

## TEORIA DE LA TECNICA

### Relatos oficiales presentados al

### VII Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, Bogotá 1969

Observaciones sobre un material clínico

RELATO OFICIAL

DR. JOSÉ A. INFANTE VIAL

(Asociación Psicoanalítica Chilena)

### CONSIDERACIONES TEORICAS

En esta ocasión nos proponemos, por tercera vez en un Congreso Latinoamericano, discutir sobre Teoría de la Técnica basados en un Material Clínico Unico. Pensamos que es una iniciativa del más alto interés y que para su mejor aprovechamiento resulta muy conveniente conservar y organizar las experiencias que se vayan reuniendo como un medio de aclarar los fundamentos de nuestro trabajo, establecer comparaciones válidas y promover el progreso de nuestra comunicación. Es por eso que en esta introducción nos proponemos destacar los conceptos que nos han parecido más importantes en este debate que se inició en México en 1964 y contribuir con algunas de nuestras propias ideas sobre el tema.

Nos parece necesario comenzar planteando la importancia que tiene el primer contacto con el paciente y cómo se establece el contrato analítico, ya que al parecer existe toda una gama de actitudes entre los analistas, desde aquellos que consideran inadecuado hacer preguntas y comienzan a interpretar desde la primera entrevista, hasta los que realizan una historia detallada y aún exigen exámenes auxiliares antes de comenzar el tratamiento. A. Aberastury y

col. (1) se refirieron a este aspecto preguntándose si es suficiente con una entrevista previa al análisis o si se necesitan varias con el fin de iniciarlo con un conocimiento lo más completo posible del paciente. Consideran que la primera o las primeras entrevistas son un prólogo “sine qua non”, puesto que de esa confrontación surge la decisión del terapeuta con respecto a si puede o no tratar a un determinado paciente y si debe o no aceptarlo. “El conocimiento de si nuestras propias limitaciones frente al paciente habrán de interferir en grado sumo en el tratamiento sólo puede lograrse con una historia detallada del enfermo tendiente a la precisión del diagnóstico, que debe incluir las ansiedades básicas y los mecanismos de defensa además de la ubicación en la nosografía psiquiátrica. El rol de terapeuta, en cuanto a que es él quien elige y acepta a su paciente, debe quedar planteado concretamente en el establecimiento del contrato”. Estamos de acuerdo en estos objetivos, pero nos parece que aún no se ha desarrollado una metodología bien definida que permita lograrlos en todos los casos sin introducir factores que distorsionen la relación. Carlos Whiting (8) se ha ocupado de la técnica de las primeras entrevistas y ha destacado su importancia, siguiendo a autores clásicos en el tema. Enfatiza que de estas primeras entrevistas depende, en gran medida, la decisión del paciente para iniciar un tratamiento (cerca del 30 % de las personas que consultan no vuelven después del primer contacto si no se usan técnicas adecuadas) y que se da en ellas un panorama dinámico que luego se pierde al desarrollarse el vínculo transferencial. Desde este ángulo las primeras entrevistas se han comparado en importancia con el primer sueño en un análisis. Por ello las técnicas de entrevista se pueden definir como métodos que aúnan la recolección de datos para fundamentar un diagnóstico, pronóstico e indicación de tratamiento, con medidas para tranquilizar las ansiedades secundarias que permitan al paciente establecer una relación adecuada para tratarse.

Todos los autores están de acuerdo en que, habitualmente se requiere más de una entrevista para conseguir estos objetivos. El número de ellas dependería en parte, según Balint, de la personalidad del terapeuta. En el trabajo al que estamos aludiendo se describe una metodología de las técnicas de entrevista que las clasifica en técnicas de apoyo, con insight y analíticas. En un trabajo posterior (9) se enfoca especialmente la entrevista psicoanalítica, destacándose la importancia del control de la ansiedad para lograr una

comunicación compatible con los objetivos señalados anteriormente y basada en una comprensión y manejo de la situación de transferencia-contratransferencia. Se discute especialmente el uso de la interpretación, concluyéndose que ella debe ser utilizada siempre que en el “aquí y ahora” de la entrevista surja el peligro de una ruptura de la comunicación. Por último se enfoca la situación del paciente referido, que constituye un problema al que se le ha prestado muy poca atención.

