración, es muy flexible. Más que pura, me parece que tiene que ver con si uno es más o es menos flexible. Yo, por ejemplo, soy más flexible.

- o En lo que hace a la relación terapeuta-paciente, ¿qué es más importante la formación o la experiencia?

La formación te ayuda a tener una mejor regulación de la relación. O sea, en la medida en que vos tenés más en claro, qué tenés que hacer, qué no hacer y te permitís más el repensar acerca de lo que hacés, me parece que la formación te va ayudando. No quiero caer en esas cosas ridículas del "todo depende" pero la verdad es que yo pienso que "todo depende" porque yo pienso que un terapeuta joven, a veces, le pone tanta "polenta" a lo que hace, que eso hace el diferencial con un terapeuta de experiencia porque, a veces, la experiencia, si bien te permite tamizar algunas cuestiones, también te involucra menos... es más difícil sostener esa llama inicial. Yo creo que lo que pasa es que los terapeutas que tratamos de mantener una formación continua, a lo largo del tiempo, somos terapeutas que tratamos de reactivar esa llama permanentemente. O sea, la experiencia sola te puede hacer fijar ciertos errores. Que alguien tenga muchos años de experiencia dice un poco porque es difícil que se equivoque groseramente pero si tiene un sesgo y no se va formando, va a seguir repitiéndolo a lo largo de los años, esto es así...

- o Claudia, ¿hay algo que yo no haya preguntado y que le parece que sería importante decirme en relación a todo esto que estuvimos hablando?

No, nada. No sé si fui lo suficientemente clara...

Anexo 2: E.1. - Experiencia: veinticinco (25) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

(Exclama sonriendo) Me río porque, en realidad, muchos años de profesión los desarrollé dentro de la línea psicoanalítica pero después, estudié mucho terapia cognitiva y a partir de ahí, empecé a hacer un cambio importante dentro de mi trabajo y hoy en día, tengo una línea a partir de la propuesta de Beck, de lo que es una relación terapéutica, tal vez... Pero bueno, no desconozco que es una mezcla personal de todo eso que fui aprendiendo y que se basaba, digamos, sobre todo en una línea bien freudiana, que fue mi primer aprendizaje.

- o ¿Por qué motivo cambió su marco teórico de referencia?

Creo que fundamentalmente, fue a partir de mi trabajo como terapeuta. Sobre todo, tuve un par de pacientes deprimidas con las cuales no me fue demasiado bien, en un momento y creo que eso me hizo buscar otros horizontes desde donde trabajar. No me gustaba también, el que muchas veces, de alguna manera, yo tenía que creer en la teoría psicoanalítica y trabajar desde esa creencia y no me terminaba de cerrar eso...

- o Esta pregunta habitualmente la hago sobre el final, pero ya que salió el tema, la voy a hacer ahora, ¿usted cree que su perspectiva, como terapeuta cognitiva, es *pura*?

Lo mío es una integración personal de distintas líneas que fui leyendo, con mi estilo personal, también como persona de vincularme, ¿no?

- o Respecto de los terapeutas que dicen de sí mismos que su perspectiva es pura, ¿cree que "de puertas hacia dentro" del consultorio lo cumplen?

Creo que creen que lo cumplen pero estoy segura de que si filmáramos a cada uno de ellos, primero que no se parecerían tanto, como ellos creen, unos a los otros y segundo, estoy segura de que no con todos los pacientes actuamos igual. Cada uno de nosotros no es exactamente igual, con cada paciente.

Dependiendo de su edad, del motivo de consulta, del tipo de relación que se establece, me parece que cambiamos bastante...

o ¿Cómo entiende al estilo personal del terapeuta?

Creo que como personas también nos comportamos de manera diferente cuando nos vinculamos con un amigo, con un desconocido, con una autoridad, con alguien del propio sexo, con alguien del otro sexo, ¿no es cierto? Creo que siempre el vínculo con otro, con otro diferente, no te vinculás igual con alguien que es más cálido que con alguien que es más seco. Entonces, cambia mucho. Me parece que uno cambia en relación al otro, ¿no? hay gente que capaz que siempre es igual, es más rígida y hay gente que es más flexible y cambia más en función de la situación, eso también es verdad.

o ¿Usted considera que el estilo personal del terapeuta tiene relación con el marco teórico al cual adscribe?

En parte, sólo en parte. Por ejemplo, psicoanalistas muy ortodoxos que piensan que el vínculo terapéutico tiene que ser así, como muy distante, que uno se tiene que mantener siempre igual, poco comprometido a nivel personal, me parece que eso influye mucho en cómo se comporta, en general, con los pacientes. Es decir, probablemente algunas teorías tienen más influencia que otras en cómo uno va a actuar. Si el marco teórico que utilizás es más taxativo en cuanto a algunas cuestiones y más rígido también, que te propone actuar siempre de una misma manera, también influye, me parece... en que vos te comportes siempre así.

o Desde su experiencia o su perspectiva, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

No hay duda de que hay un encuentro que no es simétrico porque hay alguien que viene buscando ser ayudado y hay alguien que, desde su formación profesional, piensa que puede brindar esa determinada ayuda, ¿no? creo que todo lo demás es bastante variable pero, en principio, sí, hay un encuentro y juegan aspectos de la relación profesional y también, aspectos de cada uno como persona.

o ¿Cómo es el vínculo?

Creo que básicamente, uno como terapeuta debería poder, en primer lugar, intentar comprender al otro en lo que le pasa, teniendo en cuenta quién es el otro, su situación social, cultural y tratar de ser honesto en si realmente puede brindarle algún tipo de ayuda respecto de lo que viene a buscar el consultante, o paciente, o cliente, o como lo quieras llamar. Algo por lo cual también dejé el psicoanálisis porque no me cabía para nada, pero bueno, igualmente la línea más lacaniana, que es la que más adscribe a eso y que siempre rechacé a pesar de provenir de la U.B.A. en donde siempre, lo lacaniano, desde hace muchos años es lo prevalente, es que me niego a pensar que uno, como terapeuta, no tenga como primer objetivo, ayudar al otro a mejorar su calidad de vida, a aliviar el dolor psíquico y a vivir mejor. Creo que ese tiene que ser el objetivo de un psicoterapeuta.

o Palabras como apoyo, contención, empatía, confianza, ¿qué valor tienen?

A todas ellas les doy importancia. Con algunos pacientes se vuelve más importante una u otra, el momento del proceso terapéutico también es importante.

o ¿Qué viene a buscar el paciente?

No vienen todos a buscar la misma cosa. Ayuda para muy diferentes motivos de consulta. Por eso, digamos, la verdad es que el trabajo psicoterapéutico, cambia mucho en función de lo que vienen a buscar los distintos pacientes en distintos momentos. Por eso, me parece que se vuelve más importante, en determinados momentos, dar una cierta contención o apoyo, frente a determinados motivos de consulta, como por ejemplo, una crisis vital. Tal vez, otra persona lo que tiene son determinados síntomas que quiere aliviar, y tal vez, mucho más importante que eso, sea poder conocer, por supuesto, con empatía, determinadas estrategias o técnicas que ayudan particularmente con ese tipo de sintomatología y poder ayudar al paciente con eso y aliviar... digamos, la relación terapéutica crece regada por eso, ¿no? porque el paciente siente que se alivia de lo que vino, justamente, a buscar...

o ¿Y cuál es el rol del terapeuta?

Me parece que es ayudar a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y de sus familias. Me parece que depende, también mucho del motivo de consulta y del objetivo que acordamos con nuestros pacientes, que vamos a intentar conseguir. El primer paso es siempre, acordar con los pacientes sobre qué objetivos vamos a trabajar.

- o Si esta entrevista la hubiésemos tenido hace veinte años atrás, ¿me habría contestado lo mismo que hoy? Y si su perspectiva cambió, ¿en qué sentido lo hizo y por qué?

No, no creo porque cambié el marco teórico, tuve hijos...

- o ¿Qué influyó más en dicho cambio, la experiencia o la formación?

Todo. Todo. Seguro que cambió y seguro que dentro de diez años, también va a cambiar mi perspectiva y lo espero también (risas) porque si no, quiere decir que tanto la experiencia personal como la profesional te pasó por un costado... siempre hay elementos personales que juegan.

- o ¿Hay algo acerca de la relación terapeuta-paciente que yo no haya preguntado y que pueda ser importante?

Fui a escuchar a Norcross hace un par de años y me gustó esto de que él le pregunta a los pacientes, al comienzo, acerca de qué distancia piensa que le gustaría tener con su terapeuta. Por ejemplo, algo que muchas veces yo hice fue preguntar si prefieren que nos tuteemos o nos tratemos de usted. No imponerlo como una idea mía, sino intentan acoplarme al paciente acerca de lo que espera en ese sentido. Me pareció que está bueno, tal vez, también preguntar un poco qué es lo que está buscando y esperando el paciente, en ese aspecto... para qué adivinar.

Anexo 3: B. - Experiencia: veinte (20) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

El modelo es integrativo y la base de la unificación del modelo integrativo es cognitiva.

El modelo es un modelo que integra a cuatro modelos tradicionales: el psicodinámico, el comportamental, humanístico-existencial y sistémico y lo integra sobre la base de un modelo que está tomado de la psicología cognitiva. O sea, el cognitivismo es la base que permite la articulación de los cuatro modelos. Entonces, es fuertemente cognitivo con una perspectiva cognitivo-social. El modelo tiene un fuerte componente cognitivo pero este componente está dado por el hecho de que el cognitivismo tiene la capacidad de ser suficientemente neutral porque la base del cognitivismo es el procesamiento de la información, como para permitir que se integren conceptos de otros modelos tradicionales en un modelo único, integrador de todos esos conceptos, a la luz del cognitivismo.

- o Básicamente se trabaja con creencias...

Se trabaja básicamente con significados. El eje central del modelo es cómo las personas significamos la realidad, cómo conocemos la realidad y cómo la significamos. Es decir, cómo nosotros significamos todo aquello que vivimos. Le damos tanto un significado a una interacción con alguien, como a un refuerzo, como a un estímulo, que puede significar para algunos un refuerzo positivo y para otros puede significar un castigo. O sea, lo que nos importa a nosotros es entender cuál es el significado que tiene ese estímulo que para nosotros sería entonces, un dato, ese dato para la persona. Y en ese sentido, los aportes de cualquiera de los modelos pueden ser entendidos a la luz de sujeto como sujeto de conocimiento. O sea, los humanos lo que hacemos es conocer la realidad, no sólo desde un punto de vista intelectual, sino también emocional, valorativo y, por lo tanto, otorgamos significado a la realidad.

Por ejemplo, una persona depresiva tiende a significar la realidad como negativa, tiende a ver el mundo como negativo, tiende a verse a *sí mismo*... prestándole más atención a los aspectos negativos de *sí*, del mundo y del futuro, que otras personas. Entonces, significan la realidad como negativa. Por ejemplo, ven lo que falta, ven lo que no tuvieron, ven los aspectos deficitarios de *sí*. Más que los aspectos positivos, ven más las cuestiones negativas que pueden suceder en el futuro o prestan más atención a, o piensan más en relación a, lo negativo que puede estar por suceder que lo positivo que también, podría estar por suceder. U observan ciertos datos que son los negativos o significan ciertos datos que podrían ser vividos como neutros, como positivos o como negativos. La manera en que ellos lo significan, es negativamente. Si les va bien en un examen pueden decir "no fue por mí, es una excepción, es raro que haya sucedido, seguro que la próxima me va a ir mal".

- o Desde su perspectiva, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

La relación para nuestro modelo es muy similar a la que, hoy por hoy, se considera que la relación tiene que ser en cualquier psicoterapia. Probablemente, la diferencia más grande, hoy por hoy, es entre las psicoterapias que están más manualizadas y aquellas que son más personalizadas. Las más manualizadas ponen un énfasis superior en la técnica y las que son más personalizadas, ponen mayor énfasis

en la relación. Pero todas las psicoterapias, hoy por hoy, ponen mucho énfasis en la relación como el aspecto central que permite que la psicoterapia tenga lugar. Es la base sobre la cual la psicoterapia puede tener lugar, que sea buena, que el paciente se sienta comprendido por el terapeuta y que sienta que el terapeuta tiene interés y que sienta que hay empatía por parte del terapeuta. Y que el terapeuta también sienta ese interés por ayudar al paciente, que se interese por lo que le pasa, que haga el trabajo, el esfuerzo por tratar de comprenderlo, tratar de tener una relación afectiva con el paciente, que sea un canal lo suficientemente equilibrado, lo suficientemente bueno, como para que pueda tener lugar la relación. La relación terapéutica es absolutamente central. La alianza terapéutica es la columna vertebral para que pueda tener lugar la psicoterapia y es importante, tanto el vínculo, como que haya acuerdo en los objetivos y haya acuerdo en las tareas, para que se puedan llevar a cabo esos objetivos.

o ¿Se relaciona el estilo personal del terapeuta con el marco teórico al que adscribe?

Es una cosa que se está investigando. Es una cosa muy nueva porque el estilo personal del terapeuta es un tema de investigación muy reciente en psicoterapia. Es sumamente importante. En Aiglé hemos hecho investigaciones por las cuáles el modelo con el que el terapeuta trabaja modula su estilo personal y, en realidad, estamos arribando a conclusiones acerca de que, dependiendo de cómo es el terapeuta, tiende a elegir un modelo de trabajo u otro pero no hay tantas conclusiones contundentes respecto de esto y, hoy por hoy, se puede pensar que personas con distintos estilos, pueden elegir un mismo modelo. Hay algunas relaciones entre el modelo y el estilo pero se están investigando. En realidad, están en curso de investigación. El estilo personal del terapeuta se relaciona con el modelo con el que elige trabajar, estas son algunas de las conclusiones que sabemos. Pero el estilo personal es un estilo estable a través del tiempo, que es propio del terapeuta, sólo que es el estilo propio que el terapeuta tiene para trabajar y no depende del paciente, está más ligado a su personalidad. En primer lugar, está más ligado con su personalidad, el modelo con el que trabaja, las poblaciones con las que trabaja, el tipo de pacientes con los que trabaja, la edad de los pacientes, estará bastante relacionada, en la medida en que el terapeuta pueda elegir, con su estilo personal pero el estilo personal es previo. Después, la experiencia, el tipo de pacientes con los que trabaja, el modelo con el que trabaja, el entrenamiento que recibió, pueden generar cierta influencia sobre su estilo personal pero su estilo personal es previo, es más bien, el estilo personal el que lo lleva a hacer ciertas elecciones porque está relacionado con su personalidad, justamente.

o Y a medida que se va adquiriendo experiencia, ¿va cambiando la perspectiva acerca de la relación con el paciente? Si es así, ¿en qué cambia?

El cambio que se produce en los terapeutas es a través de dos ejes: la experiencia y el entrenamiento. Hay algunas características que son muy básicas del terapeuta, se desarrollan, se pueden ir desarrollando... las trae el terapeuta, por ejemplo, su capacidad empática pero se pueden desarrollar con el entrenamiento y/o con la experiencia.

En general, las investigaciones indican que el terapeuta puede desarrollar su modo de trabajo, más a través del entrenamiento que de la experiencia. La experiencia le puede servir, es importante, pero también puede fijar ciertos errores a través del tiempo. O sea, que el terapeuta va cambiando a través de la experiencia y a través del entrenamiento. Se espera que a través del entrenamiento vaya mejorando su trabajo y se espera que a través de la experiencia también, siempre y cuando, vaya acompañado de formación continua, que no sea sólo que siga trabajando, siga trabajando, pero no siga estudiando. O sea, que es tan importante el adquirir experiencia como el seguir estudiando. Como cuando jugás al tenis, vos jugás, jugás y jugás, pero si no te corrigen ciertos vicios que vos podés tener, tal vez, los podés seguir practicando y después son más difíciles de cambiar. Entonces, es muy importante establecer una relación entre la experiencia y la formación, tienen que ir siempre juntas.

Anexo 4: M.1. - Experiencia: dieciséis (16) años.

o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

Bueno, yo me formé en el modelo integrativo de Fernández-Álvarez, que tiene una base cognitiva social. Esa es mi línea de trabajo, un modelo integrativo de base cognitiva.

o Desde su perspectiva o experiencia, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

La relación terapéutica para mí es una relación de trabajo conjunto que tiene en cuenta, por supuesto, el vínculo que se establece entre el paciente y el terapeuta. Tiene un objetivo, que son los objetivos que justamente, ellos se trazan y, en todo caso, se ponen de acuerdo acerca de qué es lo que van a trabajar y cómo van a hacerlo.

- o Si yo le digo "vínculo terapéutico", ¿usted qué me dice?

Para mí es un vínculo de trabajo pero por supuesto, tiene una parte de empatía, apoyo, confianza. Yo te diría todas esas características. Es una relación de trabajo conjunto pero sobre una base de entendimiento, confianza, empatía, apoyo y también una relación afectiva porque también, querés a tus pacientes.

- o ¿Qué viene a buscar el paciente?

Para mí viene a buscar un cambio porque hay algo que en su vida no está funcionando bien. Detectó que algo acerca de cómo viene llevando su vida, no va... y bueno, viene a buscar modificaciones, cambios y vivir de una manera mejor.

- o ¿Cuál es el rol del terapeuta?

El rol del terapeuta en muchos casos es de guía y también, tiene ciertos conocimientos que pueden ayudar al paciente a encontrar ese cambio que está buscando. Pero no lo pondría en términos de superioridad, lo pondría como que sí tiene ciertas herramientas que lo pueden ayudar al paciente pero, en todo caso, el que tiene el saber es el paciente y no el terapeuta. El que conoce lo que le pasa, es el paciente. En todo caso, lo que hace el terapeuta es ayudar a encontrarlo porque tiene herramientas para hacerlo pero el que sabe, es el paciente.

- o Si tuviera que usar verbos para describir dicho rol, ¿cuáles usaría?

Guiar, promover cambios, ayudar, contener.

- o En cuanto a su marco teórico, ¿piensa que su perspectiva es pura?

No, pura no, porque si te estoy hablando de un modelo integrativo... no estoy hablando de una línea pura. Es más, pienso que diferentes enfoques enriquecen la práctica. No estoy hablando de un enfoque solo. Si bien digo que el cognitivismo es la base sobre la cuál integramos, te estoy hablando de integración. Pienso que desde distintas perspectivas, se favorece el dar una mirada más acabada del paciente.

- o ¿Piensa que los terapeutas que sostienen acerca de sí mismos que tienen una perspectiva pura, "de puertas hacia dentro" del consultorio lo cumplen?

Pienso que no. Adentro del consultorio, muchos hacemos lo mismo. Hay ciertos procesos comunes dentro del consultorio, más allá de las teorías.

- o El estilo del terapeuta y el marco teórico al cuál adscribe, ¿se relacionan?

Yo creo que lo importante, en el desarrollo profesional del terapeuta, es ir encontrando el estilo de cada uno. En ese sentido, ver cómo se va acoplando más... ver con qué pacientes uno se siente más cómodo trabajando, eso es fundamental. En el sentido de que uno puede ir reconociendo qué estilo tiene y con qué funciona mejor, ese estilo. Bueno, también obviamente, uno adscribe a un modelo por gusto. Así es que eso también tiene que ver con el estilo pero con qué tipo de pacientes, también...

- o Si esta entrevista la hubiésemos tenido catorce años atrás, ¿me hubiese contestado lo mismo que hoy o su perspectiva cambió? y si cambió, ¿por qué?

Desde el año en que empecé a trabajar, me formé en este modelo... o sea, no dejé de trabajar desde entonces, de la misma manera. Supongo que sí, que te diría lo mismo pero por ahí, lo que incorporé son aquellas cuestiones sobre las cuáles la psicoterapia ha avanzado. Pero yo creo que gran parte de las respuestas que te di hasta este momento, te las hubiese dado en ese momento.

- o En esos cambios que sí reconoce que se dieron desde entonces, ¿qué influyó más, la experiencia, la formación o algún otro factor?

Bueno, sí, no son lo mismo dos años de experiencia clínica que todos estos y además, a nivel teórico también, porque las cosas que fui estudiando después, no es lo mismo... o sea, se incorporaron ambas. O sea, mayor conocimiento teórico y mayor conocimiento clínico.

- o Algunos terapeutas dicen que influyó mucho su propia terapia y otros, que lo que más influyó fue su propia experiencia de vida, ¿qué opina sobre esto?

Creo que mi propia terapia me sirvió a nivel personal. Aplicado al trabajo, creo que lo que más me sirvió fue tener más experiencia clínica y más conocimiento teórico y prácticas supervisadas. Eso es lo que más me sirvió.

- o ¿Hay algo acerca de la relación terapeuta-paciente que yo no haya preguntado y piensa que podría ser importante?

No se me ocurre nada...

Anexo 5: M.2. - Experiencia: siete (7) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

La línea teórica se circunscribe dentro de lo que es la Psicología Cognitiva. Pero como es muy amplia, dentro de ellas hay como subcorrientes, específicamente en la que estamos nosotros es psicología cognitiva constructivista-realista, se llama. Es una variante que toma antecedentes de Beck, en conjunto con Guidano, Mahoney y Bandura, que era un psicólogo social y que nosotros lo utilizamos como un nexo. Esto es en lo teórico, así bien duro y aplicado, por supuesto, a lo que es la psicoterapia.

- o ¿Cómo se concibe, dentro de este marco teórico, a la relación terapeuta-paciente?

El marco teórico la concibe como una relación bastante simétrica en el sentido de que somos dos personas, que nos juntamos y que ese encuentro no debe ser para nada, desde ya, forzado ni tiene que ser desde una frialdad o estructura, como por ahí, se plantea desde otra visión. Simétrica, en el sentido de que somos dos personas que nos juntamos para ver qué cosas podemos resolver. Asimétrica, porque desde ya, el terapeuta tiene un saber, un conocimiento y es el paciente el que trae el problema. Pero es una relación muy activa, en el sentido de que se colabora mucho entre terapeuta y paciente en cuanto a lo que es la técnica en sí misma. Y donde la asimetría también tiene importancia por parte del paciente porque el paciente es el que trae el problema y lo único que importa es el problema del paciente.

- o Si yo le digo “vínculo terapéutico”, ¿usted qué me diría?

Es un marco absolutamente empático, aunque el término empatía está muy trillado, ¿no? muy hablado, el tema del rapport, de empatía. Pero es el vínculo en el que el terapeuta se olvida de sus propias creencias o su propia visión parcial del mundo y en donde sólo importa la visión del paciente para lograr meternos como terapeutas, desde el punto de vista de cómo lo ve el paciente, que sería la empatía y que se da en un clima de absoluta confianza y calidez. Personalmente yo, por ejemplo, muchas veces y para algunas técnicas puntuales, me junto en un bar o hago, por ahí, consultas a través del chat, cuando se van de viaje. Se hace en absoluta confianza y en calidez, tiene poca rigidez pero el que sea poco rígido, no quiere decir que sea poco estructurado. El sentido es que es lo suficientemente flexible como para poder cambiar desde los escenarios en los que uno trabaja, hasta las técnicas con las que uno trabaja, todo... Puede haber o no escritorio, puede haber o no sillas, puede ser en un café, vía web o, a veces, incluso sesiones telefónicas, cuando una persona por ahí, no puede acudir y realmente necesita. Y bueno, concordamos un día y horario y hablamos por teléfono, la misma cantidad de tiempo que si nos vemos personalmente. Entonces, es muy sensible.

