

Etica y deontología profesional en la clínica psicológica.

Elizabeth Ormart.

Cita:

Elizabeth Ormart (2009). *Etica y deontología profesional en la clínica psicológica* (Tesis de Doctorado). UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA).

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/elizabeth.ormart/172>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p70c/d4B>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

TESIS DE DOCTORADO

**Título: “Ética y deontología profesional
en la clínica psicológica”**

**Subtítulo: “Abstinencia y Neutralidad:
Representaciones y Códigos de Ética
de los Psicólogos”**

Doctoranda: Mg. Elizabeth Beatriz Ormart

Directora de Tesis: Dra. Elisa Marta Basanta

Consejero de estudios: Lic. Juan Jorge Michel Fariña

Fecha de entrega: Octubre de 2006

Defensa: Octubre de 2009

INDICE

A- INDICE (Tomo I).....	2
B- INTRODUCCIÓN.....	3
1 Selección del tema	3
2.- Definición del problema	5
3.-Justificación del estudio	7
4.-Limitaciones y Alcances del trabajo	8
C- MARCO TEÓRICO	11
Objetivos e Hipótesis.	55
D.-MATERIAL Y MÉTODOS.	59
2.1.- Material	59
2.1.1.- Lugar y Tiempo del Trabajo de Investigación	59
2-1-2-La descripción de la población estudiada	60
2.1.3.- Descripción del Objeto de Estudio	59
2.2.- Métodos	61
2.2.1.- Diseño de la investigación.	63
2.2.2.- Lugar dónde se ha hecho el estudio	63
2.2.3.- Forma en que se tomaron las muestras.	63
2.2.4.- Definición de la variable: Nominal y Operacional	65
2.2.5.- Instrumentos de recolección y medición de datos.	67
2.2.6.- Métodos de análisis estadístico.	67
E.- RESULTADOS.....	69
F.- DISCUSIÓN.....	173
G.- CONCLUSIONES.....	217
H.- BIBLIOGRAFÍA.....	243

Nota: Las citas y notas bibliográficas se ajustan a las normativas internacionales de la American Psychological Association (APA).

Introducción

1. Selección del tema

Del diverso ámbito profesional en el que el Licenciado en Psicología se puede desempeñar, nos hemos centrado en el ámbito clínico; y de las diversas cuestiones deontológicas que en dicho ámbito se pueden indagar, hemos recortado el problema de la abstinencia y la neutralidad. Nos interesa indagar las representaciones acerca del “deber ser” que tienen los psicólogos de la práctica profesional. Específicamente en el área clínica, y dentro de esta área en lo referente a las cuestiones de neutralidad y abstinencia. Quisiéramos saber cómo regulan los códigos de ética de los Colegios, Asociaciones y Federaciones de psicólogos argentinos las prácticas clínicas de sus miembros, en lo tocante a las cuestiones señaladas anteriormente. En función de esto, la presente tesis se ha desarrollado dentro del área de Psicología Clínica del doctorado de Psicología.

Constituyen antecedentes a la presente investigación la participación de la doctoranda en la investigación LA ÉTICA COMO TEMA TRANSVERSAL desarrollada durante 1997 y 1998 en la Universidad de La Matanza. Investigación que abordó la cuestión del estado del arte en la interfase ética y educación universitaria. Otro antecedente, lo constituye la investigación LA FORMACIÓN ÉTICA EN LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR desarrollada en la Universidad Nacional de la Matanza, durante 1999 y 2000, que indagó las relaciones entre el marco legal de la educación superior y la inclusión de la Ética en el diseño curricular universitario. En esta segunda investigación, se trabajó con análisis de leyes y documentos emanados de organismos internacionales. Esto último constituye un antecedente metodológico relevante pues, en este caso, nos propondremos trabajar con códigos de los colegios de profesionales, con un abordaje metodológico similar. En lo que hace al ámbito clínico, la doctoranda se ha desempeñado en la Cátedra de Clínica de Adultos I como docente e investigadora, en el proyecto UBACyT TP N° 33, a lo largo de tres años, lo que le ha permitido profundizar en las problemáticas éticas que enfrenta el profesional en el ejercicio de la clínica.

Creemos que otro antecedente personal de importancia, lo constituye la participación de la doctoranda como docente en la Cátedra de Psicología, Ética y Derechos Humanos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, desde abril de 1998. A partir de ese momento comenzaron las indagaciones que constituyen ahora el marco teórico de la presente investigación. En dicha cátedra se llevan adelante desde hace 10 años sucesivas investigaciones que indagan problemáticas éticas y específicamente deontológicas en el ámbito de la clínica. Actualmente, la doctoranda se encuentra participando del equipo de investigación de la cátedra.

Durante los años 1999 – 2002 la doctoranda ha diseñado y llevado adelante una investigación para la culminación de su Tesis de Maestría titulada: “El aprendizaje de la Ética en las instituciones de Educación Superior”, que abordó el problema del aprendizaje de nociones éticas involucradas en la práctica clínica desde el análisis que hacían los alumnos de situaciones dilemáticas relativas al ejercicio profesional. De dicha investigación se desprenden algunas conclusiones que constituyen una propedéutica a la presente tesis:

1) En primer lugar, en la Tesis de Maestría que antecede a esta Tesis de doctorado, se han realizado estudios sobre los programas de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y pudiendo observar que en programas anteriores a 1995 el 40 % hace referencia a ética en relación con la clínica y en programas actuales (2001) el 32 % hace referencia a problemas éticos en la práctica clínica. Constituyendo en ambos casos el porcentaje más elevado de las frecuencias de referencias a la ética en la formación de grado de los psicólogos de la Universidad de Buenos Aires.

2) En segundo lugar, en entrevistas a estudiantes de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, también en el marco de la investigación que antecedió a la tesis de Maestría, los alumnos centran sus expectativas laborales futuras fundamentalmente en el área clínica.

3) Y finalmente, los estudiantes de la carrera de Psicología en las interacciones grupales con sus pares argumentan y sostienen posiciones éticas desde el marco teórico del psicoanálisis. Fundamentalmente, desde la transferencia analítica dan

cuenta de la abstinencia y la neutralidad. Dentro de las problemáticas éticas los mayores porcentajes de referencia se observan en lo referente a abstinencia y neutralidad.

Por todos estos motivos, la doctoranda está interesada en indagar las representaciones acerca del “deber ser” de los profesionales en el área clínica. Pero como la práctica clínica, muchas veces, se produce en un ámbito reglado por códigos de ética quisiera confrontar las primeras con éstos últimos.

Para abordar estas cuestiones se ha recurrido como referente al marco teórico¹ psicoanalítico, particularmente desde la lectura que Jacques Lacan hace de Sigmund Freud. Asimismo se han considerado las publicaciones periódicas de la Asociación Psicoanalítica Argentina desde el año 1943 hasta el 2003.icha institución es la que presenta publicaciones periódicas más antiguas en nuestro país.

El ámbito de la deontología profesional se perfila como un capítulo intrínseco a la disciplina psicológica que adopta cada día más relevancia. Es ineludible conocer el tratamiento que realizan los Códigos de Ética de los profesionales de la salud mental de la República Argentina en materia de abstinencia y neutralidad,

En la Argentina existen actualmente dos códigos deontológicos en vigencia en todo el territorio: el Protocolo de Acuerdo Marco de Principios Éticos para el Ejercicio Profesional de los Psicólogos del MERCOSUR y Países Asociados, aprobado en Santiago de Chile, en el año 1997 y el Código de Ética de los Psicólogos de la República Argentina, de alcance nacional, establecido dos años después, que ratifica y amplía el anterior (FePRA, 1999). El primero es de carácter regional, y el segundo, nacional. De todos modos, ambos documentos tienen un valor orientativo, en razón de que continúan vigentes los Códigos deontológicos provinciales establecidos por Colegios de Psicólogos y los Códigos de las diversas Asociaciones de Psicólogos.

¹ Ver marco teórico

2.- Definición del problema

El problema del desconocimiento que tienen numerosos psicólogos acerca de la existencia de Códigos Éticos que regulan las prácticas profesionales² llevan a suponer que no han recibido en su formación de grado, ni de posgrado una orientación correcta sobre este tópico, o bien, que habiéndola recibido la han olvidado, y que tampoco existen en ellos una inquietud por formarse o indagar acerca de éstas temáticas. Así como se ha realizado una investigación (citada anteriormente) sobre las representaciones que los profesionales tienen sobre el secreto profesional, creo que es necesario indagar acerca de ¿Qué representaciones tienen los terapeutas sobre la abstinencia y la neutralidad? A la hora de justificar lo que los psicoterapeutas deciden hacer en sus intervenciones en las que se ponen en juego la abstinencia y la neutralidad ¿Predominan uno o varios marcos teóricos como fundamento de la práctica clínica?

Para que la información existente acerca de la abstinencia y la neutralidad sea conocida es preciso primeramente saber ¿Qué prescripciones emanan de los Códigos de Ética de los Colegios de Psicólogos de la República Argentina en lo referente a abstinencia y neutralidad?

Algunas cuestiones que orientarán las indagaciones de la presente tesis son:

- 1.- ¿Qué argumentaciones desarrollan los profesionales de la salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires acerca de la abstinencia y la neutralidad, en el análisis de situaciones dilemáticas de su práctica profesional?
- 2.- ¿Cómo se hacen presentes los conceptos de abstinencia y neutralidad en los códigos de ética y deontología profesional de los Colegios Psicológicos de la República Argentina?
- 3.- ¿Qué antecedentes teóricos reconocen los conceptos de abstinencia y neutralidad?

² Cfr. Los resultados de la investigación de Fariña, Gutierrez, Malagrecia y Salomone (2000) acerca del desconocimiento de los psicoterapeutas de la legislación y normativa profesional vigente en lo referente a secreto profesional.

4.- ¿Cómo son considerados los conceptos de abstinencia y neutralidad desde la Asociación Argentina de Psicoanálisis?

5.- ¿Qué relaciones existen entre las prescripciones deontológicas y las posiciones argumentativas defendidas por los profesionales de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

6.- ¿Qué relaciones existen entre las prescripciones deontológicas y la ética del psicoanálisis?

3.-Justificación del estudio

La presente investigación resulta de relevante importancia porque constituye un aporte significativo para la comunidad científica por diversos motivos. En primer lugar, porque recopilar y sistematizar los diversos Códigos de Ética de la República Argentina constituye un primer aporte al estado del arte de la cuestión. En segundo lugar, porque conocer las representaciones de los terapeutas nos permite acceder a las intuiciones, preconcepciones, estereotipos, etc. que funcionan como trasfondo de su práctica profesional, y nos permite leer en sus explicitaciones la justificación a la que arriban los terapeutas.

Es de vital importancia señalar aquí que el Consejo de Rectores, en su reunión plenaria del 2 de octubre de 2003 incorporó, a la nómina de disciplinas de interés público reguladas por el Estado, a la Carrera de Psicología. Creo que la presente investigación constituye un aporte de fundamental importancia para acordar contenidos mínimos de enseñanza en lo referente a Ética y Deontología Profesional.

Tal como quedara expresado en la Resolución 136/2004 -al incluirse en el régimen del artículo 43 de la Ley Nº 24.521, al título de Licenciado en Psicología a la nómina de títulos correspondientes a profesiones reguladas por el Estado cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes- se abre un nuevo camino en el diseño de Planes de Estudio de las

Carreras de Licenciatura en Psicología. En este diseño es ineludible la inclusión de los aspectos axiológicos y deontológicos de la Ética.

4.-Limitaciones y alcances del trabajo.

Una importante limitación tiene que ver con la escasez de equipos técnicos y de recursos humanos disponibles en la presente investigación.

Existen asimismo limitaciones presentadas por el mismo objeto de estudio.

Nuestro objeto de estudio reviste las características que Rolando García asigna a los sistemas complejos en los que se requiere un estudio interdisciplinario. (García: 1986). Necesitaremos, por un lado revisar el tratamiento clásico y contemporáneo de la filosofía: especialmente los desarrollos de los filósofos de la postmodernidad en lo referente a la estructura del sujeto, para poder diferenciar el sujeto del individuo. Se hace central considerar la perspectiva del psicoanálisis. El psicoanálisis ha profundizado los estudios sobre la cuestión de la transferencia, involucrando en torno a ellas el problema de la abstinencia, la neutralidad y la interpretación. Ubico lo central de estos desarrollos en los escritos técnicos de Freud y en la relectura que hace Lacan de ellas. Y en el modo que estos conceptos técnicos han sido releídos en la comunidad de psicólogos argentinos. Y finalmente, el tratamiento de estos temas en los Códigos de Ética de los profesionales de la salud mental de la República Argentina, sin desconocer el exhaustivo y sistemático análisis realizado por la American Psychological Association (1993/2003).

La complejidad del objeto no le quita viabilidad pero impone límites a la hora de abordar la extensión de la muestra. Analizaremos Códigos de Ética de los Psicólogos de alcance nacional (Federación de Psicólogos de la República Argentina), de alcance provincial (Provincias de Buenos Aires, Chaco, Chubut, Córdoba, Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquen, San Juan, Santiago del Estero, Tucumán), de alcance municipal (Ciudad de Buenos Aires) y de Estados Unidos. Hemos decidido incluir este último debido que es el único en el que se ha desarrollado con exhaustividad y en profundidad la consideración de la influencia

que tiene para un ex paciente la vinculación amorosa con su ex terapeuta. Trabajaremos con una muestra compuesta por 304 terapeutas, que ha sido tomada en la Capital Federal. Dicha muestra sirvió como insumo a una investigación sobre secreto profesional, en virtud de la riqueza del material y los recaudos metodológicos que se han tomado creemos oportuno releer dicho material a la luz de las representaciones de abstinencia y neutralidad.

Se encuentra organizado en los siguientes apartados:

- I- INDIVIDUO Y SUJETO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA
- II- ABSTINENCIA Y NEUTRALIDAD EN FREUD
- III- ABSTINENCIA Y NEUTRALIDAD EN LACAN
- IV- LOS CÓDIGOS DE ÉTICA DE LOS PSICÓLOGOS

I.- INDIVIDUO Y SUJETO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

I-1. El sujeto en Lacan

El sujeto del inconsciente ha sido formalizado fundamentalmente en la propuesta de lectura de Freud que hace Lacan.

Partimos entonces de ciertas hipótesis en relación al sujeto del inconsciente tal como lo presenta Lacan. El sujeto es hecho por el lenguaje. Es un efecto. El significante fabrica al sujeto, le da existencia, pero “nada nos dice que sea un sujeto” (Lacan, 1967: 9).

Para hablar del sujeto tiene que intervenir el gran Otro, no porque garantice la verdad, sino porque es en su campo en donde emerge el sujeto. “Es en su campo en el que hace la junción con el polo del goce” (Lacan, 1960:95) El Otro en tanto batería de significantes constituye un orden. “Para la matemática la combinación de significantes constituye un orden (...) un significante representa a un sujeto para otro significante” (1967:11). La ciencia y numerosos sistemas filosóficos se mantienen en la producción metonímica de significantes regulados por un orden pero no indagan en los efectos producidos por el despliegue regulado de significantes. De hecho, un sistema no es más que un conjunto de elementos mínimos regulados, relacionados entre sí. Con el peso del sistema se intenta aplastar lo que no cierra. R-esto eludido del sistema, al que llamamos “el hueso estructural del sujeto”.

El inconsciente freudiano es inseparable de un sujeto que podríamos llamar sujeto de la certeza cartesiana. Este sujeto de la certeza existe a condición de la existencia de un Otro garante, que Descartes ubicó en el Dios que no engaña, un Dios, dirá Einstein, que no juega a los dados.

Hay en Lacan una radicalización del concepto de repetición. Esto se pone de manifiesto en los *Escritos*, en *Presentación de la continuación* que se encuentra luego del *Seminario de la Carta Robada* (1955) y *Paréntesis de los paréntesis* (1966). En estos textos hay un intento de reducir la repetición freudiana a un lenguaje formal y a su circuito. Lacan está interesado por la emergencia del sujeto y su determinación desde el lenguaje formal: “el programa que se traza para nosotros es saber cómo un lenguaje formal determina al sujeto” (1955: 36). De ahí, que introduzca una sintaxis de 0 y 1 similar a la empleada por Turing al crear su máquina de pensar. Mediante esta sintaxis Lacan muestra el desarrollo de un programa que produce ciertos restos, que crean el efecto de un azar. Lacan no está interesado como Turing por desarrollar el programa y absorber el resto en la maquinaria lógica, sino que presta fundamental atención a aquello que se niega a la automatización. De este resto que no es y pasa a ser solo a condición de la existencia de lenguaje formal, es de donde procede la repetición. De lo real provienen “los efectos de repetición que Freud llama automatismo (...) es justamente de lo que no era de donde lo que se repite procede” (1955: 37)

El inconsciente no está estructurado como cualquier lenguaje sino como un lenguaje formal. Este lenguaje se despliega sin necesidad de un sujeto que lo soporte. Por ello, Lacan insiste en que: “ese saber está en lo real y no en un sujeto”. El programa de cálculo fija una secuencia regida por cierta ley, sólo podemos hablar de azar cuando se ha identificado la ley que ordena el programa. Lo que queda fuera de la ley de determinación simbólica, lo azaroso es lo real.

En *Paréntesis de los paréntesis* Lacan describe en su lenguaje binario dos instancias definidas a partir de repeticiones: el A, el lugar del discurso, definido como lugar de la repetición del 1, rasgo Unario; y el ello, lugar del silencio de las pulsiones, definido como la repetición del 0. De estas dos modalidades de repetición se distingue una tercera, la repetición original de la Tyché ligada al

objeto (a), de modo que las dos primeras pueden ser considerados modos del Automatón.³

Luego de este fatigoso esfuerzo por transitar los senderos que demarca el *Paréntesis de los paréntesis*, nos dice Lacan: “Esto no es más que un ejercicio, pero que cumple nuestro designio de inscribir en él la clase de contorno donde lo que hemos llamado el caput mortuum del significante toma su aspecto de causal.” Esta deliciosa frase esconde a la vista de todos, como la carta robada, al objeto (a). La alusión es hecha de tres modos (que han sido resaltados en negrita):

1. Contorno: un término que hace referencia al recorrido pulsional.
2. Caput mortuum. Es un término tomado de la Alquimia que designa lo que queda como resto de la operación. Este término ya había sido empleado en la clase del 20 de marzo de 1957 para nombrar el significante imposible. Lacan retoma en el *Seminario 11* el escrito *La carta robada* a fin de hacer algunas aclaraciones, y utiliza este mismo término en relación con la presencia del analista en la operación analítica. “Los psicoanalistas hoy tenemos que tener en cuenta esta escoria en nuestras operaciones, como el caput mortuum”. (Lacan, 1964)
3. Aspecto causal. En el mismo Seminario señala que cuando el resto es fecundo se vuelve causa. Al final de esta clase y como respuesta al Sr. Kaufmann, Lacan distingue el resto como fecundo de la escoria como resto extinguido.

Es decir, que esta frase describe un movimiento que se da por un contorno que permite que la escoria, el resto extinguido, se transforme en resto fecundo, causal. Un resto que mueve sin ser movido.

Este efecto de sujeto que se hace oír en las fronteras de la lógica opera como un punto de imposibilidad para lo algoritmizable. Y nos obliga a aceptar la otra naturaleza de este resto intramitable por el aparato algorítmico.

En torno a este punto que escapa e insiste, necesidad lógica en la estructura, se juega lo definitorio del sujeto. Esto es, su imposibilidad de ser definido.

Lacan en *La ciencia y la Verdad* (1966), describe al sujeto en términos de una correlación antinómica en la que, el sujeto es solidario a un todo. Sujeto

³ Recordemos que la distinción Tyché - Automatón aparece en el Seminario 11 en la clase del 12/2/64, y es por consiguiente, anterior al Paréntesis de los paréntesis.

indisociable y al mismo tiempo excluido del todo que lo captura. Sujeto sujetado que pende de las grietas, que hace del todo, no todo. A es la sigla que usa Lacan para nombrar el lugar de todos los significantes y A barrada para ubicar que ese lugar total no existe. El sujeto emerge en el punto de imposibilidad del todo.

Lacan había abordado la cuestión del sujeto en su relación con (a) con anterioridad en el *Seminario X* (1963). Allí el \$ es equivalente a (a) sobre S. Con este resto (a) tenemos que vértanosla en la angustia, en el acto y en el fin de análisis, bajo la forma de saldo de verdad irremediable.

Otro modo de abordar la cuestión del sujeto, es decir que está dividido entre los significantes. Esta es la división constitutiva del sujeto. En tanto que dividido el sujeto es diferente de sí mismo. Esta definición del sujeto desde la estructura significativa lo ubica como lo opuesto al individuo identitario. El sujeto es lo opuesto a la ley de identidad. Uno de los primeros principios lógicos, descripto por Aristóteles como a toda mente humana claro. La ley de identidad puede ser formulada así: “todo objeto es idéntico a sí mismo” (x) ($Px \equiv Px$). El yo puede funcionar como fundamento del principio de identidad⁴ pero el sujeto no.

Para que el todo exista es necesaria una causa: el objeto (a). “Cada vez que enunciamos algo universal, hay otra cosa que la posibilidad que enmascara...” (Lacan, 1968)

La presencia de este objeto que es en sí mismo la eyección de una operatoria, de un cálculo. El sujeto obedece la estructura de la excepción: lo excluido (a) es solidario de lo que lo excluye (A). Lo excluido es lo innombrable que opera la función de la excepción respecto de toda predicación. Todo puede ser nominado, si y sólo si, existe al menos uno que no puede serlo. O bien, (x) $Px \equiv (Ex) -Px$
Este es el punto con el que topan los matemáticos. Lo excluido del cálculo, el resto imposible de introducir en el sistema, ya que en él se sostiene toda posibilidad.

La angustia en este punto es correlativa a la falta fundante de toda lógica. La angustia es la traducción subjetiva del objeto (a). Hasta el punto en que el sujeto

⁴ Esta cuestión de la oposición entre yo identitario y sujeto dividido se haya presente en Nietzsche como antecedente filosófico de este par de oposición. Cfr. Brunetti y Ormart, E. (2005) Más allá del sujeto espiémico. En Revista del Instituto de Investigaciones de Psicología N° 1. Págs. 97-115.

accede en el fin de análisis a la experiencia de la destitución subjetiva como identificación con ese resto. Durante el tratamiento psicoanalítico ha sido el analista quien se ha ubicado en el lugar del objeto (a), para que se desplieguen los significantes del sujeto.

El continuo despliegue del aparato significante describe un movimiento orbital alrededor de un resto imposible. El recorrido del análisis opera como un cálculo lógico que en su movimiento se aproxima al objeto y en este punto a la angustia que conlleva. Este es el precio que hay que pagar. “Es al precio de que toda la experiencia ha girado alrededor de ese objeto (a)” (Lacan, 1966:31).

Este concepto de sujeto del inconsciente desarrollado por Lacan es diametralmente distinto al concepto de individuo.

Individuo viene del latín *individuum*, en correspondencia con el griego *átomon*; literalmente significa indiviso, lo no dividido. Mientras que el sujeto del inconsciente del que habla Lacan es un sujeto dividido. Como señalamos más arriba dividido entre los significantes. También podemos entender esta división como la describe Freud en sus primeros escritos. La psique se escinde y en su esfuerzo por “desalojar” una representación traumática y de este modo, se funda el “núcleo de un grupo psíquico separado”, primera expresión con la que Freud se refiere al inconsciente.