El punto siguiente que quisiéramos discutir se refiere a los problemas que plantea la interpretación. Al referirse a esto, en Montevideo, Virginia Bicudo (2) sostuvo que el único instrumento de trabajo del psicoanalista es la verbalización de lo que sucede en la interacción entre el paciente y el terapeuta. Cualquier otro tipo de intervención es, según ella, fruto de las limitaciones personales o universales, de problemas de contratransferencia. Aclara que “esto no quiere decir que en cada sesión el psicoanalista esté dando interpretación al paciente, pero la espera para obtener información suficiente no significa que el analista permanezca en silencio prolongado. Formulando preguntas sobre el material manifiesto el psicoanalista puede mantener el diálogo. Cómo y cuándo son preguntas adecuadas. Preguntar por qué tiende a angustiar en lugar de aliviar. Repetir en resumen lo que el paciente comunicó lo ayuda a sentirse comprendido”.

La misma autora define la interpretación analítica como un “traducir verbalmente el significado del relato del paciente, para hacerlo consciente de que revive las mismas fantasías, los mismos significados arcaicos y las mismas emociones experimentadas en las relaciones con el padre, madre, hermanos (o sus sustitutos) y con objetos parciales vistos como objetos totales (pecho, pene), durante el desarrollo psíquico”. Al referirse a la elección de la interpretación, dice que ésta debe hacerse sobre la base de la fantasía ligada a la angustia presente en la transferencia. Destaca la importancia de incluir siempre en la interpretación la fantasía de la cual se defiende y no interpretar aisladamente el mecanismo de defensa. “Debe aclararse al paciente que en la situación analítica se defiende, de qué fantasía se defiende y cómo se defiende, es decir con qué medios (mecanismos)”.

Esta parece ser un área de importantes discrepancias entre los analistas. Alfredo Namnum (5) por ejemplo, opinó que el análisis debe centrarse más en las resistencias y en el yo en general, con interpretaciones menos profundas. El objetivo básico sería permitir la emergencia de los contenidos reprimidos mediante la resolución de las contracatexis. Nos hemos ocupado de algunos aspectos de este problema en otro trabajo (3) en el que se plantea en relación con esto: 1) que la interpretación es una función en el sentido matemático del término, es decir que su valor depende de otra variable y 2) que el tratamiento analítico se desarrolla por medio de una comunicación entre dos personas, en la que la verbalización es un aspecto importante, pero no exclusivo. La variable de la que toma su valor la interpretación sería “la relación analítica”, entendiéndose por tal el vínculo que se establece entre analista y analizado, que incluye a los fenómenos de la transferencia y contratransferencia, pero también a las características reales de los participantes y a una relación de objetos de tipo muy primitivo. Esta relación se da siempre en dos niveles, el primitivo y el defensivo o neurótico, lo que está implícito en todas las técnicas analíticas, diferenciándose unas de otras por la forma en que se manejan y utilizan estos dos canales de comunicación. Mientras en el nivel neurótico se trabaja con elementos de la situación edípica, en el nivel primitivo el analista tiene que ser la madre adaptativa como lo describe Winnicott o como en una u otra forma lo han planteado muchos autores. Algunos manejos de la técnica serían formas de separar, promover o limitar uno u otro aspecto de la relación.

En cuanto a la forma de la interpretación, la mayoría parece estar de acuerdo en que debe usarse un lenguaje simple, directo y de fraseología corta, evitando los términos científicos y las explicaciones intelectuales. Carlos Plata (6) aludió a esto diciendo que “la interpretación detallada y larga crea una impresión predominantemente lógica de lo que está ocurriendo”. También quisiéramos agregar algo que ya dijimos en otra ocasión: (4) “forma y contenido de la interpretación son dos modos de comunicar algo al paciente y lo importante es que no se disocien expresando cosas contradictorias”.

Para terminar esta introducción queremos agregar que estamos de acuerdo con los autores que ya han señalado la necesidad de definir una metodología clara de la forma de llevar a cabo estas experiencias para hacerlas más fructíferas.

A. Aberastury y col. (1) presentaron en Montevideo sugerencias sobre el criterio para el registro y presentación del material que creemos habrían sido de gran utilidad en esta ocasión

## EL MATERIAL CLINICO

La analista que presenta el material nos advierte que se referirá exclusivamente a aquellos aspectos cuyo conocimiento cree indispensable para la comprensión de la sesión central. Conocemos las necesarias limitaciones que tiene una presentación de esta naturaleza pero nos habría parecido conveniente detallar más algunos de estos aspectos e incluir otros. Se nos dice que el motivo de consulta fue “un estado de angustia permanente, que le impedía ya controlar sus frecuentes crisis y sus temores hipocondríacos”. Dado que estos síntomas son tan frecuentes en variados cuadros psiquiátricos habría sido necesario precisar este punto de manera que el diagnóstico que se nos ofrece a continuación apareciera fundamentado.