- o Desde su experiencia o perspectiva particular, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

En realidad es bastante parecida a la del marco, lo que pasa es que cuando uno lo dice desde el marco, suena más como lineamientos a seguir pero en realidad, es en un marco muy natural. Natural, en el sentido de que no tenés un lenguaje único para todos los pacientes. Si ves a un adolescente, por ejemplo, relajarte un poco más. No te digo estar “a la par” porque uno nunca va a estarlo porque es el terapeuta pero permitirte, no sé, si por ejemplo, putea, no horrorizarse por eso y también, flexibilizar el lenguaje. Con un paciente más grande también, tener la ubicación del caso y el contexto. Por eso yo lo siento como muy natural, que no tengo que forzar absolutamente nada. El paciente mismo se siente cómodo, cuando vos lo tomás natural.

- o ¿Qué piensa que viene a buscar el paciente?

Mirá, hay de todo. Tenés pacientes que capaz que vienen por un tema puntual y te dicen directamente, “No quiero hablar de nada del pasado, quiero solamente hablar de este tema”. Por ejemplo, “Tengo problemas para terminar la facultad. Tengo tres materias colgadas hace cinco años y quiero recibirme”. Entonces, ok, se definen los objetivos y se focaliza en eso.

Después, hay pacientes que vienen con un planteo mucho más filosófico acerca de elecciones de vida que han hecho y que, por ahí, no la están pasando bien. Entonces, uno focaliza más profundamente eso. No se va a definir solamente una situación actual, sino que va mucho más allá. Hay pacientes que vienen con cuestiones que tienen que ver con un trastorno específico y que quieren resolver ese trastorno.

Hay pacientes que no tienen ningún trastorno y que vienen porque quieren conocerse a sí mismos un poco más. Entonces, es muy, muy amplio pero el hilo conductor es más que nada, con los que se puede porque no tienen una gravedad en cuanto a la patología, se habla de cuáles son los objetivos a seguir. Se plantea siempre un objetivo. Se tienen las entrevistas de admisión necesarias como para conocer al paciente y después, es "Bueno, a ver, para dónde vamos". Entonces, se plantean los objetivos y eso hace que uno vaya avanzando en la terapia, a medida que va cumpliendo los objetivos. Y el objetivo puede ser tan amplio como "quiero saber quién soy". Bueno, a veces se "baja un poquito" pero siempre se plantean en conjunto.

o ¿Qué lugar tienen temas como el sufrimiento o el cambio?

Mirá, en cuanto al sufrimiento a veces las palabras son tan amplias que no tienen el mismo significado para el paciente que para mí. Entonces, por ahí, si vienen y me dicen "estoy sufriendo", obviamente yo trataría de puntualizar primero: "qué significa sufrir". Porque tal vez, está atravesando un duelo que se encararía de una manera en particular y por ahí, es una persona que tiene un trastorno depresivo grave, que también se tendrá que encarar y resolver pero más que nada, lo que me suena a mí como sufrimiento es tan amplio que habría que definirlo. Si bien se toma, obvio, un paciente sufre: si no termina la facultad sufre, si tiene trastornos de ansiedad sufre... el sufrimiento es como que está, creo, en la mayoría, el tema es que para cada uno el sufrimiento significa algo diferente, cómo lo significa... por ahí, un paciente viene y me dice "estoy sufriendo" y lo que tiene son síntomas de ansiedad o me dice "estoy sufriendo" y lo que tiene es que no puede terminar la facultad y otro, capaz, tiene una enfermedad grave y no sabe si se va a curar. Entonces, primero es ver qué significa para cada uno y bueno, obvio, el sufrimiento está permanentemente. La persona viene porque sufre y porque quiere cambiar algo, resolver algo.

o Y el rol del terapeuta, ¿cuál es?

Es un rol activo, en el sentido de que se involucra con las tareas puntuales que propone en la sesión. Por ejemplo, cuando un paciente viene con un tema puntual, se lo ayuda a definir y la actitud del terapeuta es, o escribir con el paciente, o preguntar permanentemente. No es una actitud solamente de escucha, si bien la escucha está siempre. Obviamente, lo primero que uno hace es escuchar, sacarse sus propias creencias, como te decía, y escuchar al paciente lo que nos quiere decir y qué significa para el paciente lo que nos está diciendo. Pero desde un lugar... no sé, por ejemplo, me ha pasado que un paciente me muestre el mail de la persona que le gusta y lo leo con él. Y de pronto, si el paciente quiere mostrarme unas fotos que están en facebook, de una fiesta que tuvo, nos metemos en facebook, ¿entendés? Activo en ese sentido, no sólo es sentarse y recibir, sino que permanentemente, es una ida y vuelta, permanentemente. Es algo que es tanto por terapia como por el estilo personal de cada uno, como cada uno lo va llevando, más allá del marco teórico que tenga.

o Si lo tuviera que expresar con verbos, ¿cuáles utilizaría?

Yo creo que sería, primero, lograr un bienestar, entender, se basa mucho en entender. Si uno no logra que el paciente entienda o que uno entienda al paciente, difícilmente va a poder ayudar. Desde ya, obviamente, ayudar, motivar... es fundamental, motivar. Aceptar cosas y fundamentalmente, lograr un cambio, que es para lograr bienestar. Sería ayudar a que la persona pueda sentirse mejor.

o Si esta entrevista la hubiésemos tenido cinco años atrás, ¿me hubiese contestado lo mismo que hoy o su perspectiva cambió? y si cambió, ¿por qué?

Para mí sí cambió. Si bien, siete años, según cómo se mire pueden ser muchos o muy pocos. Hay gente que tiene treinta años de experiencia y obviamente, sabrán mucho más. Yo con siete años de experiencia, me imagino hace cinco años... cambió. Creo que al principio uno es más rígido, es como que al principio uno tiene como ese miedito de "por ahí, no le puedo decir esto" o "si me preguntan qué le digo". Viste que a veces, te preguntan si estás casada o no estás casada, qué edad tenés y al principio es como que te ponés expectante respecto a qué hacer. Me cambió eso, en que a veces, cuando uno toma confianza como terapeuta y el paciente también va tomando confianza él... creo que sí cambió, se hizo más flexible, más natural el vínculo.

o ¿Qué influyó en este cambio, la experiencia, la formación, algún otro factor?

Las dos cosas. La experiencia para mí es fundamental, la experiencia complementada por ahí, con personas que puedan ir orientándote. Yo tuve la formación y la experiencia en un hospital, en donde está bueno, porque uno ve una gran amplitud de temas y eso te ayuda a tener una apertura que no tenés si te formás solamente en un consultorio privado, en donde te quedás solamente con la patología que tratás

o con temas rondando siempre en lo mismo. La experiencia en un hospital es muy grande porque ves de todo, y tenés que utilizar recursos y ser muy creativo para ayudar a un paciente y sacarlo adelante y por ahí, no llegás a un diagnóstico y no importa, el tema es ayudarlo igual, eso está bueno. Y por otro lado, la formación, más allá de la experiencia... yo soy docente hace muchos años en la U.P. Doy Psicopatología II y un curso de posgrado en Psicología Cognitiva y yo creo que eso mantiene también el estar permanentemente conectada con el conocimiento o con técnicas nuevas, o el contacto con los alumnos que te van preguntando y eso te hace disparar preguntas a uno mismo. Y estar en permanente contacto, eso te ayuda muchísimo. Si te quedás solamente con la experiencia, capaz que aplicás siempre lo mismo, lo mismo, lo mismo y es como que sin darte cuenta, porque no creo que se haga con mala intención, uno se va quedando como atrapado o se va aislando. Pero la formación... y sobre todo, cuando hay que brindarle información a gente más joven que está empezando, es como que te hace estar permanentemente atento a saber más, a ir preguntándote.

o En cuanto a su marco teórico, ¿piensa que su perspectiva es pura?

No. Yo creo que no debería ser ninguna pura. Porque el marco puro, puro, puro, se vuelve demasiado rígido y no permitiría crítica ni aceptar que por ahí, hay cosas que no se pueden explicar desde un solo marco teórico. Muchas veces me pasa cuando damos el curso de Psicología cognitiva y a veces, surgen comparaciones inevitables entre el modelo psicoanalítico, sistémico y demás. Jamás tomamos, o por lo menos yo, una posición crítica dura porque si no, es ser necio sin sentido... tienen cosas ricas que también te pueden aportar y muchas veces, pienso que es un lenguaje diferente. Lo que me pasó a mí con la Psicología Cognitiva es que entendí un lenguaje para ayudar a la gente, entendí ese lenguaje, al Psicoanálisis no lo entendí. Es como que entendí inglés y no italiano pero no quiere decir que esté errado. Es más, hay estudios que muestran sobradamente que aplicando diferentes marcos teóricos se obtienen el mismo porcentaje de éxitos. Entonces, no sirve embanderarse con una psicología...

o ¿Piensa que los terapeutas que sostienen acerca de sí mismos que tienen una perspectiva pura, “de puertas hacia dentro” del consultorio lo cumplen?

No. digamos... digo “no”, así, con esa seguridad... no lo sé. Creo que no, porque el ser humano tiene eso, promulga cosas que por ahí, después, no puede sostener. Nos pasa a todos, desde el que dice que es pura hasta el que dice que no. Siempre uno cuenta los éxitos y lo que le sale bien.

o ¿Hay algo acerca de la relación terapeuta-paciente que yo no haya preguntado y piensa que podría ser importante?

Que es fundamental ver al paciente como una persona. Yo no digo “me llamó un paciente”, digo “me llamó tal” porque si no, lo ponés en una situación como muy establecida y predeterminada. Lo importante es que es una persona, que es un ser humano y pensar que “eso” le puede pasar a un hermano, a un amigo, no sé... como bajarlo un poco, ¿no? sacar eso de “es el paciente”, “es el terapeuta”... “es una persona”. Vos tenés conocimientos y lo podés ayudar, listo, no vayamos más allá...

Anexo b. Entrevistas a cognitivistas. Hombres.

Anexo 6: H.1. - Experiencia: cuarenta y un (41) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

La terapia cognitiva y a su vez, los modelos de ciencia cognitiva básica, ¿no?

- o Es un modelo integrativo...

Es un modelo integrativo, claro.

o Sobre la base del cognitivismo, tengo entendido, toma la primera y la segunda revolución cognitiva. Exactamente, sobre todo la segunda revolución cognitiva, ¿no? O sea, los modelos conexionistas. Tiene más que ver con el constructivismo social, tiene que ver con los modelos de procesamiento paralelo. Aprovecha mucho la capacidad que tiene el paradigma cognitivo para integrar otras definiciones teóricas en psicoterapia.

- o Claro, de hecho toma cosas del existencialismo o de los modelos psicodinámicos...

Exacto, exacto. También del sistémico, exacto.

- o Desde su perspectiva o experiencia, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?, ¿es una relación de qué tipo?

Es una relación de colaboración, es una relación dialógica basada fundamentalmente en la atribución, en la delegación, en la confianza respectiva que cada uno tiene respecto del compromiso que los une, digamos. Por parte del terapeuta, el darle al paciente toda su dedicación dentro de los límites asequibles para el paciente y desde el punto de vista del paciente, el colaborar y entregarse con seriedad para darle al terapeuta los elementos que permitan ayudarlo. Por eso es una relación de colaboración basada en la confianza respectiva y en una delegación, que cada uno le da al otro, de la atribución y las responsabilidades que les caben, ¿no? Por eso es tan importante la involucración y el compromiso en ese vínculo, de las dos partes.

- o Si esta entrevista la hubiésemos tenido hace treinta y nueve años atrás, ¿me hubiese contestado lo mismo que hoy?

Nada, nada, porque casi nada de lo que hoy hay, existía. Ni siquiera definíamos la relación terapéutica de la misma manera. A pesar de que era muy importante también pero se definía de un modo distinto, con más asimetría, menos colaborativa y más delegadora del paciente al terapeuta. El terapeuta era más omnipotente. Hoy es claramente mucho más recíproco, ¿no? el grado de responsabilidad implicado.

- o ¿Y en este cambio de perspectiva qué influyó más, la formación teórica o la experiencia?

Yo creo que primero influyó mucho, el hecho de que los resultados fueron mostrando que la terapia tradicional, si bien producía resultados positivos, tenía muchas limitaciones. Entonces, en la búsqueda de cómo mejorar los resultados, se fue cuestionando todo el dispositivo, incluida la manera de definir la relación terapéutica y por otro lado, también influyó el hecho de que hayan avanzado las investigaciones básicas, lo que permitió identificar con más precisión, los componentes de la psicoterapia y la manera en que esos componentes influyen sobre los resultados. Esto es una cosa que está permanentemente en elaboración. Te voy a poner un ejemplo de hoy, para que veas que pasaron treinta y nueve años y esto sigue... estoy preparando unos seminarios para España, que hago siempre para esta época del año y el que voy a hacer este año es en Barcelona sobre terapia de grupo, ¿no? y hay un principio en la terapia de grupo, muy asentado, que es que una de las funciones que más incidencia tiene sobre los resultados es la cohesión del grupo y en este momento, distintos investigadores, particularmente un grupo muy potente de Australia, está cuestionando realmente si la cohesión es tan importante respecto de los resultados y esto no quiere decir que no lo sea pero tal vez no lo es tanto, ¿entendés? Entonces, estamos constantemente... lo que pensábamos hace treinta y nueve años atrás... increíble, no había terapia familiar en Buenos Aires. Para que te des una idea de la distancia.

- o Algunos terapeutas dicen que lo que influyó en este cambio de perspectiva, también fue el propio análisis personal y la experiencia de vida propia...

No, mirá esas cosas pueden haber influido en cosas puntuales de la práctica, como a qué cosas me dediqué, que haya ido virando a otro tipo de situaciones clínicas, que haya ido desarrollando un trabajo

institucional distinto, en mi modo de relacionarme con los pacientes. Por ejemplo, en ese sentido, todo lo que vos decís, sin duda influyó muchísimo en el modo específico de vincularme con los pacientes, que es muy distinto. Además, yo creo que sería imposible que uno se relacionara con los pacientes de la misma manera cuando uno tiene veinticuatro años que cuando tiene sesenta y cinco. Me parece que sería muy difícil y si fuera igual, sería muy llamativo (ríe). Son cosas como más peculiares. Los que yo te estoy nombrando me parece que son mucho más generales y decisivos acerca de cómo evolucionó la práctica. La práctica no evolucionó por mis experiencias personales, digamos...

o ¿Qué es lo que viene a buscar el paciente?

Tratar de ser feliz. La definición que más me gusta de qué es la psicoterapia, es una definición que utilicé para el último congreso internacional de psicoterapia en Islandia y dice que la psicoterapia es la encarnación contemporánea de una utopía milenaria que tienen los seres humanos de que es posible ser feliz. Me parece que la mayoría lo que busca es eso, a través de sacarse de encima ciertos síntomas que los agobian, superar ciertos problemas, resolver conflictos, mejorar las relaciones... todo pero todo, es en el fondo, para ser más felices y los terapeutas, lo que hacemos, es vender felicidad.

o ¿Y cuál es el rol del terapeuta?

Ese (ríe con ganas). El rol del terapeuta es un trabajo de interlocutor que debe interpretar cuáles son las condiciones, las posibilidades que el paciente tiene para cambiar. Por eso es tan importante que el terapeuta sepa evaluar bien, cuál es la capacidad de cambio del paciente para no inducirlo a que haga más cambios de los que puede ni menos de los que sería razonable intentar y proveerle recursos dialógicos, instrumentales y técnicos para que el paciente opere con sus propios recursos para resolver las dificultades... porque los recursos los tiene el paciente y muchas veces están celosamente escondidos. Pero como los seres humanos utilizamos un porcentaje, extraordinariamente reducido de nuestros recursos, la psicoterapia en realidad lo que hace es buscar... la mente es como un gran museo que tiene en exhibición permanente una parte mínima de su colección y la psicoterapia lo que hace a través del diálogo, de las operaciones y las técnicas, es llevarlo al paciente a que busque entre los sótanos y las salas donde están las obras guardadas, muchas obras maravillosas que son a veces, las que al ponerlas en exhibición, determinan los cambios.

o ¿El estilo del terapeuta se relaciona con el marco teórico al cuál adscribe?

Esta es una de las cosas más sometidas a investigación y yo estuve trabajando mucho en eso...

o De hecho, todavía hoy está trabajando. Tiene un proyecto de investigación abierto actualmente sobre este tema...

El tema es el siguiente, el estilo del terapeuta es una variable extraordinariamente compleja. Está constituida por muchas dimensiones, ¿sabés? Factores sociodemográficos, factores vitales, cuestiones que tienen que ver con la experiencia y el entrenamiento, con dimensiones de personalidad... es decir, el estilo personal del terapeuta se compone de muchísimas, muchísimas variables y lo que la experiencia muestra, es que si bien uno podría suponer que modelos teóricos que son más estándar o más clásicos, digamos, definen una cierta manera de funcionar, que sería más compatible con un determinado estilo, en realidad, lo que en los hechos ocurre es que los modelos teóricos admiten una pluralidad de estilos en virtud de esta gran cantidad de variables que lo constituyen, ¿entendés? Entonces, no hay mucha relación entre el estilo personal y el modelo... por lo menos, mucho menos de lo esperable, primero y segundo, es probable que uno encuentre estilos semejantes en terapeutas que utilizan distintos modelos y sobre todo, tal vez el día de mañana sí encontremos, estudiando componentes más específicos, algunas correspondencias, ¿entendés?

o ¿Usted piensa que su perspectiva teórica es pura?

Y, ahí... no te voy a poder contestar que no porque sería algo que atentaría contra la autoestima de uno que no es puro lo que hace. No creo que nadie pueda contestar que no a eso... El modelo es puramente integrativo (ríe).

o Si yo le digo palabras como contención, ayuda, apoyo...

Con cada una de las cosas, te digo cosas distintas. Por ejemplo, la contención es una dimensión necesaria pero claramente insuficiente en la terapia, es más, hasta puede ser un obstáculo. Sobre el apoyo, pasa lo mismo pero tiene un carácter más operativo. La contención es una variable más inespecífica el apoyo, aparte se refiere a algunas técnicas en particular... hay una larga corriente de investigación sobre terapia

de apoyo, así es que es una cosa más técnica y puede ser útil bajo ciertas condiciones y ¿ayuda, me decías? Ayuda, me parece que es una palabra que no tendría restricciones en usarla porque me parece que una de las maneras en que uno puede definir a la psicoterapia es que es una de las condiciones de ayuda que existen. Es de las tres palabras, la más general. Las tres tienen niveles de generalidad diferentes. Ayuda me parece que es una palabra que define a la profesión como tal, contención define algo que tiene que ver con el vínculo y apoyo define algo que tiene que ver con la operación. Las tres, en la literatura, están claramente diferenciadas... para mí, ¿no?

o ¿Hay algo que no pregunté y considera que podría ser importante?
Nada, a esta altura...

Anexo 7: E.2. - Experiencia: veinticuatro (24) años.

o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?
Yo soy terapeuta cognitivo. Dentro de la cognitiva, cognitivo-conductual.

o ¿Sigue algún modelo en particular?
Depende de lo que vos definas como modelo... yo voy a ser lo más preciso posible. Lo que yo hago es predominantemente terapia cognitivo-conductual o lo que se llama, terapia cognitiva estándar, con algunas variantes en función de los pacientes y sería como mi modelo de referencia. Después, uno siempre se toma ciertas licencias y hay pacientes para determinadas cosas y dentro del modelo, dentro de lo que sería el espectro de las intervenciones cognitivas, hay muchas... una cosa es la terapia de esquemas, otra es la beckiana y otra es la de Albert Ellis y otra es la de tercera generación. Hay algunos pacientes con los que voy a usar cierto formato de terapia cognitiva y con otros pacientes, voy a utilizar otro formato de terapia cognitiva.

o Desde su perspectiva o experiencia, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?
Esto es difícil de contestar porque depende del paciente pero desde ciertas cuestiones básicas, te diría que es una relación simétrica. Eso no significa que la alianza terapéutica no sea el resorte más importante del cambio pero en definitiva, lo cierto es que cuanto más grave es el paciente, más importante es la relación terapéutica.

o Si yo le digo palabras tales como empatía, confianza...
La confianza es importante pero hay muchos factores... el tipo piensa que sos un genio o porque le cobraste carísimo... había una época en que yo dirigía una investigación en una clínica y una paciente me decía "usted no entiende nada, es un terapeuta de obra social" y a la tarde, tenía pacientes derivados acá (se refiere al consultorio privado) como que yo era un terapeuta rarísimo, que tenía poderes ocultos y era como si vinieran a Lourdes, ¿entendés? Y yo soy el mismo, o sea, que no es solamente la confianza, hay un montón de cosas que los pacientes construyen acerca de sus terapeutas y que los psicoanalistas lo llaman transferencia.

Para contestarte digamos, sintéticamente, a mayor gravedad, mayor importancia de la relación terapéutica y hay ciertas patologías en las que las técnicas importan más que otras. Para el trastorno obsesivo-compulsivo importa mucho más la técnica, que en la depresión.

o ¿Qué es lo que viene a buscar el paciente?
En general, el motivo de consulta más típico y sintetizado, es que los pacientes tienen experiencias desagradables que se quieren sacar de encima y conductas que quisieran cambiar. Básicamente, es eso.

o ¿Cuál es el rol del terapeuta?
El primer rol que tiene el terapeuta es el de utilizar su conocimiento experto para poder formular lo que el paciente quiere, en términos de un plan que pueda ser "cumplible". Pero eso, el paciente no lo sabe. Por ejemplo, el otro día fui al médico porque me duele una rodilla, lo que tiene que hacer el médico es formular eso como un problema y proponer algún tipo de intervención para resolverlo. Lo primero que tenés que hacer es eso, digamos, porque la formulación del problema es la mitad de la cuestión. Lo que vos vas a hacer depende de lo que pienses que le pasa al señor que tenés enfrente.

- o Si yo le digo palabras como apoyo, contención, ayuda...

Si vos pensás que lo que enfrenta la persona es una cosa inevitable de la vida, un poco de apoyo, frente a eso, podrás ofrecer pero si vos, en realidad, pensás que está reaccionando ante de eso, de una manera catastrófica, siguiendo el modelo cognitivo-conductual, vas a tener que trabajar sobre eso. El apoyo y la contención podrán ser muy amables pero no van a producir cambios.