Esta división mantiene las representaciones inconscientes separadas de las conscientes, separación que Freud conceptualizó como represión. El inconsciente reprimido aloja las representaciones inadmisibles y libera a la conciencia del displacer de su conocimiento. El yo consciente opera en el desconocimiento del inconsciente. Las representaciones del inconsciente reprimido son desconocidas a la conciencia. En este sentido, el sujeto es opaco a sí mismo y al otro.⁵ El individuo, en cambio, es transparente a sí mismo, en tanto que posee la autoconciencia. La autoconciencia es un espacio de reflexión e interioridad que permite aprehender nuestro ser. La evidencia que para Descartes tiene el yo como cosa que piensa y que “se piensa” es propia de la noción de individuo con

⁵ Cfr. NIETZSCHE, F. *La Gaya Ciencia*. Parágrafo 279. Plantea el sentimiento de extrañeza en la amistad. El otro nunca puede ser asimilado. Permanece un sentimiento de extrañeza.

la que trabajamos. Mientras que el sujeto del inconsciente es invisible para la conciencia, invisibilidad sostenida por la represión.

I - 2. El individuo y el sujeto en la práctica clínica

Las nociones de individuo y sujeto son centrales a la hora de pensar la práctica clínica pues según cómo se posicione el terapeuta en relación con este tema será la práctica que produzca. Como veremos a continuación, existen prácticas clínicas en las que el paciente es tratado en términos de individuo y por lo tanto, se deja de lado sus aspectos inconscientes y pulsionales.

Reconocer al paciente como individuo supone aceptar sus derechos y obligaciones. Considerarlo consiente, libre, autónomo y capaz de consentir un tratamiento psicológico. Pero en esta consideración se puede correr el riesgo de equiparar la terapia a una transacción comercial. Esta tendencia la encontramos presente en ciertas afirmaciones de la terapia sistémica y la programación neurolingüística (PNL) En esta línea, Haley(1993) sostiene que “Las principales cuestiones éticas en el campo de la terapia tienden a plantearse en dos esferas: por un lado, la del intercambio justo, en el cual entran problemas comunes a cualquier negocio⁶ o profesión; por el otro, la del control de la información,…” Evidentemente, equiparar la clínica con cualquier otro “negocio” supone aproximarla más a una relación comercial que asistencial⁷.

A partir de la diferencia entre sujeto e individuo podemos citar algunos abordajes psicoterapéuticos diversos, que suponen niveles en la relación terapeuta-paciente.

Nivel 1: Relación de individuo a individuo

Muchas terapias enfocan la relación terapeuta paciente en términos de dos individuos, un profesional que ofrece sus servicios y un ciudadano que los solicita. Ambos, consienten libremente en realizar un contrato de una prestación de

⁶ Es subrayado es mío.

⁷ Cfr. Rovaletti, M. L. (1985) Ética y psicoterapia. Buenos Aires: Biblos.

servicio que concluirá luego de alcanzados ciertos objetivos fijados y/o consensuados por los intervinientes.

En estos términos, la relación terapéutica no dista de ser comparada con una transacción comercial⁸. Es preciso ubicar aquí la diferencia entre individuo y sujeto del inconsciente.

Las terapias no analíticas operan con la noción de individuo. Noción que remite a la persona⁹ libre, consciente y responsable de sus actos. Que puede perjudicarse a si mismo o a terceros pero que por lo general obra inadvertida de sus errores por una dificultad del sistema (circulo vicioso en Terapia sistémica) o del modelo (escasez o pobreza del modelo en PNL). Así explicitan Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. 1984 el objetivo de la entrevista inicial en la terapia sistémica: “ El objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso [...] Por información clara entendemos aquella que es clara, explícita y se manifiesta en términos de conductas, es decir, que hacen y qué

⁸ Esta forma de enfocar la terapia es reduccionista ya que no se abordan otros aspectos presentes en la terapia que la alejan de una mera transacción comercial. Sin embargo, hay enfoques terapéuticos en los que se trabaja con la analogía entre el terapeuta y el vendedor y el paciente se ubica como el cliente o el comprador. Esta aproximación ciertamente es peligrosa pues mercantiliza la práctica clínica.

⁹ Utilizo el término persona e individuo en forma indistinta. Si bien son conceptos que poseen una tradición etimológica y filosófica diferente. Originalmente persona era la denominación de la máscara teatral usada en un comienzo en el drama griego y adoptada alrededor de un siglo antes de Cristo por los actores romanos. Sin embargo, este término tuvo un gran desarrollo conceptual a partir de la edad media. Hacia el siglo III d. de C. los componentes de la Santísima Trinidad fueron designados como Personae. Las Tres Personas Trinitarias comparten la misma esencia y de ahí la definición de Dios único en tres Personas distintas.

Al asociar el concepto de persona con la esencia verdadera, los primeros teólogos ayudaron a preparar el camino para la celebrada definición que dio Boecio en el siglo VI: Persona est substantia individua rationalis naturae (la persona es substancia individual de naturaleza racional). La Modernidad resaltó de la persona, además de su racionalidad, la posibilidad de reflexión sobre sí misma, es decir, la capacidad de autoconciencia. En este sentido, las notas características del individuo en tanto único, conciente y racional se hallan presentes también en la persona.

dicen los individuos concretos¹⁰ cuando se da el problema y cuando intentan afrontarlo...” (89) Cuando se habla aquí de individuo concreto en términos conductuales y explícitos, claramente el sujeto del inconsciente queda excluido. Se propugna asimismo, profundizar en el problema actual y concreto y evitar referencias a la infancia o a explicaciones causales de las conductas

El sujeto del inconsciente es el aporte que introduce la terapia freudiana. Si bien, la terapia sistémica y la PNL no desconocen el inconsciente, reservan esta acepción para lo no consciente es decir, para lo que Freud llamaba preconsciente. Lo inconsciente freudiano tiene otro alcance que lo inconsciente para las terapias no analíticas. El inconsciente freudiano incluye lo pulsional que esta ausente en lo que las terapias no analíticas llaman inconsciente.

En la línea del análisis que involucra a dos personas, se ubica la terapia sistémica. Para reseñar la modalidad de operatoria del terapeuta tomaremos *La táctica del cambio* (Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. 1984) Este texto es el resultado de un largo recorrido de 30 años aproximadamente, desde la primera publicación de la Escuela de Palo Alto en 1956 hasta la obra aquí mencionada, pasando por una de las principales y más renombrada publicación, conocida como *Pragmatics of human communication* de 1967.

Lo que anteriormente llamamos paciente, toma desde este nivel de análisis, en el que ubicamos a la terapia sistémica, el estatuto de cliente. El cliente es alguien que busca activamente ayuda, mientras que el paciente es alguien que el cliente define como alguien perturbado o desviado pero que no busca ayuda.

La definición de cliente, según los autores incluye tres elementos: “he estado luchando contra un problema”, “no he logrado solucionarlo con mis propios esfuerzos” y “necesito que Ud. me ayude a solucionarlo”. (Fisch, R. Weakland, J. y Segal, 1984: 117) La definición de cliente es solidaria con la caracterización del terapeuta como vendedor. Pues la estrategia o capacidad de maniobra del terapeuta es análoga a la que utiliza un vendedor. Los autores señalan el ejemplo del vendedor de autos usados, como alguien que sabe identificar la postura del cliente y enmarcar sus sugerencias en este marco para que sean aceptadas.

¹⁰ El subrayado es mio.

Identificar los valores y las creencias, hablar el mismo idioma que el cliente es el mejor modo de que éste acepte las recomendaciones sin resistencias. Así por ejemplo, sostienen que es muy importante que el terapeuta sepa convencer al cliente. “Por ejemplo, tanto el vividor como la persona preocupada por el ahorro puede comprar un Rolls Royce, pero por razones diferentes [...] Cuando el vendedor de coches Rolls Royce se enfrenta con el cliente ahorrador y pone el acento en la ingeniería y en la duración del automóvil, está enumerando valores (postura) del cliente con respecto a su compra posible. En cambio, si ensalsa las virtudes del coche como símbolo de rango, no logrará desencadenar el ímpetu propio del cliente y más bien lo alejará activamente de la decisión de compra: no estará hablando en el mismo lenguaje que el cliente.” (Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. 1984: 110) Las estrategias de convencimiento, analogables, según los mismos autores, a las del vendedor de autos constituyen parte de la capacidad de maniobra del terapeuta.

Refiriéndose a los pacientes que concurren a terapia obligados por otra persona, a los que llaman “compradores fingidos”, sostienen “Un buen vendedor sabe que no le va a vender algo a cada cliente que entre a su tienda. Pero sabe que casi nunca le hará una venta a alguien que ha entrado en el comercio exclusivamente para guarecerse de la lluvia. Para salvar las apariencias, esas personas tratan de actuar como si fueran compradores interesados, pero tienen los ojos puestos en la lluvia, y se limitan a esperar que escampe. [...] No son auténticos clientes pero encubren este hecho actuando como si lo fueran” (Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. 1984: 59) Aquí nuevamente se puede observar la reducción del paciente a cliente, la consideración del mismo en términos de individuo con el que se realiza una transacción comercial, el paciente es el que “compra” la terapia como un bien que tiene una utilidad. Saber vender este objeto, forma parte de las capacidades del terapeuta.

En este modo de intervención se ubica también la programación neurolingüística. Para esta propuesta de trabajo clínico “La magia tiene una estructura que puede ser enseñada. Los brujos de nuestra época son las superestrellas de la psicoterapia. Si la magia tiene una estructura esta puede desentrañarse y ser

enseñada” (Bandler, R. y Grinder, J., 1980: 25). El objetivo de la obra *La estructura de la magia* será pues “presentar un metamodelo explícito que pueda ser aprendido para descubrir el metamodelo que usan los magos (léase terapeutas) para expandir y enriquecer el modelo de sus clientes” (Bandler, R. y Grinder, J., 1980, 26). Los terapeutas, a los que los autores se refieren como magos y los pacientes, llamados, clientes, son los individuos que establecen un acuerdo de tratamiento, por un período limitado de tiempo. Las personas que acuden a terapia suelen llegar con algún tipo de sufrimiento, esto se debe a que su capacidad de ver las alternativas y posibilidades esta bloqueada. Es preciso enriquecer su pobre modelo de mundo reprogramándolas de manera más satisfactoria. Esta reprogramación se basa en la metáfora mente-software. El objetivo de las primeras entrevistas es descubrir el modelo de mundo del cliente. La modalidad que el cliente adopta para comunicar su modelo está sujeta a los procesos universales de modelaje humano” (Bandler, R. y Grinder, J., 1980, 63). Por lo tanto, el primer paso de la terapia es que “el terapeuta sea capaz de determinar si la estructura de superficie de su cliente es o no una representación completa de la representación lingüística de donde se derivó la estructura profunda” (Bandler, R. y Grinder, J., 1980, 65). Una vez que el terapeuta identifica que el modelo del cliente está empobrecido, debe abocarse a enriquecerlo. En estas relaciones intersubjetivas, se establece la transferencia. Tanto los terapeutas sistémicos como los neurolinguistas están advertidos del poder que otorga al terapeuta la transferencia. La transferencia marca desde el comienzo de la relación terapeuta- paciente condiciones asimétricas. El terapeuta, por el vínculo transferencial se ubica en una relación de poder y dominio del paciente, vía la sugestión.

En la terapia sistémica, el terapeuta busca identificar los valores y las creencias, hablar el mismo idioma que el cliente, para que éste acepte las recomendaciones sin resistencias. De estas declaraciones se infiere claramente la operatoria sobre la persuasión o sugestión ejercida por el terapeuta sistémico. Una operatoria descrita magistralmente por Freud, cuando sitúa que el hipnotizador se ubica en el lugar del ideal del yo del hipnotizado para ejercer desde allí una absoluta

influencia. El terapeuta sistémico identifica los ideales o creencias y se posiciona allí para ejercer su influencia. La sugestión y la hipnosis son técnicas similares en cuanto a la influencia que sobre el cliente tiene el terapeuta. En la hipnosis el cliente, sabe que será hipnotizado y se somete a esta práctica, en la sugestión el cliente no está advertido de esta operatoria. Sostienen los sistémicos “En otras palabras, el terapeuta ha de ajustar la oportunidad y el ritmo de sus comentarios a las respuestas que manifieste el paciente. (Se trata de algo similar al procedimiento paso a paso que se sigue en la hipnosis: el hipnotizador formula una pequeña sugerencia y después comprueba la respuesta del sujeto antes de continuar trabajando en esa dirección o formulando otra sugerencia)” (Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. 1984: 43)

Nivel 2: Relación de sujeto a sujeto.

En este nivel ubicamos la clínica freudiana. En términos de Freud el terapeuta escucha en tanto sujeto del inconsciente al paciente que a partir de la asociación libre se convertirá en sujeto del inconsciente. La terapia que opera desde la constitución de un espacio terapéutico conformado por dos sujetos del inconsciente puede llevarnos a la equiparación entre el inconsciente del terapeuta y del paciente, proponiendo la transferencia y la contratransferencia como mecanismos proyectivos equivalentes.

Es preciso aclarar aquí, que esta es una posible lectura de la obra de Freud. Lectura que se mantiene en algunos psicoanalistas actuales. Lectura que fue desarrollada por los pensadores postfreudianos y que fue modificada por Lacan. El setting analítico está habitado por dos sujetos que establecen una comunicación de inconsciente a inconsciente. Uno de los postfreudianos representativos de esta posición es Nacht. En su obra *La terapéutica psicoanalítica* (1959) Nacht comienza realizando una revisión de la evolución de la terapéutica psicoanalítica hasta sus días. Señala que Breuer y Janet descubrieron que los síntomas histéricos parecían ser debidos a acontecimientos penosos olvidados por el enfermo. Su reaparición en la memoria en el estado de

hipnosis provocaban la desaparición de dichos síntomas. Freud practicó la catarsis hipnótica durante más de diez años. Pero no todos los enfermos eran hipnotizables, los efectos terapéuticos no eran seguros y se provocaba una gran dependencia frente al médico. Luego pasó a una catarsis despierta para hallar recuerdos olvidados. Esto le permitió descubrir la fuerza de las resistencias. Luego pasó al método de la asociación libre. Este método abre el campo a la interpretación de las diversas manifestaciones del inconsciente.

Freud define al analista en su función de espejo que debe reflejar lo que el enfermo proyecta en él (esta es la base de la neutralidad). El levantar el cerco de la amnesia infantil, responsable de la neurosis, seguía subsistiendo como el objetivo esencial de la cura. Luego considera que este intento no es realizable, aunque hay que intentarlo. En lugar de acordarse solamente, el enfermo repite, revive, sin saberlo, en la situación transferencial, un pasado demasiado cargado de miedo.

La interpretación del material inconsciente que se opone a la rememoración tiene por objetivo el vencer las resistencias. Este trabajo de destrucción de las resistencias (aun si no conduce a la rememoración) es lo que pasa a primer término, gracias a esto se logra modificar el Yo. La curación no aparece ya determinada por el levantar la amnesia, sino que fluye a las modificaciones de la personalidad (modificaciones del Yo).

El papel del analista es doble: por sus intervenciones provoca en el individuo reacciones que animan la situación analítica con su contenido emotivo y afectivo, al mismo tiempo que debe, por sus interpretaciones, hacer accesibles estas reacciones al pensamiento consciente. Son estas tomas de conciencia sucesivas las que a la larga determinan las modificaciones del Yo, que la cura se propone. Para Nacht, todos los psicoanalistas están convencidos de la importancia primordial de intercambio, de la relación dual que se crea entre analista y analizado en cuanto se instala la situación analítica. En consecuencia de ello, el papel de la contratransferencia adquiere un valor por lo menos igual al de la misma transferencia.

La personalidad del analista condiciona en gran parte el desarrollo deseado de estos procesos en la medida que puede facilitarlos o impedirlos. La neutralidad benévola no excluye otras reacciones inconscientes. Tras la aparente neutralidad el enfermo halla en las actitudes inconscientes del analista una respuesta a sus demandas. La contratransferencia puede ser tan fecunda como la transferencia misma. Lo menos que puede decirse es que resulta deseable que la personalidad del analista sea tan armoniosa y profundamente equilibrada como sea posible.

Lo que principalmente importa en un análisis no es tanto lo que el analista diga o haga como lo que él es. Lo que diga o haga, el analista lo obtiene en principio de la enseñanza que haya recibido. Pero el propio uso que haga de esta enseñanza depende en gran parte de su personalidad. Esto es lo que justifica la necesidad absoluta del análisis didáctico, en principio como condición previa a la enseñanza y el ejercicio del análisis, y para el psicoanalista en el curso de su carrera, la oportunidad de un nuevo análisis a fin de enriquecer y de perfeccionar sus posibilidades terapéuticas. Sin embargo, cualquiera que sea el valor del análisis didáctico, valor incuestionable, no puede evidentemente esperarse que transforme en perfectos analistas a todos cuantos a él se somete. No llega a ser buen analista quien quiere; ciertos dones innatos son aquí más necesarios que en otras ocupaciones.

Las reglas técnicas que debe respetar el analista para Nacht (1959) son:

Regla fundamental (asociaciones libres); Atención flotante; Neutralidad benévola (provoca frustración); Prohibición de mantener cualquier clase de relaciones con el analizado fuera del tratamiento (abstinencia).

Nacht identifica tres fases sucesivas en el tratamiento psicoanalítico:

- a- la del comienzo o instalación de la situación analítica
- b- la de la neurosis de transferencia
- c- la que marca el fin de la cura.

a- La actitud de neutralidad benévola del analista, que no interviene -o poco- durante esta fase, es experimentada como esencialmente permisiva por el enfermo. El clima neutro que el analista crea en torno al paciente produce que el temor latente, inconsciente, meollo de toda neurosis, disminuye y tiende a

calmarse. Por ello, el Yo se mostrará más abierto a la llamada de las pulsiones. Las necesidades, hasta acá reprimidas y recubiertas por los síntomas, van a impeler ahora al sujeto a querer satisfacerlas, y por ello esperará del psicoanalista -convertido en su principal objeto de interés- satisfacciones sobre todos sus planos. Habrá así transferido a la situación analítica sus reacciones de niño. Más pronto será decepcionado, y a la “luna de miel” sucederá una fase penosa de descontento creciente. La situación analítica es frustrante en sí misma. El psicoanalista es una fuente de insatisfacción real, objetiva.

b- Se instala la neurosis de transferencia, “La nueva enfermedad reemplaza a la antigua”, decía Freud.

Se reproducen en análisis reacciones con una patente analogía a la neurosis infantil. Se conduce así al sujeto a reproducir y a revivir sobre el terreno de la transferencia las situaciones que originaron las perturbaciones. El análisis de tales movimientos en la transferencia conducen a unas tomas de conciencia liberadoras que fortalecerán el Yo a raíz de su mera repetición. Esto irá desbloqueando progresivamente una energía psíquica hasta entonces atrapada por las represiones diversas y absorbidas en gran parte por los mecanismos de defensa o los síntomas. Se producen signos de una maduración de la que el sujeto carecía.

c- El Yo convertido en adulto, será capaz de abandonar las satisfacciones fantásticas e infantiles que parecía aportarle la neurosis de transferencia. Se encaminará hacia la liquidación de ella. En lugar de ello buscará, con fuerzas nuevas empleadas a conductas adaptadas, ciertos cumplimientos reales cuya posibilidad ofrece toda vida de adulto. El sujeto entra entonces en la última fase de su análisis, la de terminación de la cura. Dicha fase se anuncia primero por una disminución progresiva del interés del paciente por el análisis y por el analista. El sujeto se orienta hacia otros intereses, y nuevas catexias se esbozan: trabajo, estudio, carrera, hogar, hijos. En suma, por la liquidación de la neurosis de transferencia obtenemos la liquidación de la antigua neurosis.

Si el analista persevera en no dar sino interpretaciones y en desempeñar el papel de espejo corre el riesgo de mantener al sujeto fuera del contacto con la realidad

viviente, a la cual es a donde debe llevarle el tratamiento. Por esta razón se impone aquí un cambio de actitud del terapeuta. Al eclipsamiento, a la necesaria y clásica neutralidad debe suceder ahora la actitud afirmada de una presencia. El psicoanalista asienta su propia realidad para ayudar al sujeto a renunciar a las catexias fantasmáticas y facilitarle el acceso a intereses y realizaciones auténticas de una personalidad adulta. Entonces habrá llegado el momento de incitar al sujeto a poner en obra lo que sabe, utilizar lo que ha aprendido en análisis. El terapeuta pondrá el acento cada vez más en la manera como reemplaza o no las fuerzas sanas liberadas por el tratamiento. Es preciso que el analista esté ahora en su apogeo, en cierto modo, y que se presente en toda su realidad humana.

En este segundo nivel de la relación analítica se vuelve central el concepto de contratransferencia y queda en un segundo plano la neutralidad. Concepto que se convierte en transitorio y no definitorio de la cura psicoanalítica.

Según Laplanche y Pontalis (1968) El concepto de contratransferencia ha recibido una atención creciente de los psicoanalistas principalmente si pensamos en la cura como una relación entre dos sujetos inconscientes y en las mutuas reacciones inconscientes provocadas por esta relación. Existe en la comunidad psicoanalítica distintas posiciones respecto del uso de la contratransferencia. Esto permite distinguir tres orientaciones:

“ a) reducir todo lo posible las manifestaciones contratransferenciales mediante el análisis personal, de tal forma que la situación analítica quede finalmente estructurada, como una superficie proyectiva, sólo por la transferencia del paciente.

b) utilizar, aunque controlándolas, las manifestaciones de contratransferencia en el trabajo analítico, siguiendo la indicación de Freud, según el cual “...cada uno posee en su propio inconsciente un instrumento con el cual interpretar las expresiones del inconsciente en los demás...”.

c) guiarse, para la interpretación misma, por las propias reacciones contratransferenciales, que desde este punto de vista se asimilan con frecuencia a las emociones experimentadas. Tal actitud postula que la resonancia de

“inconsciente a inconsciente” constituye la única comunicación auténticamente analítica.” (Laplanche y Pontalis, 1968: 84-85)

Nivel 3: Relación de sujeto a objeto.

En este nivel se puede ubicar la clínica freudiana a partir de la lectura que hace Lacan de ella y la misma clínica lacaniana. Se plantea una clínica en la que el analista no es un individuo, ni un sujeto sino un objeto, el llamado “Objeto a”. El sujeto es el paciente que se convierte en tal movido por la particular relación que establece con el analista convertido en objeto.

A partir de esta presentación se desarrollará en la tesis, con mayor profundidad, los diferentes niveles y a partir de ellos las diferentes formas de abordar el tratamiento de la abstinencia y la neutralidad que realizará el terapeuta/ analista en cada caso.

II.- ABSTINENCIA Y NEUTRALIDAD EN FREUD

II - 1.- La abstinencia: concepto

La abstinencia consiste, en términos freudianos, en el negar al paciente lo que éste demanda. En este mismo sentido, Lacan sostiene que es por medio de la demanda que se abre el pasado de los pacientes. El analista al callarse en aquello que se demanda frustra al paciente y por esta vía se hace posible la regresión analítica. “La abstinencia del analista que se rehúsa a gratificar la demanda, la separa del campo del deseo y la transferencia es un discurso donde el sujeto tiende a realizarse más allá de la demanda y en relación a ella” (Lacan, 1966, *Seminario 13*, clase 11). Si bien, esta brevísima definición de la abstinencia nos introduce en el tema que tratamos, el concepto de abstinencia presenta una riqueza conceptual que nos permite desglosarlo, para su análisis en diferentes dimensiones que se pueden rastrear en la obra de Freud.

II - 2. Las dimensiones de la abstinencia.

Las siguientes dimensiones se han construido en base a la lectura de la obra de Freud. Se pueden identificar en los escritos técnicos de Freud. Han sido construidas en función de la presente tesis a fin de dar cuenta de los diferentes aspectos condensados en el concepto de abstinencia.

II -2.1. La opacidad del psicoanalista.