No tenemos elementos para discutir el diagnóstico de fobia, ni se explicita el tipo de fobia de que se trata y en cuanto a la personalidad esquizoide no queda claro si se trata de una neurosis de carácter o de un cuadro limítrofe.

También nos habría gustado tener datos descriptivos acerca de cómo se estableció la relación analítica, lo que nos parece doblemente importante en el caso de una paciente con una historia de relación tan traumática con la madre. Se nos dice que se reprodujo con la analista la situación de “cucharita”, pero no sabemos en qué forma ni cómo fue manejada.

Estos datos sobre el diagnóstico y la relación analítica nos parecen indispensables para ubicarnos en forma precisa al hacer un corte transversal de cualquier caso.

## COMENTARIO AL RESUMEN DE LA SESION INMEDIATA ANTERIOR A LA SESION CENTRAL

En el resumen de esta sesión no queda en claro cuál es la situación dinámica de fondo, pero se sugiere un miedo al ataque envidioso de la analista (madre) por su capacidad creadora. Estaría asustada por haberse atrevido a crear algo vivo (la pantomima), en vez de limitarse a jugar sola con muñecas. Pensamos que esta ansiedad se vincula con la situación triangular edípica y que por no ser interpretada crea un clima persecutorio que gravita en la sesión central.

## SESION CENTRAL

Al comenzar esta sesión la paciente expresa, a nuestro modo de ver, que el día anterior se sintió abandonada por la profesora de gimnasia (y por la analista) y que, cuando esto ocurre, se desorganiza, enloquece y destruye sus objetos internos, tirándolos por todos los lados. El temor de que le hagan conciente esto (que le den la noticia de una muerte ocasionada por su locura y destructividad) es tan grande que “ocupa permanentemente el teléfono” de la relación analítica, lo que probablemente, explica la demora de la analista para realizar su primera intervención.

Cuando la analista interviene lo hace para interpretar que está muy asustada porque sufrió una serie de pérdidas, sintiéndose “culpable de haber estropeado y haber perdido algo bueno dentro suyo”. Luego continúa señalándole que la necesita adentro para que la ayude y que teme haberla roto en pedazos y no poder arreglarla más.

Nos parece que aquí la analista rechazó la identificación con la madre abortera y culpó a la paciente de no poder con-tenerla como algo bueno dentro de ella, cuando en realidad la sentía muy mala por el abandono de que se sentía objeto y estaba expresando que si la analista la aborta, ella tampoco puede contener sus objetos.

La paciente la corrige diciéndole que la botella que rompió era de aceite para bebés, con lo que la analista modifica su interpretación pero le insiste en que su culpabilidad y su incapacidad de reparar son tan grandes que debe negarlas totalmente y sentirse omnipotente. Para esta interpretación no vemos el fundamento en el material y la sentimos como una respuesta a la

identificación con la madre vieja, estéril (que ya no tiene menstruación) y por lo tanto incapaz de reparar. En cambio nos llama la atención que en su siguiente intervención la analista no señale la culpa frente a la muerte del padre y del compañero y le interprete la angustia que siente por su incapacidad de reparar, vinculándola con la situación edípica, en la que ella, la madre analista, sería nuevamente el objeto atacado y destruido.

En este punto la paciente se defiende diciendo que “mientras tiraba cosas, en realidad procuraba que fueran cosas que no se rompieran” y por lo tanto su peligrosidad no es tan grande, pero la analista le dice que si juega con ella, como en la última sesión, “pueden pasar muchas cosas; que esa persona la deje, que se enferme, que se muera”.

Aquí la línea interpretativa nos parece confusa, ya que este “pasar muchas cosas” no se sabe de qué depende ni en quién recaería la culpa.

Podríamos resumir la diferencia entre el enfoque de la analista y el nuestro para entender lo ocurrido hasta este punto de la sesión, de la siguiente manera: La analista cree que la paciente está asustada y culpable por haberla atacado y destruido dentro de ella, sintiéndose incapaz de repararla. Nosotros creemos que la paciente al sentirse abandonada por su analista teme que no puede contener su destructividad, cuya consecuencia en el período edípico (muerte del padre), es revivida por la muerte del compañero.