- o Entonces, ¿la idea es promover cambios?

Sí, lo que pasa es que hay distintos tipos de cambio. Lo más básico es que desaparezcan ciertas conductas o que desaparezcan ciertas emociones desagradables o podés promover cambios más amplios, como son las cuestiones de personalidad. Supone que la persona viene porque presenta una marcada ansiedad ante determinadas situaciones, yo lo primero que tengo que ver es porqué la experimenta y segundo, ver qué es lo que está haciendo para seguir experimentándola porque en general, los trastornos no se sostienen solos, algo hay que mantiene el problema. O, como dicen los sistémicos, tenés que ver el problema y cuál es la solución implementada.

- o Si tuviera que utilizar verbos para describir el rol del terapeuta, ¿cuáles usaría?

Lo primero que tiene que hacer el terapeuta es conceptualizar. Lo que hay que hacer, depende de lo que vos entiendas que es el problema. Entonces, si un paciente te plantea algo que es inmodificable, una de las opciones puede ser la de acompañarlo en el sufrimiento, lo que se llama, comparecer. Esto no significa tenerle pena al paciente, sino compartir sus sentimientos. Eso es lo que significa etimológicamente... pero el otro tema que vos tenés que ver, es que la forma en que uno reacciona a una pérdida, depende fundamentalmente, de la interpretación que uno hace.

- o ¿Tiene relación el estilo personal del terapeuta y el marco teórico al cuál adscribe?

Y sí, terapeutas que tienen un determinado estilo es mucho más probable que adscriban a un marco teórico que a otro.

- o ¿Qué otras influencias reconoce? Se me ocurre pensar, por ejemplo, en el estilo del paciente.

Bueno, hay ciertos pacientes que son para ciertos modelos. Es decir, cada teoría tiene "en mente" un paciente específico. Está escrito para un paciente en particular. El psicoanálisis está hecho para pacientes con trastorno límite: con historia de trauma temprano, mucha ansiedad, disociación, etc. etc. y para el resto de los pacientes, entra con "forceps". Tiene muchas más anomalías que éxitos explicativos. Entonces, la terapia cognitiva, inicialmente, era para pacientes depresivos. En el consultorio, vos ves pacientes que vos decís, "bueno, si con este paciente yo utilizo este modelo o esta intervención que se desprende de este modelo". Entonces, cada terapeuta tiene que poder hacer varias, digamos... tiene que tener cierta capacidad de repertorio amplio. Tenés que tener cierta escuela previa, como la cosa genérica de la psicoterapia y después adaptar eso a cada paciente. Entonces, vos tenés tu estilo, el modelo teórico incide también y también, tenés que buscar cierto acuerdo entre el estilo del terapeuta y el estilo de paciente. Los terapeutas tenemos que acomodarnos un poquito al estilo de paciente pero hay límite a eso... a todos los pacientes no les da igual todo tipo de terapeuta. Por ejemplo, para una chica *border* y *antiestablishment*, yo soy totalmente *establishment* como me ves hoy, siendo un profesor de la facultad, encarnando un modelo así, mucho más cientificista y usando corbata...

- o ¿Usted considera que su perspectiva teórica como terapeuta es *pura*?

¿En el sentido de si encarno un psicoterapeuta cognitivo "hecho y derecho"? Mirá bastante, dentro de lo que puede ser, lo que pasa es que yo no la llamaría *pura*. Primero, en terapia cognitiva, no hay ortodoxia, así es que ser un terapeuta cognitivo ortodoxo... yo te lo diría de esta manera, probablemente sí, soy de los más estándar.

- o Usted considera que aquellos terapeutas que sostienen acerca de sí mismos que su perspectiva teórica es *pura*, "de puertas hacia dentro" del consultorio, ¿lo cumplen?

Depende de lo que vos estés preguntando... ¿si la gente es tan ortodoxa como cree? No. De repente, los lacanianos no. Los lacanianos muy ortodoxos no tienen pacientes o si los tienen, son psicólogos. Ahora, estas preguntas son muy complicadas de contestarte... primero, yo no veo nada de malo a aplicar un protocolo puro y todo eso... creo que es bastante razonable usar un protocolo que tiene evidencia empírica pero porque tiene evidencia empírica, no por una cuestión de pureza... ahora, hay varias maneras de definir eso porque si me preguntás si yo, a todos mis pacientes les aplico el protocolo a rajatabla, no, tendría que estar loco para hacer eso.

- o Si esta entrevista la hubiésemos tenido hace veinte años atrás, ¿me hubiera contestado lo mismo que hoy? Y si cambió, ¿se debió a la formación o a la experiencia?

Son las dos cosas en realidad... sí, cambié un montón. La verdad es que sería lamentable si después de veinte años... sería un poquito rígido (se ríe). Primero, en general los terapeutas cuando empiezan adscriben a un modelo y en general, el modelo les sirve como forma de tener una cierta entidad profesional... les resuelve más cosas psicológicas, no solamente que hacer con los pacientes. Pero con la experiencia, uno se va dando cuenta de todos los problemas adicionales que tienen los pacientes y que uno no veía antes, por ejemplo, las cuestiones de personalidad. Por ahí, uno trabaja bien sobre el *eje 1* y se pasa por arriba el hecho de que el paciente tiene un problema bastante más importante... ahora, yo te diría que son los dos factores. Cualquiera que tenga mucha experiencia clínica sabe que todas las psicoterapias fracasan y tiene que ser un fundamentalista para creer que la suya es la única y la mejor. Por otro lado, cualquiera que tenga experiencia sabe que hay ciertos principios de cambio que trascienden a las psicoterapias y que las psicoterapias, muchas veces, con distintos lenguajes, hablan de lo mismo. Por otra parte, la teoría se supone que no emerge de un frasco, emerge de la práctica, es una ida y vuelta.

- o Algunos terapeutas contestaron a esto que había influido mucho su propia terapia personal, ¿qué opina de eso?

No tuve tanta suerte... tendría que preguntarles con quién se atendieron ellos (risas).

- o ¿Hay algo que no haya preguntado y que podría ser importante?

Sobre el vínculo terapéutico... es muy complicado. A mí me gusta más el concepto de alianza terapéutica. En realidad, una cosa es el vínculo, la calidez, la empatía, la confianza y otra cosa es la comunidad de objetivos...

- o Y cómo llevarlos a cabo...

Una comunidad de objetivos en el sentido de que yo lo puedo ayudar, solamente si él se compromete con cambiar. Por eso la diferencia entre alianza y vínculo terapéutico y digo que es muy complejo porque hay un montón de cosas que todavía no sabemos sobre eso. No sabemos tanto de psicología básica, qué es la empatía... ojalá supiéramos. Lo que sabemos ahora es que hay algunos que tienen más talento para eso y hay gente con menos talento. Ahora, también podés ser un terapeuta muy empático y hacer agua al tener que resolver la cuestión técnica...

Anexo 8: A.1. - Experiencia: veintitrés (23) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

Digamos que me siento más próximo a lo que sería, hoy por hoy, los movimientos ligados a la integración en el campo de la psicoterapia. Básicamente, en mi formación como terapeuta lo que reconozco es, primero, una inclinación fuerte hacia psicoanálisis, que era el modelo hegemónico con el cuál nos formamos la mayoría de los terapeutas en nuestro país. Así es que reconozco una base fuerte del psicoanálisis, sin haber sido una persona que adhirió de una manera profunda y fuerte al modelo psicoanalítico. No sé si era un disidente pero sí de los cuestionadores. No me imaginaba siendo un terapeuta ciñéndose a un modelo que indicara cómo hacer las cosas. No me imaginaba haciendo una escucha pasiva y neutral, me parecía que era muy difícil de lograr. También había conceptos teóricos que me parecían dudosos... me sublevaba que hubiera psicoanalistas que desprestigiaban a otros modelos, con lo cuál, personalmente me puse a investigar esos otros modelos y me fui encontrando con personas que pensaban similar. Y hoy, si yo tengo que decir, sigo el modelo de integración que es el que propone el profesor Fernández-Álvarez. Me siento bastante próximo a la manera en que él piensa a la psicoterapia. Es un modelo que tiene una base cognitiva, de carácter social y que va incorporando los aportes de diferentes perspectivas. He leído la obra de muchos autores psicoanalistas y reconozco que hay muchos que incorporan tanto teoría como técnica.

- o Desde su perspectiva o experiencia, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

Es una relación particular, diferente a cualquier otra relación que uno sostiene en la vida. Es una relación que está fundamentada en un servicio, un servicio que lo busca es el alivio del sufrimiento del paciente y es tan importante, la relación terapéutica, que puede resultar decisiva a la hora de promover cambios de significados de las personas. Es el vehículo sobre el cuál se asienta todo el bagaje teórico-técnico.

El hecho de que uno pueda tener una buena relación terapéutica con el paciente, viabiliza el que uno pueda promover cambios.

o Cuando dice “una buena relación terapéutica”, ¿a qué se refiere?

Me parece que hay toda una serie de operaciones que uno instrumenta, en función de sus características personales. Hoy por hoy, lo que sabemos es que si esas habilidades y características personales encastran con el estilo del paciente, viabilizan de una manera mayor, la posibilidad de un cambio. ¿Es claro lo que dije?

o Si, está hablando acerca del estilo personal del terapeuta...

Exacto. Entonces, hay terapeutas que somos más flexibles y hay otros que son más rígidos. Yo soy bastante flexible, en el sentido de que puedo trabajar tanto con diseños de terapia breve como con diseños de terapia prolongada. Soy bastante activo, si bien, tengo una escucha receptiva. Creo que en general, tiendo a establecer vínculos de confianza fuertes con los pacientes. Hay un dato que es que mi cociente de deserción de los últimos años se mantuvo más o menos estable y es bajo, con lo cuál, eso es una variable para medir, digamos. Por otra parte, a lo largo de los últimos años, la cantidad de pacientes que han ido finalizando sus tratamientos, contentos, aumentó. Si bien he tenido errores importantes y he aprendido de los errores. Uno de los errores que cometía más frecuentemente era el de anteponer mis propias actitudes y expectativas a las de los pacientes. Por ejemplo, si tenía pacientes que me parecía que eran lúcidos e inteligentes, me ponía como muy pesado con la cuestión de que estudien, por ejemplo... y eso quiebra la posición en la cuál, uno tiene que estar. Me llevó tiempo identificarlo y es una cosa que tengo que ir monitoreando.

o ¿Se relaciona el estilo personal del terapeuta y el marco teórico al cuál adscribe?

Yo creo que sí, que se relacionan. Una de las cosas que hacíamos con mis compañeros, cuando era estudiante, era identificar los estilos. Por ejemplo, los kleinianos nos parecía que eran más pesimistas. Tenían como un look más pesimista, se vestían con ropa oscura. Yo creo que sí.

o ¿Qué otras influencias reconoce aparte del modelo? Seguimos hablando del estilo personal...

Mi propia terapia, modelos de terapeutas que observé. Yo tuve la oportunidad de estar quince años coordinando un proyecto en una institución, ligado a la filmación de entrevistas con pacientes. O sea, estuve a cargo de algo que me entrenó a mí porque mis maestros, me empujaron a estar delante de las cámaras para aprender, filmar mi propio trabajo y verme como trabajo. Eso lo usamos para el entrenamiento. Entonces, también el ver a otros terapeutas trabajando, me entrenó. Terapeutas argentinos y extranjeros. Tuve la oportunidad de observar a Mahoni, a Guidano, o sea, a Larry Beutler. Y mi propia terapia, que fueron cinco años pero no ligados a lo profesional, sino a cuestiones personales. En un principio me sirvió como modelo pero después me fui desprendiendo de eso, es más, hoy por hoy, no sé si reconozco tanta influencia de mi propio trabajo terapéutico en mi trabajo profesional.

o ¿Piensa que su perspectiva teórica como terapeuta es pura?

No.

o ¿Usted considera que los terapeutas que dicen de sí mismos que su perspectiva es pura, “de puertas hacia dentro” del consultorio, lo cumplen?

Debe haber quiénes sí y otros que no. Porque además, por otra parte, depende del ojo de quién observa. La observación siempre va a estar sesgada por tus propios valores, por tus propias identificaciones teóricas, por tu propia formación...

o ¿Qué es lo que viene a buscar el paciente?

Alivio... sí, el paciente lo que busca es sentirse mejor. No todos vienen a que cambie algo en la cabeza, en realidad, son menos los que vienen a que cambie algo en la cabeza. ¿Entendés? Un paciente que viene porque tiene un trastorno de ansiedad, no sé, ataques de pánico, lo que busca es que vos le des herramientas para sobrellevarlo y si se lo podés quitar, que se lo quites. No interesa revisar la historia edípica y cuánto peso tiene eso en su malestar. Podría serlo en una segunda instancia pero lo que busca en principio, es que vos le alivies el malestar. También busca explicaciones, por qué me pasa eso.

o ¿Cuál es el rol del terapeuta?

Promover cambios.

- o ¿Qué más? Por ejemplo: apoyo, contención, ayuda...

También. Esas son operaciones que puede instrumentar un psicoterapeuta para promocionar cambios. Pero para que el cambio se produzca, es necesario que haya algún nivel de tensión en el espacio terapéutico porque si no, la persona no cambia. No hay cambio de significados si no se experimenta cierto nivel de tensión. El apoyo y la contención pueden ser para un momento determinado, para preparar el terreno para que, entonces, uno con el "bisturí"...

- o Si tuviera que utilizar verbos para definir el rol, ¿cuáles utilizaría?

El terapeuta es alguien que sobre la base de teoría, técnica y experiencia, intenta promover cambios en los significados que sostienen el malestar porque las personas sufren por cosas que les ocurren en la vida.

- o Si esta entrevista la hubiésemos tenido quince años atrás, ¿considera que me habría contestado lo mismo que hoy?

Algunas cosas sí y otras no...

- o ¿Qué influyó más en ese cambio, ¿la formación o la experiencia?

Ambas cosas y otras cosas que te pasan a lo largo de la vida, extraterapéuticas. El hecho de que te cases, tengas hijos, el hecho de que te pasen distintas cosas a vos, el hecho de que vos te pares y observes el camino que recorriste y digas "qué bueno"...

- o ¿Hay algo que no haya preguntado y que podría ser importante?

En mi caso, el haber tenido la lucidez o la intuición de encontrar un grupo de personas al cuál le estoy absolutamente agradecido por haberme enseñado y que confiaron en mí. Hubo hechos determinantes y decisivos en mi trabajo como terapeuta. Por ejemplo, que yo comenzara a trabajar como acompañante terapéutico antes de recibirme y que me recibiera y a los pocos días comenzara a atender pacientes. Recién, recién recibido...

Anexo 9: G. - Experiencia: doce (12) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

Desde los trabajos de la terapia cognitiva estándar y los trabajos de terapia cognitiva de tercera generación. Los de tercera generación son los modelos que preven, de alguna manera, la relación del pensamiento con la enfermedad y empiezan a pensar que, en algunas ocasiones, las terapias cognitivas de cambio no son útiles y entonces, se empiezan a utilizar estrategias cognitivas de aceptación, técnicas de meditación, que es como un enfoque distinto. En verdad, ambos enfoques son útiles, sólo que tener dos enfoques y que ambos tengan resultados más o menos similares en algunos tratamientos, te posibilita adaptar mucho más el tratamiento en función del paciente.

- o Desde su perspectiva, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

Es esencial en todo tratamiento psicológico. Sin una buena relación terapéutica es difícil trabajar desde cualquier modelo.

- o Cuando dice "una buena relación terapéutica", ¿a qué se refiere?

A la empatía, la confianza mutua, el respeto por el marco en que se ha establecido el tratamiento.

- o ¿Qué piensa que viene a buscar el paciente?

Y depende del paciente. En el caso de un trastorno mental sería la recuperación del trastorno, en caso de que el paciente tenga una crisis vital, una situación de vulnerabilidad, sería acompañarlo a atravesar esa crisis y en el caso de un paciente que venga por un desarrollo personal, algo que no es patológico necesariamente pero que le genera sufrimiento, sería una colaboración a la hora de pensar sus problemas, resolver situaciones complejas, etc.

- o ¿Cuál es el rol del terapeuta?

El rol del terapeuta dependiendo del problema que tenga el paciente, es ayudarlo a resolver. En el caso de un trastorno mental, el paciente se encuentra en un eje salud y enfermedad, que es recuperar la salud. En el caso de una crisis vital, superar esa situación de tensión, que son partes normales de la vida y en el caso de desarrollo personal, ayudarlo a trabajar en ciertas áreas que él quisiera mejorar o perfeccionar.

Por ejemplo, en el caso en que alguien diga que quisiera ser un poco más sociable, “soy medio tímido” y que no den los criterios para un trastorno por fobia social o algún otro trastorno, ayudarlo a resolver esa situación. Sería ayudarlo, comprenderlo, asistirlo... uno intenta, más o menos, ir haciendo, en base a lo que le ocurre al paciente, lo que uno cree, no es que uno es rígido. Después está también la parte psicoeducativa. En todo trastorno mental tiene que haber psicoeducación.

o ¿Se relaciona el estilo del terapeuta con el marco teórico al cuál adscribe?

No hay ninguna duda de que eso es vital. De hecho, hay técnicas que son difíciles de implementar debido a que uno no se siente cómodo. De hecho, yo creo que jamás podría haber hecho esas intervenciones sistémicas paradójicas porque me sentiría incómodo diciéndole a alguien “mirá, bueno...”, de hecho, si yo fuera paciente, lo golpearía al terapeuta. Yo creo que es muy importante trabajar con lo que uno se sienta cómodo, de hecho, hay una serie de técnicas cognitiva-conductuales estándar que a uno le son más cómodas de manejar que otras. A mí me encanta utilizar técnicas de relajación, técnicas de esa índole, porque me siento cómodo utilizándolas y conozco mucha gente que no se siente cómoda...

o Cuando hablamos del estilo personal del terapeuta, ¿qué otras influencias piensa que hay?

Es una interacción que se da. De hecho el terapeuta se esfuerza todo el tiempo por ser empático, amable... en el caso de los trastornos de personalidad uno hace un esfuerzo por ser empático y amable ante ciertas situaciones en donde si uno no fuera el psicoterapeuta, no sería ni tan amable ni tan empático. De hecho, por fuera de la práctica clínica, uno no está todo el día comprendiendo la experiencia del otro. Uno no dice “lo que pasa es que tiene una enfermedad y por eso actúa de esa manera”. Es una función que uno cumple, uno tiene que manejarse de otra manera.

o Si yo le digo “vínculo terapéutico”, ¿usted qué me dice?

Rapport, buen trato, confianza.

o Si esta entrevista la hubiésemos tenido hace algunos años atrás, ¿me hubiese dicho lo mismo que hoy o su perspectiva cambió a través del tiempo?

Yo creo que el vínculo siempre fue importante. De hecho, yo tuve muchos tratamientos psicológicos como paciente porque uno siempre tiene que hacer terapia y el vínculo terapéutico siempre es importante. Hay gente que te cae bien, hay gente que te cae mal y es importante poder desarrollar esa habilidad. Es como un trabajo en que uno tiene que lograr que alguien te cuente un montón de cosas horribles, que le generan malestar y vos tenés que ser empático. De hecho, yo cuando era paciente y el terapeuta era empático, amable, yo me sentía mucho más contenido. Siempre me pareció importante y creo que es algo independiente del marco teórico. Todos los autores hablan de tener una buena relación, cálida, empática. Los psicoanalistas hablan de la transferencia, la contratransferencia como un área muy importante. Creo que siempre fue importante. Es más, si uno lo tuviera que pensar en otras áreas por fuera de la psicología, la persona del terapeuta hace a la propia experiencia. Entre los curanderos, los chamanes, la persona del terapeuta no es un tema menor. A veces la fama de alguien cuenta más por su propio talento, que por su cuerpo teórico. Las personas cuando recomiendan a alguien dicen “andá y velo a tal...”, no es que dicen “andá y velo al terapeuta de orientación tal...”. Alguna vez ocurre, pero la mayoría de las personas que recomiendan, recomiendan en base a la persona. De hecho, las investigaciones lo que marcan es una diferencia entre lo que los efectores del sistema de salud creen y lo que los consumidores de salud creen. Yo podría investigar a una serie de terapeutas y podría preguntarles “por qué creés que mejora el paciente” y podrían decirme “bueno, mejora – en el caso de un cognitivo – porque lo hago rever sus pensamientos y eso permite que a través del diálogo socrático, cambie lo que piensa y eso modifique lo que siente y eso modifique las conductas” y podríamos entrevistar a un paciente y que nos diga “no, eso de los pensamientos es una pavada, lo importante es que Juan me sabe escuchar, me entiende, me aconseja bien”. Las investigaciones marcan que lo que el usuario del sistema de salud cree, es muy distinto de lo que cree el terapeuta.

o ¿Usted piensa que su perspectiva es pura, respecto del cognitivismo?

No. De hecho, yo creo que el cognitivismo es eclecticismo técnico. La terapia cognitiva no tiene un solo modelo teórico, son una multiplicidad de modelos teóricos. Uno tiene terapia cognitiva religiosa, tenés terapia cognitiva metacognitiva, tenés un tratamiento cognitivo sobre el T.A.G. taoísta, tenés los modelos basados en *mindfulness* (conciencia plena). Teóricamente es un delirio... Siempre se hace la crítica a los modelos cognitivos de que son cuadrados, yo diría que es mucho más fácil criticar a los modelos

cognitivos porque son bizarros, hay de todo... es como medio... todos tienen lugar si investigan. De hecho, los últimos tratamientos incorporan técnicas de meditación, es lo que es... bueno, si tiene utilidad y al paciente le sirve, se investigan los resultados y sirven para tal cosa... yo creo que no hay terapeuta cognitivo puro, no existe.

- o Y respecto de los terapeutas que dicen, sea cuál sea la orientación, sostener una perspectiva *pura*, ¿piensa que de puertas “hacia dentro” del consultorio, lo mantienen?

Puede haber alguien que lo mantenga pero seguramente será alguien bastante extravagante, extraño, el que mantenga algo por el estilo. No creo que ocurra... no les creo... Capaz ocurre, pero yo no les creería...

- o En lo que hace a la relación terapeuta-paciente, ¿qué es más importante la formación continua o la experiencia?

Yo creo que ambas cosas. Habrá gente que tiene mucho talento intuitivo y requiere formarse teóricamente y habrá gente que requiere más experiencia. Las personas son diversas. Yo creo que es un poco de las dos cosas. Siempre es bueno seguir informándose pero la experiencia te va cambiando algunas cosas y te permite tener el sentido de ubicar al propio paciente y no hacer algo tan genérico.

- o ¿Cómo se trabaja con el paciente dentro del consultorio?