Freud recomienda que el terapeuta evite toda actitud íntima con el paciente. Sostiene que el médico no puede ser transparente al paciente. La relación médico paciente no es simétrica. (Yo a yo). La opacidad del analista ante el paciente marca una relación que no está dada por dos individuos, sino por un sujeto que habla y otro, el analista que no está allí en lugar de sujeto. Desde esta perspectiva, y si llevamos hasta sus últimas consecuencias esta posición, encontramos que la contratransferencia es insostenible. La contratransferencia puede ser sostenida desde lo que anteriormente llamamos segundo nivel de la práctica clínica cuando intervienen dos sujetos con sus fantasías inconscientes. La opacidad del analista puede ser considerada como una bisagra entre abstinencia y neutralidad.

En los *Trabajos sobre técnica psicoanalítica* (1911-1915) Más específicamente en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912) T XII, plantea Freud, "...También la solución de la transferencia, una de las principales tareas de la cura, es dificultada por la actitud íntima del médico [...] Por eso, no vacilo en desestimar por errónea esta variedad de la técnica. El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado" (Freud, 1912: 117) La metáfora del espejo se refuerza con el símil del cirujano. En el primer caso, Freud refuerza la asimetría entre terapeuta y paciente en lo relativo al "conocimiento" de la intimidad del otro; en el segundo, pone de relieve la operatoria del terapeuta ajena a toda respuesta empática.

Freud lo define como frialdad de sentimientos y señala que esta es la estrategia más ventajosa para el análisis,

“... en el tratamiento psicoanalítico tomen como modelo al cirujano que deja de lado sus afectos y aún su compasión humana, y concentra sus fuerzas espirituales en una meta única: realizar una operación lo más acorde posible a las reglas del arte. [...] Aquella frialdad de sentimientos que cabe exigir del analista se justifica porque crea para ambas partes las condiciones más ventajosas...” (Freud, 1912: 114)

El terapeuta opera sin colocar en juego sus sentimientos, con la frialdad del que no tiene compasión. Este es uno de los rasgos que caracteriza la operatoria en abstinencia.

II.-2.2. El rodeo por la palabra

El objetivo de la práctica psicoanalítica es reproducir en el ámbito psíquico (recordar) no repetir en el ámbito motor. Esto implica una lucha contra las mociones inconscientes, en términos de satisfacción pulsional. Supone hacer un rodeo por la palabra antes de llegar a la descarga motora. Este desvío de la descarga pulsional motora a la palabra, abarca todos los ámbitos de la vida psíquica del enfermo. Esta es una de las bases desde la que se apoya Freud para sostener la negativa a acceder al amor de transferencia reclamado por la paciente. La operatoria del médico es opuesta a el camino que emprenden las fuerzas pulsionales. Veamos a continuación las referencias en la obra de Freud. En sus Trabajos sobre técnica psicoanalítica (1911-1915) *Recordar, repetir y reelaborar* (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (1914) T XII, Freud sostiene que:

“...Para él [el médico], el recordar a la manera antigua, el reproducir en un ámbito psíquico, sigue siendo la meta [...] Se dispone a librar una permanente lucha con el paciente a fin de retener en un ámbito psíquico todos los impulsos que él querría guiar hacia lo motor, y si consigue tramitar mediante el trabajo del

recuerdo algo que el paciente preferiría descargar por medio de una acción, lo celebra como un triunfo de la cura” (Freud, 1914: 155)

En *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III) (1915 [1914]) Freud sostiene que en los casos en que el amor de la paciente fuera correspondido, sería un gran triunfo para la paciente y una total derrota para la cura [...] .Ella habría conseguido [...] actuar, repetir en la vida algo que sólo deben recordar, reproducir como material psíquico y conservar en un ámbito psíquico” (Freud, 1914: 169) Por ello rechaza totalmente el comienzo de una relación amorosa entre un terapeuta y una paciente. Y en *Sobre la dinámica de la transferencia* (Freud, 1912) sostiene que “...Las mociones inconscientes no quieren ser recordadas, como la cura lo desea, sino que aspiran a reproducirse” (Freud, 1912: 105) El tratamiento no puede ir a favor de la satisfacción pulsional, lo que Lacan llamará el goce, sino sostenerse en la vía del deseo. La descarga motora originada en el intento de aliviar el incremento de la energía libidinal tiene que ser reconducido al campo de lo simbólico, de la palabra. Así en *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* (1919 [1918]) Freud sostiene que: “...la actividad del médico debe exteriorizarse en una enérgica intervención contra las satisfacciones sustitutivas” (Freud, 1919:159) Esta intervención privativa al tiempo que preserva la energía para el tratamiento reconduce la energía pulsional al campo del buen decir.

II.-2.3. La fuerza de la privación

Unido a lo planteado en el punto anterior, encontramos que Freud propone no satisfacer a la paciente necesitada de amor. Utilizar la necesidad como fuerza pulsionante del trabajo analítico. Mantener la privación como motor del análisis. Ahora la intervención no está centrada en los beneficios del rodeo por la palabra, sino en la fuerza de la privación. La importancia de sostener al paciente en el no acceso a aquello que demanda. En uno de sus primeros Trabajos sobre técnica psicoanalítica (1911-1915 [1913]) *Sobre la iniciación del tratamiento*. (1913).

Freud sostiene que: “El motor más directo de la terapia es el padecer del paciente y el deseo, que ahí se engendra de sanar. [...] Pero esta fuerza pulsional misma, de la cual cada mejoría trae aparejada su disminución, tiene que conservarse hasta el final.” (FREUD, 1913: 143) Esta posición Freudiana es congruente con lo que planteábamos anteriormente. Establece entonces, una relación inversamente proporcional entre cura y padecimiento. Sostener esa balanza en estado de equilibrio constituye un desafío permanente para el analista. Es la fuerza pulsional dosificada en los acantilados del significante la que erosiona el tratamiento hasta la cura.

En esta vía del justo medio sostiene Freud (1917: 402-3) que el analista “Queda excluido ceder a las demandas del paciente derivadas de su transferencia, y sería absurdo rechazarlas inamistosamente o con indignación; superamos la transferencia cuando demostramos al enfermo que sus sentimientos no provienen de la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que a él le ocurrió una vez, con anterioridad. De tal manera lo forzamos a mudar su repetición en recuerdo. Y entonces la transferencia, que, tierna u hostil, en cualquier caso parecía significar la más poderosa amenaza para la cura, se convierte en el mejor instrumento de ella, con cuya ayuda pueden desplegarse los más cerrados abanicos de la vida anímica”.

Más tarde, en *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* (1919 [1918]) apuntando concretamente a la demanda de amor establece que “...la técnica analítica impone al médico el mandamiento de denegar a la paciente menesterosa de amor la satisfacción apetecida. La cura tiene que ser realizada en la abstinencia [...] hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados.” (Freud, 1919: 159)

Esta posición es solidaria con lo planteado en el primer punto, esto es operar no desde los sentimientos sino desde una posición cercana al cirujano. “...por cruel que suene, debemos cuidar que el padecer del enfermo no termine prematuramente en una medida decisiva. Si la descomposición y la desvalorización de los síntomas lo han mitigado, tenemos que erigirlo en alguna

otra parte bajo la forma de una privación sensible” (Freud, 1919: 159) La abstinencia se nos presenta entonces como la herramienta que permite lograr el justo equilibrio entre repetir y recordar, entre acto y palabra.

II.2.4.Ética y moral.

Finalmente, Freud sostiene un cuarto motivo para mantener la privación del paciente. El acceder a la satisfacción pulsional del paciente es inmoral, pero además va contra la ética del análisis. Freud distingue en estas citas que hemos extraído a continuación, la diferencia entre lo inmoral, que remite a los parámetros de comportamiento previstos desde la sociedad como buenos, de la ética del análisis que ciertamente supone una posición suplementaria a cualquier restricción social. Acceder al amor de transferencia va en contra de la moral y en contra de la ética del analista.

En la tardía obra *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial* (1926) Freud sostiene que: “...Ceder a los reclamos de la transferencia, cumplir los deseos del paciente de una satisfacción tierna y sensual, no sólo es prohibido por legítimas consideraciones morales, sino que resulta por completo insuficiente como medio técnico para el logro del propósito analítico...” (Freud, 1926: 212)

Más tarde en *Análisis terminable e interminable* (1937: 233) Freud sostiene que: “...Si un conflicto pulsional no es actual, no se exterioriza, es imposible influir sobre él mediante el análisis [...] Reflexionemos sobre los medios que poseemos para volver actual un conflicto pulsional latente por el momento [...] sólo dos cosas podemos hacer: producir situaciones donde devenga actual, o conformarse con hablar de él en el análisis, señalar su posibilidad. El primer propósito puede ser alcanzado por dos diversos caminos: primero, dentro de la realidad objetiva, y segundo, dentro de la transferencia, exponiendo al paciente en ambos casos a cierta medida de padecer objetivo mediante frustración y éxtasis libidinal. Ahora bien, es cierto que ya en el ejercicio corriente del análisis nos servimos de una

técnica así. Si no, ¿cuál sería el sentido del precepto según el cual el análisis tiene que ejecutarse "en la frustración"? {Versagung, "denegación"}

En la medida que el analista no proporciona objetos sustitutos al objeto de satisfacción pulsional, opera desde la abstinencia. La privación es ubicada por Freud como parte del Psicoanálisis activo¹¹. Abstinencia, en este sentido no es rechazo, no es adoptar una actitud pasiva frente a los requerimientos del paciente. No se trata de rechazar la transferencia de amor sino de recibirla y con igual firmeza abstenerse de corresponderla. Cuando el analista no satisface, el paciente habla, despliega ese amor hasta los fundamentos infantiles de amor. Saber sobre los fundamentos infantiles del amor es saber sobre las condiciones de goce. Abstinencia no es, entonces, privación de cualquier necesidad, sino privación de goce, pérdida de satisfacción pulsional muda y reincidente. Utilizando esa energía en un entramado simbólico que produce un saber capaz de cambio de posición subjetiva del sujeto.

II- 3. La neutralidad: concepto.

Entendemos por neutralidad, en términos freudianos, aquello que nos permite el vencimiento de la transferencia recíproca. Esto es posible, para Lacan cuando el analista se ubica en el lugar del objeto "a". Dicho en otros términos, "preservar el lugar desde donde debe operarse" (Lacan, 1965, clase 1). Esto implica no operar desde una relación de simetría con el paciente. La relación simétrica fortalece la relación yo-yo y con ello el campo del narcisismo. También ha sido definido por Lacan hacia el final de su enseñanza como, "una especie de aspiración no hacia lo real sino por lo real" (Lacan, 1977, Clase 8)

La neutralidad supone que la persona del terapeuta se sustrae del tratamiento en tanto persona, sustrae sus sentimientos y también sus ideales.

"El analista no puede acceder a sus sentimientos sino para ponerlos en su lugar y usarlos adecuadamente en la técnica."(Lacan: 1953: 57)

¹¹ Cfr. La obra de Ferenczi, "Dificultades técnicas del análisis de una histeria" citada por Freud en Nuevos caminos de la terapia analítica.

II - 3.1 Dimensiones de la neutralidad

A partir de un recorrido cronológico por la obra de Freud, hemos identificado¹² las principales obras en los que se aborda la cuestión de la neutralidad. En dichas obras se pueden identificar ciertas dimensiones o aspectos que involucra la neutralidad. Al igual que en el apartado anterior en el que analizamos la abstinencia, hemos preferido no dar una definición sino circunscribir el concepto a partir de sus dimensiones.

II- 3.1.1. Ausencia de ideales del analista

“...El análisis respeta la especificidad del paciente, no procura remodelarlo según sus ideales personales -los del médico-,y se alegra cuando puede ahorrarse consejos y despertar en cambio la iniciativa del analizado” (Freud, 1923: 247)

El analista no debe imponer sus ideales, esta imposición supone ocupar una posición diferente a la del analista, una posición que Freud no duda en equiparar con la divina¹³. La posición del demiurgo supone un desplazamiento del sujeto del análisis del paciente al terapeuta. Dejando al paciente en una posición de pasividad e inercia que el tratamiento, si se realiza correctamente, debería revertir. Por consiguiente, operar en función de los ideales del terapeuta, conlleva operar en el sentido inverso del análisis. Dice Freud: “Nos negamos de manera terminante a hacer del paciente que se pone en nuestras manos en busca de auxilio, un patrimonio personal, a plasmar por él su destino, a imponerle nuestros ideales y, con la arrogancia del creador, a complacernos en nuestra obra luego de haberlo formado a nuestra imagen y semejanza”(Freud, 1919:160)

“La relación transferencial conlleva, además, otras dos ventajas. Si el paciente pone al analista en el lugar de su padre (o de su madre), le otorga también el

¹² Las siguientes obras han sido seleccionadas por la relevancia, el detenimiento y la recurrencia con que allí se trata la cuestión de la neutralidad. Existen otras obras en las que el término neutralidad se menciona pero no se describe y por ello no han sido consideradas para este análisis.

¹³ La cuestión de el lugar de Dios como gran Otro ha sido analizado por los filósofos y por Lacan

poder que su superyó ejerce sobre su yo, puesto que estos progenitores han sido el origen del superyó. Y entonces el nuevo superyó tiene oportunidad para una suerte de poseducación del neurótico, puede corregir desaciertos en que incurrieran los padres en su educación. Es verdad que cabe aquí la advertencia de no abusar del nuevo influjo. Por tentador que pueda resultarle al analista convertirse en maestro, arquetipo e ideal de otros, crear seres humanos a su imagen y semejanza, no tiene permitido olvidar que no es esta su tarea en la relación analítica, e incluso sería infiel a ella si se dejara arrastrar por su inclinación” (Freud, 1940: 176)

En el mismo sentido, la intervención del psicoanalista procura no tomar partido en relación a la moralidad social o en nombre de una supuesta libertad sexual de los pacientes.

“...Y en verdad, sobre el tratamiento analítico cae la sombra de una sospecha: no estaría al servicio de la moralidad general. Lo que le otorga al individuo lo ha restado de la comunidad. Pero[...] Ni por asomo el consejo de gozar de la vida sexualmente cumple un papel en la terapia analítica- aunque más no fuera, por el mero hecho de que proclamamos que en el enfermo se libra un obstinado conflicto entre la moción libidinosa y la represión sexual [...] ese conflicto no se cancela por más que se ayude a una de esas orientaciones para que triunfe sobre su contraria[...] Del celo con que yo me defiendo del reproche de que en la cura analítica se alentaría a los neuróticos a gozar de la vida, no pueden ustedes lícitamente inferir que los influimos en el sentido de la moralidad social. Estamos tan lejos de esto como de aquello...” (Freud, 1905 b: 393-395)

El analista no puede convertirse en defensor de la moral social de la época. La moral no es el parámetro que debe usar para medir su trabajo sino su ética como profesional. La posición freudiana resulta central a la hora de evaluar a psicoanálisis como una práctica que chocará necesariamente con la pretensión de adaptar al sujeto a las demandas sociales. No es una práctica que homogeneiza a los sujetos, ni que los vuelve dóciles a los requerimientos del sistema social. Es fundamentalmente una práctica que singulariza al sujeto, no hay parámetros absolutos ni comunes aplicables a todos los sujetos, por eso le

resulta imposible al psicoanálisis postular pasos a seguir o herramientas a usar en todos los sujetos.

II.-3.1.2. Ausencia de finalidad educativa

La ausencia de ideales del terapeuta junto con la finalidad educativa marcan lo que llamamos neutralidad ideológica. No sólo se trata de no pretender defender ciertos ideales desde la posición de analista sino en no imponérselos a nuestros pacientes. “Otra tentación surge de la actividad pedagógica [...] La ambición pedagógica [en el análisis] es tan inadecuada como lo terapéutica” (Freud, 1912: 118)

Todo proceso educativo supone considerar que existen ciertos valores e ideas dignas de ser transmitidas, supone por tanto, la voluntad de inculcar esas ideas. Este recorte y puesta en relieve de una cosmovisión de la realidad es lo propio de un proceso de transmisión, en el que se da una violencia simbólica. El análisis no persigue un fin educativo como lo señalamos en el punto anterior, justamente en el momento en que un paciente “se pone en nuestras manos”, esto es, entra en transferencia, enviste al analista de un supuesto saber, es en ese punto en que el analista si lo es, renuncia al adoctrinamiento para volver sobre el sujeto con la pregunta sobre su propio ser. La pregunta tiene una estructura que rechaza de plano la consistencia del saber en la persona del terapeuta y vuelve el saber sobre el sujeto.

“...no se debe educar al enfermo para que se asemeje a nosotros, sino para que se libere y consume su propio ser [...] tampoco podemos aceptar su reclamo [J.J.Putnam de EEUU] de poner al psicoanálisis al servicio de una determinada cosmovisión filosófica e imponérsela al paciente con el fin de ennoblecerlo. Me atrevería a decir que sería un acto de violencia, por más que invoque los más nobles propósitos” (Freud, 1923: 247)

Es importante deslindar la imagen del psicoanalista de la de un consejero en asuntos de la vida. La imagen del psicólogo consejero viene reforzada por las representaciones sociales de los pacientes y constituye un ostáculo antes que un

facilitador de la terapia. "...Además, puedo asegurarles que están mal informados si suponen que consejo y guía en los asuntos de la vida sería una parte integrante de la influencia analítica. Al contrario, evitamos dentro de lo posible semejante papel de mentores; lo que más ansiamos es que el enfermo adopte sus decisiones de manera autónoma..." (Freud, 1917: 393)

II - 3.1.3. Necesidad de atención flotante y regla fundamental

Para definir la técnica psicoanalítica Freud usa los siguientes términos: "...esa técnica es muy simple [...] consiste meramente en no querer fijarse (merken) en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma "atención libremente flotante"[...] uno fija (fixieren) un fragmento con particular relieve, elimina en cambio otro, y en esa selección obedece a sus propias expectativas o inclinaciones. Pero eso, justamente, es ilícito..." (Freud, 1912: 111)

La atención flotante y la regla fundamental son condiciones necesarias para la neutralidad del analista. La atención flotante permite la neutralidad en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a priori importancia a determinado fragmento de asociaciones del paciente. La regla fundamental obliga al paciente a asociar libremente y la neutralidad garantiza la no detención de la asociación guiada por prejuicios teóricos o determinado tipo de significaciones.

"El éxito (de la técnica psicoanalítica) corre peligro en los casos que uno de antemano destina al empleo científico y trata según las necesidades de este; por el contrario, se asegura mejor cuando uno procede al azar, se deja sorprender por sus virajes, abordándolos cada vez con ingenuidad y sin premisas." (Freud, 1912: 114) La neutralidad está garantizada por la atención flotante. Aquí queda claramente expresado que neutralidad en sentido freudiano no es equivalente a neutralidad científica. Creer que la posición neutral del analista supone revestir al psicoanálisis de un ropaje científico es ir en contra del espíritu freudiano. Ser neutral es tomar partido por la ética del psicoanálisis. Es justamente por ello, que no se trata de hacer concesiones o dejarse tentar por el anzuelo de lo que parece más consistente para el análisis. La presentación de un sueño parece una

invitación a la interpretación del analista, sin embargo, nos advierte Freud: "...Por tanto, no se hace excepción a la regla de tomar siempre lo primero que al enfermo se le pase por la mente, aún a costa de interrumpir la interpretación de un sueño..." (Freud, 1911: 80)

"La experiencia mostró pronto que la conducta más adecuada para el médico [...] era que él mismo se entregase, con una atención parejamente flotante [...] evitase en lo posible la reflexión y la formación de expectativas conscientes [...] Por cierto este trabajo de interpretación no podía encuadrarse en reglas rigurosas y dejaba un amplio campo al tacto y a la destreza del médico; no obstante cuando se conjugaban neutralidad y ejercitación se obtenían resultados confiables..." (Freud, 1923: 235)

II- 3.1.4. Neutralidad vs. sugestión

La neutralidad es incompatible con la sugestión. Dicho en términos freudianos: "En verdad, entre la técnica sugestiva y la analítica hay la máxima oposición posible: aquella que el gran Leonardo da Vinci, resumió con relación a las artes, en las fórmulas, per via di porre y por via di levare. La pintura, dice Leonardo, trabaja per via di porre; en efecto, en efecto sobre la tela en blanco deposita acumulaciones de colores donde antes no estaban; en cambio, la escultura procede per via di levare, pues quita de la piedra todo lo que recubre las formas de la escultura contenida en ella. De manera en un todo semejante [...] señores la técnica sugestiva busca operar per via di porre; no hace caso del origen, la fuerza y la significación de los síntomas patológicos sino que deposita algo, la sugestión [...] La terapia psicoanalítica, en cambio, no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, y con ese fin se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y la trama psíquica de la idea patógena..." (Freud, 1905 a: 250) Agregar significado, llenar la pregunta del paciente con los significados del terapeuta es la vía de la sugestión. Quitar significación, quitar sentido, abstenerse de comprender rápidamente, es dejar al descubierto el deseo inconsciente y este es el camino que debe seguir el analista. El médico entonces, no debe otorgar

sus ideales, sus creencias, sus significaciones, su cosmovisión del mundo al paciente. Ser neutral es no acceder a la seducción narcisista de convertirse en guía moral del paciente.

Años más tarde, sostiene Freud "...que el médico quede habilitado para indicar nuevas metas a las aspiraciones liberadas. No respondería así sino a una lógica ambición, que se empeñaría en crear algo particularmente excelso con la persona a quien tanto trabajo ha consagrado para librarla de su neurosis, y en prescribir elevadas metas a sus deseos. Pero también en esto el médico debería contenerse y tomar como rasero menos sus propios deseos que la aptitud del analizado...La ambición pedagógica es tan inadecuada como la terapéutica..." (Freud, 1912: 118)

El acortamiento del tiempo en la terapia es un punto determinante para dar cuenta de la sugestión "... en el tratamiento psicoanalítico muchas cosas discurren diversamente de lo que harían esperar las premisas de la psicología de la conciencia [...] con ella uno abandona el terreno psicoanalítico y se aproxima a los tratamientos por sugestión. Así se consigue que el paciente comunique antes y con más facilidad lo que a él mismo le es notorio pero habría retenido aún un tiempo por resistencias convencionales. Sin embargo, esa técnica no ayuda en nada a descubrir lo inconsciente para el enfermo; lo inhabilita aún más para superar resistencias más profundas." (Freud, 1912: 117)

"La abreviación de la cura analítica sigue siendo un deseo justificado [...]Por desgracia, [...] unas alteraciones anímicas profundas sólo se consuman con lentitud; [...] Cuando se expone a los pacientes esta dificultad, el considerable gasto de tiempo que impone el análisis, no es raro que propongan un expediente.[...] El médico que quiera desligar en todo lo posible el éxito terapéutico de las eventuales condiciones sugestivas que pudieran producirlo hará bien en renunciar aún a los vestigios que poseyera de influjo sobre dicho resultado..."(Freud, 1913: 132)

"La terapia hipnótica busca encubrir y tapar algo en la vida anímica; la analítica, sacar a luz y remover algo. La primera trabaja como una cosmética, la segunda como una cirugía. La primera utiliza la sugestión para prohibir los síntomas,

refuerza las represiones, pero deja intactos todos los procesos que han llevado a la formación de síntomas. La terapia analítica hincó más hacia la raíz, llega hasta los conflictos de los que han nacido los síntomas y se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de esos conflictos. La terapia hipnótica deja a los pacientes inactivos e inmodificados, y por eso, igualmente, sin capacidad de resistir cualquier nueva ocasión de enfermar. La cura analítica impone a médico y enfermo un difícil trabajo que es preciso realizar para cancelar unas resistencias internas. Mediante la superación de éstas, la vida anímica del enfermo se modifica duraderamente, se eleva a un estadio más alto del desarrollo y permanece protegida frente a nuevas posibilidades de enfermar. Este trabajo de superación constituye el logro esencial de la cura analítica; el enfermo tiene que consumarlo, y el médico se lo posibilita mediante el auxilio de la sugestión, que opera en el sentido de una educación.[...] El procedimiento psicoanalítico se distingue de todos los métodos sugestivos, persuasivos, etc., por el hecho de que no pretende sofocar mediante la autoridad ningún fenómeno anímico. Procura averiguar la causación del fenómeno y cancelarlo mediante una transformación permanente de sus condiciones generadoras...” (Freud, 1905: 246)

La exigencia del acortamiento de la terapia se presenta imperativamente en los autores de las terapias no analíticas. Esto lo vislumbra Freud cuando culpa a Rank de querer apurar la terapia para que vaya al ritmo de la vida norteamericana. Esto se observa cuando la variable económica se introduce en la terapia como factor de ajuste ajeno a las necesidades impuestas por el tratamiento. Entran en pugna el tiempo que demandan las leyes del mercado (reducción de costos – maximización de beneficios) y el tiempo que el sujeto necesita para hacer su recorrido personal por su vida afectiva. Este recorrido es largo y insume energía, esfuerzo y sufrimiento personal. De ahí que Freud sostenga: “La terapia psicoanalítica es larga. La abreviación del tratamiento es un menosprecio a la neurosis. [...] Rank busca acompasar el tiempo de la terapia a la prisa de la vida norteamericana. No hemos oído mucho acerca de lo que ha conseguido la innovación de Rank en casos de enfermedad. Probablemente, no más que si una brigada de bomberos, llamada para acudir a una casa en llamas a

consecuencia de la caída de una lámpara de aceite, se conformase con retirar la lámpara de la habitación en la que se inició el fuego.” (FREUD, 1937, 3339)

III- ABSTINENCIA Y NEUTRALIDAD EN LACAN

III – 1. Abstinencia

La palabra abstinencia aparece cinco veces en los Seminarios de Lacan. En el Seminario 4, clase 24, Seminario 5 clase 25; Seminario 6, clase 17; Seminario 8, clase 11 y Seminario 13 clase 11.