Discrepamos con la analista, que desde el comienzo parece suponer un conflicto pregenital esencial o único. Pensamos que en este caso los puntos de fijación tempranos, orales y anales, son muy importantes, pero no exclusivos y que también es básica la situación triangular edípica, como ya lo destacamos al comenzar la sesión anterior.

La ansiedad que hemos señalado —abandono, frustración y destructividad— se presenta con distintas variantes y matices según los niveles de desarrollo involucrados y según sea la posición adoptada por los participantes de la relación analítica.

Se podría decir en forma esquemática que en esta sesión la ansiedad de abandono produce, en el nivel primitivo de la relación, sentimientos de desorganización y destructividad de los que se defiende tratando de encontrar en la analista un continente para sus identificaciones proyectivas, (\*) mientras

---

\* Esto se vincula con la tesis que hemos expuesto en otro trabajo (7) acerca de las fantasías de embarazo y nacimiento en la situación analítica. Sostuvimos que estas fantasías junto con representar

en el nivel neurótico revive las ansiedades edípicas de frustración y celos, con ataque envidioso a la pareja, de los que se defiende con diversos mecanismos, entre los que destacan la identificación con la madre - analista atacada y su idealización.

Desde el punto de vista de la relación analítica podrían señalarse las siguientes etapas en el curso de la sesión: En la primera la paciente trata de encontrar un continente en la analista, y al comienzo lo logra controlándola maníacamente, pero luego esta le devuelve lo proyectado en intervenciones que nos parecen demasiado largas y, a veces, confusas. (¿Contraidentificación proyectiva?) Hacia el final la paciente logra conectarse con la analista por medio de una maniobra de seducción narcisística para terminar en una mutua idealización y negación de la persecución.

Según nuestro enfoque lo que habría correspondido hacer sería el análisis de las ansiedades de separación y sus consecuencias destructivas lo que permitiría enfrentar de mejor manera la culpa y la depresión.

---

Hemos examinado el material Clínico en forma crítica, pero tratando de ser rigurosamente objetivos y no ir más allá de lo que las evidencias permitían. Al mismo tiempo hemos mostrado los fundamentos teóricos en que nos basamos y creemos haber sido consecuentes con ellos. No se nos escapa la enorme diferencia que existe entre el estudio reposado y frío de una sesión de análisis y ser un participante activo en ella. Por eso al formular nuestras discrepancias no queremos implicar que de haber estado en el lugar de la analista lo hubiéramos hecho mejor. Sabemos que nuestro trabajo está lleno de imperfecciones y errores que nos imponen nuestras limitaciones neuróticas y que su superación depende en gran medida de la capacidad para exponerlas al examen crítico. Por eso queremos terminar felicitando y agradeciendo a los colegas que enviaron sus materiales a la Comisión Organizadora y muy especialmente a la analista cuya aportación ha servido de base para nuestras discusiones.

---

una defensa muy regresiva contra ansiedades intensas, también expresa la integridad de la reparación Implícita en el proceso de la cura analítica.

## BIBLIOGRAFÍAS

1. ABERASTURY, A., BISI, N., CAMPO, A., GARCIA REINOSO, D., JARAST, EL, LIBERMAN, D., SCHLOSSBERG, T. y WEILL, J.  
—“Teoría de la técnica”. Presentado al VI Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, Montevideo, 1966.
2. BICUDO, Y. — “Relato sobre un tema clínico”. Presentado al VI Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, Montevideo, 1966.
3. INFANTE, J. A. — “Algunas reflexiones acerca de la relación analítica”.  
Revista de Psicoanálisis XXV, 1968.
4. INFANTE, J. A. y WHITING, C. — “Psicoanálisis en las Américas”, pág. 171,  
Paidós, B. A., 1968.
5. NAMNUM, A. — “Teoría de la técnica’. Presentado al VI Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, Montevideo, 1966.
6. PLATA, C. — “Teoría de la técnica”. Presentado al VI Congreso Psicoanalítico Latinoamericano Montevideo, 1966.
7. WHITING, C., INFANTE, J. A. and WHITING, X. de. — “Psychoanalysis in the Americas”, p. 118, International Universities Press, Inc., N. Y., 1966.
8. WHITING, C. — Las “técnicas de entrevista. (Su enfoque psicoanalítico)”.  
Trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica Chilena, 1967.
- 9.-----.— “La entrevista psicoanalítica”. Trabajo presentado en la Sociedad Psicoanalítica de Porto Alegre, 1968.