La terapia cognitiva toma muy en cuenta las creencias. De hecho, las creencias de los pacientes determinan todo el tratamiento. Si vos pensás que tu atribución es mental, lo más probable es que hagas un tratamiento psicológico. Si en cambio pensás que lo que te hicieron es “un daño”, no vas a ir a un psicólogo. Las creencias dan lugar al tratamiento y tenerlas en cuenta, posibilita que uno mejore su práctica clínica. De hecho, no tomar en cuenta las creencias de un paciente, es no tomar en cuenta la dimensión holística de un paciente. Por ejemplo, vos podés no preguntar al paciente por su relación con Dios y capaz para el paciente es súper importante. Vos no tomás en cuenta sus creencias, no estás tomando al paciente como un todo. En esto la terapia cognitiva marca una diferencia respecto de otros modelos teóricos al tomar en cuenta las creencias, porque no se “para” desde “un lugar de verdad”. Lo que nosotros evaluamos, sobre todo en los trastornos, es la funcionalidad del paciente y no si lo que cree es correcto o incorrecto. De hecho, si alguien cree en Dios y yo no creo, no le voy a decir que su creencia es incorrecta. Sus creencias son importantes y lo que nosotros tomamos es una visión pragmática sobre el eje salud y enfermedad, en un trastorno. De hecho, una creencia sobre Dios si sos creyente y estás deprimido, está afectado y eso hay que tenerlo en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico y de elaborar un plan de tratamiento, al sugerir algo. No porque yo sea hincha de River y vos estás deprimida, te voy a sugerir ir a ver a River “andá a ver el partido que te va a hacer muy bien”. Ahora, si vos sos religiosa y dejaste de ir, yo voy a tomar en cuenta esas creencias y voy a impulsarte a que vuelvas a ir a la Iglesia, que tanto bien te hacía.

Anexo 10: E.3. - Experiencia: seis (6) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

La línea teórica es la Psicología Cognitiva, más del tipo constructivista. Cognitivo-constructivista. Lo que intenta es entender a la persona de acuerdo a cómo construye su realidad, cómo construye la realidad sobre *sí mismo*, sobre el mundo, sobre las relaciones. Cómo se va formando su sistema de creencias a lo largo de la historia, entendiendo al sujeto como un constructor activo de su propia realidad. Entonces, la idea es trabajar desde lo terapéutico, en eso. Armar nuevos caminos, nuevos significados, reconstruir algunos significados, rearmar... bueno, es eso.

- o ¿Qué diferencia hay entre “creencia” y “significado”?

La creencia es lo que te permite construir un significado. Es la base sobre la cual uno edifica y le da significado a las cosas. La creencia es la herramienta que te permite dar significado.

- o Desde su experiencia o su perspectiva, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

Es una relación de cooperación mutua, donde el terapeuta intenta aportar algunas herramientas técnicas para ayudar a resolver algún problema que el paciente trae. Es una relación de cooperación mutua porque el paciente trae toda la información para poder hacerlo y uno ayuda técnicamente a resolver sus problemas.

o ¿Qué es lo que viene a buscar el paciente?

El paciente viene a buscar, en general, alternativas, nuevas perspectivas y muchas veces, viene a buscar soluciones a problemas puntuales que tienen que ver con el sufrimiento... en general, tiene que ver con el padecimiento, en realidad. Más que el sufrimiento, el padecimiento. Estar padeciendo situaciones que no puede resolver... sí... situaciones, relaciones.

o ¿Qué diferencia hay entre el “sufrimiento” y el “padecimiento”?

El sufrir está muy anclado a una experiencia emocional negativa. Me parece que uno puede padecer sin necesariamente, la experiencia de sufrimiento. Por ejemplo, me acuerdo que ayer hablábamos con una paciente, justamente de esta diferencia. Ella no sufre pero siente que las demás la rechazan. No es un sufrimiento pero sí viene padeciendo esa situación desde hace mucho tiempo.

o ¿Cuál es el rol del terapeuta?

Es un guía, lo que pasa es que depende de la situación... muchas veces uno se pone como guía, muchas veces uno se pone como acompañante. Yo creo que cada situación requiere que uno se ponga en una situación distinta. No es lo mismo, por ejemplo, un paciente que tiene una patología, por ejemplo, una depresión. El papel es más de guía, de darle herramientas técnicas, contención. Hay distintas variables que se van poniendo en juego. Ahora, hay veces en que es necesario más bien, acompañar que guiar, en ese sufrimiento. Entonces, el rol del terapeuta se tiene que adecuar a la problemática del paciente, de acuerdo a lo que el paciente necesite en ese momento. Yo creo que el tema es ayudar.

o Si esta entrevista la hubiésemos tenido hace algunos años atrás, ¿me habría contestado lo mismo que hoy?

No. Digamos, creo que uno tiene metas muy ideales o, por lo menos, en mi caso particular. Las metas eran mucho más idealistas, de intentar resolver absolutamente todos los problemas, una visión más de entrega del terapeuta, de entrega absoluta y eso hace cometer errores. La entrega absoluta hace que uno no discrimine horarios... cometer errores de manejo clínico. Uno tiene que saber hasta qué punto, cuál es el límite de la entrega, qué da uno en esa ayuda, si se da uno mismo o una herramienta. Entonces, uno, al no estar tan seguro de la herramienta técnica, se da como persona, entrega todo como persona y en realidad, es más dar lo técnico que darse como persona. Eso es lo que yo siento que me dieron estos años de ejercicio.

o ¿Qué influyó más en todos estos años, la formación o la experiencia?

La experiencia. La experiencia creo que te forma como terapeuta... ayuda a discriminar a la persona del terapeuta y la formación te da lo técnico que es fundamental. Yo creo que la técnica es fundamental.

o ¿Qué tipo de vínculo es necesario para montar este dispositivo?

De confianza mutua. Si no existe esta confianza, no existe vínculo terapéutico, ¿no? la base de la relación terapéutica es la confianza.

o ¿Usted piensa que su perspectiva, como terapeuta cognitivo, es pura?

No, tomo cosas de otros marcos. No es pura. Sí es predominantemente cognitiva pero tomo recursos de otros marcos, por ejemplo, del sistémico, del psicoanálisis muy poco pero como visión global de algunos problemas da muchísimo. Cognitivo, sistémico, una mezcla... con algunos aportes psicoanalíticos para entender determinadas situaciones o un enfoque más holístico.

o ¿Usted considera que aquellos terapeutas que sostienen acerca de sí mismos que su perspectiva es *pura*, “de puertas hacia dentro” del consultorio, lo cumplen?

Yo creo que es muy difícil porque me da la sensación de que hay tantos abordajes, que las miradas hasta pueden ser parciales. Yo puedo hacer algo cognitivo pero que, en realidad, está dentro de una rama de la psicoterapia cognitiva que también lo sistémico tiene eso... es muy difícil conocer todas las corrientes de psicoterapia. Es difícil ser puramente de una corriente porque, por ejemplo, yo soy de la U.B.A. y la influencia, en toda mi carrera, del psicoanálisis está. Por más que me diga “puro”, no lo puedo sostener. Durante seis años, escuchando una corriente teórica, es muy probable que eso me contamine, en el buen sentido, ¿no? (sonríe).

o ¿El estilo personal del terapeuta, tienen relación con el marco teórico al cual adscribe?

Yo creo que sí. No podría, por mi estilo de personalidad, permanecer en la escucha solamente, como herramienta. Es una limitante propia, no puedo.

- o ¿Qué otras influencias existen sobre el estilo personal del terapeuta? Por ejemplo, se me ocurre pensar en el paciente...

Sí, totalmente. El estilo lo marca el paciente. No es la misma manera, en que me relaciono con la chica que se fue recién, que con el paciente que viene después. No es lo mismo. El estilo de diálogo, de charla... hasta los usos lingüísticos, los recursos técnicos, todo cambia para mí.

- o ¿Qué valor tiene la flexibilidad?

Todo. Es todo. Un terapeuta que no es flexible va a tener muchas limitantes a la hora del ejercicio profesional, por esto que te dije recién, adecuarte, saber, tener tu propio timing, saber qué está necesitando la otra persona. Poder cambiar mi postura, mis recursos técnicos, todo, todo... esa es la flexibilidad que va a estar marcada, justamente, por el objetivo terapéutico. Yo tengo que ser flexible, para adecuarme al objetivo terapéutico, sea cual fuere, ¿no?

- o ¿Hay algo acerca de la relación terapeuta-paciente que no pregunté y sea importante?

Sí me parece importantísimo, que haya entrenamiento... creo que en la profesión tendría que haber un entrenamiento clínico importante antes de empezar a atender porque me da la sensación que no se aprende de otra manera. Yo creo que se aprende haciendo y se requiere que la formación sea en contacto con los pacientes. Eso te va a dar mucha herramienta. Me da la sensación de que es fundamental empezar a soltarse, confiar en uno mismo en la relación con otro. Eso me parece que es absolutamente necesario en la formación. Yo creo que lo técnico solamente no sirve, si uno no está entrenado en establecer vínculos terapéuticos. Bueno, uno se puede formar en eso, pero creo que es importante saber cultivar un buen vínculo dentro de la terapia. Poder sostener los distintos tiempos en la relación terapéutica. No es la misma relación terapéutica la que se establece al inicio que al final de un tratamiento. Y poder manejar esos tiempos "de meseta" en la terapia, cuando los objetivos van alcanzándose y se va perdiendo un poco, el eje de lo que se venía trabajando. Explicitar, es importante en el vínculo ir explicitando lo que va pasando en la relación terapéutica. Si uno se siente agredido, poder expresarlo porque eso forma parte del tratamiento y del trabajo terapéutico. Me parece que está bueno explicitarlo. A mí me sirve mucho en la relación terapéutica porque me parece que eso que pasa conmigo, lo puede estar haciendo con otras personas y no identificarlo. Decirle que está siendo agresivo, permite identificar eso y poder trabajarlo, no desde sentirse ofendido, sino explicitar lo que genera el otro en uno, ¿no? a veces sirve y mucho...

Anexo c. Entrevistas a psicoanalistas. Mujeres.

Anexo 11: A.2. - Experiencia: más de treinta (30) años.

o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?
Psicoanálisis con una orientación lacaniana. Freud y Lacan.

o ¿Usted piensa que los terapeutas que adhieren a un marco teórico determinado siempre se mantienen dentro de dicho marco o en ocasiones no lo hacen?

(Se ríe) Yo creo que hay una orientación que comanda la intervención pero el problema es que el marco no es un marco rígido entonces, hay tácticas. Qué es lo que entra y qué es lo que no entra es la política pero las tácticas son distintas. Eso que quiere decir que uno trata de enmarcarse dentro de una orientación. Pongamos un ejemplo: el psicoanálisis no es una orientación que piensa que hay que darle consejos a la gente para que sepa cómo vivir pero, a veces, en la táctica, uno hace una intervención que pudiera parecer un consejo, no sé si llamarlo como consejo. Entonces, el problema es no perder de vista la política y en el camino, hay variedades...

o Desde su experiencia, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?
Es muy difícil de describirla en abstracto... la relación terapeuta-paciente en el análisis implica un cierto dispositivo, implica no estar allí como persona involucrada en su propia vida sino estar ahí, más como un objeto que se presta a que el paciente ponga en juego su propia historia, su propia subjetividad, su propia singularidad y estar dispuesto a escuchar eso, es decir, uno no interviene desde su propia persona. Más bien, como dice Lacan, se presta la persona a ser objeto de la transferencia. Entonces, es una relación un poco particular porque no es que uno está ahí ni como amigo, ni en una conversación cotidiana. Es un lugar que uno toma para dejar que aparezca la subjetividad del otro y en ese punto, la intervención se va acomodando a eso.

o ¿Cuál sería el rol del terapeuta?
El tema es dar lugar a que aparezca allí la subjetividad del paciente, que es la única que está en juego ahí, no es la subjetividad del analista. Entonces, en esa relación, podríamos decir, hay un sujeto, que es el analizante y el analista se presta a eso desde el lugar de un Otro, que es un Otro barrado porque hay ahí un deseo, que Lacan llamó *el deseo del analista*... hay un lugar de objeto., es decir, que uno se presta allí a quedar tomado libidinalmente por el paciente pero no es uno en calidad de persona que está allí, en esa relación.

Lo que pueden pasar son muchas cosas... no quita que el analista se pueda angustiar, que puedan pasarle cosas pero no es desde ahí que interviene. Eso, en todo caso, tendrá que verlo en su análisis. En cuanto quede involucrado como persona, eso le va a impedir escuchar lo que se trata ahí, en relación al paciente. Si se identifica con el paciente seguro que va a estar perturbado en su manera de escuchar. No quiere decir que no pase pero bueno, serán cuestiones a trabajar en su análisis personal y en su supervisión porque de lo que se trata es de poder ver lo que le pasa al paciente, no a uno. La expectativa es que en ese recorrido del análisis, el paciente pueda encontrar, encontrarse, saber dónde está embrollado, dónde se le arman sus líos, que pueda desembarazarse de lo que lo hace sufrir, qué movimientos puede hacer para sentirse mejor. En definitiva, lo que se espera es un cambio de posición del paciente, que seguramente va a tener consecuencias en sus actos y sus conductas. Por ahí, se va a ubicar o a responder de otra manera a aquellas situaciones que le cuesta enfrentar o arreglárselas. El tema es que algo se produzca en ese que viene a consultar porque si no, no tendría sentido todo el "aparataje" que uno pone en marcha. La expectativa es que el paciente pueda mover algo, que pueda encontrarse con sus propias decisiones, el punto en donde está involucrado, de otra manera. Hasta dónde se logra eso, nunca se sabe porque tampoco hay un ideal a lograr. Eso es una decisión de cada uno.

o ¿Se relacionan los estilos personales del terapeuta y el marco teórico al que adscribe?
Me parece que cada uno actúa con su propio estilo, dentro de ciertas coordenadas, el modo de intervenir tiene que ver con su estilo. Yo no estoy segura de que haya una relación... en el psicoanálisis, estoy segura, de que hay distintos psicoanalistas con distintos estilos, aún dentro de un mismo marco teórico. No sé si se puede hacer una relación tan directa porque también hay algo singular en el modo de ser analista. No hay un modelo de analista, universal, cada uno es analista con su propio estilo aún dentro de una misma orientación. Si no seríamos todos como robots. No se puede prescindir de la singularidad

del analista y el recorrido de su propio análisis porque uno es producto de su propio análisis, uno está marcado por su propio análisis, sin ninguna duda.

o ¿Qué otros factores influyen en esta relación terapeuta-paciente?

Creo que hay muchas cosas que juegan en la relación. Juega el encuentro singular que se produce con ese paciente, uno no es igual con todos. Juegan las contingencias, lo que se pueda producir en ese encuentro. Juegan los distintos recorridos de formación que cada uno ha tenido y el momento en que se encuentra. El marco teórico funciona como una orientación, no como una norma estandarizada. Entonces, siempre hay un punto que es la intervención en cada momento y eso no depende sólo del analista, depende de lo que pase en ese encuentro, en ese acontecimiento, a veces se produce algo, a veces no se produce. Siempre depende de lo que pase desde el paciente y desde el analista. Digo esto porque uno podría esperar que el marco teórico sea un manual de procedimientos y no es un manual de procedimientos, es una orientación, hay principios. Pero hay diferencias entre los principios, las normas y las recetas de cocina. Entonces, no hay recetas de cocina, hay principios que orientan... en abogacía hay leyes pero cómo se aplican esas leyes implica una decisión del juez, en cada acto hay una decisión. De lo que se trata es de intervenir allí, en lo que uno puede escuchar, de eso que se ha dicho o estar atento al lapsus, a la enunciación, es decir, son muchas cosas que se producen en ese momento. No hay una receta pero tampoco es desde la subjetividad de uno, es desde lo real de la situación. Hay que escuchar allí lo que está en juego.

o ¿Cambió su perspectiva respecto de la relación entre terapeuta y paciente a lo largo del tiempo?

Si su respuesta es sí, ¿qué factores influyeron en tal cambio?

Cambia porque hay efectos de formación en la historia de cada uno, experiencia, capitalización de los fracasos, aprendizaje, revisión de las propias posiciones, formación teórica, análisis personal. Uno va cambiando, en treinta años no es el mismo. Uno intervenía, funcionaba de una manera en el momento inicial y eso tiene consecuencias en cómo uno se posiciona.

o ¿Influyó más la experiencia o la formación en ese cambio?

La experiencia sola no alcanza. Podés trabajar sin formación y hacer las mismas macanas siempre y la formación sin experiencia, quedaría en abstracto, así es que a mí me parece que habría que pensar en un cierto anudamiento de las cuestiones. Lo que es la capitalización de la experiencia anudada a una formación. Sin formación no hay analista y la formación es permanente y en base a la experiencia se van modificando cosas... es un tejido que se va armando.

Anexo 12: M.3. - Experiencia: treinta (30) años.

o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

Me defino como psicoanalista...

o Desde la línea...

Freudiana-lacaniana. Eso no quiere decir que el dispositivo se use en todos los casos, ¿no? Digo, como dispositivo de análisis porque hay gente que se analiza y hay gente que no. Pero lo escucho desde esa orientación, más allá de si después, hay una entrada o no de análisis con el dispositivo... con la asociación libre, diván, etc. etc. Digo, hay gente que tiene una orientación más orientativa y esa es su demanda.

o Desde su perspectiva o experiencia, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?, ¿es una relación de qué tipo?

Ay, bueno... es una relación asimétrica, en donde el analista no aparece como sujeto. No es una relación de dos sujetos o dos yoes, sino que es una relación en la que el analista viene a figurar la representación del mundo inconsciente del otro y maniobra con eso. Esto no quiere decir que no haya empatía, que no pueda haber cariño... no quiere decir que no haya el más mínimo lazo, pero es una relación asimétrica. Fundamentalmente por estas razones. Por supuesto, el analista es el que tiene el saber y el analizante es quien viene a buscar el saber. Después que lo ame... pero no es esa la relación de amor a la que debe responder el analista. Esa es la abstinencia freudiana. Abstenerse de ser sujeto con el otro.

o ¿Qué es lo que viene a buscar el paciente?

Ay, en términos generales, un paciente viene a buscar el alivio cuando hay algo que lo atormenta. En

casos muy generales porque después, por supuesto, si vas al “caso por caso”, hay pacientes que vienen a buscar cualquier cosa. Hay pacientes que vienen a buscar que lo maltraten. Hay pacientes que vienen a buscar el amor del terapeuta. Otro, porque la terapeuta le puede parecer mona y elegante, no sé, digo... las demandas pueden ser espurias y esto es lo que hay que ubicar en relación a un tratamiento. Pero fundamentalmente, salvo que alguien sea un estudiante de psicología y quiera saber psicoanálisis y el dispositivo, la gente viene a sentirse mejor, a ser feliz, a curarse, a levantar el padecimiento que tiene y hay que intervenir en esa línea, sin duda. Por más que uno sea estrictamente psicoanalista, en relación al dispositivo, no hay que perder lo terapéutico si no, como decía Lacan, es una estafa analítica, ¿no?

- o Hace un rato tuve una entrevista con Hugo Hirsch y con él hablábamos el tema este, de cuando un paciente viene y te dice que quiere ser feliz... ¿qué le decís?

Bueno, los psicoanalistas siempre decimos “caso por caso”. Habría que ver qué quiere decir eso para el otro. Si de verdad quiere ser feliz, qué es lo que busca en la vida...

- o En qué posición está...

En qué posición está... qué es ser feliz porque la felicidad puede ser la idealización de la vida y por lo cuál, entonces no va a llegar nunca. Es una situación totalmente imposible. Entonces, cuando un paciente dice que quiere ser feliz, hay que empezar a trabajar qué quiere decir eso. Si eso que él cree que es ser feliz, es sostenible o no, digamos.

- o ¿Cuál es el rol del terapeuta?

Esto es según cada caso. No es lo mismo un psicoanálisis didáctico que yo puedo hacer con gente de IPA, en donde la demanda es una demanda de análisis y que tenga su efecto didáctico o de gente de muchos años, de gente del ambiente psicoanalítico. No es lo mismo la demanda de Pirula, que quiere sentirse mejor. Entonces, no es lo mismo... de acuerdo al “caso por caso”. En algún caso se acentuará más un efecto terapéutico de levantamiento sintomático, qué se las pueda arreglar. Fundamentalmente, que tenga recursos para resolver problemas de la vida. Por añadidura, el síntoma desaparece y en otros, será más una cuestión de investigación y de trabajo, cuál es la dimensión del goce... por eso, digo, cada uno...

- o Si yo digo provocar cambios, ayudar, contener...

Por más que muchas veces los psicoanalistas puedan discutir qué quiere decir eso, nadie discute lo genuino y que es que la gente quiere vivir mejor y que está bien que nosotros ayudemos activamente a que haya cambios, a que viva mejor, a que sea más feliz, a que no tenga síntomas. Eso no está en cuestión. En todo caso, lo que está en cuestión es cómo se llega a eso. Digo, si es desde el fervor curandis, entonces yo tengo que apurarme y eso, en un espacio en que yo podría ir por otro camino posible porque hay una pregunta en eso, entonces, esto puede ser un trabajo más profundo o lo saco rápido. Son decisiones y según las urgencias, obviamente. Una persona deprimida, no se puede usar tampoco el dispositivo porque hay que tratarle la depresión y después pensamos. Alguien que tiene ataques de pánico, no me voy a poner a desplegar, ¿viste?

- o Asocie libremente...

No, para nada. Por eso te digo, realmente... es “caso a caso”. Pero yo creo que sí, que estoy de acuerdo. Cualquier persona que trabaja en relación a la dirección de la cura, va a estar de acuerdo en que apunta al bienestar del sujeto, sin duda.

- o ¿Se relaciona el estilo del terapeuta con el marco teórico al cuál adscribe?

(Piensa), eh, (piensa) a ver... yo ahí te contestaría, qué querrá decir estilo del terapeuta. Yo conozco estilos de terapeutas que son cognitivos y que podrían ser perfectamente psicoanalistas y psicoanalistas que tienen diferentes estilos de terapeuta, aún siendo psicoanalistas... eh, en todo caso, más que con el estilo, tiene que ver con una transferencia que uno tenga en relación a una formación teórica, los maestros que tuviste... por ahí, ni siquiera es lo teórico, es determinado maestro que te pareció, que te transmitió, que te marcó. Lo que sí es cierto, es que alguien que no se puede bancar dejar de hablar de sí, necesita una cosa más, chabacana... va a ser un mal psicoanalista. Si con estilo te referís a un modo de ser en que el sujeto no puede abstenerse... porque por ahí, uno puede ser muy sociable y muy conversador pero después, poder sostenerse como analista. Entonces, me parece que no tiene que ver tanto con el estilo, sino con cómo se posiciona frente a la convicción de su decisión en la dirección de la cura, de una línea teórica, la condición de la eficacia de eso... el cómo se posiciona, como analista o como otra cosa. Esto no quiere decir que a veces, el analista no pueda comentarle algo al paciente... tampoco la pavada, ¿no?