En el Seminario 4, clase 24 Lacan usa el término abstinencia para referirse a la abstinencia sexual de Leonardo Da Vinci, no a la abstinencia en sentido analítico.

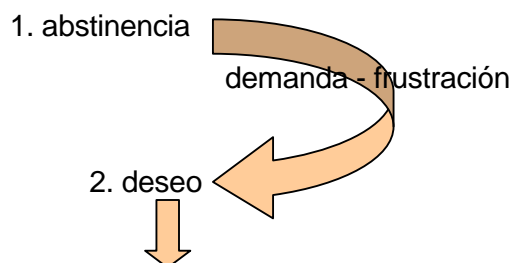
En el Seminario 5, clase 25. Se refiere a la abstinencia en términos analíticos, sobre la base de la transferencia. En la transferencia distingue la sugestión, de la articulación significativa en la que se vehiculiza la demanda. Para acceder a ésta última es precisa la abstinencia. La abstinencia es un operador que permite distinguir demanda de deseo y operar en la vía del deseo.

En el Seminario 6, clase 17 nuevamente aparece la abstinencia como vía de acceso al deseo. Como la que abre la pregunta del ¿che vuoi? En este sentido la abstinencia sostiene la falta de significación.

En el Seminario 8, clase 11. El término abstinencia es utilizado para referirse a las prácticas órficas que incluían la abstinencia de carne., no en sentido analítico.

Finalmente, en el Seminario 13, clase 11 Lacan utiliza, por primera vez, la expresión abstinencia del analista. Relaciona la abstinencia del analista con no acceder a la demanda para que emerja el deseo y la articula a la castración, en la medida que hay frustración.

El itinerario sería:



3. castración

Aunque las referencias a la abstinencia no son numerosas, ya que de las cinco veces, sólo tres corresponden a la abstinencia en la práctica clínica. Estas tres referencias señalan el mismo aspecto. Si retomamos las dimensiones freudianas de la abstinencia, a saber, la opacidad del psicoanalista, el rodeo por la palabra, la fuerza de la privación y la diferencia entre ética y moral. Podemos observar que estas tres referencias apuntan a la tercera de estas dimensiones. Sin embargo, aunque Lacan no use el término abstinencia frecuentemente podemos observar que las referencias a las otras dimensiones de la abstinencia se hallan presentes en sus obras.

En relación con la **opacidad del analista**, Lacan señala la metáfora del espejo que usa Freud y refuerza esta imagen con la figura del analista como el muerto. “... pero que nadie se engañe con la metáfora del espejo en virtud de que conviene a la superficie lisa que presenta al paciente el analista. Rostro cerrado y labios cosidos, no tienen aquí la misma finalidad que en el bridge. Más bien con esto el analista se adjudica la ayuda de lo que en ese juego se llama el muerto, pero es para hacer surgir el cuarto que va a ser aquí la pareja del analizado [...] Pero lo que es seguro es que los sentimientos del analista sólo tienen un lugar en este juego, el del muerto.” (Lacan, 1958: 569)

En relación con **evitar la relación dual de dos cuerpos**, es decir una relación simétrica analista- paciente, Lacan desarrolla con detalle en sus *Escritos técnicos* la oposición a este tipo de terapia que habían desarrollado los postfreudianos. Es preciso evitar la actitud íntima con el paciente, decía Freud. La relación médico paciente no es simétrica. (yo a yo)

“Sin que intervenga un tercer elemento, no existen “two bodies psychology”. Si se toma la palabra tal como se debe, como perspectiva central, la experiencia analítica debe formularse en una relación de tres y, no de dos.”(Lacan, 1953: 25)

Lacan señala como antecedente de esta errónea lectura de Freud a su hija. “Ana Freud empezó por interpretar la relación analítica según el prototipo de la relación dual, que es la relación del sujeto con la madre. No podía progresar por ese

camino. Debería haber establecido la distinción entre la interpretación dual, en la cual el analista entra en una rivalidad yo a yo con el paciente y la interpretación que progresa en el sentido de la estructuración simbólica del sujeto, la cual ha de situarse más allá de la estructura actual de su yo“ (Lacan, 1953:107-108)

Lacan se opone a la estructura dual y postula, ya en el primero de sus Seminarios, la palabra como terceridad “No se puede explicar la transferencia por una relación dual imaginaria; el motor de su progreso es la palabra.”(Lacan, 1953: 379)

En relación con la última de las dimensiones, la diferencia entre moral y ética, Es el *Seminario 7*, aquel en que Lacan desarrolla con lujo de detalles la diferencia entre la moral y la ética. La ética del psicoanálisis es la ética del deseo y se ubica en su cúspide “la cuestión del deseo del analista” (Lacan, 1958: 595) La moral en tanto conjunto de prescripciones y demandas sociales nada tienen que ver con la ética del psicoanálisis. Este punto, lo trataremos en detalle a continuación ya que nos resulta central a la hora de precisar a qué llamamos ética en la práctica clínica.

II- 1. 2- Ética y moral en Lacan

1) Comenzaremos analizando el Seminario VII. En él se presenta el estatuto de la ética para el psicoanálisis. La ética del psicoanálisis no puede ser consignada como una ética de los bienes. La ética de los bienes es representativa de una gran parte de la historia de la filosofía. Es la ética que parte de las ideas de Sócrates y se sistematiza en Aristóteles. Desde esta perspectiva el bien se identifica con la felicidad. El fin último al que aspira todo ser humano es la felicidad. Entendida por Aristóteles como la contemplación. Las éticas eudemonistas son un denominador común que sostiene hasta nuestros días la ilusión de encontrar la medida de la felicidad para todos. Los estoicos, los epicureístas, los cínicos, los cristianos, los utilitaristas, en inclusive los pragmáticos no dudan en garantizar un camino cuya meta final sea las diferentes formas de ser feliz. En *Antígona*, uno de los defensores de la ética de los bienes

es Creonte. La ley de Creonte podríamos decir, procede de un error de juicio (amartía). Creonte quiere hacer el bien, el bien concebido como la naturaleza del bien moral. La interdicción de Creonte concerniente a la sepultura rechazada para Polínice, indigno, traidor y enemigo de la patria es una muestra de que él se ha guiado por los ideales de su época. Interdicción fundada en el hecho de que no se puede honrar igualmente a aquellas personas que han defendido a la patria que a quienes la han atacado. Esta máxima, dice Lacan introduciendo con este sustantivo la ética Kantiana, “puede ser dada como regla de razón teniendo valor universal” (Lacan, 1959, clase 20) Pero la tragedia nos muestra que el bien no puede reinar sobre todo sin que aparezca el exceso cuyas consecuencias son fatales. El exceso de goce por la vía del bien encuentra su contracara en el acto de Antígona. Lacan sostiene que el acto de Antígona introduce un corte significativo.

La ética de los bienes desde la que opera Creonte, postula una ley toda, una máxima universal. La ética del psicoanálisis es una ética del deseo que descompleta el todo, que introduce la falta.

2) En el *Seminario VI* Lacan sostiene que en la experiencia analítica el deseo es su interpretación. Retomando los desarrollos del *Seminario VII* podemos sostener que la lógica del deseo, la lógica del acto de *Antígona* introduce un corte, una falta. En la experiencia analítica la lógica que guía la interpretación es la lógica del deseo. De ahí que puedan homolarse deseo e interpretación. Ya que la interpretación opera en tanto corte que produce un vacío para el advenimiento del deseo de ese otro que es el paciente.

3) En el *Seminario XII* Lacan caracteriza éticamente la posición del analista, en tanto que le confía una conversión ética radical, que supone la introducción del sujeto en el orden del deseo. Por consiguiente, la interpretación consiste en una operatoria ética que reordena al sujeto en las coordenadas de su deseo. Operatoria ética que sólo se puede producir cuando hay un recorrido que sustente el deseo del analista.

4) Para ubicar la cuestión del deseo del analista, Lacan recurre en el *Seminario XI* a la figura de Sócrates, en tanto que, tanto en él como en Freud, se trata del

deseo como objeto. El elemento común en ambos pensadores, consiste en que lo deseable es ser deseado y, por lo tanto, el deseo no se agota en las categorías del ser o del tener sino que implica una relación diferente con la falta o el agujero en el Otro, con aquello que hace del Otro un deseante.

5) El deseo del analista se define en el *Seminario VIII* como “el lugar que debe ofrecer vacante al deseo del paciente para que se realice como deseo del Otro”. (Lacan, 1991: 128). El lugar del deseo del analista es condición para que se despliegue ese Otro primordial que estructuró el deseo del paciente, en tanto y en cuanto el objeto de su deseo es ese deseo del Otro.

6) Tanto Sócrates como Freud operan con un método que supone como principio el engaño. El engaño Socrático vehiculizado en su ironía, es un momento necesario en su método mayeúutico, para la emergencia de la verdad. El engaño del análisis, apoyado en el amor de transferencia, tiene como producto la verdad. Sin embargo, la verdad socrática esta apoyada en el ideal de lo universal. Está teñida por la sustancialidad y necesidad del Ser parmenídeo. Es la verdad concebida desde la lógica del universal, desde la ética del bien. La verdad producida en un análisis está atravesada por la falta bajo la forma de la contingencia. La verdad, es la adquisición conquistada al término de la tarea psicoanalizante por el sujeto dividido.

7) En el *Seminario XVIII* se formaliza la estructura lógica de la falta. Bajo la forma de la lógica de la excepción.

Lacan formula la imposibilidad de la relación sexual.

Para ello recurre a *La carta robada*. En este magnífico cuento de Poe se describe un circuito, una combinatoria, en la que la reina permanece inmóvil. La carta se separa de ella y va ocupando cierto número de lugares, circula entre el deseo de los hombres: el rey, el prefecto de policía, y Dupin. Y actúa de modo tal -dice Lacan- que quien la posee se feminiza. La reina inmóvil permite la circulación fálica. Este resto que emerge en todo sistema significante es el que habilita la no relación sexual. Lacan correlaciona este resto con la posición femenina, este resto es causa de deseo. En este sentido la posición del analista opera como la reina haciendo circular el deseo.

La lógica toda se encuentra presente aquí en la operatoria policial. La policía toma el espacio como un espacio euclidiano, lo cuadricula y lo escruta. Buscar desde la lógica del todo la falta, es estéril. La policía no encuentra la carta.

8) El problema del deseo del analista es inseparable de dos cuestiones, el lugar de la causa y el lugar de la verdad como contingente. El proceso de un análisis permite descubrir una contingencia de ese sujeto: qué fue él específicamente para el deseo del Otro. Esa contingencia implica que es una verdad que puede caer, una verdad con la que se puede bromear.

La pérdida es un instrumento, algo con lo que se hace algo. ¿Cuál es la función del analista? Su función como lo planteábamos más arriba es ser un instrumento causa del deseo y no del goce. Si se desvía la función analítica de su relación con el deseo hacia el goce, se ha instalado una “perversión” en la transferencia, un uso perverso de la posición del analista. Operar en términos de goce es operar en términos de recuperación; operar en término de deseo es operar en términos de pérdida. “El lugar del analista es un lugar drenado y vaciado de goce.” (Rabinovich, 1999, 136). Operar con la pérdida es operar con la causa. Un causa que se verifica por el efecto. La interpretación funciona a posteriori, pues nos remontamos del efecto a la causa.

Encontramos que cuando el analista se ubica en el lugar del objeto (a) sostiene la posibilidad de mantener el conjunto abierto, de operar con la pérdida. Esta posición funda la posibilidad de una ética de la falta, de una ética del psicoanálisis.

III - 2- Neutralidad

La neutralidad en la historia del psicoanálisis postfreudiano adquirió el estatuto de antídoto a la contratransferencia. La neutralidad se volvió uno de los elementos centrales del encuadre necesario para la aplicación de la “técnica” psicoanalítica. Freud inventó principios generales del psicoanálisis pero no recetas fijas. Los estándares fueron obra de sus seguidores, que buscaban dar al psicoanálisis el estatuto objetivante propio de las ciencias naturales. El término neutralidad fue

introducido por Strachey en su traducción de indiferenz por neutrality. La neutralidad marca una relación asimétrica en el análisis, de difícil solución para el análisis de “a dos”, “two bodies” practicado por los postfreudianos. En tanto el lugar del analista y el del analizado se van diluyendo en el análisis, se vuelve más necesario apelar a mecanismos de control. De allí, la preocupación por la contra transferencia y el desarrollo de una neutralidad objetivante que da la ilusión de asepsia a un análisis contaminado de comprensiones mutuas.

La noción de neutralidad parecía investir al psicoanálisis de un ropaje científico, entendiendo neutralidad como frialdad, posición objetivante, desapego. En este sentido era utilizada la referencia de Freud al cirujano.

La cuestión de la contratransferencia es analizada por Paula Heimann (1950) cuando plantea que los jóvenes analistas que se inician en el psicoanálisis adoptan una posición de neutralidad benevolente, entendiéndose por ella la supresión de toda respuesta emocional, para no tener que lidiar con los sentimientos contratransferenciales que experimenta el analista en la situación analítica.

La propuesta de Heimann va en contra de la propensión de los principiantes. Se trata, no de comunicar los sentimientos al paciente, sino de emplear “las emociones del analista como fuente de insight de los conflictos y las defensas inconscientes del paciente” (Heimann, 1950). Para sostener esta posición se basa en la afirmación freudiana de que es necesario “volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente (el del analista) como órgano receptor” (Freud, 1914 a). Heimann propone que el inconsciente del analista comprenda al inconsciente del analizado¹⁴.

Lacan criticó sistemáticamente ambos extremos. No se trata de un análisis emotivo, de la mutua comprensión, ni de un análisis de la neutralidad benevolente. En este sentido, Lacan se alejó de los postfreudianos y con su separación sentó las bases de lo que llama el retorno a Freud. La neutralidad no puede ser entendida como objetividad desafectivizada. La ubicación del analista en el lugar de un dios de indiferente benevolencia que opera como “un cerebro

¹⁴ Esto fue señalado anteriormente como el segundo nivel en la práctica clínica.

mecánico” implicaría situarlo en el lugar de Otro completo y nada más alejado de la clínica lacaniana. La ubicación del analista en el lugar del ser humano, que se empapa en los sentimientos que el otro le suscita, opera como un yo que obtura toda emergencia del inconsciente del paciente y por consiguiente, impide toda clínica que se llame psicoanalítica. Lacan señala: “Nunca dijimos que el analista jamás debe experimentar sentimientos frente a su paciente. Pero, debe saber, no solo no acceder a ellos, ponerlos en su lugar, sino usarlos adecuadamente en su técnica.” (Lacan, 1953: Pág. 57)

“La neutralidad como desapego, como inacción, como forma de no tomar partido, como observador científico, no está en las reglas que rigen nuestra práctica” (Goldemberg, 2004: 2)

Este ideal de analista neutral, en tanto ideal, oculta el deseo e instituye una práctica que aglutina a los analistas en comunidades regidas por el significante “encuadre analítico”.

El despliegue de normas regulativas se multiplica en preceptos que rigen hasta los más mínimos detalles de la práctica. Tiempo fijo, frecuencia constante, vestimenta del analista son algunas de las áreas normativizadas por los postfreudianos. La práctica comandada por reglas fijas se convierte en ortopraxia¹⁵.

La neutralidad era entendida como inacción. Ante esta posición Lacan postula la neutralidad soportada en el acto analítico.

III. 2.1.-Lo propio de la neutralidad lacaniana

De lo planteado anteriormente se desprende que hay diferencias entre la neutralidad posfreudiana y lacaniana. ¿Qué es lo propio de la neutralidad lacaniana?

Jacques Alain Miller, en su conferencia, “Genio del psicoanálisis” plantea como una de las posibles acepciones del término genialidad en el psicoanálisis, como

¹⁵ Término acuñado por Miller en *El desencanto del psicoanálisis*.

su carácter propio. “Lo propio” del dispositivo analítico es definido por este autor en base a cuatro puntos:

1. asociación libre
2. interpretación
3. transferencia
4. neutralidad.

Desde 1958 en “La dirección de la cura y los principios de su poder” Lacan ubica el deseo del analista en el corazón de la clínica lacaniana. Es éste el que le permite al analista salirse de los estándares para sostenerse en principios. Este es el elemento que lleva a la ruptura y máxima oposición a los postfreudianos de los lacanianos. El deseo del analista mantiene la oposición entre demanda y deseo. Una clínica comandada por el deseo del analista es antagónica de una clínica apoyada en el ideal de la neutralidad. Sin embargo, la neutralidad no sólo puede ser entendida desde el ideal sino también desde el deseo del analista. De ahí que podamos retomar la cuestión de la neutralidad en la obra de Lacan con un sentido renovado.

Según Mario Goldemberg (2004: 2), hay en Lacan diversos modos de la neutralidad:

La abstinencia de ocupar el lugar del semblante para dar lugar al Otro.

La neutralidad de no participar de las pasiones en respuesta a las teorías de la contra transferencia, sumiendo la posición de objeto a no objetivante.

La subversión de sentido como aspiración por lo real.

1. En la primera parte de la enseñanza de Lacan encontramos un esfuerzo permanente por distanciarse de los postfreudianos, que propugnaban el análisis desde el eje imaginario (a-a'), para introducir en el análisis la terceridad que supone lo simbólico (Otro=A). En este período encontramos presentes las dimensiones de la neutralidad pesquisadas en Freud¹⁶: Ausencia de ideales del analista, Ausencia de finalidad educativa, Necesidad de atención flotante y regla fundamental, Ausencia de sugestión.

¹⁶ Cfr. Ormart, E. (2004) La neutralidad en la obra de Freud. XI Jornadas de investigación en Psicología. UBA.

En *Psicoanálisis y su enseñanza* (1957: 421) dice Lacan “es ese Otro más allá del Otro al que el analista deja lugar por medio de la neutralidad”. El eje imaginario se suplementa con la dimensión de lo simbólico¹⁷ impidiendo la encerrona especular. Zlotnik (2004: 25) dice que Lacan propone la neutralidad como “recurso para neutralizar los efectos imaginarios que se pueden producir en un análisis [...] el analista tiene que correrse del eje imaginario a-a'y ocupar el lugar del A”.

Adriana Rubistein (2004: 13) le da una vuelta más al asunto. Identifica un doble movimiento en la labor analítica “hay un movimiento que va del analista como Otro (para sacarlo de la relación dual) al analista como Otro con una barra y que este movimiento lo lleva a recomendar en algunos casos ‘la vacilación calculada de la neutralidad’¹⁸ y a sus conceptualizaciones sobre el deseo del analista.” El despliegue del lugar del Otro, supera el laberinto de espejos de la relación dual, al tiempo que instituye un sujeto supuesto saber, que en este segundo movimiento debe ser barrado para constituirse en objeto residual de la relación analítica. Ambos movimientos son necesarios para lograr un verdadero retorno a Freud, esto es, supresión de la operatoria analítica basada en ideales y la superación del vínculo sugestivo. Sólo así podemos decir que “el analista se diferencia tanto de sus deseos como sujeto, como de sus sentimientos como persona, como de sus prejuicios y su yo”. (Rubistein, 2004: 14).

Según Zack (2004: 20) es el deseo del analista en tanto deseo de pura diferencia (diferencia entre un significante y otro y entre el ideal y el objeto a) lo que permite que el análisis no se confunda con la hipnosis ni con la sugestión.

2. En el *Seminario 17 El reverso del psicoanálisis* dice: “el único sentido que podemos dar a la neutralidad analítica es no participar de las pasiones.”(Amor-odio - ignorancia). Allí Lacan se interroga acerca de si posición del analista debe ser aquella pasión feroz de Yavhé, justamente lo que distingue a la posición del analista es que no participa de esas pasiones. La pasión, sostiene Eric Laurent (2002) en *Los objetos de la pasión*, es una articulación entre el inconsciente y lo real del goce, de allí que esta no puede ser la posición del analista. En el

¹⁷ Como se puede observar en el esquema lamda.

¹⁸ Cfr. Lacan, J. Subversión del sujeto y dialéctica del deseo

Seminario 8 La Transferencia Lacan ubica al deseo del analista como “deseo más fuerte” y lo ubica como sostén contra las pasiones contratransferenciales que un paciente puede despertar. Si hay deseo “más fuerte” no hay pasiones contratransferenciales que nos hagan perder el corazón del análisis.

3. En el *Seminario 24 Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra*, Lacan plantea: “qué es la neutralidad del analista sino una subversión de sentido, a saber esta especie de aspiración, no hacia lo real sino por lo real”. Esta frase nos muestra el abordaje de la cuestión de la neutralidad no por el lado de las pasiones del ser o del objeto a sino por el lado del nudo borromeo.

Lacan tiene la sombrosa capacidad de volver desde el final de su obra a sus comienzos retomando y resignificando sus propias afirmaciones. En *Intervenciones sobre la transferencia*, Lacan equipara la neutralidad a la posición dialéctica, la inversión dialéctica es una subversión de sentido que opera colocando sobre el tapete, no la realidad sino la verdad de Dora. Lacan reflexiona: “Si Freud se hubiera dejado guiar por la impresión que se formó del padre no se habría modificado en nada la posición subjetiva de Dora, y habría repetido en el tratamiento la posición de víctima que un observador distraído habría pesquisado en la realidad. En cambio, la posición neutral de Freud permitió una primera inversión dialéctica que produjo un nuevo desarrollo de verdad: Dora era cómplice de la relación y hasta velaba por ella. [...] Así la neutralidad analítica toma su sentido auténtico de la posición de puro dialéctico.” (1951:215)

No se trata entonces de llegar a lo real, como aspiración teleológica del analista, pues esto estaría del lado de los ideales. Sino de ser movido por lo real como causa. La neutralidad analítica queda del lado del deseo y no de los ideales. En esta última definición de la neutralidad quedan enlazadas las dos anteriores. Como describiendo un tirabuzón ascendente la primer definición nos lleva a la segunda y estas dos primeras a la tercera.