Es cierto que hay analistas más callados, analistas más autoritarios, analistas más maternos... digo, ahí tenés...

o Ahí entran en juego, no sé, se me ocurre otras influencias como el estilo del paciente...

Sí, eso sí. Lo que vale es el estilo del paciente porque la maniobra transferencial que tenés que hacer, es de acuerdo al estilo del paciente. Entonces, ahí sí yo podría tener que ser, con uno maternal, digo, por decirte cualquier cosa... con otro autoritaria, con otro... silencio. Es uno en la maniobra en transferencia el que tiene que adaptarse. Entonces, el que no puede hacer eso, se va el paciente. Igual, me parece que esto es así en cualquier terapia, lo que pasa es que otras no lo formalizan por el lado de la transferencia pero lo enfatizan por el lado de la empatía, de la alianza terapéutica, lo que quieras... pero digo, hay un mínimo ahí, de si llegaste o no llegaste, como el amor. En definitiva, es una relación amorosa, así es que... (se ríe).

o ¿Piensa que su perspectiva teórica como terapeuta es *pura*?

Yo pienso y conceptualizo, siempre, desde el marco teórico psicoanalítico. A mí me sirve, me sirve para operar, para dirigir la cura y para entender. Es mi aparato conceptual, por lo cuál siempre soy freudiana y con orientación lacaniana. Esto no quiere decir, que yo no valore en determinada situación y no haya hasta, intervenido, porque me pareció pertinente con alguien... alguna cosa técnica de cognitivismo, de afrontamiento, de... y uno puede pensar esos puentes, que yo lo puedo formalizar en el psicoanálisis pero si vos lo mirás de afuera, dirías "pero esto es una intervención cognitiva o sistémica" y yo te voy a decir "no, es una intervención psicoanalítica y que, esto no quiere decir que yo no escuche o lea otras cosas y diga, qué interesante esto, cómo lo manejan" y que alguna vez, con pacientes oncológicos, etcétera... pero el modelo, digo, la conceptualización teórica siempre es psicoanalítica, como yo la uso.

o ¿Y considera que aquellos terapeutas que dicen acerca de sí mismos que son puros, de puertas "hacia dentro" del consultorio, lo cumplen?

Nadie está a la altura de cumplir el ideal que se propone (piensa) y si lo cumplen, están, como decía Mannoni, más puestos en sostener el ideal del psicoanalista que en ser psicoanalista. Digamos, nadie puede nunca, en ninguna relación, sostener la cosa "pura". Ahora, cuando yo digo que soy psicoanalista pura, porque no digo que no, yo para mí soy psicoanalista pura y cuando yo te digo que uso, cosas que podrían parecer cognitivas, yo te las formalizo perfectamente desde el psicoanálisis y para mí es una intervención analítica. Entonces, uno podría decir que es puro, dentro de la pureza posible. Nunca es pura. La verdad es no-toda, decía Lacan o no hay relación sexual, digo, nunca es pleno... en ese sentido, no hay tal pureza, uno hace lo que puede y en todo caso, son tácticas y estrategias que puede uno inventar día a día para sostener la política del psicoanálisis pero, bueno, uno va haciendo lo que puede...

o Si esta entrevista la hubiésemos tenido hace veintiocho años atrás, es decir, recibida y un poquito más, ¿me habría contestado lo mismo que hoy?

A ver (piensa). Esto tiene que ver con el recorrido que uno ha hecho. Cuando estaba en la facultad, siempre me gustó escuchar todo... como yo entré a la clínica por la psicosis, si bien de entrada, decidí la formación psicoanalítica, siempre me interesó escuchar los distintos discursos. Hay un tiempo en que uno empieza a meterse más en profundidad en el psicoanálisis y entonces, te diría que en ese tiempo, capaz que era más idealista. Suponer, que esto era la posta y el resto... no había como el psicoanálisis. Pero después, te das cuenta de que es importante tener un marco conceptual pero fundamentalmente, te diría que es la posición que el terapeuta tenga en la vida y en relación a cómo se toma lo que guía, lo que hace que un tratamiento sea eficaz. Yo conozco gente que trabaja desde el cognitivismo y yo les mando un paciente, no tengo ningún... me dan confianza y hay gente que es psicoanalista y no le mandaría ni loca un paciente. Entonces, en definitiva, qué te quiero decir, yo no creo que haya "la teoría" y esto es lo que uno, a lo largo del tiempo, va descubriendo. En realidad, lo que hay es como un modo de dirigir la cura y esa cura, si bien es cierto que va a tener particularidades, diferentes, las de un psicoanalista a otro... el cincuenta por ciento, viene a levantar su síntoma y a estar mejor y uno está para eso y esa es la ética del psicoanálisis, uno tiene que pesquisar cuál es la demanda genuina de ese sujeto y no obligarlo a hacer otra cosa respecto de lo que viene a buscar. Si quiere estar mejor y aliviarse, yo le voy a plantear y hasta te diría, coincide con un cambio cognitivo porque es un cambio de visión del mundo, a que pueda ver las cosas de otra manera. Le daré las herramientas, desde el psicoanálisis para que pueda operar de otra manera, y ahí terminó la historia. Yo tengo mucha gente que está poco tiempo... en terapia breve. Bueno, de hecho, Miller puso un centro en Europa, de terapia breve. Hay un librito muy interesante, que

por ahí, a vos te va a servir para esto. Es muy interesante para pensar cómo se puede organizar una clínica, desde el psicoanálisis pero en el orden de lo breve. Se llama "Textos breves" o "Psicoanálisis breve", no sé pero en la EOL seguro que lo deben tener.

- o ¿Qué influyó en el cambio de perspectiva a lo largo de estos treinta años, la formación, la experiencia, el análisis personal, la experiencia de vida?, ¿todo eso o parte?

Es todo. La experiencia, obviamente, es indiscutible que no es lo mismo cinco años que treinta. Yo misma me escucho y digo, treinta años, pucha, es un significante fuerte. La experiencia te da un saber acerca de contingencia, de situaciones que se repiten. El estudiar y saber más, bueno, es un grado de formalización indiscutible. Los años de análisis que hice en su momento, es indiscutible porque el que uno pueda pescar ciertas cosas de uno en relación a un paciente... bueno, por eso se habla del trípode freudiano: la formación, la supervisión y el propio análisis. O sea, es un conjunto, es un conjunto.

- o ¿Hay algo que no le haya preguntado y que considera que podría ser importante? No, yo creo que está todo. Las preguntas son muy pertinentes.

Anexo 13: T. - Experiencia: veinte (20) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

La línea teórica es el psicoanálisis freudiano partiendo de la idea de la transferencia, lo inconsciente, las resistencias, la contratransferencia. Continuamente estoy tratando de poner en palabras mentalmente, no lo digo directamente al paciente aunque trato de explicitárselo al paciente, todo lo que voy sintiendo. Trato de entender lo que me está haciendo sentir y es más, he descubierto a lo largo de mi trabajo que la herramienta esencial es la transferencia. Es la mejor manera de lograr este encuentro con el paciente, que no sea una especie de ejercicio intelectual solamente porque si no, el análisis, por lo menos en mi experiencia, tiende a la racionalización y a la intelectualización. Justamente porque el paciente se resiste es que hay análisis. El paciente sistemáticamente transgrede el encuadre, el horario, los honorarios... en última instancia, la transferencia lo que pone en juego es el complejo de Edipo y el amor.

- o ¿Cuál es el rol del terapeuta?

Contener al paciente, contenerlo y entenderlo. Yo creo que la cuestión empática es fundamental. En algún lado, si uno no se identifica con el paciente, ahí, en ese punto en donde nos entendemos. Yo creo que si uno no lo entiende y no es capaz de pensar que eso que le pasa a él, también le podría pasar a uno, de hecho, uno se analiza, es la manera de entenderlo. Es desde la empatía, el entendimiento, la contención. Si viene angustiado, tal vez se tenga que ir menos angustiado, que se vaya más tranquilo. Que pueda reconocer la angustia que siente, que se conecte con lo que le pasa, que eso que le pasa no está bueno que le pase.

Me parece que esto que decía Freud de levantar represiones y hacer consciente lo inconsciente, esa es la función del analista y del análisis. Cuanto menos represión y menos esfuerzo de represión haya, más libre está el paciente.

Creo que hay un imperativo que es entenderlo y ayudarlo a aliviarse al paciente, a que pueda mejorar sus vínculos con sus objetos, sus vínculos amorosos, de rivalidad, paranoicos. Que pueda crecer. Yo creo que a la larga lo que uno quiere es que el paciente esté bien, disfrute, que esté menos reprimido porque la represión es un mecanismo que va tomando posición, va tomando campos cada vez más extensos, no se puede reprimir una cosa, es un imán que trae y le quita a la persona la posibilidad de disfrutar, de invertir, de sustituir. Que se sienta más libre y pueda sustituir, elegir, decidir, angustiarse.

- o ¿Piensa que su perspectiva es *pura*?

No, para nada. Es múltiple, atravesada por un montón de otros autores, desde Klein, Winnicott, Green, para la adolescencia Peter Blos. Hay muchísimos autores.

- o ¿Qué piensa que hacen los demás analistas aún cuando dicen que su perspectiva es *pura*?

Yo creo que la clínica es un momento sumamente subjetivo y que hay que tratar de ser lo menos persecutorios posible. El que pone el cuerpo y su cabeza es el analista, hay que apelar a muchas técnicas, los pacientes te corren continuamente de la relación transferencial. Tenés que apelar al buen criterio, a lo que te sale. Yo creo que cada uno tiene su estilo.

- o ¿Piensa que el estilo del terapeuta tiene relación con el marco teórico al cuál adscribe?, ¿qué otras influencias hay sobre el estilo?

Yo creo que el estilo es único y que cuando uno quiere copiar el de otro, sea su propio analista, su supervisor, un profesor o quien sea, hace mal las cosas. La personalidad es lo que influye, con cada paciente el vínculo puede ser distinto pero el estilo se mantiene. El paciente te hace sentir otras cosas pero el estilo tiene más que ver con la personalidad, con la historia infantil, con el propio análisis, con los profesores, con quien uno aprendió, con las identificaciones.

- o ¿Piensa que si esta entrevista la hubiésemos tenido a cinco años de haber iniciado su práctica clínica, me hubiese contestado lo mismo que hoy?

No, bajo ningún punto de vista. Cambió totalmente. Cuando yo me recibí yo quería trabajar, estaba muy deseosa de aprender y de ejercer algo de la práctica. Era más resistente al psicoanálisis a pesar de que siempre estudié psicoanálisis. Me costaba mucho meterme en la escena transferencial con un paciente. Me parece que era mucho más intelectualizado el tipo de intervenciones que hacía, el tipo de interpretación. Era más rígida. Me daba más miedo.

- o ¿Qué influyó más en este cambio, la formación o la experiencia?

En ambas, la formación y la experiencia. Creo que hay una dificultad de integrar al principio, lo que es la formación con la práctica clínica. Uno puede escribir grandes textos teóricos pero encontrarse con el paciente no es lo mismo, es más, a veces a uno le cuesta entender la teoría con los pacientes o los pacientes con la teoría, son como dos carriles diferentes. Pero a medida que uno va teniendo experiencia, se va formando y se va supervisando, se va analizando, va descubriendo que la teoría no es tan distante, es mucho más aprehensible de lo que parece. Al principio tratás de amoldar la teoría al paciente y no le encontrás la vuelta y después te sale solo, fluye. Creo que es una labor de encuentro, encuentro con un analista, encuentro con un supervisor, encuentro con un paciente. Y en el momento en que hay algo prejuicioso, no funciona. Es decir, si yo voy a supervisar y siento que mi supervisor sabe mucho y yo se poco, hay algo que no está funcionando. Y si yo me encuentro con un paciente y no me animo a sentir o a entender lo que siente... uno a veces se da cuenta de que el paciente está hablando de la transferencia y es casi como tomar una decisión, qué hago me meto o lo dejo pasar y la verdad es que meterse es mucho mejor.

- o ¿Hay una resistencia del analista?

Absolutamente. Hay una resistencia desde el analista que implica el atravesamiento de un análisis con un paciente. Porque toca cosas propias, porque conmueve, porque te mueve, porque la escena transferencial es una escena amorosa. Lo que pasa es que el paciente necesita del analista pero el analista también, necesita del paciente, si no, no hay análisis. Uno tiene que tratar de entenderlo y si no lo entiende, decirlo: "no entiendo".

- o ¿Cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

Es una relación amorosa. Es una reedición, una actuación del complejo de Edipo. Se necesitan mutuamente, analista y paciente. Si no es una relación empática, de cuidado al otro, no hay posibilidad.

- o ¿Qué viene a buscar el paciente?

Sentirse bien. Viene a no sufrir aunque venga a hablarte del marido.

- o ¿Hay algo que no le pregunté y que considere importante decirme respecto de la relación terapeuta-paciente?

Me parece que lo importante es no ponerse rígidos y querer enseñarles a vivir a los pacientes. Me parece que lo importante es no ser rígido y cuando se pone rígido poder admitirlo, reconocerlo. Sobre todo cuando los padres, en el trabajo con niños y adolescentes. No generar un mundo persecutorio y es muy difícil, difícilísimo.

- o ¿Qué valor tiene la confianza en esta relación?

Es fundamental, es más, los pacientes muchas veces vienen porque no confían. No confían en sus objetos, no confían en sus amores, no confían en sí mismos. La falta de confianza es un obstáculo resistencial muy grande hasta que el paciente confía y se siente respetado. Ser cálidos, abiertos, no rígidos. Viene porque es rígido en su modo de pensar, en su modo de ser, en su modo de sentir.

Anexo 14: L. - Experiencia: doce (12) años.

o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?
Desde el psicoanálisis lacaniano.

o Desde su perspectiva, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?
Bueno, digamos que la relación terapeuta-paciente está atravesada por lo que es la noción de transferencia. Esto marca de alguna manera, la forma en que se constituye el vínculo entre el paciente y el terapeuta. Es decir, que en principio uno podría pensar que en primer lugar lo que hay que tomar en cuenta es en qué lugar queda ubicado el terapeuta transferencialmente. Es decir, que el primer punto de esa relación es que uno queda tomado en la transferencia y en donde toda la articulación se produce en torno a cómo maniobrar con eso. Digamos, la línea que sigo es la línea lacaniana en la que considero que el analista está implicado en la transferencia, que no es que el analista queda por fuera del dispositivo, sino que es parte del dispositivo analítico y que es esa misma relación la que posibilita o da la posibilidad de que se genere otra cosa, de que se produzca una modificación en eso que ha sido, la relación del sujeto con sus otros primordiales.

o ¿Qué es lo que viene a buscar el paciente?
Eso es muy variable. Uno podría dar una respuesta general pero, en realidad, eso es muy “caso por caso”, qué pide cada uno, qué se pone en juego en la demanda de cada paciente es “uno por uno” y, precisamente, la forma en que se pone en juego ese pedido tiene que ver también, con el modo en que se establece la transferencia. En torno de lo general, uno podría decir, desde lo más llano, que viene a pedir un alivio respecto de cierto padecimiento. No siempre, ¿sí? A veces, puede ser que venga a pedir esto y otras veces, vienen a montar una escena, viene a mostrar algo al otro que no necesariamente tenga que ver con algo del orden del padecimiento. Pero eso tiene que ver con la estructura muchas veces, y con la forma en que se arma el vínculo transferencial. En líneas generales, uno podría decir, que alguien va a consultar a un analista cuando sufre por algo que no ha podido resolver por las vías con las que contaba habitualmente.

o ¿Cuál es el rol del terapeuta?
Yo creo que es como dar la posibilidad de la ocasión de que algo sea diferente para ese sujeto. Muchas veces, cuando los pacientes llegan, vienen desde una posición donde creen ya que la suerte está echada, por decirlo de alguna manera, o que hay algo del orden de un destino jugado. Y me parece que un análisis y la posibilidad de un encuentro con un analista, abre precisamente a que bueno, a que en realidad, hay algo que está abierto a la contingencia y no algo cerrado que hay que develar. Me parece que tiene que haber una apertura.

o Si yo digo palabras como apoyo, contención, ayuda...
A ver, yo no creo en esta cosa del analista sin afectos, distante, frío... tampoco me gusta la palabra ayuda como si fuésemos una especie de samaritanos, “qué buenos que somos...”. Me parece que escuchar el padecimiento de alguien y alojar ese padecimiento, es una forma de... llamarlo contención si querés, de dar un espacio en donde alguien se sienta alojado. Porque la escucha es una escucha real, es una escucha verdadera, produce eso, produce alivio, produce un lazo al otro y bueno, los seres humanos necesitamos un lazo al otro...

o Se busca, ¿solucionarle el problema?
(Se ríe y piensa) No por la vía directa, digamos, el problema lo va a ir resolviendo el paciente mismo. Lo que uno va a hacer, en todo caso, es acompañar o propiciar un proceso que le permita ubicarse respecto de eso que se le vuelve problemático, para que pueda encontrar formas de “hacer con eso”, ¿sí? Pero, a ver... se me ocurre una cosa. Si alguien viene a consultar y dice que está muy angustiado porque acaba de perder su trabajo, no es que uno le va a ir a buscar trabajo, no vamos a hacer eso. Ahora, eso no quiere decir que en el tratamiento no se hable de cómo hizo la búsqueda, dónde está buscando... va a hablar de lo que lo aqueja en ese momento. No es que uno le va a decir, “ah, no, no, no, acá viene a hablar del Edipo o venga a hablar de...”. Se va a hablar de eso pero, en todo caso, digo, uno podrá encontrar qué aspectos se le ponen en juego de su psiquismo en relación a esa búsqueda. Por ejemplo, que aparezcan situaciones en que el paciente se sienta o denigrado o que no es considerado o que está buscando un puesto para el cual no está calificado. Me parece que hay que distinguir, no somos asistentes sociales pero eso no quiere decir que no haya que escuchar cómo ese sujeto está inserto en el mundo de hoy. No

es no escuchar eso. Pero hay que tomar en cuenta, desde dónde nuestra intervención puede ser eficaz y no es desde el "ir a buscarle un trabajo".

o ¿Y cómo es el vínculo?

Yo creo que tiene que haber confianza y después, mucho se ha distorsionado, tanto respecto de Freud como de Lacan... yo no creo en esto del analista mudo, que no habla, no tiene que ver con eso. Tiene que ver con que no se pongan en juego los propios ideales, creyéndonos nosotros que somos mejores que el paciente y que sabemos que es bueno para él. Son dos cosas totalmente distintas, eso no quiere decir que hay que ser frío, que no se puede ser cálido. Eso, en todo caso, serán rasgos de cada uno verá cómo pone en juego pero no es eso. A mí me cuesta cuando vos me preguntás cómo pensar el vínculo porque no quiero imaginarizártelo de ninguna manera, digo... porque si ponemos lo otro, que hay que abrazar y contener al paciente, tampoco está bueno, no se trata de eso pero eso no quiere decir que uno en algún determinado momento, no pueda abrazar al paciente. Ese no es el problema, no es el punto, el problema es si nos creemos que de lo que se trata es de ir a palmearle la espalda. Ese es el punto. Esto tiene que ver con estar implicado con ese otro, con que uno también está implicado en la transferencia. Muchas veces los pacientes llegan sin ninguna confianza en el tratamiento y eso es algo que se construye, en todo caso. No es necesario que alguien crea para que el análisis pueda instalarse porque que el análisis se instale, tiene que ver con la sorpresa de encontrarse diciendo algo, escuchándose decir algo que le resulta sorprendente de sí mismo.

o ¿Usted cree que su perspectiva, como analista lacaniana, es *pura*?

A ver, sí. Yo no me describiría como alguien ecléctico aunque eso no implica que no haya leído a Klein, que no haya leído a Winnicott, que no haya leído obviamente, a Freud. Pero no me considero ecléctica y he leído a Bion.

o Por ejemplo, se me ocurre pensar el hecho de darle a un paciente un consejo, que sabemos que desde el análisis lacaniano, no...

Es que yo no creo que darle un consejo a un paciente sea mala palabra. Uno lo único, que tiene que saber es que por ahí, en ese momento es analista o no y hay que ver en qué contexto, uno le dice a alguien que "eso, no es lo mejor". Digo, es complicado igualmente, porque hasta dónde en esas cosas, no es lo de uno lo que se pone en juego y hasta dónde realmente, es del paciente. Pero yo no creo que eso tenga que ver con otras líneas teóricas, creo que tiene que ver con lo que se llama la versatilidad del analista. Uno no puede ser imperturbable y siempre de la misma manera. No es lo mismo, en un determinado momento del análisis, en que un paciente está totalmente angustiado y desbordado, que en otro momento en dónde lo que aparece, por ahí, es la queja monótona en relación a cierta cosa repetida. No va a ser la misma, la intervención. O por ahí, que alguien que esté bajoneado uno le diga "por ahí, lo que más le conviene, no es estar solo todo el tiempo". Eso es un consejo, desde lo popular, es un consejo. Ahora, hay que ver cómo ese sujeto lo escucha. Por ahí, lo escucha como un consejo, por ahí, lo escucha como una intervención que le dice "solo, no" y eso abre a otra cosa.

Dentro del campo lacaniano, hay esta tendencia a desmerecer otras teorizaciones, muchas veces y no porque Lacan haya hecho eso porque Lacan siempre rescató cuestiones de Klein, siempre rescató cuestiones de Winnicott. Pero no soy de esos analistas que dicen "bueno, para este paciente uso lo que dice Melanie Klein en tal lado...", porque creo que la posición del analista está fuertemente atravesada por lo que es el propio análisis. Influye más el propio análisis que todo lo que uno lee. Hay gente que se cree muy lacaniana porque lee solo a Lacan y eso no es ser muy lacaniano.

o ¿Piensa que la gente que sostiene que su perspectiva es pura, de puertas "hacia dentro" del consultorio lo cumple?