IV- Los códigos de ética

IV:- Definición de código de ética

Un código de conducta o código ético hace referencia siempre al “buen” o “correcto” funcionamiento de una práctica profesional determinada. (García Marzá, 1999: 23)

Según el Diccionario de Filosofía de Ferrater Mora: la deontología (deón: deber) es el tratado o ciencia de los deberes. Particularmente en una actividad o campo determinado. Lo obligatorio, lo justo, lo adecuado. Cualquier profesión, como cualquier actividad que desarrolla el hombre, plantea problemas éticos susceptibles de distintas soluciones sistemáticas que, generalizadas como normas, constituyen una deontología específica.

Podemos diferenciar tres formas de códigos de conducta según su extensión:

- Códigos éticos profesionales: que definen los comportamientos y actividades de una determinada actividad profesional, esto es determinan el marco deontológico de actuación. Son propios de los colegios profesionales, pero pueden abarcar también a los directivos de empresas u organizaciones en general.
- Códigos éticos sectoriales: son códigos específicos de un sector empresarial dirigidos a definir y potenciar las prácticas correctas.
- Códigos éticos empresariales: definen el proyecto común que define la empresa por eso reciben también el nombre de proyectos de empresa. (García Marzá, 1999: 24)

Los códigos deontológicos plantean el “deber ser” profesional que se funda en ciertos principios consensuados por la comunidad psicológica.

IV - 1. Elementos presentes en los Códigos deontológicos de psicólogos de la República Argentina

Para la lectura de los códigos se tuvo presente la pregunta sobre ¿Cuáles son los elementos comunes presentes en los códigos de ética de los colegios de psicólogos? Dicha pregunta tiene como finalidad establecer concomitancias acerca de las cuestiones que se han tenido presentes para elaborar los códigos de ética de los psicólogos. Estos comunes denominadores sirven para evaluar qué elementos están presentes, cuáles están ausentes y a partir de esta evaluación precisar qué elementos deberían estar considerados en un código de alcance nacional al que adhieran los psicólogos de todas las asociaciones y colegios psicológicos.

Los elementos comunes¹⁹ son los siguientes:

1- Preámbulo: es un conjunto de enunciados acerca de los propósitos que persiguen los códigos y los compromisos que supone la aceptación de los mismos. Asimismo, se presenta en algunos casos (por ejemplo, Jujuy) una serie de afirmaciones acerca del ser humano, que en otros códigos se encuentran en el apartado destinado a los principios.

2.- Objetivos: se enuncian los objetivos perseguidos en la realización de los códigos.

3.- Principios generales: se presentan los principios que deben regir la conducta de los psicólogos en ejercicio. Tales como:

A. Competencia B. Integridad C. Responsabilidad profesional y científica D. Respeto por los derechos y la dignidad de las personas. (Psicólogos de Buenos Aires)

A. - Respeto por los derechos y la dignidad de las personas B. Competencia C. Compromiso profesional y científico D. Integridad E. Responsabilidad social. (FEPPRA y Colegio de Psicólogos de Chubut)

4.- Aplicación y Alcances: remite a los alcances que tienen cada uno de los códigos de ética, remite a los profesionales que se encuentran obligados en su cumplimiento.

¹⁹ Los llamamos elementos comunes porque encontramos recurrencia en los códigos de estos elementos pero esto no significa que estén presentes todos los elementos en todos los códigos. Se puede ver un cuadro de Excel en el Anexo 1 en el que figuran los códigos consultados.

- 5.-Confidencialidad
 - 5.1.- Deber de confidencialidad
 - 5.2.- Declaraciones públicas
 - 5.3.- Excepciones al secreto profesional.
 - 5.3.1.- Riesgo para el paciente
 - 5.3.2.- Riesgo para terceros
 - 5.3.3.- Riesgo para la humanidad
 - 5.3.4.- Menores en riesgo
 - 5.3.5. Otros casos.
- 6.- Supervisión, consultas
 - 6.1.- Deber de supervisar
 - 6.2.- Límites de la competencia
 - 6.3.- Conflicto de intereses (Problemas personales)
 - 6.4.- Límites de la responsabilidad
- 7.- Funcionamiento del tribunal de ética
- 8.- Consentimiento informado
- 9.- Límites de la relación
 - 9.-1 Diversas formas de explotación
 - 9.-2 Involucramiento Sexual (Acoso sexual)
 - 9.3.- Relaciones múltiples
- 10.-Áreas de ejercicio profesional reguladas por el código:
 - 10.- 1) Educacional
 - 10.- 2) Institucional
 - 10.- 3) Forense
 - 10.- 4) Laboral
 - 10.- 5) Clínica
- 11.- Deberes del profesional:
 - 11.- 1) Con su profesión
 - 11.- 2) Con el paciente
 - 11.- 3) Con los colegas
 - 11.- 4) Con otros profesionales de la salud

11.- 5) Deberes con la Institución, Colegio.

11.-6) Deberes con la comunidad.

15.- Roles

15.- 1) Como docente

15.- 2) Como investigador

16.- Honorarios y acuerdos financieros

Podríamos decir entonces, que los códigos consultados se articulan del siguiente modo:

- ❖ Concreción de normas jurídicas generales (como no colaborar con las torturas, o respeto de la dignidad humana por ejemplo) Normas compartidas por otras profesiones.
- ❖ Especificación de normas jurídicas propias del ejercicio profesional del psicólogo (como confidencialidad) y
- ❖ Formulación de los deberes presentes en las áreas del ejercicio profesional (deberes con el paciente en el área clínica.)

En la presente tesis nos centraremos en el punto 9: Límites de la relación y en el punto 11.-2) que hace referencia a los deberes del psicólogo con sus pacientes. Estos apartados en los códigos remiten a algunas de las cuestiones que Freud y Lacan han desarrollado con mayor profundidad en sus escritos acerca de la abstinencia y la neutralidad. Sin embargo, el abordaje freudiano y lacaniano de esta problemática supera en complejidad al análisis de los códigos. De ahí que se vuelva necesario, la diferenciación, por un lado, de la dimensión ética de la clínica, aludiendo a las conceptualizaciones freudiano-lacanianas que buscan describir al acto analítico y, por otro, la dimensión deontológica, en referencia al tratamiento acordado desde los códigos deontológicos.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En el presente apartado vamos a explicitar nuestros objetivos e hipótesis y en el próximo capítulo daremos cuenta de los materiales con los que contamos y la forma en que accederemos a alcanzar los objetivos planteados.

Cuando nos referimos a representaciones o nociones deontológicas, apuntamos a deontos (deber), es decir, aquellas ideas o representaciones que los profesionales poseen acerca de "el deber ser" en su actividad profesional. Dentro de estas representaciones existen algunas que tienen escasa consistencia. Son meras opiniones contingentes, próximas en este sentido a concepciones de la moralidad (nivel descriptivo que no constituye una reflexión ética) Estas opiniones son llamadas intuiciones morales. Mientras que en otros casos las posiciones adoptadas por los profesionales pueden constituir verdaderos posicionamientos críticos acerca de las exigencias de su profesión, y en este sentido se aproximan a una posición ética (nivel reflexivo).

Las situaciones dilemáticas presentan al profesional un conflicto que conlleva un desequilibrio cognitivo y afectivo. Esto lo impulsa a buscar la reequilibración, esto es, una respuesta que solucione la situación de manera satisfactoria. Para arribar a una solución el entrevistado deberá desplegar una serie de argumentaciones y la confrontación de posiciones encontradas, en busca de una resolución satisfactoria.

Los psicoterapeutas traen de sus experiencias de vida nociones morales arraigadas, muchas veces aceptadas sin ser cuestionadas, las situaciones dilemáticas se constituyen en ocasión de reflexión y análisis y el hecho de que cada situación se presente acompañada de la pregunta ¿qué debería hacer el terapeuta ante esto? Impulsa la reflexión acerca del "deber ser" y no solamente sobre cómo acontecen los hechos ("ser") en la realidad.

Muchas veces las nociones morales individuales entran en conflicto con las prescripciones éticas y deontológicas que están presentes en los códigos de ética. Dicha contradicción puede hacerse explícita en las respuestas que dan los profesionales a las entrevistas, pero si los psicoterapeutas consultados

desconocen el estado del arte en materia de deontología profesional, no manifestarán conflicto alguno en sus respuestas.

Objetivo general

Describir las relaciones existentes entre las argumentaciones que los psicoterapeutas despliegan en el análisis de situaciones dilemáticas referidas a la abstinencia y la neutralidad en la práctica profesional, la normativa emanada de los Códigos de Ética de los Colegios de Psicólogos de la Argentina y los fundamentos teóricos del psicoanálisis.

Objetivos específicos

Identificar el tratamiento que reciben la abstinencia y la neutralidad en los Códigos de Ética de la República Argentina.

Indagar las argumentaciones que los psicoterapeutas hacen explícitas en el análisis de situaciones dilemáticas presentadas en una entrevista individual referidas a la abstinencia y la neutralidad.

Identificar en las justificaciones que los psicoterapeutas realizan acerca de sus intervenciones en las situaciones dilemáticas referidas a la abstinencia y la neutralidad el predominio de uno o varios marcos teóricos.

Indagar si las prescripciones que los Códigos de Ética presentan para los casos en los que está involucrada la abstinencia y la neutralidad se manifiestan en los análisis realizados por los psicoterapeutas de las situaciones dilemáticas.

Hipótesis

En función de que la investigación que permitió llevar adelante la presente tesis, es una investigación de tipo descriptivo, no explicativo, es que la presente afirmación tiene el carácter de conjetura o hipótesis en sentido amplio.

La mayoría de los psicoterapeutas ante las situaciones dilemáticas responden mayormente desde intuiciones morales²⁰ personales desconociendo el estado del arte en materia de abstinencia y neutralidad.

Llamamos estado del arte al conjunto de conocimientos disponibles en un determinado momento histórico, acerca de un área determinada de saber. En nuestro caso, el estado del arte responde a dos cuestiones. Por un lado, un primer nivel de análisis remite a las prescripciones emanadas de los Códigos de Ética en lo referente a abstinencia y neutralidad. Lo que llamamos cuestiones deontológicas de la profesión. Anteriormente, señalamos que las cuestiones relativas a la abstinencia y la neutralidad tienen un tratamiento localizado en los códigos. Creemos que los terapeutas desconocen este tratamiento y esto lo verificaremos en la ausencia de referencias específicas a las prescripciones que plantean los códigos en materia de abstinencia y neutralidad.

Por otro lado, en un nivel de complejidad mayor, las conceptualizaciones teóricas del psicoanálisis. Lo que llamamos la ética del psicoanálisis. Esta diferenciación se halla esbozada en el marco teórico. En el marco teórico identificamos dimensiones de la abstinencia y de la neutralidad presentes en Freud y en Lacan. Asimismo dentro de las conceptualizaciones teóricas ubicamos el tratamiento que hacen los artículos de la Revista de Psicoanálisis publicada por la Asociación Psicoanalítica Argentina. Consideramos que los terapeutas en sus argumentaciones no harán referencia explícita a estas dimensiones.

Nuestra hipótesis supone que los psicoterapeutas desconocen ambos niveles de análisis. No nos ocuparemos de las acciones que ellos proponen llevar a cabo en cada caso sino de las justificaciones que elaboran para sostener una determinada posición. Nos interesa analizar desde que elementos teóricos o normativos se sostienen sus argumentaciones. Suponemos que nos encontraremos con

20 La intuición moral responde a un nivel prerreflexivo propio de la vida cotidiana. Maliandi (1991) ubica aquí el nivel prerreflexivo de la ética.

opiniones personales e intuitivas en la mayoría de los casos acerca de que se “debería hacer”. Estas opiniones o intuiciones morales junto con las argumentaciones que realizan los terapeutas para fundamentar sus opiniones constituyen sus representaciones.

En toda argumentación frente a una situación dilemática podemos diferenciar tres momentos²¹:

- a) Deliberación
- b) Decisión
- c) Justificación

En el primer momento, ubicamos las reflexiones previas a la toma de decisión en las que se ponderan los cursos de acción posibles y las posibles consecuencias de las acciones a emprender.

En el segundo momento, se presenta la decisión que se tomará.

Finalmente, se argumenta porqué se ha tomado esa decisión a partir de reflexiones teóricas o remitiendo a la propia práctica. En este tercer momento es donde se puede vislumbrar el marco teórico desde el que el terapeuta justifica la decisión tomada.

²¹ Estos momentos responden a una diferenciación que se halla presente en mi tesis de maestría. Ver grilla de análisis detallada en el Anexo 2.

Breve descripción de las actividades

1 - En primer lugar se llevó adelante un rastreo bibliográfico del tratamiento que reciben los términos abstinencia y neutralidad y sus vinculaciones mutuas. Comencé por los autores que tienen una fundamental importancia en el tratamiento del tema Sigmund Freud y Jacques Lacan. A partir de este análisis se han operacionalizado los conceptos abstinencia y neutralidad en diferentes aspectos o dimensiones presentes en cada uno, dando lugar a un constructo teórico complejo. Se profundizó en el concepto de sujeto y su diferencia con la noción de individuo desde el psicoanálisis.

2- Entrada en terreno: Se analizaron las respuestas de los psicoterapeutas a las situaciones dilemáticas que involucran cuestiones de abstinencia y neutralidad.

3- Se buscó realizar un acopio de los Códigos de Ética de la Asociaciones, Colegios y Federaciones de Psicólogos de todo el territorio de la República Argentina.

4- Se realizó un rastreo de las publicaciones de la Revista de Psicoanálisis desde 1943 hasta el 2003. Se identificaron los artículos referidos a la abstinencia y la neutralidad.

5- A partir de los resultados de las etapas anteriores se compararon las respuestas dadas por los profesionales con las reflexiones teóricas del psicoanálisis y las prescripciones emanadas de los códigos de los colegios de psicólogos de vigencia en la República Argentina y en EEUU²².

2-1-2-La descripción de la población estudiada

²² Se tomará el código norteamericano porque es el que aborda más cuestiones relacionadas a la abstinencia y la neutralidad y porque es un código que ha servido como antecedente de numerosos códigos posteriores. Si bien al comienzo de la investigación no estaba previsto el trabajo con el código de psicólogos americanos, a partir de las respuestas de los terapeutas se fue haciendo necesaria su inclusión. Como veremos más adelante, los códigos de nuestro país no contemplan en detalle el caso de la involucración sexual del terapeuta con una ex paciente, cuestión que se puede abordar desde el análisis del concepto de transferencia freudiano.

El presente diseño de investigación involucra tres materiales y tres métodos diferenciados. Esta estrategia de trabajo nos permitirá una triangulación de los datos obtenidos de las diferentes fuentes. Los materiales sobre los que se organizó el trabajo son: las entrevistas tomadas a los terapeutas, los artículos de la revista de la Asociación de Psicoanálisis Argentina (APA) y los códigos deontológicos de la República Argentina y de EEUU. En función de estos materiales se definen las poblaciones involucradas en el estudio. Llamamos población al conjunto de unidades de análisis definidas en la investigación.

Por un lado, la población de psicoterapeutas está integrada por los psicólogos y médicos psiquiatras que se encuentran inscriptos en la nómina de miembros de la Asociación de Psicoanálisis Argentina y tienen consultorios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo integran la población los psicólogos y médicos psiquiatras que trabajan en los Hospitales Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.

En segundo término, las publicaciones de la Revista de la APA datan del año 1943. Esta es la publicación más antigua en la República Argentina de psicoanálisis.

Finalmente, la población está compuesta por los códigos deontológicos de los psicólogos de la República Argentina.

2-1-3-La descripción del objeto de estudio

El objeto de estudio queda definido por la intersección entre las unidades de análisis y las variables desde las que estas unidades de análisis se estudiarán. Como planteamos anteriormente estamos trabajando con tres muestras diferentes que son analizadas desde una temática común, a saber, la abstinencia y la neutralidad. En función de esto se constituirán tres objetos de estudios diferenciados.

El primer objeto de estudio está constituido por los Códigos de Ética de los Colegios y Asociaciones de Psicólogos abordados desde la problemática de la abstinencia y la neutralidad.

Otro objeto de estudio está constituido por las representaciones acerca de la abstinencia y la neutralidad que hacen explícitas en la entrevista los Psicólogos y Médicos Psiquiatras que ejercían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la fecha de toma de la muestra.

Finalmente, el tratamiento que hacen de la abstinencia y la neutralidad las publicaciones de la APA desde 1943 a la fecha que nos permitirá incluir la variable temporal en su desarrollo.

2-2- Métodos

2-2-1-Diseño de la Investigación

Metodología: Investigación cuali- cuantitativa multifase.

En forma exploratoria:

a) Revisión conceptual del tema. Para tal fin, estudié las elaboraciones de Freud y Lacan sobre abstinencia y neutralidad y de los psicólogos que han seguido conceptualizando su obra en Argentina. Particularmente realicé un rastreo de las publicaciones de la Asociación Psicoanalítica Argentina, que como señalamos anteriormente es la más antigua en nuestro país.

b) Cuestionario abierto²³ en el que se analizó la resolución de dilemas éticos en materia de abstinencia y neutralidad.

En forma explicativa:

a) Sistematización de las respuestas al cuestionario.

b) Acopio de Códigos de Ética de los Colegios de Psicólogos y análisis de contenido de los mismos.

c) Relación entre las representaciones de los psicólogos y corpus deontológico.

Todas las unidades de análisis fueron sometidas a una misma metodología: el análisis de contenido. El análisis de contenido se efectúa por medio de la codificación, el proceso en virtud del cual las características relevantes del

²³ El modelo de cuestionario se encuentra adjuntado en el anexo 3. Allí se encuentran distintas preguntas realizadas a los terapeutas. De todas ellas nosotros tomamos para su análisis sólo las preguntas 2 y 7 que hacen referencia específicamente a la cuestión de la abstinencia y la neutralidad.

contenido de un mensaje son transformadas a unidades que permitan su descripción y análisis preciso.

Para poder codificar es necesario definir: el Universo, las Unidades de Análisis y las Categorías de Análisis.

a. Universo:

El universo se define como un conjunto de elementos generado por un modelo teórico (Sierra Bravo: 1991). En este caso hay tres universos diferenciados, constituidos por las poblaciones seleccionadas.

b. Unidades de análisis:

Son modalidades especiales y particularizadas de las unidades de observación. Constituyen segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías. Berelson (1952) menciona cinco unidades importantes de análisis: La palabra, el tema, el ítem, el personaje y las medidas de espacio-tiempo. En este caso la unidad de análisis está constituida por el tema que nos ocupa, que es en nuestro caso, la abstinencia y la neutralidad. Se procesó el material tomando como unidad de análisis cada una de las referencias en los distintos textos a la abstinencia y la neutralidad.

c.- Categorías de Análisis

Las categorías son los niveles donde serán caracterizadas las unidades de análisis. Más adelante estos niveles aparecen detallados como las dimensiones de las variables.

2-2-2-Lugar dónde se ha hecho el estudio

Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2-2-3-Forma en que se tomaron las muestras.

Se tomó como material de trabajo:

1. Una muestra compuesta por los Códigos de Ética de los psicólogos de alcance nacional (Federación de Psicólogos de la República Argentina), de alcance provincial (Provincia de Buenos Aires, Chaco, Chubut, Córdoba,

Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquen, San Juan, Santiago del Estero, Tucumán), de alcance municipal (Ciudad de Buenos Aires), y de EEUU. Como señalamos anteriormente el código de EEUU ha servido de inspiración para la realización de algunos códigos nacionales y es el más extenso y detallado en el tratamiento de los temas que nos interesa desarrollar.

2. Una muestra compuesta por 304 psicoterapeutas pertenecientes a Capital Federal incluyendo psicólogos y psiquiatras, que se desempeñan en forma privada o en instituciones asistenciales. Las entrevistas realizadas a profesionales de la salud mental por el equipo de investigaciones dirigido por el Lic. Juan Jorge Fariña en el Proyecto *Concepciones éticas en la práctica profesional psicológica*. Un estudio explicativo (UBACyT TP 015; 1998-2000) ha sido utilizado para el análisis del secreto profesional. Dicha muestra será ahora analizada para dar cuenta de las representaciones de los psicoterapeutas acerca de la abstinencia y la neutralidad. La muestra es anónima y aplicada a una población mixta. Se realizó un muestreo aleatorio simple.

La muestra estuvo compuesta por médicos psicoanalistas y psicólogos de:

- Servicios de psicopatología de hospitales públicos
- Socios de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

Los psicólogos seleccionados fueron contactados mediante una carta, luego se los ubicó telefónicamente para que algunos de los alumnos que se encontraban cursando la asignatura Psicología, Ética y Derechos Humanos, previamente instruidos, se dirigieran a tomar la encuesta. La misma era presentada a los psicoterapeutas para que éste la completara de puño y letra y el alumno esperaba hasta que éstos la contestaran. Luego, la colocaba en un sobre y la entregaba en la comisión de prácticos. Cada alumno debía realizar una encuesta. La doctoranda participó en el trabajo de campo en la toma de encuestas pero no en el diseño de las mismas. Luego de recibir las encuestas una persona transcribió a un documento de Word lo que decían los terapeutas. Sobre este

material transcrito la doctoranda realizó la selección de preguntas y el análisis de las mismas desde las variables propuestas para su análisis.

Se puede distinguir:

Muestra y cuestionario piloto: 102 terapeutas

Muestra y cuestionario final: 379 terapeutas

Muestra testigo: 304 terapeutas.

2- Muestra constituida por doce códigos de Ética de los Psicólogos de Argentina y el Código de Ética de los Psicólogos de Estados Unidos. Un total de trece códigos consultados.

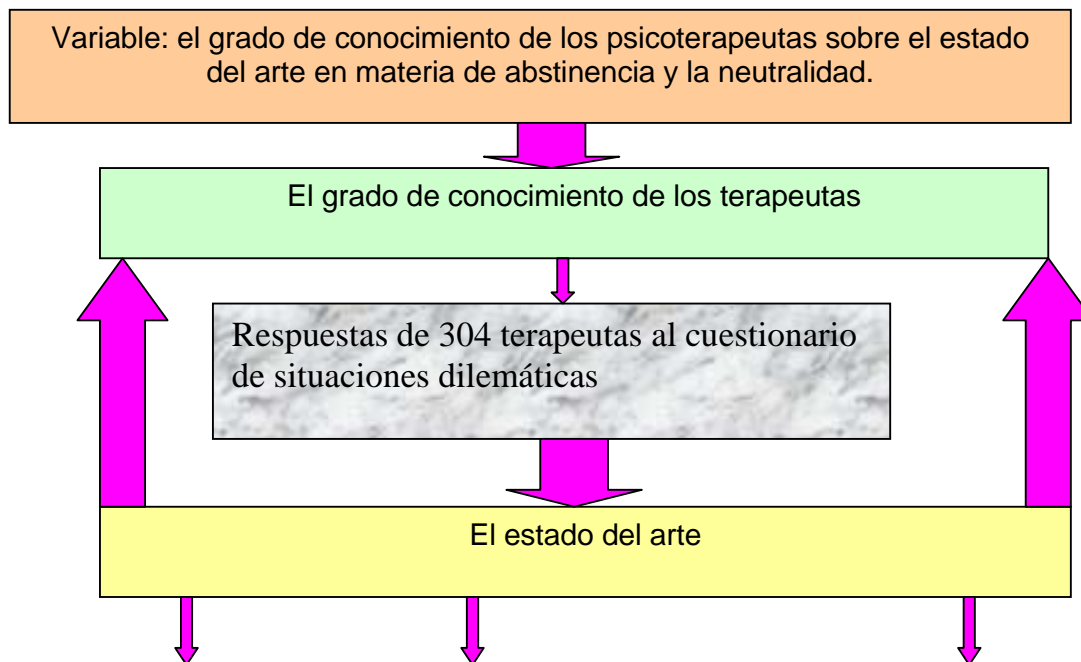
3- Se trabajará con el total de publicaciones de la Asociación Psicoanalítica Argentina desde 1943 hasta el 2003 que tengan referencias explícitas a la abstinencia y la neutralidad.

2-2-4-Definición de la variable: Nominal y Operacional

Definición nominal

Variable: el grado de conocimiento de los psicoterapeutas sobre el estado del arte en materia de abstinencia y la neutralidad.

Es una variable cualitativa compleja. A continuación presentaremos un esquema que nos servirá para su abordaje.



Los códigos deontológicos vigentes

Reflexiones teóricas derivadas de la obra de Freud y Lacan

Publicaciones de la Revista de Psicoanálisis desde 1943 al 2003 que aborden el tratamiento del tema

Lo que llamamos estado del arte: comprende el conjunto de saberes acerca de la abstinencia y la neutralidad emanadas de los códigos deontológicos que regulan el ejercicio de la profesión y aquellas reflexiones teóricas derivadas de la obra de Freud y Lacan y desarrolladas por la comunidad analítica nacional.

El grado de conocimiento de los terapeutas es medido a partir de las respuestas dadas en las preguntas del cuestionario, en la medida que éstas toman en consideración los elementos presentes en el estado del arte. Partimos del supuesto de que lo que los terapeutas explicitan en los textos es lo que “saben” sobre el tema, no podemos saber si existen otros conocimientos de los que disponen y que no explicitan.

Definición operacional

1.-Presencia de prescripciones emanadas por los códigos deontológicos que regulan el ejercicio de la profesión en lo atinente a abstinencia y neutralidad.

Estas prescripciones son tratadas en los códigos bajo el nombre de **límites de la relación** e incluye:

- 1) Diversas formas de explotación
- 2) Involucramiento Sexual (Acoso sexual)
- 3) Relaciones múltiples

2.- Reflexiones que involucran la ética del psicoanálisis.

El tratamiento que hace Freud de los conceptos de abstinencia y neutralidad nos permitió identificar algunas dimensiones.

Dimensiones de la abstinencia

1.-La opacidad del psicoanalista

- 2.- El rodeo por la palabra
- 3.- La fuerza de la privación
- 4.- Ética y moral.

Dimensiones de la neutralidad

- 1.- Ausencia de ideales del analista
- 2.- Ausencia de finalidad educativa
- 3.- Necesidad de atención flotante y regla fundamental
- 4.- Neutralidad vs. sugestión
- 5.- Contratransferencia (A partir de la relectura que hacen de Freud los psicoanalistas de la APA surge el concepto de contratransferencia, como diferente y hasta opuesto a la neutralidad.)

2-2-5-Instrumentos de medición

Análisis de contenido en función de un sistema categorial de los códigos de ética de los Colegios de Psicólogos de las distintas provincias Argentinas.²⁴

Análisis de contenido en función de un sistema categorial de la Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, publicación periódica desde 1943 a 2003.

Encuesta de 304 profesionales de salud mental de Capital Federal²⁵.

2-2-6-Métodos de análisis estadístico o de contenidos.

Se realizó un análisis cuali y cuantitativo.

Análisis cuantitativo

En relación con el rastreo bibliográfico y los Códigos de Ética se realizó un análisis de contenido a través de un sistema categorial. Se expresaron resultados de la frecuencia.

²⁴ Ver presentación en el marco teórico y anexo 1

²⁵ Ver anexos 3 y 4

En relación con las encuestas se midió la frecuencia y moda, según correspondiera a las variables detalladas anteriormente.

Análisis cualitativo

Se realizó un análisis detallado de las publicaciones de la asociación de psicoanalistas argentinos (APA) para evaluar su relación con los conceptos de neutralidad y abstinencia presentados por Freud y Lacan. Asimismo se realizaron inferencias acerca de la enseñanza de Freud y de la lectura que hacen las escuelas lacanianas actualmente.

Se extrajeron inferencias acerca de algunas respuestas al cuestionario de situaciones dilemáticas que resulten significativas.

Resultados

Los resultados se encuentran organizados a modo de respuesta a los interrogantes y objetivos planteados. En el primer apartado, expondremos el análisis cuanti y cualitativo de los Códigos de Ética consultados. En segundo término, desarrollaremos el análisis de contenido realizado sobre las publicaciones de la Asociación Psiconanalítica Argentina pesquisando el tratamiento que las mismas realizan sobre la abstinencia y la neutralidad. Por último, formularemos un análisis cuanti y cualitativo de las representaciones de los terapeutas. Para éste último, elaboraremos una serie de cuadros para interrelacionar las variables de análisis. En el primer cuadro, se han clasificado las respuestas de los terapeutas a dos situaciones dilemáticas de la práctica de acuerdo con las dimensiones de la abstinencia y la neutralidad presentes en los Códigos de Ética, específicamente con el involucramiento sexual y la explotación del vínculo. En segundo lugar, se elaboró un cuadro en el que se relacionan las respuestas de los terapeutas con las dimensiones de la neutralidad y la abstinencia expuestas en el *Marco teórico*. En el caso específico de la neutralidad, en virtud de las publicaciones de la APA se decidió diseñar un cuadro con la cuestión de la contratransferencia.

1. La abstinencia y la neutralidad en los Códigos de Ética de la República Argentina

En este apartado nos abocaremos al análisis de los Códigos Éticos de FePRA y de las Asociaciones y Colegios de Psicólogos de distintas regiones del país y de Estados Unidos. Este último ha sido incluido en la última versión de 2003 por la relevancia que presenta para la temática tratada. Hemos decidido abordar el análisis de los códigos desde el nivel deontológico. Las prescripciones deontológicas marcan lo previsto desde los códigos de ética profesional, en este caso, en materia de abstinencia y neutralidad. Esto es lo que llamamos el estado del arte en la materia. Estas prescripciones funcionan como elementos

orientativos de la tarea, prescriben a partir de lo posible pero nunca pueden agotar ese campo. Otro nivel de análisis estaría dado por la mutua vinculación entre las prescripciones deontológicas y el derecho positivo que rige el ejercicio de la profesión. Y finalmente, un tercer nivel supondría la consideración de la vinculación entre el individuo sujeto a la ley positiva y al código deontológico y la consideración de la dimensión del sujeto freudiano. Este último nivel no opera desde lo posible sino desde lo singular y lo real. Los niveles de análisis mencionados²⁶ funcionan como un horizonte de análisis que no es agotado en este trabajo.

Hemos contextualizado este trabajo en los códigos deontológicos de Argentina. Sin embargo, el código que se presenta como más extenso contemplando todos los ítems presentes en los Códigos Argentinos y algunos más es el Código de Ética de la American Psychological Association²⁷. Por ello, presentaremos en las tablas 5 y 6 el texto de este código para poder compararlo con los códigos argentinos.

Una vez identificados los elementos comunes presentes en los trece códigos consultados se realizó un análisis cuanti-cualitativo de los artículos referidos específicamente a los límites en la relación y a los deberes con los pacientes. A continuación se presentan cuatro tablas que contienen el listado de los códigos consultados y las referencias a las variables de análisis.

1.1. Resultados del análisis de las variables

Variable1: El estado del arte (Prescripciones deontológicas)

Dimensión 1: Límites en la relación

Subdimensión 1: Diversas formas de explotación

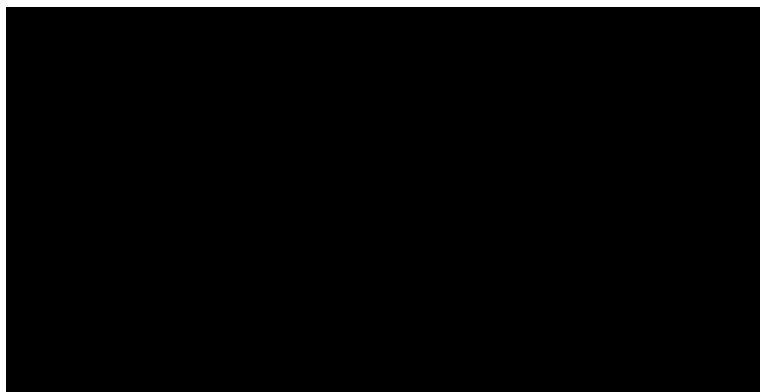
²⁶ Estos niveles de análisis son fruto de la investigación que dirige actualmente el Prof. Juan Jorge Michel Fariña en la Universidad de Buenos Aires. Proyecto UBACyT P024: "Ética profesional, confidencialidad, explotación y conflictos de interés en el ámbito clínico e institucional."

²⁷ Con una corrección reciente del 2003, que ha sido traducido por Gabriela Salomone y Juan Jorge Michel Fariña. Ver anexo 5.

Tabla 1

Códigos	Artículos
ASOCIACIÓN DE PS. DE BUENOS AIRES(APBA)	1.12
Federación de Psicólogos de la República Argentina	3.1.1.- 3.1.2.- 3.1.3.- 3.1.4.-
Colegio de Psicólogos de la Prov. de BUENOS AIRES	No hay referencia al tema
Colegio de Psicólogos de la Prov. de CHACO	No hay referencia al tema
Colegio de Psicólogos de la Prov. de CHUBUT (Idem APBA)	1.12
Colegio de Psicólogos de la Prov. de CÓRDOBA	No hay referencia al tema
Colegio de Psicólogos de la Prov. de JUJUY	Art. 19
Colegio de Psicólogos de la Prov. de MENDOZA	No hay referencia al tema
Colegio de Psicólogos de la Prov. de MISIONES	No hay referencia al tema
Colegio de Psicólogos de la Prov. de NEUQUÉN (IDEM CÓRDOBA)	No hay referencia al tema
Colegio de Psicólogos de la Prov. de SAN JUAN	No hay referencia al tema
Colegio de Psicólogos de la Prov. de SANTIAGO DEL ESTERO	No hay referencia al tema
Colegio de Psicólogos de la Prov. de TUCUMÁN	No hay referencia al tema

Sobre un total de 13 (100%) códigos consultados, 4 (31%) mencionan explícitamente las diversas formas de explotación, mientras que en los 9 (69%) restantes no hay referencia al tema. La moda resulta ser la ausencia de referencia al tema.

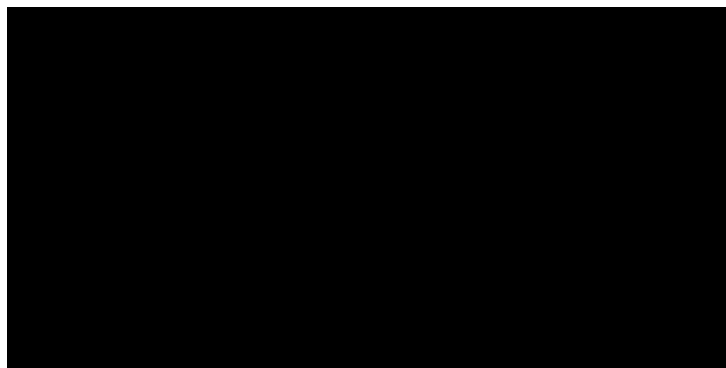


Subdimensión 2: Aprovechamiento sexual

Tabla 2

Códigos	Artículos
ASOCIACIÓN DE PS. DE BUENOS AIRES (APBA)	1.13 4.05 4.06
Federación de Psicólogos de la República Argentina	3.1.6
Provincia de BUENOS AIRES	No hay referencia al tema
CHACO	No hay referencia al tema
CHUBUT (Idem APBA)	1.13 4.05 4.06
CORDOBA	No hay referencia al tema
JUJUY	No hay referencia al tema
MENDOZA	No hay referencia al tema
MISIONES	No hay referencia al tema
NEUQUÉN (IDEM CORDOBA)	No hay referencia al tema
SAN JUAN	No hay referencia al tema
SANTIAGO DEL ESTERO	No hay referencia al tema
TUCUMÁN	No hay referencia al tema

Sobre un total de 13 (100%) códigos consultados, 3 (23%) mencionan explícitamente la cuestión del aprovechamiento sexual, mientras que en los 10 (77%) restantes no hay referencia al tema.

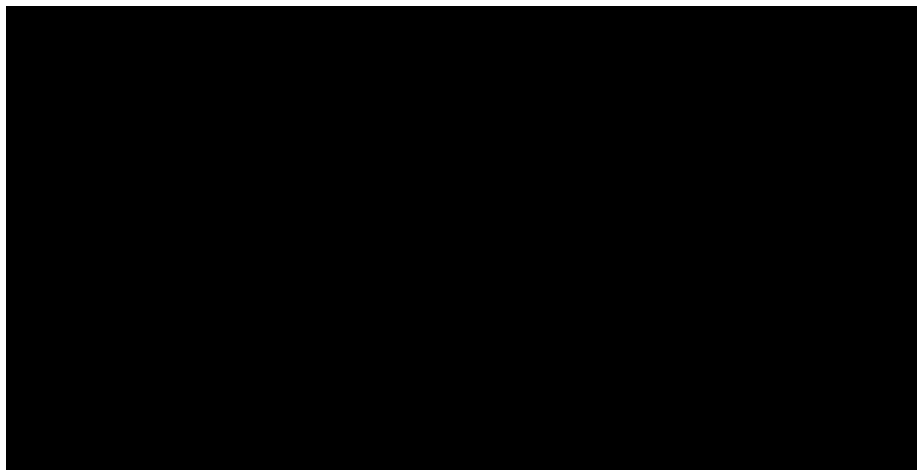


Subdimensión 3: Relaciones múltiples

Tabla 3

Códigos	Artículos
ASOCIACIÓN DE PS. DE BUENOS AIRES (APBA)	1.11
Federación de Psicólogos de la República Argentina	3.1.5.- 3.1.7.- 3.1.8.-
Provincia de BUENOS AIRES	Art. 9
CHACO	No hay referencia al tema
CHUBUT (Idem APBA)	1.11
CORDOBA	No hay referencia al tema
JUJUY	No hay referencia al tema
MENDOZA	No hay referencia al tema
MISIONES	Art. 4
NEUQUEN (IDEM CORDOBA)	No hay referencia al tema
SAN JUAN	No hay referencia al tema
SANTIAGO DEL ESTERO	No hay referencia al tema
TUCUMÁN	No hay referencia al tema

Sobre un total de 13 (100%) códigos consultados, 5 (38%) mencionan explícitamente el problema de las relaciones múltiples, mientras que en los 8 (62%) restantes no hay referencia al tema.

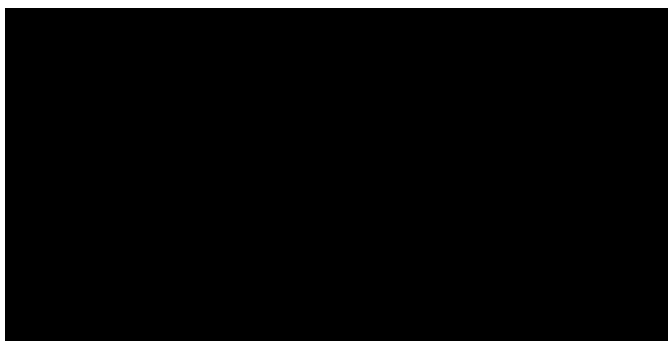


Dimensión 2: Deberes del psicólogo con el paciente

Tabla 4

Códigos	Artículos
ASOCIACIÓN DE PS. DE BUENOS AIRES (APBA)	No hay referencia al tema
Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPRA)	3.1.
Provincia de BUENOS AIRES	18 a 22
CHACO	4
CHUBUT (Idem APBA)	No hay referencia al tema
CORDOBA	5,6,14,15
JUJUY	11,14
MENDOZA	3
MISIONES	1,2,3,4,5,6.
NEUQUEN (IDEM CORDOBA)	5,6,14,15
SAN JUAN	2,3,4.
SANTIAGO DEL ESTERO	No hay referencia al tema
TUCUMÁN	4

Sobre un total de 13 (100%) códigos consultados, 10 (77%) mencionan explícitamente los deberes del psicólogo con sus pacientes, mientras que en los 3 (23 %) restantes no hay referencia al tema. Asimismo, en este caso se encuentra la mayor cantidad de artículos en cada uno de los códigos referidos al tema.



Como podemos observar muchos de los códigos (FEPPA, Chaco, Córdoba, Tucumán, Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquén, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán) dedican un gran apartado a los deberes del psicólogo con el paciente. En este gran “apartado” hay lugar tanto para los honorarios, el número de consultas o el respeto de los derechos humanos, como para el secreto profesional, o como lo que nos ocupa en este caso, la abstinencia y la neutralidad. En algunos códigos (APBA, FEPPA, Chubut, Jujuy, Tucumán y Misiones) pudimos diferenciar dentro de los “límites de la relación” las tres variables: formas de explotación, aprovechamiento sexual y relaciones múltiples. Los códigos de APBA y de Chubut son idénticos, ambos diferencian relaciones de explotación, acoso sexual y relaciones múltiples en forma explícita. En los otros casos la diferenciación es producto de la investigadora. Para organizar el análisis de los códigos tendremos en cuenta el tratamiento que éstos hacen de la abstinencia, en primer lugar y luego, de la neutralidad.

Tabla 5

En la tabla 5 podemos observar en detalle los textos completos de los artículos que abordan el tema de los límites de la relación. A partir de este cuadro podemos hacer un análisis vertical y horizontal que nos permite comparar el tratamiento del tema dentro de un mismo código y entre los códigos de nuestro país.

Tabla 5: Límites de la relación

	Diversas formas de explotación	Aprovechamiento sexual	Relaciones múltiples
American Psychological Association	3.08 Relaciones de explotación Los psicólogos no se aprovechan de aquellas personas sobre quienes tienen autoridad de supervisión, evaluación o de otro tipo, tales como clientes/pacientes, estudiantes, supervisados, participantes en	3.02 Acoso sexual Los psicólogos no se involucran en situaciones de acoso sexual. El acoso sexual consiste en abordajes sexuales, insinuaciones físicas o una conducta ya sea verbal o no verbal de naturaleza sexual, vinculada con las actividades o roles del	3.05 Relaciones múltiples (a) Existe una relación múltiple cuando un psicólogo desempeña un rol profesional con una persona y: 1) al mismo tiempo desempeña otro rol con la misma persona; 2) al mismo tiempo tiene una relación con una

<p>(2003)</p>	<p>investigaciones y empleados. (Ver también Normas 3.05, Relaciones múltiples; 6.04, Honorarios y acuerdos financieros; 6.05, Trueque con clientes/pacientes; 7.07, Vínculos Relaciones sexuales con estudiantes y supervisados; 10.05, Intimidación sexual con clientes/pacientes actuales de terapia; 10.06, Intimidación sexual con parientes u otros significativos de clientes/pacientes actuales de terapia; 10.07, Terapia con partenaires sexuales anteriores; y 10.08, Intimidación sexual con ex – pacientes de terapia.)</p> <p>10.05 Intimidación sexual con clientes/pacientes actuales de terapia Los psicólogos no se involucran en intimidación sexual con clientes/pacientes actuales de terapia.</p> <p>10.06 Intimidación sexual con parientes u otros individuos significativos para clientes/pacientes actuales de terapia Los psicólogos no se involucran en intimidación sexual con individuos que saben que son parientes cercanos, tutores o que tienen algún otro vínculo significativo con clientes/pacientes actuales. Los psicólogos no finalizan la terapia para eludir esta norma.</p> <p>10.07 Terapia con partenaires sexuales anteriores Los psicólogos no aceptan como clientes/pacientes de terapia a personas con las cuales han tenido</p>	<p>psicólogo como tal, y que (1) no es bien recibida, es ofensiva o crea un ambiente hostil de trabajo o de estudio y el psicólogo lo sabe o fue informado de ello, o (2) es suficientemente grave o intensa para resultar abusiva para cualquier persona razonable en ese contexto. El acoso sexual puede consistir en un sólo acto intenso o grave, o en múltiples actos insistentes o reiterados. (Ver también Norma 1.08, Discriminación injusta contra los demandantes y demandados.)</p> <p>3.03 Otras formas de acoso Los psicólogos no se involucran, a sabiendas, en comportamientos de acoso o denigración para con las personas con quienes interactúan en su trabajo, basándose en factores tales como la edad, género, identidad u orientación sexual, raza, origen étnico, cultura, nacionalidad, religión, discapacidad, idioma o nivel socio-económico.</p>	<p>persona relacionada o muy allegada al individuo con el cual el psicólogo mantiene la relación profesional; o 3) promete establecer en el futuro otra relación con la persona con la cual mantiene la relación profesional, o con otra allegada o relacionada con ella.</p> <p>Un psicólogo se abstiene de establecer una relación múltiple si pudiera razonablemente esperarse que tal relación disminuya la objetividad, competencia o eficacia en el desempeño de sus funciones como psicólogo, o bien ponga en riesgo de explotación o daño a la persona con la cual existe la relación profesional.</p> <p>No constituyen una falta ética las relaciones múltiples de las que no sería razonablemente esperable que deterioren la relación o generen riesgo de explotación o daño.</p> <p>(b) Si un psicólogo encuentra que, debido a factores imprevistos, se ha originado una relación múltiple potencialmente dañina, toma las medidas razonables para resolverla con el debido respeto por los mejores intereses de la persona afectada y el máximo cumplimiento del Código de Ética.</p> <p>(c) En caso de que las leyes, la política institucional o circunstancias extraordinarias convoquen a un psicólogo a prestar</p>
----------------------	--	--	---