Supongo que sí pero eso tiene consecuencias clínicas, por eso digo, a qué llaman totalmente puro. La rigidez del dispositivo hace que uno crea que tiene que poder aplicar a todos los pacientes un modelo y me parece que es lo que Lacan intentó romper, por lo menos, desde nuestra perspectiva lacaniana. En otras perspectivas, tal vez, sea diferente pero justamente, todas las peleas que él tuvo con la IPA fue precisamente, para plantear que el análisis no es un estándar. Entonces, depende de a qué llamamos puro. Que uno tenga cierta concepción acerca de cómo se dirige la cura, sí, claro pero no hay manera de aplicar en una pureza extrema la teoría en la práctica porque la clínica desborda la teoría y uno, con cada paciente, tiene que inventar cada vez... eso no quiere decir "hacer cualquier cosa" y por eso, uno supervisa, presenta los materiales en espacio de discusión clínica. Para conversar con otros, si eso que uno hizo, fue analítico o no, si fue sugestivo... pero esto es porque uno no puede estar premeditando

a cada rato, en función de lo que va a decir, qué efecto le va a producir. Me parece que es complicado pensar lo puro. Si lo puro es creer que todo lo que dijeron los demás, no sirve, yo no considero eso. Me parece que hay aportes muy valiosos. Yo, sobre todo atiando niños, con lo cual hay cosas de Winnicott que me han resultado muy interesantes de leer, cuestiones de Klein también. Por ahí, no acuerdo con Klein en el modo en que teoriza ciertas cosas, en torno a la significación que le da. Pero eso no quiere decir que yo pueda decir, que da lo mismo saber quién fue Melanie Klein que no, en la clínica de niños, ¿se entiende? Ahora, no voy a interpretar, o no voy a hacer ciertas cuestiones, como las hizo ella, a lo mejor.

- o ¿Cambió con los años, su perspectiva respecto de la relación terapeuta-paciente? Si cambió, ¿en qué sentido y a qué se debió dicho cambio?

Me parece que hay algo que está fuertemente atravesado por lo que es el encuentro con la clínica. Hay algo que me parece que es propio de cómo uno aprende en la universidad y de cómo se transmiten ciertas teorías en contra de otras, por decirlo de alguna manera. Ahora, sí yo creo que hay que tomar una posición. No se puede ser psicoanalista y cognitivista al mismo tiempo porque son dos maneras totalmente diferentes de concebir la cura, de concebir el tratamiento, de concebir los efectos, de concebir el modo de intervención. Me parece que yo era mucho más de lo que vos llamás pura, que ahora (risas). Me parece que bueno, que la clínica lo que va enseñando también es cómo la teoría está siempre, “como persiguiendo” a la práctica y eso es lo que hace que una teoría tiene posibilidades de seguir creciendo, seguir modificándose y seguir recibiendo aportes. Si ya estuviese todo dicho y nosotros no tenemos más que aplicar, seríamos técnicos en realidad.

- o ¿Qué influyó más en dicho cambio, la formación o la experiencia?

Es que yo creo que la formación que yo tuve fue particular porque después de la universidad, la formación que yo hice fue fuertemente hospitalaria. Yo salí de la facultad y mis dos ámbitos de inserción fueron en la residencia, es decir, en el hospital y el haber atendido también, durante muchos años en una institución con chicos autistas, desde un dispositivo psicoanalítico. Entonces, me parece que esas dos cuestiones marcaron, de alguna manera, mi formación. Mi formación no es sin la práctica, la práctica misma implica formación. Hace que todos esos conceptos que, a veces, parecen transmitidos cerradamente, se pongan en juego de otra manera, en interrelación con la clínica.

- o ¿Tiene relación el estilo personal del terapeuta con el marco teórico al cuál adscribe?, ¿con qué otros factores tiene relación dicho estilo?

Dentro del campo psicoanalítico encontrás de todo. Desde gente muy rígida, con formas de personalidad muy... los que te dicen que son totalmente puros y nunca... y hay gente que no. Me parece que no, creo que no tiene que ver con eso. Es una pregunta que Lacan mismo se hizo, por qué alguien elegiría ser analista... yo creo que tiene que ver con el pasaje mismo por la experiencia del análisis, no sé si tiene que ver con otra cosa. Ahora, no todos los que se dicen analistas, uno podría decir que ocupan ese lugar en la clínica, ¿se entiende? Porque no es un título que uno obtiene en la universidad...

- o Es la posición...

Claro... entonces, ahí tenés ciertos problemas. Pero no creo que sea una cuestión puramente de estilo, creo que debe haber gente que trabaja desde el cognitivismo y que, por ahí, tiene facilidad para hacer ciertos tipos de intervenciones y por ahí, logre efectos y demás.

- o ¿Hay alguna pregunta que no hice respecto de la relación terapeuta-paciente y que puede ser importante?

Me parece que lo fundamental está más o menos dicho. Me parece que hay una cosa muy deformada respecto de cómo se transmite un análisis, donde la gente supone que venir a hacer un análisis es venir a hablar del pasado. Casi como si fuese una especie de terapia histórica. En realidad, no se trata de eso, sino cómo lo actual está siendo atravesado por otras cosas. Esta idea de venir a repetir lo mismo y me parece que hay que hacer hincapié en esta idea de que algo nuevo advenga ahí, no que se repita lo mismo. Cómo, en el encuentro con un analista, alguien puede modificar en parte su posición en la vida.

Anexo 15: V. - Experiencia: siete (7) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

Básicamente, mi formación tiene que ver con el psicoanálisis. De todas maneras, mi modo de entender

al psicoanálisis es un modo abierto, tomo muchos elementos de otras líneas de trabajo porque me sirvieron, fueron aportes muy buenos. Pero básicamente, mi marco teórico de referencia es el psicoanálisis y dentro del psicoanálisis, más freudiano y postfreudiano pero no de la escuela francesa. Tomando algunos autores pero no lacaniano. Me gusta bastante André Green, me gusta mucho Piera Aulagnier. Tengo una integración interesante que fue un recorrido mío, no tengo una afiliación muy severa con ninguna escuela. Mi fidelidad, si querés, es más para con Freud, de ahí en más, algunos temas en particular unos y otros temas en particular otros. No creo que un solo autor pueda abarcar la complejidad de la mente humana.

- o ¿Piensa que los terapeutas que dicen mantener una perspectiva pura, de adhesión a una escuela, de puertas adentro del consultorio la mantienen a rajatabla?

No porque en definitiva, si nosotros tenemos un buen análisis hecho para nosotros mismos, nos vamos a tener que dar cuenta que, en realidad, esas cosas demasiado estridentes, demasiado dogmáticas son fantasías. Necesitaríamos encontrar una mamá y un papá absoluto que nunca nos fallen pero la realidad, no es así. De puertas para adentro, uno hace lo que va pudiendo y eso implica a veces no saber, a veces sacar recursos de la galera, a veces guiarse por su marco teórico o tener que repensarlo y, por ejemplo, tener que recurrir a otros pensadores que uno no había pensado. Incluso tomar elementos de la filosofía, del arte... hasta de recetas de cocina para poder llegar a la complejidad que es la subjetividad del otro.

- o Desde su perspectiva, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

Es una relación humana, con lo que eso significa, de vínculo. Nosotros podemos estar posicionados en el lugar de terapeutas pero no dejamos de ser personas y esto para mí es un elemento muy valioso. Me di cuenta con la experiencia que más de una vez, el hecho de que yo me conmueva, por ejemplo, facilitó una comunicación muy importante con esa persona porque es de persona a persona. Por supuesto, uno tiene que mantener su función y no dejarse llevar por sus emociones, eso es obvio pero esas asepcias de laboratorio, creo que le hicieron mucho mal, sobre todo, al psicoanálisis. Justamente fue una escuela que se popularizó, en una época por el "hum, ¿a usted qué le parece?". Cuando la persona llega a pedirte que la ayudes, a quien primero está convocando, es a la persona que tiene enfrente, después puede venir el terapeuta con su artillería teórica a dar una respuesta mejor que la que le dio su hermana, el cura... pero se apela a la persona. Entonces, este poder ubicarte como sujeto, quizás con algún elemento de ayuda para otro sujeto que lo viene a pedir, me parece que es lo primero. De persona a persona. Por supuesto, que esto tiene que estar sumamente trabajado en el análisis propio, puntillosamente supervisado porque justamente, como somos personas, a veces caemos en lugares en los que no debemos caer. El vínculo es particular y mi marco teórico en este sentido nos advierte mucho, uno va trabajando permanentemente con lo que le va pasando. Uno no sólo sabe desde la teoría sino también de lo que le va pasando, lo que va sintiendo con ese paciente. Pongámosle nombre, a veces contratransferencia, en otras, simplemente intuición y otras, vibración de persona a persona. Creo que tiene mala prensa esto en el mundo de las grandes elucubraciones teóricas pero en mi experiencia me dio excelentes resultados para llegar a la gente desde otro lugar porque me parece que esa es la forma. Uno es persona y si uno se imposta en esa cuestión del saber, la está pifiando porque hay lugares adonde no va llegar nunca. Para que el paciente avance, tiene que estar permeable uno. Si me pongo demasiado rígida y me escondo detrás de la teoría... La relación es de a dos y se construye entre los dos. Esto es como manejar un bote, tenemos que remar juntos y hay que meterse. Por eso yo creo que no es un trabajo para cualquiera. Hay gente que tiene la capacidad de vibrar con otro ser humano y hay gente que no la tiene por más que se estudien completas las obras de Freud y de Lacan y de lo que quieras. Está o no está. Ahora sí está, ahí sí la teoría entra en jugar en la persona del analista. La persona es el recipiente con todas sus cosas, su historia, sus mambos, sus atravesamientos personales que también son capitalizaciones para este trabajo.

- o ¿Qué piensa que viene a buscar el paciente?

Alguien que lo ayude, primero alguien, una persona que pueda darle una respuesta en donde solo no puede. Pero fijate que viene a buscar una persona, no recurre a un libro. Recurre a una persona que lo ayude. Siempre es un otro por eso no somos teorías habladas por personas sino que somos personas que hablamos teorías. Me encanta tu tema porque es la base, sin esto...

- o ¿Cuál es el rol del terapeuta?

Facilitar que la transferencia se ponga en juego. Darle los elementos de confianza como para que esa persona pueda contarle a ese desconocido que tiene enfrente, cosas muy personales de su vida. Ayudarlo a bajar las defensas para que todo eso aflore. Por eso, dentro del psicoanálisis, siempre se hizo mucho hincapié en la cuestión del insight y de hacer conciente lo inconciente. Hay otro aspecto que yo

valoro mucho que es la cuestión del apoyo, que en otros marcos teóricos lo vas a ver como capital y, en realidad, lo que uno hace en el consultorio, tiene que ver con la cuestión del apoyo porque si vos no te sentís contenida, que tenés una relación de confianza, no vas a bajar las defensas por más que yo sea Lacan en persona. Si vos no te sentís amparado, querido, cuidado, en confianza y todas estas palabras están vacantes en el psicoanálisis y que, sin embargo, otros marcos tomaron... se habla de empatía. En psicoanálisis, se habla muy poco de relación terapéutica, de apoyo y son cosas que todos hacemos en el consultorio.

- o ¿Piensa que cambió su perspectiva acerca de la relación terapeuta-paciente respecto del inicio de su práctica profesional?

Posiblemente, en algunas cosas pero siempre sostengo que primero estoy como persona. Obviamente uno no se va a quedar con eso pero mientras no establezca un vínculo de persona a persona, la función no puede aparecer. El objetivo de la primera entrevista es que venga a la segunda. Eso implica una relación de persona a persona, ni siquiera es terapéutica, va a devenir terapéutica en la medida en que podamos ayudar a la persona a confiar en uno, que pueda bajar sus defensas, que uno pueda pescar qué es lo que viene a buscar pero todo eso de entrada, no se da, eso se construye. En todo caso se va a construir una relación terapéutica, no va a ser una relación de amistad.

- o ¿Qué influye más la formación o la experiencia en el cambio de perspectiva de la relación terapeuta-paciente a lo largo del tiempo?

Las dos cosas y también tiene relación con el estilo de la personalidad de cada uno. Como te dije antes, yo creo que esta carrera no es para todo el mundo. Requiere mucha posibilidad de paciencia, de poder escuchar a otro, de poder bancar la ansiedad personal, por ejemplo, las ganas que tengo de que hagás un cambio y vos no lo hacés nunca. Se construyen, se pulen con la teoría. En eso la teoría ayuda un montón porque nos va a permitir seguir buscando elementos porque cada paciente es único, hasta hablan en distintos tonos, ven a lo mismo de diferentes maneras y bueno, el tema es ir amoldándose a cada uno, lo mejor que puede. Se aprende con la práctica obvio, se aprende con la teoría obvio, se aprende con la vida, obvio y mucho viene con uno y su historia...

- o ¿Los estilos personales del terapeuta tienen que ver con el marco teórico al cuál cada uno de ellos adscribe?, ¿Qué otras influencias hay?

Yo creo que sí, de la misma manera en que uno eligió una persona para casarse y no eligió a otra. Yo creo que uno se enamora de alguna manera de una teoría. Igualmente, después con los años uno ve que no hay divisiones tan tajantes. Yo creo que son diferentes formas de ver lo mismo, no creo en divisiones tan netas entre las teorías. Que me centre en una, no quiere decir que desconozca a las demás. En realidad, millones de veces me encuentro hablando como cognitiva y me parece que a ellos les debe pasar lo mismo con el psicoanálisis. Y los estilos de personalidad, por supuesto que tamizan esto. Hay gente que se siente muy angustiada cuando no sabe hacia adonde va una sesión y se siente más cómoda siguiendo un plan de trabajo con objetivos concretos y cuando se lo dice a otro, se lo dice a sí mismo. Por supuesto, uno tiene una dirección pero no sabe si la persona va a desear otra cosa en el camino, si va a llegar a eso, si va a tener que conformarse con mucho menos, qué se yo. Para contestar tu pregunta, pienso que el estilo tiene que ver con la personalidad de uno, con su historia, con su análisis personal, básico, básico... con conocer sus puntos ciegos, haber trabajado su narcisismo, lo que constituye un punto fundamental en la clínica, con su posibilidad de entrega, con su aceptación de algunas cosas de la castración que tiene que ver con esto de aceptar lo que quiere el paciente y ayudarlo en su deseo y no en el mío. A mí el análisis personal me parece de importancia radical y a mí, personalmente, es lo que más me aportó y me aporta hoy en día.

Anexo d. Entrevistas a psicoanalistas. Hombres.

Anexo 16: H.2. - Experiencia: cuarenta y un (41) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

Yo tengo que un desarrollo que tendría un eje central en el pensamiento psicoanalítico pero luego, ese eje se cruza con otros ejes para mí, muy importantes. Uno sería el de la perspectiva social y otro sería el de la perspectiva de lo existencial. Yo trabajo en el cruce de esos tres ejes, si bien el principal es el

psicoanalítico pero los otros dos, son cofundantes. Entonces, trabajo en el interior de esa trilogía: la existencial, la psicoanalítica y la social. Eso, a la vez, es parte de otra concepción más amplia que sería trabajar entre la perspectiva que abre la psicología, la filosofía y el pensamiento de la cultura, sería... en su sentido más amplio, ¿no? de las prácticas sociales que significan los puntos de vista de la cultura. En su sentido más amplio...

o ¿Por ejemplo, el arte?

Por ejemplo, el arte (asiente). Concepciones de vida... entonces, ahí, en ese cruce, el trabajo entre contenidos específicos de la psicología, contenidos más amplios de lo humano pensado en la filosofía y las imágenes de lo humano que las prácticas sociales transmiten. O sea, que yo no me estoy adhiriendo a un único eje, sino que todo el tiempo mi pensamiento es más interdisciplinario. En lugar de ser interdisciplinario, investigo desde el interior de una disciplina que es centralmente la freudiana y sus desarrollos pero siempre ampliando, saliendo del campo del psicoanálisis y hacia la interdisciplina.

o Desde su perspectiva o experiencia, ¿cómo describiría a la relación terapeuta-paciente?, ¿es una relación de qué tipo?

Es una relación compleja porque tiene muchos planos. No es una relación en un plano, sino que son muchas relaciones entrelazadas. O sea, en un punto es una relación instrumental que tiene que ver con un operador en salud mental que ha sido consultado por alguien que demanda un trabajo sobre la salud mental. Entonces, en un plano, podríamos decir, es un encuentro en un plano profesional, con un cliente pero ese, es un plano. Después, hay otro plano en dónde se juegan los desarrollos que el vínculo mismo va estableciendo, como vínculo humano o interhumano. En ese vínculo interhumano hay una lectura psicoanalítica que sería parte de lo que se va a jugar, otro plano es el de la historia infantil de esa persona, que ha decantado como un mundo inconsciente y que se traslada como relación transferencial al terapeuta. Después, ya en este otro plano del mundo inconsciente vincular, vienen las reacciones que el terapeuta tenga hacia esa transferencia del paciente que son las que se leen como fenómenos de contratransferencia. Luego, está lo que ambos construyen juntos como novedad de una historia. Novedad de la historia del paciente y novedad de la historia del vínculo terapéutico porque si el vínculo es único... es un vínculo especial, único, no repetible y que se construye entre ambos. Entonces, lo que yo estoy nombrando es que hay varios planos entrelazados que definen una relación compleja y que hay que leer en todos esos planos. Seguramente, no estoy nombrando a todos los planos que podríamos considerar pero estoy dando algunos, ¿no?

o Si esta entrevista la hubiésemos tenido hace treinta y ocho años atrás, ¿me hubiese contestado lo mismo que hoy?

No, probablemente no. Porque en los primeros años de una profesión, uno tiene unas lecturas más circunscriptas. Entonces, según lo que uno está aprendiendo en esa etapa del comienzo, cuando uno recién se gradúa o en los primeros años... es tan complejo el mundo psíquico que, en distintas etapas, uno tiene miradas distintas. Uno empieza tratando de simplificar un poco "la cosa" para entenderla, entonces, la entiende con algún esquema un poco más estricto. Después, con el tiempo, uno se permite darle otra complejidad. Entonces, ahí, las miradas empiezan a sugerir planos, lecturas interdisciplinarias... uno empieza a jugar con multiplicación de perspectivas. Al principio, uno trata de agarrar una perspectiva y, con esa, darse seguridad.

o ¿Qué influyó más en ese cambio de perspectiva, la formación, la experiencia, ambas, otras cosas? Creo que ambas porque primero, en el plano teórico, en nuestra profesión, todas las décadas han estado marcadas por nuevas líneas. Por ejemplo, cuando yo empecé mi formación, había una línea psicoanalítica muy fuerte que era la de Melanie Klein y toda la línea de Londres, ¿no? Unos años después, apareció otra línea que era la del pensamiento francés, que no la conocíamos. Aparece en el setenta y pico y se hace más fuerte hacia los ochentas. El pensamiento francés, trae otras posibilidades de pensamiento. Y después, hay líneas de psicología social que en el tiempo van también, incorporando cuestiones como la grupalidad y la vincularidad, que son otras lecturas que vienen del lado de los investigadores de grupos, trabajos con instituciones. Entonces, si yo miro en el tiempo, van apareciendo siempre, ocasiones de reformulación teórica, de revisión teórica y, por otro lado, esa revisión teórica, uno la va poniendo en relación con lo que uno va teniendo como práctica. Va diciendo: "bueno, tal teoría me cierra", "esto no lo veo claro", "eso no me interesó porque no lo veo en la práctica". Uno va haciendo un tamizado selectivo de las teorías que va leyendo, en función de las prácticas que va teniendo. Así es que también, hay un cruce entre ambas cuestiones. La práctica lo que va aportando, según el tipo de pacientes con los cuáles

uno trabaja, ciertos aspectos teóricos se refuerzan más, aparecen más resaltados y otros, no son tan visibles. Entonces, uno toma más de una teoría que de otra, según el tipo de paciente que le ha tocado.

- o Hay terapeutas que señalan que otras influencias que marcaron el cambio fueron el propio análisis, el personal y la propia experiencia de vida, aquellas cosas que a uno le pasan como persona...

Yo creo que sí. Te diría que los dos aspectos que has nombrado ahora, son de suma importancia. O sea, tomemos en el orden en que aparecen: primero, las experiencias de vida. La experiencia de la vida, en cada década, trae otras novedades, otro panorama, otras cuestiones, ¿no? entonces, el punto de vista del terapeuta se va enriqueciendo porque su vida va transcurriendo por otros planos, otros niveles, ¿no? hay otros tipos de experiencias, ¿no? Y por otro lado, el tratamiento que uno haga de sí mismo, le enseña mucho. Y ahí, hay otro asunto que liga experiencia de vida con tratamiento y es que tratarse uno, en cada década de la vida, es otra experiencia... porque uno, en cierto modo, va variando o se le van cambiando las perspectivas. Aparecen novedades vitales en cada década. Entonces, la evolución que la vida misma trae, da lugar a tratar experiencias de tratamiento que son también, muy formadoras, absolutamente formativas, ¿no? (piensa) Esas dos que vos nombraste, son muy importantes porque el panorama que uno tiene, si ahora reunimos, sería: trabajo clínico con pacientes, trabajo con las teorías, experiencias de vida personal y experiencia del propio tratamiento. Serían cuatro pilares, muy, muy importantes, que hacen al panorama del terapeuta.

- o ¿Usted cree que el estilo personal del terapeuta y el marco teórico al cuál adscribe tienen relación? Sí, tienen mucha relación... están estrechamente relacionados... porque cada persona tiene un estilo cognitivo y según ese estilo cognitivo es que va a elegir el marco... y aquí, te quiero mencionar especialmente los estudios de Harvard acerca de los distintos tipos de inteligencia que existen. Ellos plantean que hay varios tipos de inteligencia, una de tipo analítico-conceptual, otra práctica, otra creadora... y según esa inteligencia es que se va a constituir un determinado tipo cognitivo y obviamente, también emocional. Entonces, en definitiva, yo digo que están estrechamente ligados porque uno elige el marco teórico a partir de su personalidad y, por supuesto, esto está en relación con su estilo cognitivo... y emocional también, ¿no?

- o ¿Qué es lo que viene a buscar el paciente?

Bueno, ahí, te diría que cuando yo me imaginaba la entrevista, pensaba que podía surgir alguna pregunta de este tipo (risas) y el problema de esta pregunta, es que supone alguna generalización pero los pacientes, no se parecen uno a otros, sino que difieren. Entonces, te diría, los pacientes vienen a buscar cosas muy diferentes, muy diferentes. Por ejemplo, algunos vienen a buscar mejorar o a aliviar algún tipo de síntoma. Supone, el que tiene fobias, o el que tiene depresión, o el que tiene una adicción, o tiene agresividad en los vínculos familiares. Viene a ver si puede aliviar, mejorar o sanear esos trastornos, digamos, que considera trastornos... Otras personas vienen a profundizar en algún aspecto que sería, por ejemplo, el que viene porque quiere profundizar en aspectos oscuros de su mundo personal o afectivo... no es que tenga violencias, tiene dudas, tiene incertidumbres, no tiene síntomas, tiene sensaciones de extrañamiento, de dificultad de contacto... de distancias... o sea, viene para profundizar en una esfera emocional.

- o Sería de tipo existencial...

Sí. Ese viene para profundizar en su vida, digamos... en su vida de vínculos, ¿no? Después, hay otro tipo de consulta... que a mí, a veces me sorprendieron... que es el caso de alguien que tiene una historia con una familia de gente loca y viene para ver si él está loco o podría decirse que se salvó de la locura (risas). Ese es otro tipo de consulta, viene para otra cosa... y a veces, no está tan manifiesto, no es tan explícito, pero cuando uno va profundizando, esa persona no viene a cambiar nada, sólo a que uno le diga que no está loco.