	<p>intimidad sexual.</p> <p>10.08 Intimidad sexual con ex – clientes/pacientes de terapia</p> <p>(a) Los psicólogos no se involucran en intimidad sexual con ex – clientes/pacientes durante al menos dos años después de la interrupción o finalización de la terapia.</p> <p>(b) Los psicólogos no se involucran en intimidad sexual con ex – clientes/pacientes aún después de un intervalo de dos años salvo en circunstancias excepcionales. Los psicólogos que se involucran en tal actividad después de dos años de la interrupción o finalización de la terapia y no hayan tenido ningún contacto sexual con el ex –cliente/paciente, tienen la obligación de demostrar que no ha habido explotación, a la luz de todos los factores pertinentes, que incluyen (1) el lapso de tiempo transcurrido desde la finalización de la terapia; (2) la naturaleza, duración e intensidad de la terapia; (3) las circunstancias de finalización; (4) la historia personal del cliente/paciente; (5) el estado mental actual del cliente/paciente; (6) la probabilidad de impacto adverso sobre el cliente/paciente; y (7) cualquier declaración o acción llevada adelante por el terapeuta durante el curso de la terapia, sugiriendo o invitando la posibilidad de una relación sexual o sentimental con el cliente/paciente luego</p>		<p>servicios en más de un rol en procedimientos judiciales o administrativos, éste determina, al inicio, lo que se espera de su rol y el alcance de la confidencialidad y, de allí en adelante, los cambios a medida que éstos sucedan.</p>
--	---	--	---

	de finalizado el tratamiento. (Ver también Norma 3.05, Relaciones múltiples.)		
Asociación de psicólogos de Buenos Aires	<p>1.12. Relaciones de explotación</p> <p>a. Los psicólogos no se aprovechan de las personas sobre las cuales tienen autoridad de supervisión, evaluación o de otro tipo, tales como estudiantes, supervisados, empleados, participantes de investigación y clientes o pacientes.</p> <p>b. Los psicólogos no se involucran en relaciones sexuales con pacientes así como tampoco con estudiantes o supervisados en proceso de capacitación sobre los cuales tienen autoridad directa o de evaluación, porque es altamente probable que tales relaciones disminuyan la capacidad de juicio o sean de explotación.</p> <p>4.05. Intimidad sexual con pacientes actuales Los psicólogos no se involucran sexualmente con pacientes actuales.</p> <p>4.06. Terapia con partenaires sexuales anteriores Los psicólogos no aceptan como paciente a personas con las cuales han estado involucradas sexualmente.</p>	<p>1.13. Acoso sexual</p> <p>a. Los psicólogos no se involucran en situaciones de acoso sexual. El acoso sexual consiste en requerimientos sexuales, avances físicos o conducta verbal o no verbal de naturaleza sexual, vinculados con las actividades o roles del psicólogo como tal, y que: (1) no es bien venido, es ofensivo o crea un ambiente de trabajo hostil y el psicólogo lo sabe o fue informado de ello; o (2) es suficientemente grave o intensa para ser abusiva para una persona razonable en ese contexto. El acoso sexual puede consistir en un solo acto intenso o grave, o en múltiples actos persistentes o reiterados.</p>	<p>1.11. Relaciones múltiples</p> <p>a. En muchas comunidades y situaciones puede no ser posible o razonable que los psicólogos eviten contactos sociales u otros no profesionales con personas tales como pacientes, clientes, familiares o allegados a pacientes. Los psicólogos deben ser siempre sensibles a los potenciales efectos dañinos que otros contactos tengan sobre su trabajo y sobre aquellas personas con quienes tratan. Un psicólogo se abstiene de prometer o entrar en una relación personal, científica, profesional, financiera, o de otro tipo con tales personas, si parece probable que tal relación podría debilitar su objetividad o interferir de otra forma en el desempeño efectivo de sus funciones como psicólogo o podría dañar o explotar a la otra parte.</p> <p>b. Del mismo modo, cuando sea posible, un psicólogo se abstiene de asumir obligaciones profesionales o científicas cuando las relaciones preexistentes crearían el riesgo de tal daño.</p> <p>C Si un psicólogo encuentra que, debido a factores no previstos, una relación múltiple potencialmente dañina se ha originado, intenta resolverla con el debido respeto hacia los mejores intereses de la persona afectada y el máximo cumplimiento del Código</p>

<p>Federación de Psicólogos de la República Argentina</p>	<p>3.1.1.- Los psicólogos deberán ser conscientes de la posición asimétrica que ocupan frente a sus consultantes y no podrán hacer uso de su influencia más que con fines benéficos para estos.</p> <p>3.1.2.- Siempre establecerán las relaciones profesionales sobre la base de los principios éticos y la responsabilidad profesional., absteniéndose de satisfacer intereses personales en detrimento de los objetivos por los cuales han sido requeridos sus servicios.</p> <p>3.1.3.- Los psicólogos evitarán establecer relaciones que desvíen o interfieran los objetivos por los que fueran requeridos sus servicios.</p> <p>3.1.4.- Los psicólogos no recibirán otra retribución por su práctica más que sus honorarios. No buscarán otras gratificaciones de índole material o afectiva, ni deberán hacer uso de la relación profesional para el logro de fines ajenos a la misma.</p>	<p>3.1.6.- Los psicólogos no se involucrarán sexualmente con consultantes actuales de sus prácticas profesionales.</p>	<p>de Ética.</p> <p>3.1.5.- Los psicólogos no iniciarán ninguna relación profesional con sus familiares, amigos, colaboradores cercanos u otros cuando esto pudiera evitarse. Si por razones especiales (como las que pudieran resultar de la urgencia o de que no hubiera otros psicólogos en la región) la intervención profesional no pudiera delegarse, se reducirá al mínimo necesario y sólo hasta poder efectuar la derivación conveniente.</p> <p>3.1.7.- Los psicólogos no aceptarán como consultantes a personas con las cuales han mantenido vínculos sexuales, afectivos, comerciales, laborales o de otra índole que pudieran afectar de manera negativa el objetivo primordial de su práctica.</p> <p>3.1.8.- Si no obstante los recaudos tomados surgiera una relación afectiva importante entre consultante y psicólogo, que obstaculizara el alcance de las metas profesionales, el psicólogo deberá realizar una derivación del consultante a otros profesionales.</p>
<p>Provincia de BUENOS AIRES</p>			<p>Artículo 9º - El psicólogo deberá abstenerse de entablar relaciones terapéuticas con quien tenga vínculo de autoridad, familiaridad, o de estrecha intimidad, debiendo en todos los casos restringir su relación al área estrictamente profesional, salvo cuando la técnica a emplear no afecte ni sea afectada por</p>

<p>CHU BUT</p>	<p>1.12. Relaciones de explotación a. Los psicólogos no se aprovechan de las personas sobre las cuales tienen autoridad de supervisión, evaluación o de otro tipo, tales como estudiantes, supervisados, empleados, participantes de investigación y clientes o pacientes. b. Los psicólogos no se involucran en relaciones sexuales con pacientes así como tampoco con estudiantes o supervisados en proceso de capacitación sobre los cuales tienen autoridad directa o de evaluación, porque es altamente probable que tales relaciones disminuyan la capacidad de juicio o sean de explotación. 4.05. Intimidación sexual con pacientes actuales Los psicólogos no se involucran sexualmente con pacientes actuales. 4.06. Terapia con partenaires sexuales anteriores Loa psicólogos no aceptan como paciente a personas con las cuales han estado involucradas sexualmente</p>	<p>1.13. Acoso sexual a. Los psicólogos no se involucran en situaciones de acoso sexual. El acoso sexual consiste en requerimientos sexuales, avances físicos o conducta verbal o no verbal de naturaleza sexual, vinculados con las actividades o roles del psicólogo como tal, y que: (1) no es bien venido, es ofensivo o crea un ambiente de trabajo hostil y el psicólogo lo sabe o fue informado de ello; o (2) es suficientemente grave o intensa para ser abusiva para una persona razonable en ese contexto. El acoso sexual puede consistir en un solo acto intenso o grave, o en múltiples actos persistentes o reiterados.</p>	<p>este tipo de vínculos. 1.11. Relaciones múltiples a. En muchas comunidades y situaciones puede no ser posible o razonable que los psicólogos eviten contactos sociales u otros no profesionales con personas tales como pacientes, clientes, familiares o allegados a pacientes. Los psicólogos deben ser siempre sensibles a los potenciales efectos dañinos que otros contactos tengan sobre su trabajo y sobre aquellas personas con quienes tratan. Un psicólogo se abstiene de prometer o entrar en una relación personal, científica, profesional, financiera, o de otro tipo con tales personas, si parece probable que tal relación podría debilitar su objetividad o interferir de otra forma en el desempeño efectivo de sus funciones como psicólogo o podría dañar o explotar a la otra parte. b. Del mismo modo, cuando sea posible, un psicólogo se abstiene de asumir obligaciones profesionales o científicas cuando las relaciones preexistentes crearían el riesgo de tal daño. c. Si un psicólogo encuentra que, debido a factores no previstos, una relación múltiple potencialmente dañina se ha originado, intenta resolverla con el debido respeto hacia los mejores intereses de la persona afectada y el máximo cumplimiento del Código de Ética.</p>
<p>JU</p>	<p>Artículo 19 - Constituye falta de ética hacer uso de</p>		<p>Artículo 20 - Los psicólogos deben</p>

JUY	la relación profesional con los consultantes para el logro de fines ajenos a la misma.		<p>abstenerse de emitir informes o certificaciones que estén destinados a terceros en los siguientes casos:</p> <p>a) Cuando tengan relación de dependencia con las personas sobre que versa el informe o la certificación.</p> <p>b) Cuando se trate de cónyuge, pariente por consanguinidad en línea recta, colaterales hasta cuarto grado inclusive y afines dentro de segundo plano.</p> <p>c) Cuando tengan intereses económicos comunes con el paciente, o sean deudores, acreedores garantes del mismo, por montos significativos en relación al patrimonio del paciente o del suyo propio.</p>
TUCUMÁN			<p>Artículo 21 - El psicólogo deberá evitar establecer relaciones terapéuticas cuando exista con el paciente vínculos de otra naturaleza que puedan interferir desfavorablemente sobre las primeras.</p>
MISIONES	<p>Artículo 6 - Dado que en la relación psicoterapéutica, a diferencia de otras profesiones, cualquier tipo de relación que surgiere entre el profesional y el paciente, puede eventualmente atentar contra el objetivo terapéutico que se persigue, el psicólogo deberá velar porque dicha relación se mantenga dentro de los límites estrictamente profesionales; ello implica:</p> <p>a) la única retribución que el profesional reciba por sus servicios, serán los honorarios. No podrá percibir otras</p>		<p>Artículo 4 - El psicólogo no deberá tomar en tratamiento a personas con quienes mantenga relaciones de parentesco, amistad o trabajo. Podrá sí, optar de acuerdo a sus fundamentos teórico-técnico el tomar un tratamiento o no a personas que mantengan relación entre si. En todos los casos podrá acceder a una consulta.</p>

	<p>gratificaciones de índole material o afectivo.</p> <p>b) deberá velar por los aspectos más maduros del paciente y cuidar que la dependencia no se profundice ni se extienda más allá de lo necesario. Cuidara de no otorgar al paciente otras gratificaciones que no sean las inherentes al proceso terapéutico.</p> <p>c) si surgiere una relación afectiva importante entre paciente y terapeuta, este deberá realizar una derivación del paciente a otros profesionales.</p>		
--	--	--	--

En la tabla 6 visualizamos los artículos correspondientes a los deberes del profesional con el paciente. Hemos identificado los apartados de los códigos que explícitamente presentaban este tema. Algunos de estos artículos se encuentran referidos en el cuadro anterior ya que el criterio de clasificación de las tablas 5 y 6 no son mutuamente excluyentes.

Tabla 6: Deberes con los pacientes

	Deberes con el paciente
FEPPRA	<p>3.- Responsabilidad en las relaciones profesionales</p> <p>3.1.- Con los consultantes.</p> <p>3.1.1.- Los psicólogos deberán ser conscientes de la posición asimétrica que ocupan frente a sus consultantes y no podrán hacer uso de su influencia más que con fines benéficos para estos.</p> <p>3.1.2.- Siempre establecerán las relaciones profesionales sobre la base de los principios éticos y la responsabilidad profesional., absteniéndose de satisfacer intereses personales en detrimento de los objetivos por los cuales han sido requeridos sus servicios.</p>

	<p>3.1.3.- Los psicólogos evitarán establecer relaciones que desvíen o interfieran los objetivos por los que fueran requeridos sus servicios.</p> <p>3.1.4.- Los psicólogos no recibirán otra retribución por su práctica más que sus honorarios. No buscarán otras gratificaciones de índole material o afectiva, ni deberán hacer uso de la relación profesional para el logro de fines ajenos a la misma.</p> <p>3.1.5.- Los psicólogos no iniciarán ninguna relación profesional con sus familiares, amigos, colaboradores cercanos u otros cuando esto pudiera evitarse. Si por razones especiales (como las que pudieran resultar de la urgencia o de que no hubiera otros psicólogos en la región) la intervención profesional no pudiera delegarse, se reducirá al mínimo necesario y sólo hasta poder efectuar la derivación conveniente.</p> <p>3.1.6.- Los psicólogos no se involucrarán sexualmente con consultantes actuales de sus prácticas profesionales.</p> <p>3.1.7.- Los psicólogos no aceptarán como consultantes a personas con las cuales han mantenido vínculos sexuales, afectivos, comerciales, laborales o de otra índole que pudieran afectar de manera negativa el objetivo primordial de su práctica.</p> <p>3.1.8.- Si no obstante los recaudos tomados surgiera una relación afectiva importante entre consultante y psicólogo, que obstaculizara el alcance de las metas profesionales, el psicólogo deberá realizar una derivación del consultante a otros profesionales.</p>
<p>PROVINCIA DE BUENOS AIRES</p>	<p>Deberes hacia los consultantes.</p> <p>Artículo 18º - El psicólogo está obligado a asistir a los solicitantes de sus servicios profesionales cuando la importancia del problema así lo impongan y, hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de su asistencia sea posible delegarla en el profesional o servicio público correspondiente.</p> <p>Artículo 19º - El psicólogo debe propender a que los pacientes gocen del principio de libertad de elección del profesional.</p> <p>Artículo 20º - El psicólogo deberá, en su ejercicio profesional, establecer y comunicar los objetivos, métodos y procedimientos, así como honorarios y horarios de trabajo que realiza.</p> <p>Artículo 21º - Los honorarios se establecerán convencionalmente sin que puedan ser inferiores a los aranceles profesionales mínimos fijados por el Colegio Provincial de Psicólogos.</p> <p>Artículo 22º - Es deber del psicólogo respetar la voluntad del consultante cuando sobrevenga la negativa de proseguir bajo su atención.</p>

CHACO	<p>SECCIÓN SEGUNDA</p> <p>DEBERES DEL PSICÓLOGO CON LA SOCIEDAD Y SUS PACIENTES</p> <p>OBLIGACIONES</p> <p>Artículo 4 - En el ejercicio profesional, el psicólogo deberá:</p> <p>a) cuidar a sus pacientes atendiendo a su condición humana. No utilizara sus conocimientos contra las leyes de la humanidad.</p> <p>b) En ninguna circunstancia le es permitido emplear cualquier método que disminuya la resistencia física o mental del ser humano</p> <p>c) No habrá distinción de nacionalidad, de clase social, religión o raza, ideología, etc. Solamente vera al ser humano.</p> <p>d) Prestara su servicio atendiendo más a las dificultades y necesidades de la atención psicológica que al rango social o a los recursos pecuniarios al alcance del paciente.</p> <p>e) Cooperara con todos los medios a su alcance, a la vigilancia, prevención y protección, así como al mejoramiento de los individuos y la comunidad, en el ámbito de su profesión.</p> <p>f) Tiene el deber de combatir la comercialización de su profesión, el charlatanismo y el curanderismo en cualquiera de sus formas, recurriendo para ello a todos los medios legales a su alcance con intervención del colegio.</p> <p>g) debe respetar las creencias religiosas de sus pacientes y no oponerse al cumplimiento de sus preceptos religiosos.</p> <p>h) El número de consultas y la oportunidad de realizarlas serán lo estrictamente necesarias para seguir debidamente el curso del problema que aqueja al paciente.</p> <p>I) Le esta totalmente prohibido recetar especialidades farmacéuticas debiendo limitar la atención del mismo por otro colega.</p> <p>k) El profesional psicólogo no aplicará o indicará a su paciente técnicas psicológicas que no hayan sido previamente sometidas al control y aprobación de autoridades científicas reconocidas en el país que correspondan.</p> <p>l) Deberá atender siempre en forma personal a sus pacientes, quedándole expresamente prohibido que delegue la atención en su personal auxiliar.</p> <p>ll) No debe permitir que se usen sus servicios profesionales o su nombre para facilitar o hacer posible el ejercicio profesional por quienes no estén legalmente autorizados para ello.</p> <p>m) Queda totalmente prohibido prestar el nombre profesional.</p>
CORBOBA	<p>Artículo 5º - La gravedad, cronicidad e incurabilidad no constituyen un motivo para privar de asistencia al consultante. En los casos difíciles o prolongados en</p>

	<p>conveniente y necesario realizar consultas o juntas con otros profesionales en beneficio de la salud del consultante.</p> <p>Artículo 6º - El psicólogo no someterá a sus consultantes a la aplicación de medios diagnósticos o de tratamientos no aprobados por los centros universitarios o científicos del país.</p> <p>Artículo 14º - El psicólogo deberá establecer y comunicar al consultante y/o a sus representantes los objetivos y métodos del proceso que se iniciará, así como honorarios y horarios de trabajo.</p> <p>Artículo 15º - En caso de tratamientos en menores de 18 años, el profesional deberá obtener el consentimiento de los padres, tutores o representantes legales, y sólo actuará sin el cuando razones de urgencia así lo exijan. En este caso es recomendable recabar la opinión o actuar conjuntamente con otro colega.</p>
JUJUY	<p>Artículo 11 - Los psicólogos están obligados a denunciar:</p> <p>a) Las prácticas mágicas, el esoterismo, y el curanderismo en todas sus formas, así como todo otro acto destinado a explotar la credulidad y la buena fe del público.</p> <p>b) El maltrato de pacientes o el mantenimiento de los mismos en condiciones de insalubridad, falta de asistencia, desnudes, hambre u otras análogas.</p> <p>Artículo 14 - Aunque no estuviera prevista en las disposiciones de este código, constituye falta de ética toda conducta que ocasione daño a los pacientes como consecuencia de negligencia, imprudencia, impericia profesional manifiesta o incumplimiento de los deberes a cargo del psicólogo.</p>
Mendoza	<p>Artículo 3º-</p> <p>a) En toda actuación el Psicólogo cuidará de sus pacientes, ateniéndose a su condición humana.</p> <p>b) No hará distinción de: nacionalidad, religión, raza, de partido político o clase; solo verá al ser humano que lo necesita.</p> <p>c) El psicólogo debe ser un individuo probo, de honor y honrado en el ejercicio de su profesión.</p> <p>d) Cooperará con sus medios técnicos psicológicos en la vigilancia, promoción, protección, atención y/o rehabilitación de la salud psicológica individual y colectiva.</p> <p>e) Tiene la obligación de denunciar y combatir:</p> <p>1- El ejercicio ilegal de la profesión, cualquiera sea su forma.</p> <p>2- Toda actuación que no se efectúe en el plano y nivel científico de la psicología.</p>

	<p>3- La exploración del profesional en el ejercicio de su profesión. Para ello deberá recurrir a todos los medios legales de que disponga, con la intervención del Consejo Deontológico.</p> <p>f) Se dedicará a ampliar la comprensión que el hombre tiene de si mismo y de los demás. Mientras persigue esta finalidad protege el bienestar de cualquier persona que busque sus servicios.</p> <p>g) No usará su posición profesional o sus relaciones, ni permitirá con sus conocimientos que sus servicios sean usados por otros, con fines que no concuerden con los valores señalados precedentemente.</p> <p>h) Al mismo tiempo que exige para si libertad de investigar y de comunicación acepta la responsabilidad que confiere esta libertad; ser competente cuando afirma serlo; ser objetivo con el informe de sus hallazgos y ser considerado para los intereses de sus colegas y de la sociedad.</p>
MISIONES	<p>LAS DISPOSICIONES DE ESTE CÓDIGO, ABARCARÁN LOS DERECHOS QUE PUEDEN INVOCAR Y LOS DEBERES QUE TIENEN QUE OBSERVAR TODOS LOS PROFESIONALES PSICÓLOGOS CON RELACIÓN A:</p> <p>A los pacientes:</p> <p>Artículo 1 - Los servicios de la psicología y sus ramas auxiliares deben basarse en la libre elección del profesional por parte del consultante ya sea en el ejercicio privado o en instituciones públicas.</p> <p>Artículo 2 - El profesional debe respetar las creencias religiosas o de otra índole de sus clientes y no oponerse al cumplimiento de la práctica de los mismos, siempre que esto no redunde en perjuicio de su estado de acuerdo a la evaluación técnica realizada por el terapeuta.</p> <p>Artículo 3 - El número de sesiones y consultas, y la oportunidad de realizarlas serán lo estrictamente necesarias para cumplir debidamente el desarrollo del tratamiento.</p> <p>Artículo 4 - El psicólogo no deberá tomar en tratamiento a personas con quienes mantenga relaciones de parentesco, amistad o trabajo. Podrá sí, optar de acuerdo a sus fundamentos teórico-técnico el tomar un tratamiento o no a personas que mantengan relación entre si. En todos los casos podrá acceder a una consulta.</p> <p>Artículo 5 - Ante casos de pacientes cuya patología pone en peligro su propia vida, la de terceros o su salud e integridad físicas, el psicólogo:</p> <p>a) utilizara todos los medios técnicos adecuados para realizar un diagnóstico diferencial.</p> <p>b) Deberá tomar recaudos oportunamente, en términos de interconsulta,</p>

	<p>derivación y/o internación según particularidades del caso.</p> <p>c) Podrá quedar relegado en estos casos de mantener el secreto profesional a los fines de arbitrar medios para la protección necesaria del paciente y/o las personas involucradas.</p> <p>Artículo 6 - Dado que en la relación psicoterapéutica, a diferencia de otras profesiones, cualquier tipo de relación que surgiere entre el profesional y el paciente, puede eventualmente atentar contra el objetivo terapéutico que se persigue, el psicólogo deberá velar porque dicha relación se mantenga dentro de los límites estrictamente profesionales; ello implica:</p> <p>a) La única retribución que el profesional reciba por sus servicios, serán los honorarios. No podrá percibir otras gratificaciones de índole material o afectivo.</p> <p>b) Deberá velar por los aspectos más maduros del paciente y cuidar que la dependencia no se profundice ni se extienda más allá de lo necesario. Cuidará de no otorgar al paciente otras gratificaciones que no sean las inherentes al proceso terapéutico.</p> <p>c) Si surgiere una relación afectiva importante entre paciente y terapeuta, éste deberá realizar una derivación del paciente a otros profesionales.</p>
<p>NEUQUEN</p>	<p>Artículo 5º - La gravedad, cronicidad e incurabilidad no constituyen un motivo para privar de asistencia al consultante. En los casos difíciles o prolongados es conveniente y necesario realizar consultas o juntas con otros profesionales en beneficio de la salud del consultante.</p> <p>Artículo 6º - El psicólogo no someterá a sus consultantes a la aplicación de medios diagnósticos o de tratamientos no aprobados por los centros universitarios o científicos del país.</p> <p>V - De las Relaciones con los Consultantes y con los Colegas.</p> <p>Artículo 14º - Es deber del psicólogo:</p> <p>a) Garantizar que en toda asistencia psicológica exista la libre elección del Psicólogo por parte del consultante, ya sea en el ejercicio privado o en la atención realizada en instituciones privadas o estatales, dentro de las disponibilidades que están ofrezcan.</p> <p>b) Entregar el informe o psicodiagnóstico al consultante toda vez que lo requiera.</p> <p>c) La derivación del consultante a otro profesional o al servicio público o privado correspondiente, en el caso de decidir el Psicólogo la no asistencia al consultante.</p> <p>d) Respetar la voluntad del consultante cuando sobrevenga la negativa de proseguir bajo su atención.</p>

	<p>Artículo 15° - El psicólogo deberá establecer y comunicar al consultante y/o a sus representantes los objetivos y métodos del proceso que se iniciará, así como honorarios y horarios de trabajo.</p>
SAN JUAN	<p>CAPITULO PRIMERO: DE LOS DEBERES CON LOS PACIENTES</p> <p>Art. 2 - LIBRE ELECCIÓN: El Psicólogo deberá propender a que toda asistencia se realice en base a la libre elección del profesional por el paciente.</p> <p>Art. 3 - ATENCION PROFESIONAL: El psicólogo deberá decidir la no asistencia del paciente cuando a ello pudiera obstar cualquier causa que la hiciera ineficiente. De mediar relación o convenio que le exija la asistencia deberá realizar lo pertinente para lograr la derivación a otro profesional. Asimismo, deberá respetar la voluntad de los pacientes cuando sobrevenga la negativa a proseguir bajo su atención, salvo que estos se encuadren en imposibilidad de autodeterminarse.</p> <p>Art. 4 - EFICIENCIA - FALTAS: Es deber del psicólogo presentar sus servicios profesionales eficientemente. Se considera falta contra esa eficiencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Formas de atención contrarias al respeto a la persona. 2 - La negligencia o la imprudencia en la acción profesional con perjuicio del paciente. 3 - Conductas contrarias a lo dispuesto en los incisos a) y b) del artículo 8 de la Ley 5436 (28) 4 - La violación de la prohibición señalada por el artículo 9 inciso d) de la Ley 5436 (29) 5 - Verter palabras o realizar actos o gestos que puedan perjudicar iatrogénicamente al paciente. 6 - No respetar las creencias religiosas o la ideológicas de sus pacientes en su trato con ellos. 7 - Asistir profesionalmente a un número de pacientes excesivo en relación al tiempo que dispone para ello, conforme a las pautas señaladas por la O.M.S.