- o A que lo convaliden...

Sí, (piensa) sí, sí, sí. Como te darás cuenta, hay diferentes tipos de consulta, no hay un "paciente tipo", sino que hay diferentes estados de consulta. Y después, según épocas de la vida, también varía mucho el paciente, porque supone, a los veinte años, la gente está tratando de encontrar su personalidad, se está buscando. Entonces, la terapia, en cierto modo, es una terapia de búsqueda para constituir un *sí mismo*, digamos... a los cuarenta, la persona está viendo como enfrenta proyectos de vida. Si puede desarrollar el proyecto de pareja, de familia, de hijos... está con esos temas... o la crianza de hijos que han nacido hace pocos años... está en marcha con esos temas. A los cincuenta, la persona está tratando de redefinir cuáles eran sus objetivos. No ya los primeros, sino otros. Entonces, ahí hay otro tipo de temática. A los sesenta, la persona consulta para ver si puede aceptar la vida que le tocó y el carácter que tiene (risas).

Ya no piensa en cambiar tanto, sino en ver si puede aceptar lo que le ha tocado vivir o la manera de ser, o lograr que otros la acepten... entonces, es otro tipo de consulta también, ¿te das cuenta? Según décadas...

o Si yo le digo "sufrimiento", ¿qué me dice?

El sufrimiento sería un elemento inherente a una situación de conflicto en todas las épocas. O sea, podría ser un denominador común o muy extendido en las consultas. La persona viene porque tiene alguna situación de sufrimiento que le ocupa más de su vida y le dificulta el disfrute de la vida. Eso podría ser común, a los distintos tipos de problemas que te nombré, ¿no?

o Y el rol del terapeuta, ¿cuál es?

El rol del terapeuta no es uno, son muchos. Hay un rol que sería acompañar para comprender de qué está hecho ese sufrimiento. O sea, cuáles son los componentes constituyentes de ese sufrimiento o de esas preocupaciones o de esos proyectos que la persona tiene. Entonces, un aspecto sería acompañar para que esa persona pueda explorarse. Ese sería un rol, el de "acompañante-explorador". Pero también, el terapeuta enseña una manera de buscar lo psíquico, o sea que, en alguna medida, es una función docente, pedagógica, sería... le enseña a otra persona, cómo buscarse, cómo buscar en la vida las zonas menos accesibles, digamos... y otro aspecto sería el rol "receptivo" porque recibe y contiene, todo ese mundo del otro, complejo y caótico y confuso y cargado de tensiones... y, en ese sentido, el terapeuta sería alguien que va al lado, conteniendo todo ese despliegue, ¿no? Entonces, son varias funciones las que voy nombrando, no es una sola (piensa). Pero son todas esas...

o Y si yo le digo, cambiar o promover cambios...

Sí, sí, sí. Pero con una característica que es así. La promoción de cambios no es la búsqueda directa de la promoción de cambios, sino que el cambio ocurre si todas estas funciones que te nombré, se van cumpliendo, ¿te das cuenta? Si yo acompaño al otro para que el otro pueda explorarse, en esa exploración, hay un proceso que le va a traer cambios pero yo no lo promuevo de modo directo, sino por acompañar la búsqueda que ese proceso lleva consigo.

o Por añadidura...

Sí, por añadidura... y esto hace una diferencia con las tendencias no psicoanalíticas que, a veces, piensan en la promoción de cambios más directo...

o Sí, es una diferencia con los cognitivistas...

Sí y esa diferencia es importante ahí, porque en la concepción psicoanalítica más abierta, digamos, independientemente de cuál sea la tendencia, no se supone que el cambio se busque de modo directo, sino que en realidad es indirecto, por una exploración muy abierta, en dónde no se sabe adónde va el camino, sino que el camino se abre a una búsqueda y la búsqueda, es incierta. Pero en esa búsqueda, el sujeto se transforma en un observador y experimentador de sí. Y la experimentación y la observación crítica de sí, ayuda a un cambio pero no fue buscado de forma directa el cambio, sino a través de este proceso, ¿no?

o Si le digo palabras como contención, ayuda y apoyo...

Algo te nombré acerca de la función "continente" del terapeuta (asiento) y me gusta más continencia que contención porque contención se hacía, a veces, en el hospicio para agarrar al agitado físicamente. Pero continencia, ayuda, apoyo, respaldo, acompañamiento, son todas funciones muy importantes del terapeuta, que se juegan más en situaciones en dónde el paciente está en una etapa crítica de su vida, está frágil. Hay momentos, en el que el paciente está más armado y no necesita continencia. Pero, te diría, que la continencia es importante cuando la angustia invade al paciente, entonces ahí, el terapeuta sostiene, contiene, acompaña...

o Le presta funciones yoicas...

Le presta funciones de organización, de pensamiento, de espera, de anticipación... ahí, hay una función de continencia.

o Y el terapeuta actúa como modelo...

Sí, sí.

o Si tuviera que utilizar verbos para describir el rol...

Acompañar, explorar, expresar, pensar, vincularse, experimentar, interpretar. Ahí hay varios...

o Algo de esto ya hablamos. ¿Usted piensa que su perspectiva teórica como terapeuta es *pura*? No, no confío en la expectativa de pureza teórica. En realidad, la idea de pureza es la idea de que algo ha cerrado porque tiene coherencia. Es la idea de una coherencia y la situación humana no admite el cierre en una coherencia, sino que la situación es más abierta y las teorías son más confiables si tienen zonas coherentes, que sin zonas abiertas y menos coherentes. Entonces, eso, en general, no se piensa en términos de razón pura, sino en una combinación de razón, intuición, apertura al caos, incertidumbre, ¿no?

o Sería, algo así, como que si hay mucha coherencia, entonces, queda muy cerrado... “no lo toquemos porque eso es coherente, ya cerró”...

Claro, exacto. La búsqueda de una teoría coherente no es compatible con la realidad humana, que nunca es “coherentizable”, sino parcialmente “coherentizable”...

o ¿Usted considera que aquellos terapeutas que sostienen acerca de *sí mismos* que son *puros*, de puertas “hacia dentro” del consultorio, lo cumplen?

En principio, creo que no. Creo que no, porque si se tienen que conectar con la realidad clínica del paciente, van a tener que salir del almidonamiento, de la prolijidad de la teoría a la que adscriben. De puertas “hacia dentro”, van a tener que prestarse a una interacción que no es tan prolija, tan ordenada. Por eso, lo que juega, a veces, en las declaraciones de pureza teórica, son adherencias de escuela o de ocupar un rol en un mercado simbólico o un mercado teórico, ocupar un rol definido como “bueno, este es el papel” o “jugamos este papel”... es para mostrar... pero yo no creo tanto en eso, creo que en la práctica, debe ser menos formal todo eso.

o ¿Hay algo que yo no le haya preguntado y considera que podría ser importante, acerca de todo lo que estuvimos hablando?

No, no. Me parece que el cuestionario está muy bien planteado porque abarca muchos puntos que son relevantes. Yo mantendría ese cuestionario como está (sonríe ampliamente).

Anexo 17: M.4. - Experiencia: treinta (30) años.

o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

Psicoanálisis de orientación lacaniana.

o Desde su perspectiva o experiencia, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?, ¿es una relación de qué tipo?

Bueno, desde el psicoanálisis la llamamos, más bien, analizante-analista, ¿no?

Hay mucho para decir de la palabra paciente, en relación a la pasividad, y del terapeuta, respecto de lo que son “las terapias”. Pero la idea es que ese nuevo lazo que inventa Freud, analizante-analista o, podríamos decir, paciente-analista, el lazo transferencial, es un nuevo lazo social. O sea, hay coordenadas distintas a las que son los lazos habituales, y en ese sentido, decía que se puede poner en cuestión el término de “paciente” porque la función del analizante es realizar un trabajo. Freud lo dice así, es realizar un trabajo psíquico. No es recibir pasivamente una dosis o un tratamiento.

o Si yo le digo que esta relación está atravesada por la noción de transferencia o que el paciente viene a buscar el saber del analista, ¿qué me contesta?

La transferencia es un efecto que está más allá del psicoanálisis. Hay transferencia con el médico, a veces con un curador, con un curandero... con alguien que, supuestamente, sabe... ese es un fenómeno de transferencia. La transferencia analítica tiene sus particularidades... Respecto del saber, ese es un punto interesante, porque en la clínica actual, no necesariamente hay una demanda de saber. Cuando hay una demanda de saber, ya te diría que es bastante alentador...

o ¿En qué sentido?

En el sentido de que es distinto el “quiero saber lo que me pasa” a “quiero tomar una sustancia para sentirme bien”, ¿no?

En esta época, nos encontramos con esto en la clínica... la demanda de saber es, de algún modo, una demanda de sentido. (Piensa) Lacan dice algo muy interesante, y es que la demanda del paciente al analista, es que el analista encarne el ideal. O sea, que el analista encarne un ideal, ante el cuál el paciente, por su fractura, por su momento de angustia, pueda identificarse, pueda restablecer su relación

al sentido, ¿no? Lo interesante de la relación analítica, a diferencia de otras prácticas, es que, ya desde Freud, desde Lacan, está la indicación de que el analista no debe ocupar ese lugar, no debe encarnar el poder que le da la transferencia, sino hacer... el poder aprovechar esa demanda para realizar un trabajo. Conducir esa demanda a un terreno del cuál, el analizante, no tiene la menor idea, digamos... porque proporcionar un saber puede resultar alivante: "dígame qué tengo", "tiene un ataque de pánico". Es decir, ponerle un nombre a un padecimiento puede ser alivante pero, evidentemente, es algo que dura muy poco porque la angustia continua, etc. etc.

El saber que se puede alcanzar, a partir de esa demanda de saber, es un saber que se pone en juego en los dichos del analizante, es "un saber no sabido".

o Además, la idea es que caiga el "sujeto supuesto saber"...

En realidad, que caiga el "sujeto supuesto saber" quiere decir que el analizante pueda acceder al saber. Digamos, que justamente, ese saber ya no es supuesto, sino que es un saber real. Podríamos decir, "no supuesto". Pero no es sólo que caiga la transferencia, porque en esta época, los semblantes son bastante lábiles... todos los semblantes de la autoridad. Así como en otra época, el médico, el maestro, el juez, el abogado, encarnaban un semblante de saber, en esta época, han declinado mucho esos semblantes de saber. Así que, no hay que apresurarse a hacerlo caer. Que caiga como producto del trabajo analítico, bueno... pero es a partir de un acceso al saber, que cae, ¿no?

o Si esta entrevista la hubiésemos tenido hace veintiocho años atrás, ¿me hubiese contestado lo mismo que hoy?

Hay algunos matices distintos. Por ejemplo, en el psicoanálisis de aquella época, había una especie de rechazo por las terapias con efectos rápidos, por las terapias que, uno podría llamar, de corto plazo y en este momento, está absolutamente aceptado que puede haber efectos analíticos en tratamientos breves y eso es totalmente legítimo. Había una cierta idealización respecto de que solamente el psicoanálisis eran esos tratamientos largos para formar analistas... pero, afortunadamente, a medida que han pasado los años, eso se puede pensar de otra manera.

o Desde su perspectiva, lo que más cambió su práctica, a lo largo de estos años, ¿fue su formación o su experiencia?, ¿qué otras influencias reconoce?

La formación y la experiencia, seguro que la cambiaron. Además, yo he tenido oportunidad de analizarme aquí y también, de poder analizarme con algunos que fueron analizantes de Lacan. Se formaron con Lacan, en Francia y, realmente, ha sido una experiencia fabulosa porque me permitió entender lo que era la clínica de Lacan. En realidad, lo que es el psicoanálisis. La formación aquí, yo diría, me sirvió para acceder a la clínica pero... yo creo que el modo "clave" de transmisión es a través de la clínica y no, de la lectura de textos. Acá se leía mucho Lacan porque era muy erudito, porque era una moda, porque era muy interesante, pero los análisis eran kleinianos. Afortunadamente, tuve la oportunidad de poder viajar, de poder hacer una experiencia analítica allí, y eso sí, produjo cambios en el modo de pensar la clínica.

o ¿Y respecto de sus experiencias de vida? me refiero a las personales...

Bueno, siempre hay un punto singular en los atravesamientos personales y que hacen al estilo de cada uno. Eso es inevitable...

o ¿Usted piensa que el estilo personal del terapeuta y el marco teórico al cuál adscribe, se relacionan?

Sí, pero justamente, afortunadamente, el marco teórico al cuál adscribo, la orientación lacaniana, plantea que hay analistas "uno por uno". No hay un modelo de analista, por lo cuál, cada uno debe encontrar su modo singular de abordar la clínica.

o Entonces, ¿el estilo personal tiene relación con la propia personalidad?

Esa es una muy buena pregunta... el estilo personal tiene que ver con... el término "uno por uno" remite a la singularidad y la singularidad, no es, yo soy de River, me gusta Cerati y Calamaro... el estilo tiene que ver más con la singularidad...

En una época, Lacan habló más del objeto pero yo, a esta altura, también siguiendo a Lacan, lo pienso más por el lado del síntoma. O sea, la singularidad es la manera de gozar de cada uno. Eso es el estilo. Evidentemente, el estilo, a medida que uno atraviesa un análisis, atraviesa la neurosis, podríamos decir, el estilo se va modificando. Pero el estilo es, justamente, la manera de gozar de cada uno, ¿no? Ahora, eso puede ser el estilo, en el sentido de cómo uno responde en la vida, ahora, evidentemente, eso está articulado con la posición del analista. (Piensa) hay una cosa que me contaban de Lacan, y que es muy

interesante... cuando sus pacientes hablaban de él, parecía que cada uno, estaba hablando de un analista distinto. Eso me parece muy interesante porque, en una época, estaba el modelo de que el analista lacaniano era aquél que estaba todo el tiempo en silencio y no hablaba...

o Y haciendo “ahá, ahá” desde atrás del diván...

(Risas) Sí. Pero afortunadamente, eso ha cambiado y es positivo, hacer uso, en cada caso y cada vez, de un modo distinto del semblante, porque la posición del analista funciona, evidentemente, como intervención, como interpretación. Entonces, el encuadre estanco y siempre igual, no permite operar en relación a la neurosis. Hay algo ahí que queda estancado.

o Cuando habla de la posición del analista, se refiere a una posición que está directamente articulada con la modalidad propia del paciente, ¿no?

Sí, y no al analista como sujeto, sí...

o ¿Qué viene a buscar el paciente?

Bueno, como vos dijiste antes, hay una demanda de saber, “saber qué me pasa” y una demanda de sentido que es “que lo que me pasa, no sé por qué me pasa”. O sea, ahí hay un sentido fracturado, ¿no? A partir de determinados encuentros, en la vida de un sujeto, que en la consulta a un analista, se intenta restablecer. Hay algo que está como fuera de programa y que es necesario, volver a ingresarlo al programa. Eso es lo que se busca...

o Si yo le digo “sufrimiento”, ¿qué me dice?

Sí, bueno... hay un artículo, que te recomiendo, es de Marie-Hélène Brousse está en Virtualia y que se llama “De qué sufrimos”. Ella lo va a decir mejor que yo. Es muy interesante porque ella no lo plantea en términos teóricos, lo plantea... ahora te lo busco...

Bueno (busca en la computadora) el paciente viene a buscar alivio a ese sufrimiento.

o ¿Cuál es el rol del terapeuta?

Bueno, por eso, hay que definir el lugar del terapeuta y el lugar del analista.

El lugar del terapeuta, me parece que se pone más en juego en el alivio. O sea, el análisis también tiende a aliviar pero hay una cosa que dice Freud y que es la siguiente: “es necesario no curar tan rápido”, sino que es necesario que cierta dosis de padecimiento se mantenga porque la cura rápida es la sugestión y la sugestión, está bien, hace desaparecer inmediatamente el sufrimiento pero después retorna porque hay algo “falso”... hay algo sugestivo, nada más, en eso...

o Si yo le digo palabras como contención, ayuda, apoyo...

No me asusta ninguna de esas palabras. Me parece que bueno, hay que saber... medirlas. A veces, puede tener buen efecto, en algunos casos y en otros, no.

o ¿Con qué tendrían que ver esos efectos, con lo que el paciente esté necesitando en ese momento?

Sí (piensa).

o Por ejemplo, se me ocurre pensar en un duelo...

Hay veces en las que no quieren eso... sí, el ser escuchados... y ser alojados, eso ya es bastante...

o Si tuviese que utilizar verbos para describir el rol del terapeuta, ¿cuáles usaría?

Escuchar, interpretar, hacer escuchar, (piensa).

o ¿Contener, por ejemplo?

Suena muy materno todo eso... (sonriendo). Tiene cierta vertiente materna (piensa). Los pacientes, en general, tienen madre...

o Pero muchas veces vienen a buscar una madre...

Vienen a buscar una madre, vienen a buscar un padre, esas son las distintas modalidades de la transferencia. Sí... Te leo esto (encontró lo que buscaba en su computadora).

“¿De qué se sufre?”, se pregunta la autora.

De ser amada y no serlo, de estar solo y no estarlo, de hablar y de callarse, de la repetición o de la novedad, de saber o de ignorar, de tener o de perder, de estar lleno o de estar vacío. En fin, todo, absoluta-

mente todo, puede hacer sufrir. Lo demasiado, lo insuficiente, la nada, lo justo. El sufrimiento del sujeto hablante es una modalidad del decir que implica la impotencia y puede aplicarse a toda representación, hasta a la de no sufrir.

Es una revista de la cuál soy asesor pero, en esa época, la dirigía.

Bueno, sigamos...

- o ¿Usted piensa que su perspectiva teórica como terapeuta, es pura?

No.

- o Me refiero a su perspectiva teórica como terapeuta lacaniano...

No. Además, no me gusta el término puro. El término puro es un término bien kantiano y más bien, en Lacan, hay una crítica a lo puro, ¿no?

- o ¿En qué sentido?

Lacan dice que el deseo del analista, no es un deseo puro... el deseo puro kantiano es un deseo puro de toda inclinación singular. O sea, todo lo que es inclinación singular, para Kant, es patológico. Ese es el término que usa. Y más bien, el analista no debe ser puro ni neutro tampoco. Me parece que la posición del analista tiene que ver con poder tomar partido ante la posición del sujeto. La neutralidad, como pureza, puede ser peligrosa, ¿no?

- o Es interesante porque lo que circula, habitualmente, es que el analista lacaniano tiene que ser neutral...

Bueno, hicimos unas jornadas en los años 2003-2004 sobre la neutralidad analítica en el Hotel Panamericano... está publicado en el libro "Más allá de la neutralidad analítica". Bueno, es un término que Lacan cuestiona. Una cosa es la abstinencia, que es freudiana, y otra es la neutralidad. Hay un punto de abstinencia de goce, que es lo que permite que haya análisis, ¿no? Pero neutralidad implica, también, como una falta de posición del analista y, a veces, un analista, justamente, es fundamental que no sea neutro (enfaticando la última frase).

- o ¿Para producir cambios?

Sí, para producir efectos... no es todo lo mismo... por eso, Lacan no habla de neutralidad analítica, sino que habla del deseo del analista.

- o ¿Usted considera que aquellos terapeutas que sostienen acerca de sí mismos, que su perspectiva teórica es pura, de puertas "hacia dentro" del consultorio, lo cumplen?

Yo tengo sospechas de que no... Pero qué quiere decir que son puros, quién lo dice... esos términos kantianos son muy complicados porque la pureza kantiana, la voluntad pura kantiana, es una voluntad que remite a un universal. O sea, rechaza toda singularidad y lo que nosotros hacemos, es trabajar con la singularidad, y esto no lo hace toda práctica terapéutica. Porque las prácticas terapéuticas clasificatorias: "usted es un ataque de pánico", "usted es un trastorno obsesivo-compulsivo", "usted es un anoréxico", "usted es un adicto", ta-ta-ta... no está trabajando con una singularidad. Singularidad es una singularidad radical, digamos. Y la mejor manera de tratar a un adicto no es tratarlo como adicto, ¿no? Hay que tratarlo como una singularidad, hay que ver de qué se trata. Clasificarlo es, justamente, no ver lo original que hay en cada sujeto. Bueno, esa es la diferencia del psicoanálisis con otras prácticas.

- o ¿Hay algo que no haya preguntado acerca de lo que venimos hablando y usted considera que podría ser importante?

No, vos preguntame...

- o Yo me quedé pensando en el deseo del analista. Me gustaría que me diga algo sobre eso...

Acá hay un libro... (Se trata del libro "El deseo del analista" por Javier Aramburu)

El deseo del analista es un término que introduce Lacan, yo creo que, justamente, como contrapuesto a la neutralidad. Porque así como Lacan va a continuar a Freud respecto de la posición del analista, en cuánto a que la posición del analista es abstinentemente de goce, porque para que haya análisis hay que abstenerse de gozar, ¿no? (piensa) Hay un punto en que esa misma imposibilidad, que se juega en el análisis, de gozar, permite extraer algún saber, ¿no? Porque la relación analítica es una relación amorosa, pero si es una relación amorosa correspondida, no hay análisis. Entonces, hay una abstinencia a responder a eso. Entonces, el deseo del analista es, ante esa demanda amorosa, poder reconducir esa demanda a

un terreno que tiene que ver con el modo de satisfacción del sujeto y su padecimiento, ¿no? Como el gozar no es algo armonioso para nadie, sino que siempre está en una posición de exterioridad... porque no es, "bueno, a mí me gusta jugar al golf". El gozar siempre tiene una relación ajena al propio sujeto, siempre tiene algo de impropio. Entonces, la neurosis es intentar identificarse a un ideal, rechazando esa manera singular de gozar, que retorna en los síntomas. El síntoma es lo que no anda, respecto de lo que uno quisiera ser.

Ahora, el psicoanálisis, quizás, lo que permite es, más que... digamos, tratar de adecuarse al ideal, poder convivir, poder aceptar la cercanía con la manera de gozar de cada uno. O sea, la posición histérica es una posición deseante, insatisfecha, justamente, rechazando el goce. El asunto es cómo poder gozar sin rechazar, digamos, el goce... ya la insatisfacción es una posición sufriente, sacrificial, etc. etc. Nunca es del todo alegre, ¿no? (pensativo)

Bueno, muy buena entrevista... (asintiendo)

Anexo 18: M.5. - Experiencia: quince (15) años.

o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

Bueno, tengo una orientación psicoanalítica, no lacaniana. En particular me gusta mucho Winnicott y también creo que estoy influido en mi práctica clínica por los autores de la escuela americana, Kernberg, Kohut, la escuela llamada del self. Los autores llamados psicodinámicos.

o Desde su perspectiva, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

Para los que trabajamos con una línea psicodinámica, uno de los factores psicoterapéuticos más importantes... pero hay toda una controversia acerca de si es un factor terapéutico en sí mismo o si es el factor base que permitiría que otros tipos de elementos sean terapéuticos pero la relación, que es lo que vos me preguntás, es un tema de central importancia, en especial, para todos aquellos que parten de Freud y que es la transferencia. Depende del tipo de psicoterapia, el tipo de relación que se establezca o que estaría más indicado para un tipo de psicoterapia o para otro tipo de psicoterapia o el tipo de intervenciones específicamente realizadas, sobre los aspectos vinculares.

o ¿De qué depende, de la patología, de la personalidad o estructura del paciente...?

Excelente la pregunta, pensé que no se me había entendido nada... una clasificación ya muy antigua, tal vez demasiado amplia pero ilustrativa tiene que ver con que se parte de una relación de abstinencia mucho mayor en el origen del psicoanálisis y sólo eran analizables los que podían *establecer neurosis de transferencia*. Todo eso ha ido cambiando muchísimo y lo que sí está claro es que el vínculo terapéutico o la relación terapéutica, se ha hecho menos rígida para el tratamiento de algunos pacientes. Luego, hay otras personas que directamente, y esto lo toma Winnicott cuando dice que el marco teórico que uno adopte tiene mucho que ver con el estilo de personalidad del propio terapeuta. Winnicott dice que el analista no debe ser un tipo loco, no debe ser un tipo perturbado, debe ser alguien que tenga salud mental. Entonces, ante analistas más rígidos, estaríamos hablando de un *falso self* y no promoverían la salud en el otro, lo que promoverían en el otro es la sobreadaptación o falso self o una relación de satisfacción de intelecto a intelecto. Vos estás muy contento porque recibís de mi parte interpretaciones muy complejas y yo por poder hacerlas y, en realidad, no pasa nada.

o ¿Qué es lo que viene a buscar el paciente?

Ayuda. Una respuesta simple, ayuda. A veces, no. También puede ser aprendizaje, que sería otra versión de ayuda o ya en un nivel mucho más elevado, también sería ayuda pero para brillar más. Pero en términos de salud mental y población, el 80 o 90% viene a buscar ayuda, cambios. Algunos no buscan ayuda sino que son colegas que se analizan, no para aprender sino para consolidar su vínculo con determinada escuela.

o ¿Cuál es el rol del terapeuta?

Si es sólo una contención, mejor que te la de una amiga, un amigo, alguien que te quiera... un novio. Si es una contención con abstinencia, que te la de alguien que sepa un poco más, pero no es necesario que te la de un profesional que se supone que está capacitado para identificar cuáles son las áreas de conflicto, los problemas y que tiene que estar preparado para realizar intervenciones específicas. O sea, no es sólo el aspecto relacional. No es lo mismo un borderline que un adulto joven que está intenta superar un paso del ciclo vital, no te podría decir qué es lo que necesita un paciente porque depende de

qué paciente y de qué es lo que necesita. Lo que sí uno tiene que hacer es escuchar muy bien qué es lo que el paciente necesita y saber bien cuáles son los límites de uno, si uno atiende o no, qué tipo de pacientes, no sé, niños, por patología, adicciones...

Pero básicamente, se supone que un psicólogo clínico es un profesional entrenado para poder promover algún cambio. Facilitar el cambio. En términos de Winnicott sería promover el ambiente facilitador para destrabar la fase del desarrollo que se ha trabado.

Tiene que haber un cambio si no, no hay terapia o es una terapia que falló.

- o ¿Usted considera que su perspectiva es pura?

No.

- o ¿Piensa que aquellos terapeutas que sostienen que su perspectiva es pura, lo cumplen dentro del consultorio?

Yo creo que creen que sí. En mi caso es distinto porque al no seguir una línea teórica sumamente dogmática, he tenido mayor apertura. A mí nunca me gustó el clínico que es monoautor. De la misma manera, también entre los cognitivos encuentro muchos dogmáticos. Hay muchos estudios que indican, más allá de mi opinión, que a mayor experiencia en la clínica, se encuentran menores diferencias en el tipo de intervención. Después lo que el colega diga puertas afuera, es otra cosa.

- o ¿Su perspectiva respecto de la relación terapeuta-paciente cambió con el tiempo? Si cambió, ¿qué factores influyeron el cambio y qué peso tuvieron la formación y la experiencia?

A vos te parece que te puedo decir que no cambió (se ríe). Ahora, para mí, no hay una diferencia entre la formación y la experiencia. No hay una buena experiencia si no hay formación y viceversa. Ya lo decía Freud, son tres patas: el estudio, la formación, la supervisión y el análisis. Le agregó lo que decía Winnicott, que uno tiene que tener un *service*, es decir, un cierto grado de capacidad para poder ofrecerle algunos aspectos de salud propios, al otro.

La supervisión tiene mucho valor, aquellos que saben más y tienen más experiencia, deben enseñar a quienes saben menos y eso es parte del aprendizaje. Otra parte del aprendizaje es uno mismo, como *conejillo de Indias* porque la clínica también se aprende como paciente. Esa parte como aprendizaje. Ahora, si uno tiene muchos problemas no debería dedicarse a la clínica o debería analizarse mucho.

- o ¿Los estilos personales del terapeuta tiene relación con el marco teórico al cual adscribe?

Winnicott dice que sí pero para mí es al revés. Depende de la personalidad o el carácter, si el terapeuta va a ser más o menos dogmático y el tipo de escuela que va a elegir. Si va a elegir una escuela más cerrada o una más abierta...

Anexo 19: P. - Experiencia: once (11) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

Yo trabajo con la orientación del psicoanálisis lacaniano.

- o Desde su perspectiva, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

Desde esta perspectiva yo entiendo que la relación entre terapeuta y paciente es una relación orientada específicamente por la concepción que el analista tiene de la transferencia. Eso define fundamentalmente, cómo se concibe al paciente y en función de la concepción lacaniana, yo entiendo que la relación paciente-analista, que es como más me gusta llamarlo, es una relación determinada, fundamentalmente, por la suposición de saber del analista/paciente, respecto del analista. La suposición de saber, fundamentalmente, está ligada a que el analista tiene el saber respecto de aquello que puede aliviar el padecimiento de quién lo consulta.

- o ¿Qué es lo que viene a buscar el paciente?

Bueno, eso es muy variable. No creo que exista una regla universal. Me parece que hay pacientes que vienen a buscar el alivio al sufrimiento. Esa es quizás la versión más clásica pero no es solamente eso. Hay pacientes que vienen porque algo en sus cosmovisiones y su concepción de sí mismo y de su mundo, ha variado, y entonces viene a buscar alguna confirmación respecto de aquello que está vacilando. Viene a buscar alguna estrategia para afianzarse, para volver a afirmarse respecto de aquello que no le funciona ya como una respuesta y que hasta el momento venía funcionando, respecto de los mismos problemas o de problemas nuevos, ¿no?

o ¿Cuál es el rol del terapeuta?

Yo creo que la figura del analista, en términos sociales, es una figura intimidante. La concepción, el imaginario que hay alrededor de la figura del analista es intimidante porque hay algo de ese orden... de identificar al analista como aquél que sabe y tiene las normas respecto de cómo se debe vivir y me parece que es una concepción bastante vulgar, que yo no comparto. Por lo menos, desde la perspectiva del lacanismo, el analista no le dice a sus analizantes cómo deben vivir, según sus propios ideales, sus propias normas porque el analista no pone en juego, en el análisis, sus propias normas y sus ideales. El analista trata de generar una relación y un espacio de reflexión, de modo tal, que el analizante pueda encontrar sus propias motivaciones, que pueda encontrar sus propios determinantes, que pueda encontrar sus propias limitaciones y hacer algo con eso, encontrando sus propias recetas. Las recetas de otros no sirven para aplicarlas a cada uno, eso más bien queda para los amigos, los consejeros. Quien le dice a otro cómo debe vivir, siempre es desde una experiencia personal pero que, en general, la experiencia personal no se aplica para resolver las experiencias que tiene que vivir otro.

o ¿El estilo del terapeuta tiene relación con el marco teórico al cuál adscribe?

No hay un analista igual a otro y en ese punto, no importa el marco teórico. No tengo ninguna duda de que un análisis con uno o con otro analista, no produciría los mismos efectos sobre un mismo paciente. Creo que el encuentro entre analista y analizante es absolutamente singular. También es cierto que hay estereotipos, entonces hay analistas que se identifican con determinado estereotipo y se repiten. Entonces, está la creencia vulgar de que el analista lacaniano es un analista mudo que se transforma en una especie de momia que solamente produce sonidos, cobra y despide a sus analizantes. Se duerme atrás del diván. Desde mi perspectiva el analista lacaniano es un analista sumamente activo, que interviene, que pregunta, que corta la sesión, que cambia el valor de los honorarios, que tiene absoluta libertad para operar con el marco, con el *setting*, sin ningún tipo de restricción y ahí se ponen en juego, estilos personales. Pero yo creo que un buen analista puede maniobrar con esas variables e incluso con sus propias variables de estilo personal, para ajustarlas a cada analizante, a lo que él pondera como lo mejor para ese analizante.

o Sobre el estilo personal del terapeuta, ¿qué otras influencias operan? (el paciente, la personalidad)
Y, seguramente esos estilos personales no se pueden dejar afuera, aunque el analista debe hacer esfuerzo de que sus creencias personales, sus valores, no sean decisivos respecto de la orientación clínica pero me parece que para eso está el análisis del analista. Lo que Freud pensó como la necesidad de analizarse para ser un analista, tiene que ver con que el analista se haya analizado lo suficiente como para que sus conflictos, sus fantasmas, sus motivaciones, sus puntos ciegos no interfieran con el modo en que escucha, lee e interviene con sus pacientes.

o ¿Usted considera que su perspectiva es *pura*?

Lo que pasa es que yo no creo demasiado en la llamada ortodoxia, es más, creo que es una limitación. Creo que un analista que se siente ortodoxo es un analista que se limita porque cuando alguien se siente ortodoxo, está poniendo por delante las pautas formales acerca de cómo se debe analizar desde su marco teórico y me parece que lo mejor que puede hacer un analista, es dejar la ortodoxia a un costado y ajustarse a cada analizante, de un modo absolutamente singular.

o ¿Considera que aquellos que dicen que su perspectiva es pura, de puertas “hacia dentro” del consultorio lo cumplen?

No, no tengo ninguna duda de que hay analistas lacanianos que cuando dan una clase o una conferencia repiten los fundamentos de cómo es el análisis lacaniano y luego, puertas adentro, operan de otra manera.

o Con sus años de práctica terapéutica, ¿cambió su perspectiva acerca de la relación terapeuta-paciente?

Sí, totalmente. Respecto de cómo yo entendía la relación analista-analizante y cómo la puedo experimentar o ponderar hoy, es totalmente distinta.

o ¿Qué influyó más, la formación o la experiencia?

No, creo que lo que más influyó fue mi análisis personal. Los libros son muy lindos y muy instructivos pero hay un salto con la experiencia, que los libros no cubren y me parece que esa diferencia entre lo que dicen los libros y lo que uno vive en la experiencia, es matizada y hay como puentes que se pueden tender, a partir del análisis personal. Lo que a mí más herramientas me dio para considerarme un analista que trata de hacer las cosas lo mejor posible.

- o ¿En qué sentido cambió su perspectiva o esa visión de la relación?

La flexibilicé totalmente, en el sentido de que los casos que muchas veces leemos, escuchamos, contamos por otros psicoanalistas en la universidad o en las instituciones, siempre tienen un punto de ideal y me parece que la clínica nos confronta todos los días con que tenemos que encontrar respuestas nuevas todo el tiempo para lo que los pacientes nos plantean y que no está escrito. Me parece que esa plasticidad la da el análisis personal mucho más que el estudio.

- o ¿Y la supervisión?

La supervisión es una instancia fundamental. El análisis personal, la supervisión y el estudio, son los tres pilares del analista pero yo creo que sin análisis personal, no hay posibilidades de ser un buen analista, digo, porque ahí, todo el tiempo estarían interviniendo los propios prejuicios, que hay que tratar de dejar afuera del consultorio.

- o Si yo le digo “vínculo terapéutico”, ¿qué me dice?

No tengo ninguna duda de que si un paciente viene retorcido de angustia, lo mejor que se puede hacer es dar una palmada, dar apoyo y contención aún cuando el psicoanálisis lacaniano no lo postula como una de sus técnicas de forma directa. Muchas veces llega un paciente y se le murió el padre, ahí uno qué va a hacer, ¿interpretar?, “acuéstese en el diván”. Siéntese, cuénteme, hable de lo que quiera, ¿qué necesita?, un vaso de agua...

Anexo 20: E.4. - Experiencia: ocho (8) años.

- o ¿Cuál es la línea teórica desde la cuál desarrolla su trabajo como terapeuta?

Dentro del psicoanálisis, la lectura que tengo es freudiana, algo de Lacan, me interesa Winnicott, básicamente eso...

- o Desde su experiencia o perspectiva, ¿cómo describiría la relación terapeuta-paciente?

Fundamentalmente, en caso de que se llegue efectivamente a un proceso psicoterapéutico o posteriormente a un análisis, la pienso como una relación transferencial. Con esto quiero decir que no se juegan únicamente aspectos concientes y manifiestos, sino que se desarrollan toda otra serie de procesos de orden inconsciente. La particularidad que ocurre en análisis es que se trabaja, porque la modalidad vincular del sujeto en análisis es ejemplificadora, es representativa de otros vínculos por fuera, por eso la utilidad de trabajarlo así.

- o Cuando dice “en caso de que llegue a constituirse en proceso terapéutico o en un análisis”, ¿a qué se refiere?

No toda consulta evoluciona en una demanda, sino que queda en una serie de entrevistas. Como yo concibo mi trabajo, en general, encontramos un espacio terapéutico. O sea, además de la posibilidad de un análisis hay algo terapéutico en la medida en que hay algo que se intenta curar. Digo, para mí en el análisis conviven dos cuestiones: el deseo de analizar y el deseo de curar también. Entonces, el paciente no va solamente a analizarse, sino a tratar de hacer algo con su dolencia, con su malestar. Me parece que inicialmente, no toda relación terapéutica evoluciona en un análisis.

- o ¿A qué se refiere cuando dice el *deseo de analizar* y el *deseo de curar*?

Digamos, si nos llamamos analistas, la posición subjetiva de la persona que viene con una demanda en particular, no alcanza para definir lo que nosotros hacemos en un espacio. Creo que en el analista está el deseo de trabajar para que ese sujeto sufra menos. No es solamente para analizarlo, para desgranar... si seguimos analizando y el sujeto sigue sufriendo como el primer día, el trabajo no está siendo efectivo, ¿no?

- o ¿Qué viene a buscar el paciente?

Yo empezaría diciendo “qué viene a buscar la persona que nos consulta” y si partimos de ahí, no te puedo decir nada en particular porque yo creo en el “caso por caso”. Si generalizamos, te diría que viene en búsqueda de que un otro, a quien le reconoce una cierta autoridad, le diga cómo sufrir menos, básicamente. Pero estoy generalizando. Me parece que también es un lindo objetivo, descubrir entre los dos, qué es lo que viene a buscar porque no todos vienen a buscar lo mismo y respetar eso, ¿no? o sea, que una persona venga a un par de entrevistas y que eso no evolucione en una demanda porque, de repente, es mandado por otra persona o es por una cuestión y punto. Con algunos hacemos un proceso terapéutico,

una psicoterapia, en mi caso, de orientación psicoanalítica, y en otros espacios, podemos decir, que algunas de estas relaciones evolucionan en un análisis. Así lo veo yo...

o ¿Cuál es el rol del terapeuta?

Vuelvo a lo mismo, ¿lo concebimos como terapeuta o como analista? creo que uno va generando en análisis, que la miseria neurótica se convierta en infortunio de la vida, me parece que también es terapéutico. Si estás hablando de terapéutica estás hablando de la posibilidad de curar algo pero bueno, no nos olvidemos de esta otra pata, ¿no? la de analizar.

o Si esta charla la hubiésemos tenido hace algunos años atrás, ¿me habría contestado lo mismo que hoy o cambió su perspectiva con los años?

Seguramente habría sido diferente porque me parece que la clínica, en primer lugar, con lo que te confronta es con que te metés el *furor-curandis* en el bolsillo. Salimos queriendo curar todo y en realidad, gran parte de un proceso terapéutico, para usar esa palabra, es también darse cuenta de aquello que uno no puede y con lo que hay que saber hacer, ¿no? con lo que es parte de tu estructura y que hay cosas que o no podés o no querés cambiar, y responsabilizarse por eso. Eso no lo tenía tan en claro cuando me recibí y en los primeros años. Me parece que trabajar, sobre todo con patologías más graves, me permitió darme cuenta de eso, que antes escuchaba hasta que lo viví en carne propia, ¿no?

o ¿Qué influyó más en este cambio de perspectiva, la formación o la experiencia?

Las dos cosas. Me parece que es una forma de avance de la ciencia y aparte, de comunicarnos entre nosotros los analistas o terapeutas, el que compartamos las experiencias acerca de cómo trabajamos. No hay "una" forma de trabajar, para mí es el "caso por caso". Nos sirve hacer cierta generalización pero por cuestiones didácticas si querés... por un lado, la formación es fundamental, por otro lado, la experiencia clínica y vivir la experiencia analítica propia, el propio análisis, sin duda... porque lo que podés asir de la carrera cuando sos estudiante es una cosa pero cuando sos profesional, te invade de una forma totalmente diferente. Creo que todo, haberme formado, haber elegido un lugar de formación, un marco teórico referencial, la clínica, sin dudas, y también el análisis personal. Todo. No soy la misma persona hace siete, ocho años.

o ¿Piensa que el estilo del terapeuta y el marco teórico al cual adscribe tienen relación?

Tiene que ver, sí, creo que sí. También pienso que es más importante el estilo del terapeuta que el marco teórico al cual adhiere, estoy convencido. Creo que ayuda más el estilo del terapeuta porque me parece que en las cuestiones fundamentales, acordamos. Después, que haya algunos marcos teóricos que trabajen, o que den cuenta de algunos fenómenos, mejor que otros, es otra cosa. Me parece que podés ser un pésimo psicoanalista y no tener el éxito que tiene un excelente cognitivo. Me parece que la efectividad de un proceso terapéutico, no es excluyente de un marco teórico, sino del estilo personal del terapeuta.

o ¿Qué otras influencias cree que influyen en estos estilos?

Yo creo que hay una posición ética en la cual uno se para frente al trabajo terapéutico. Hay una posición ética en la cual uno se siente bien trabajando. Ahora, lo cierto es que cada paciente o cada persona que te viene a consultar, va a necesitar cuestiones diferentes. No es que uno va a responder a la demanda de lo que necesita pero sí va a semblantear y va a, de alguna manera, entrar en el juego pero para que le sirva el sujeto pero no porque uno tenga que responder continuamente a lo que te pida ese sujeto, ¿no? el "caso por caso", insisto. Yo creo que uno tiene posiciones respecto de lo que uno haría o no haría con los pacientes, determinadas posiciones éticas respecto de lo que es ético y qué no. En ese sentido, me parece que se podría llegar a generalizar vagamente... pero el resto es todo el "caso por caso".

o ¿Usted piensa que su perspectiva, respecto de la adherencia al marco teórico psicoanalítico, es pura?

A ver, yo creo que dentro del marco teórico sí, con diversos autores como referencia. No me parece que nadie tenga la verdad absoluta, tampoco me parece que se busca eso, ¿no? lo que sí creo es que más allá de una concepción teórica acerca de lo que en ese momento estamos escuchando y por qué no, observando, no implica que uno no pueda, en pos de lo que ese caso amerite, realizar determinado movimiento terapéutico que por ahí, no sería compartido por terapeutas de diferentes orientaciones, ¿me entendés? Se me ocurren muchas ideas. Lo que me parece respecto del marco teórico es que guía la práctica, después, el caso puntual, te va llevando a que hagas una intervención que podría ser compartida por un terapeuta de otra orientación.

- o ¿Usted piensa que los terapeutas que sostienen acerca de sí mismos que su perspectiva es *pura*, de puertas “hacia dentro” del consultorio lo cumplen?

Yo creo que muchos terapeutas, sobre todo, de orientación psicoanalítica, no están al tanto de las coincidencias que tenemos con otros modelos. Creo, es más, que yo la tengo porque de alguna manera, mi acercamiento a la universidad como docente y el hecho de haber compartido algunas investigaciones en el departamento de investigación de la universidad, me permitieron conocerlo, digamos. No sé si estando formado en un ámbito psicoanalítico, hubiera accedido a esta información. Lo que pasa es que es tan discutible lo que es la ortodoxia, así, como puro porque si ortodoxia es seguir a un autor... pero yo creo que cualquier analista que tenga una posición ética me parece que va a pensar la cuestión desde distintos autores. Me parece que es un error leer un único autor y esto no implica eclecticismo. Esto implica tener distintas visiones sobre el mismo objeto de estudio, pensadas por diferentes personas. Hay algunos autores que desarrollan más una cuestión que otra, por eso, tengo que leer a mi gusto, diferentes visiones sobre el tema.

- o ¿Piensa que hay algo que no pregunté acerca de la relación terapeuta-paciente y debería haber preguntado?

Sería interesante pensar qué aspectos de la relación, pero bueno, me parece que esto es lo que vas a determinar vos, ¿no? destacan los dos marcos teóricos. Qué es lo que toman estos marcos teóricos que tomás vos porque los dos estamos de acuerdo en que es fundamental, vas a llegar a esa conclusión si es que no la tenés ya... entonces, me parece que nadie te va a decir que no es lo importante la relación terapéutica. Pero el tema es qué privilegiamos de esa relación, ¿no? ese me parece que es el tema central, ni una mejor, ni una peor. Si subsisten es porque de alguna manera, son efectivas. Hay algunas culturas que son más afines a una forma de pensar más analítica y otras más “de terapias por objetivos”, ¿no? Si la relación terapéutica pone énfasis en lograr que sea buena, para que el proceso terapéutico vaya adelante o en el caso de la transferencia, se instale, para que los conflictos que se suscitan afuera también, puedan aparecer en el análisis. Porque vos fijate que la relación terapéutica está basada en la confianza, ¿no? porque yo le estoy suponiendo un saber a otro que me va a ayudar. Pero una cosa es concebirla desde un lugar desde el cual yo quiero que sea buena porque así trabajamos y vamos para adelante, y otra cosa es favorecerla, sabiendo que se va a instalar el conflicto y que esa relación que se está formando, va a transitar por el conflicto porque es necesario que así sea. Ahí sí, hay dos caminos que se bifurcan. A mí hay una que me cierra más que la otra, nada más...