²⁸ Art.8° - Los profesionales psicólogos están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones reglamentarias, obligados a:

a) Proteger a los examinados asegurándoles que la prueba y sus resultados se utilizarán de acuerdo con las normas éticas y profesionales, cuando necesite aplicar pruebas psicológicas para propósitos de enseñanza, clasificación o investigación.-----

b) Prestar la investigación que sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemia, desastres y otras emergencias.-----

29 Art.9° - Queda prohibido a los psicólogos:

d) Ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infecto-contagiosas.-----

SANTIAGO DEL ESTERO	No hay referencia
TUCUMÁN	<p>Artículo 4 - Es deber del psicólogo, prestar sus servicios profesionales eficientemente. Se considerara falta contra esta eficiencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Formas de atención contrarias al respeto de las personas. 2) La negligencia o imprudencia en la acción profesional con perjuicio de los resultantes. 3) No guardar el más riguroso secreto sobre cualquier prescripción o acto profesional, salvo en los casos en que la parte interesada lo libere de dicha obligación expresamente. <p>El secreto profesional deberá guardarse con igual rigor institucional en cualquiera de respecto de los datos o hechos, sobre las personas y/o instituciones en cualquiera de sus aspectos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Derivar en personas no habilitadas legalmente funciones específicas de la profesión del psicólogo 5) No respetar las creencias y las ideologías de los consultantes. 6) verter opiniones o realizar actos, gestos o palabras que puedan perjudicar iatrogenicamente al paciente.

1.2. Análisis cualitativo: La abstinencia en los códigos

Si volvemos sobre la primera de las dimensiones de la abstinencia, lo que en otra oportunidad (Ormart, 2003: 334) llamamos “opacidad del psicoanalista” y describimos como una relación no simétrica (yo a yo) entre el analista y el paciente. Encontramos en el código de FEPPRA que:

“3.1.1.- Los psicólogos deberán ser conscientes de la posición asimétrica que ocupan frente a sus consultantes y no podrán hacer uso de su influencia más que con fines benéficos para estos.”

Esta posición asimétrica está marcada por la atención flotante y la neutralidad del lado del analista, y la regla fundamental y la abstinencia del lado del paciente.

Otra de las dimensiones de la abstinencia presente en la obra de Freud es lo que llamamos “la fuerza de la privación” esto es, la necesidad de privar a la paciente

en su demanda amorosa y a partir de esta privación utilizar esta fuerza pulsionante para la cura. Freud propone no satisfacer a la paciente necesitada de amor. Utilizar la necesidad como fuerza pulsionante del trabajo analítico. No es el amor suscitado por la relación transferencial lo que permite el trabajo analítico con el paciente, sino que la privación de la satisfacción es la que conduce a la cura. En este sentido, es preciso evitar los vínculos amorosos entre terapeutas y pacientes porque en la satisfacción de estos se atenta directamente contra el tratamiento. En consonancia con el planteo freudiano el código de FEPPRA sostiene:

“3.1.3.- Los psicólogos evitarán establecer relaciones que desvíen o interfieran los objetivos por los que fueran requeridos sus servicios.

3.1.4.- Los psicólogos no recibirán otra retribución por su práctica más que sus honorarios. No buscarán otras gratificaciones de índole material o afectiva, ni deberán hacer uso de la relación profesional para el logro de fines ajenos a la misma.

3.1.6.- Los psicólogos no se involucrarán sexualmente con consultantes actuales de sus prácticas profesionales.

3.1.7.- Los psicólogos no aceptarán como consultantes a personas con las cuales han mantenido vínculos sexuales, afectivos, comerciales, laborales o de otra índole que pudieran afectar de manera negativa el objetivo primordial de su práctica.”

Los fines que guían al psicólogo deben ser los fines del tratamiento. La cura es la que marca el imperativo no las necesidades personales, afectivas o económicas de terapeutas.

El código de Jujuy no hace alusión directa a la vinculación sexual pero señala de un modo más general que el terapeuta no puede obtener beneficios de ninguna índole a partir de la relación terapéutica y que sólo debe procurara obtener los fines propios de la terapia, esto es la cura del paciente. Esto es expresado del siguiente modo:

“Artículo 19 - Constituye falta de ética hacer uso de la relación profesional con los consultantes para el logro de fines ajenos a la misma.”

El artículo 6 del Código de Misiones especifica claramente que se supone que son desviaciones del vínculo psicoterapéutico, y sostiene que: “Dado que en la relación psicoterapéutica, a diferencia de otras profesiones, cualquier tipo de relación que surgiera entre el profesional y el paciente, puede eventualmente atentar contra el objetivo terapéutico que se persigue, el psicólogo deberá velar porque dicha relación se mantenga dentro de los límites estrictamente profesionales; ello implica: a) La única retribución que el profesional reciba por sus servicios, serán los honorarios. No podrá percibir otras gratificaciones de índole material o afectiva. b) Deberá velar por los aspectos más maduros del paciente y cuidar que la dependencia no se profundice ni se extienda más allá de lo necesario. Cuidará de no otorgar al paciente otras gratificaciones que no sean las inherentes al proceso terapéutico.”

Queda en este último punto expresada en términos freudianos la abstinencia en tanto privación de otras gratificaciones.

Específicamente la cuestión de la abstinencia de relaciones sexuales entre terapeuta y paciente es tratada como un apartado especial en algunos códigos y en otros casos ni siquiera es mencionado el tema. Podemos observar que la Asociación de psicólogos de Buenos Aires (APBA) y el Colegio de Psicólogos de Chubut que comparten el mismo código tienen un apartado específico sobre el tema subtítulo “acoso sexual”. Así también la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPRA) dedica el punto 3.1.6.- a la prohibición de mantener relaciones con pacientes actuales aunque no le otorga un capítulo especial a su tratamiento. El código del Colegio de Psicólogos de Misiones señala en su artículo 6, punto c) en lugar de la prohibición, la necesidad de derivación. Señalando que: “c) si surgiera una relación afectiva importante entre paciente y terapeuta, este deberá realizar una derivación del paciente a otros profesionales”. Esta posición es opuesta a la sostenida por Freud en sus escritos técnicos. Freud sostiene que: “...la técnica analítica impone al médico el mandamiento de denegar a la paciente menesterosa de amor la satisfacción apetecida. La cura tiene que ser realizada en la abstinencia [...] hay que dejar subsistir en el enfermo

necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados...” (Freud, 1919: 158)

Freud sostiene que dada la situación de una mutua atracción entre el terapeuta y el paciente, la derivación a otro profesional no es el camino correcto, pues lo único que se logra es empujar a la paciente a la actualización del amor transferencial con otro partenaire.

Esta cuestión es largamente tratada por Freud en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. Sin embargo, el código del Colegio de psicólogos de Misiones sugiere explícitamente la derivación.

La última de las dimensiones de la abstinencia que titulamos “ética y moral” resulta un punto importante de contraposición entre la posición freudiana y la de los códigos. Freud hace una clara diferenciación en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* entre la moral y la ética que en los códigos se halla ausente. Del texto de Freud se desprende la siguiente distinción: la moral tiene que ver con las costumbres y usos de la sociedad en su momento. Son morales todas las prescripciones que el psicólogo en tanto individuo integrante de una sociedad está llamado a cumplir, mientras que la ética tiene que ver con la orientación del tratamiento, con la dirección de la cura. La ética no apunta al psicólogo como individuo sino al psicólogo en su función. Estas ideas son sostenidas por Freud asimismo en la tardía obra *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial* (1926: 212) en la que sostiene que: “...Ceder a los reclamos de la transferencia, cumplir los deseos del paciente de una satisfacción tierna y sensual, no sólo es prohibido por legítimas consideraciones morales, sino que resulta por completo insuficiente como medio técnico para el logro del propósito analítico...”

Esta distinción freudiana se halla ausente en el código de ética de los psicólogos de Mendoza que homologan ética y moral.

Así por ejemplo:

En el artículo 3 del Código de Mendoza, se señala que: “c) El psicólogo debe ser un individuo probo, de honor y honrado en el ejercicio de su profesión”.

Aquí se equipara el proceder del individuo, la moral del individuo con el ejercicio de la profesión. La correcta aplicación de la técnica para el logro de fines terapéuticos es lo que hace a la ética del psicólogo su proceder como individuo social, su probidad y honradez forman parte de su conducta moral.

En cambio, el código de ética del Colegio de Psicólogos de Jujuy señala que constituye falta ética la negligencia, imprudencia o impericia profesional. Lo que tiene relevancia es el modo en que el profesional se desempeña en su trabajo y no lo que haga en su vida privada.

“Artículo 14 - Aunque no estuviera prevista en las disposiciones de este código, constituye falta de ética toda conducta que ocasione daño a los pacientes como consecuencia de negligencia, imprudencia, impericia profesional manifiesta o incumplimiento de los deberes a cargo del psicólogo”.

Lo que debe establecer el código de ética es que el deber del psicólogo es ser un buen profesional y esto no necesariamente supone respetar las normas morales de la sociedad de su época. Como sabemos la moral social vigente puede atentar contra la ética profesional y en esos casos el psicólogo deberá ir en contra de la moral³⁰.

1.3. Análisis cualitativo: La neutralidad en los códigos

La ausencia de ideales en la terapia analítica aparecen como la única de las dimensiones de la neutralidad presentes en la obra de Freud (Ormart, E. 2004) que ha sido tomada en cuenta en los códigos. La ausencia de ideales del analista se operacionaliza en los códigos en un tratamiento igualitario, descargado de prejuicios de tipo religioso, ideológico, etc.

El planteo freudiano de la neutralidad es mucho más amplio en la medida que él se aboca a la neutralidad en la función analítica como la contracara de la abstinencia en el paciente. Un analista neutral es el que mantiene al paciente en abstinencia. Para mantener al paciente en un permanente estado de frustración el

³⁰ Estas cuestiones son extensamente desarrolladas por especialistas en ética y deontología profesional de todo el mundo. Por ejemplo en *Ética de la Empresa* Adela Cortina destina un apartado al desarrollo de la diferencia entre moral crítica, derechos humanos y moral social vigente. Asimismo el Prof. Fariña desarrolla estas cuestiones en *Ética, un horizonte en quiebra*.

analista no debe operar como individuo, como otro especular del paciente. Sólo se puede sostener la neutralidad mediante el ejercicio de la posición analítica. Los códigos en su análisis de la relación psicoterapéutica se sostienen en un modelo de relación comercial. Se ubica la relación terapéutica como una transacción entre dos individuos. Desde esta perspectiva se hace imposible situar la neutralidad analítica. En este caso hablamos de neutralidad como tratamiento igualitario, libre de prejuicios, objetivo.

En el código de Chaco en el Artículo 4 se sostiene como deberes del psicólogo que: “[...] c) No habrá distinción de nacionalidad, de clase social, religión o raza, ideología, etc. solamente vera al ser humano [...] g) debe respetar las creencias religiosas de sus pacientes y no oponerse al cumplimiento de sus preceptos religiosos.”

De un modo similar el código deontológico de Mendoza afirma en el Artículo 3º que: “[...] b) No hará distinción de: nacionalidad, religión, raza, de partido político o clase; solo verá al ser humano que lo necesita.”

El código de San Juan en el Art. 4 señala: “Es deber del psicólogo presentar sus servicios profesionales eficientemente. Se considera falta contra esa eficiencia:

1 - Formas de atención contrarias al respeto a la persona.

2 - La negligencia o la imprudencia en la acción profesional con perjuicio del paciente.

[...] 6 - No respetar las creencias religiosas o las ideológicas de sus pacientes en su trato con ellos.”

De manera similar en el código de Tucumán, Artículo 4 “Es deber del psicólogo, prestar sus servicios profesionales eficientemente. Se considerara falta contra esta eficiencia:

1) Formas de atención contrarias al respeto de las personas.

2) La negligencia o imprudencia en la acción profesional con perjuicio de los resultantes.

[...] 5) No respetar las creencias y las ideologías de los consultantes.”

2. La abstinencia y neutralidad en la Revista de la Asociación psicoanalítica Argentina

2.1. La abstinencia en los artículos de la Revista de la APA (Desde 1943 al 2003)

Hemos realizado una consulta y acopio de las revistas que la Asociación Psicoanalítica Argentina ha editado desde 1943 referidas a la abstinencia y la neutralidad. Hemos tomado esta revista ya que es la más antigua en nuestro medio.

Si hacemos un poco de historia podemos situar que en 1910 se crea la primera Asociación Internacional en Viena. Entre 1912 y 1913 el psicoanálisis conquistó estados donde se habían desarrollado los principios de la psiquiatría dinámica: Suiza, Gran Bretaña y los Estados Unidos. Después de la Primera Guerra Mundial progresó en dos países latinos Francia e Italia y, posteriormente, en los países Nórdicos. La victoria del estalinismo en Rusia y el nazismo en Alemania modificó las modalidades de implantación y organización del psicoanálisis en Europa. Entre 1932 y 1941 abandonaron Europa los psicoanalistas freudianos de la primera y segunda generación. El movimiento migratorio instaló una cuarta parte de la comunidad freudiana en Gran Bretaña, tres cuartas partes en los Estados Unidos y una minoría en Sudamérica, fundamentalmente Argentina y Brasil. La emigración tuvo tres consecuencias: el refuerzo del poder de la International Psychoanalytical Association (I.P.A.), el estallido del freudismo clásico en varias corrientes y el fin de la supremacía de la lengua alemana para el psicoanálisis, reemplazada por la inglesa.

En Argentina, existían en medios intelectuales, académicos, psiquiátricos conocimientos diversos sobre las teorías freudianas, pero recién en 1940 es cuando surge la idea de fundar una Sociedad Psicoanalítica con miembros psicoanalizados.

El 15 de diciembre de 1942 firmaron el Acta Inagural de la Asociación Psicoanalítica Argentina: Angel Garma, Celes Cárcamo, Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón Rivière, Marie Langer y Enrique Ferrari Hardoy. Cada Asociación

Psicoanalítica debe cumplimentar ciertos requisitos para ser aceptada como Miembro de la International Psychoanalytical Association. El 23 de diciembre de 1942 fueron reconocidos provisoriamente como grupo psicoanalítico por E. Jones, en espera de la ratificación que se le otorgaría en el primer Congreso Internacional, que se realizaría al finalizar la segunda guerra mundial. Es la más antigua de América Latina. En julio de 1943, a siete meses de la fundación de la Asociación se crea la Revista de Psicoanálisis; se solicitó a don Francisco Muñoz, benefactor del movimiento psicoanalítico argentino, su patrocinio para editar una publicación (primera en español) representativa de la nueva institución, funcionando como editorial especializada en psicoanálisis.

Según el buscador que posee la Revista se señalan específicamente un artículo referido a la “abstinencia sexual”, tres referidos a la “abstinencia” y cinco artículos referidos a “regla de abstinencia”. A continuación enlistaremos los artículos por año de aparición y realizaremos una breve reseña del contenido de los mismos, con especial interés por aquello que se refiere a la abstinencia. Hemos sometido estos materiales a un proceso de análisis de contenido tendiente a identificar el abordaje que recibe el concepto de abstinencia en la bibliografía consultada. Hemos tratado de identificar en ellos los puntos de contacto o de separación con lo que plantea Freud. Para ello se estableció como unidad de análisis el tema “abstinencia” y a partir de allí se identificaron en las revistas consultadas lo que los psicoanalistas plantean sobre este tema.

2.1.1. Referencias a la ABSTINENCIA SEXUAL

1. Cárcamo, Celes E.: Impotencia psíquica y neurosis actuales. 1944: vol.1 n. 3, p. 382-402.

Referencias a la abstinencia sexual: análisis de contenido

El siguiente artículo vincula la abstinencia sexual con las neurosis actuales, tal como lo plantea Freud. El término abstinencia no está utilizado en el marco de la técnica analítica sino en relación con la ausencia o disfunción en el comercio sexual y su vinculación con patologías psíquicas.

2.1.2. Referencias a la ABSTINENCIA

1. Gálvez, Manuel José; Maldonado, Jorge Luis: Cambio en el analista; acción y regla de abstinencia. 1993: vol.50 n. 4 -5, p. 919-932.
2. Perinot, Willy: La regla fundamental del psicoanálisis; sus fundamentos; la regla de abstinencia; la asociación libre (AL); la atención libremente flotante (ALF); el material; el observable. 1994: vol.51 n. 1 -2, p. 295-313.
3. Cartolano de Mandet, Elsa Susana: Problemáticas clínicas: neutralidad y abstinencia.2002: vol.59 n. 1,67-85.

Referencias a la abstinencia: análisis de contenido.

1. Gálvez, Manuel José; Maldonado, Jorge Luis: Cambio en el analista; acción y regla de abstinencia. 1993: vol.50 n. 4 -5, p. 919-932.

Los autores parten de la afirmación de que el analista es un ser humano. Desde esta posición se hace difícil sostener las referencias identificatorias en el análisis. El análisis es descrito como un contacto mental que implica el encuentro emocionalmente íntimo con otra persona.

Los resultado terapéuticos del análisis son: 1. Levantamiento de las represiones, 2. Reducción de las disociaciones y 3. La introyección del vínculo con el analista, que a nivel de la experiencia se hace ostensible mediante un incremento de la creatividad.

Todo paciente en un proceso analítico influye sobre el analista y sobre la relación de este con el psicoanálisis. El analista ha de prestarse a identificarse con cualquier aspecto con que el paciente necesite identificarlo. [¿Cómo sostener la abstinencia desde la identificación?] Dentro del proceso de análisis se requiere de la desidentificación, el analista pierde las referencias identificatorias conocidas. El contacto íntimo y prolongado con el paciente estimula aspectos reprimidos y disociados de la persona del analista.

Ejemplos clínicos

En estos casos hay compromiso contratransferencial. La resolución de esta problemática está vinculada a un proceso creativo. La naturaleza de lo que se crea concierne a la identidad. El paciente construye su identidad como ser autónomo, como sujeto, el analista su identidad analítica.

Caso 1

Se produce una erotización de la relación transferencial. La paciente le pide recibo de pago, el analista lo cree injusto porque le crea complicaciones a él y la paciente no tenía dificultades económicas. [El analista lee al pie de la letra. No escucha la demanda de amor. Luego de la sesión se pelea con los empleados de la inmobiliaria por exigir la boleta de pago del alquiler.]

Ejemplo 2

Se impacienta con una paciente y luego advierte que su fastidio estaba originado en la paciente anterior. A la semana siguiente, le comunica a la paciente la relación entre sus temores y los del terapeuta.

Ejemplo 3

El paciente le comunica que las acciones de la compañía Estrella iban a rendir buenos dividendos. El terapeuta usa información para invertir en la bolsa. Luego, el terapeuta quedo con la sensación de que había introducido una falla en su procedimiento. En lo que se refiere a la compra en sí, ni el paciente ni la compañía resultaban perjudicados por el uso de esa información. El eje del problema no pasa por la compra en sí ni por el beneficio que el analista obtiene de esa información.

El problema consiste en que el analista no pudo advertir el interjuego de identificaciones. Que el paciente omnipotente alimentaba al analista con información, de las acciones "Estrella". Esa representación es significativa de la madre.

El núcleo esencial del problema, en los tres casos consiste en el proceso rectificador, en el movimiento dialéctico que tuvo lugar en el analista. Este movimiento se generó a partir de un movimiento inicial de inmersión en el conflicto que luego culminó en el insight. Éste transcurrió acompañado de una vivencia de alivio y enriquecimiento conceptual.

En los ejemplos se produjo un viraje desde un circuito patológico hacia un proceso de acrecentación de la identidad analítica transitoriamente perdida; ese pasaje es del orden de la creatividad. La experiencia analítica se encuentra regulada por una ley, la regla de abstinencia.

En un nivel, la regla de abstinencia regula las acciones del analista, preserva al analizado de la influencia sugestiva y de la arbitrariedad, indica el sentido de la acción terapéutica y delimita el significado de la comunicación. [SIC]

Esta regla ha enfatizado su vertiente negativa, pero si se la considera en sus aspectos positivos, faculta al analista para discernir las conductas que tienden al descubrimiento de la significación, de aquellas otras que se apartan de ese objetivo. [El descubrimiento de la significación estanca el análisis, pues ata el ste al sgdo y detiene la metonimia].

Retomando la metáfora de los rayos X que usa Freud (1937) sostiene que la regla de abstinencia funciona como una protección de plomo de las que se reviste el analista para realizar su tarea. Pero el plomo es muy pesado. Los autores conceptualizan los aspectos negativos de la regla de abstinencia como el peso del plomo que frena la acción. Proponen entonces la regla de abstinencia como aspiración ideal, la regla de abstinencia es un anhelo de representación. Esto es lo que llamamos alivianar la regla de abstinencia. Este anhelo de representación es el entramado entre las prohibiciones de la regla de abstinencia y los vitalmente necesarios afectos y acciones del analista en relación con su paciente.

2. Perinot, Willy: La regla fundamental del psicoanálisis; sus fundamentos; la regla de abstinencia; la asociación libre (AL); la atención libremente flotante (ALF); el material; el observable. 1994: vol.51 n. 1 -2, p. 295-313.

La regla fundamental del psicoanálisis (REP) constituida por la asociación libre (AL) para el paciente, su contrapartida para el médico, la atención libremente flotante (ALF) y la regla de abstinencia (RA) son los elementos que identifican y distinguen la técnica del psicoanálisis de otras formas de psicoterapia.(Perinot, 1994: 295,296)

[...] por abstinencia no debe entenderse la privación de una necesidad cualquiera siguiendo simplemente un principio ético de origen ascético, ni tampoco lo que se entiende en el sentido popular, a saber, la abstención del comercio sexual; se trata de algo diverso que tiene que ver con la dinámica misma de la contracción de la enfermedad y de la posibilidad de recuperación. [...] El paciente enfermó como consecuencia de una frustración reciente y sus síntomas son satisfacciones sustitutivas con las que se compensa de su pérdida. [...]

El material del que se ocupa el psicoanálisis y acerca del cual extrae conclusiones no es lo real acontecido, sino del relato que del mismo hace el paciente durante la sesión psicoanalítica. [...]

Buscamos del paciente dos cosas: que asocie libremente e intensifique su atención para sus percepciones psíquicas y que suspenda la crítica con que acostumbra expurgar los pensamientos que afloran. [...] (Perinot, 1994: 308)

3. Cartolano de Mandet, Elsa Susana: Problemáticas clínicas: neutralidad y abstinencia.2002: vol.59 n. 1,67-85.

“La neutralidad y la abstinencia [...] ponen en juego la evaluación de la eficacia terapéutica del psicoanálisis”.

Neutralidad y abstinencia son términos que no provienen de una terminología específicamente psicoanalítica. Ambos conceptos se relacionan con la asociación libre, la regla fundamental y la atención flotante. Estos conceptos se han definido de manera diversa según las teorías que los sustenten, las patologías que estén en juego y el momento en que estas discusiones han tenido lugar. Debemos tener en cuenta cómo operan las teorías en la mente del analista. Los sistemas de teorías se constituyen en creencias y convicciones relacionadas con un ideal teórico.

Freud plantea la cuestión de la abstinencia desde dos ejes: la abstinencia sexual y la angustia que esta provoca y la abstinencia como regla y principio de la cura.

La neutralidad se plantea como posición del analista de la cual deriva la regla de abstinencia. La neutralidad está en íntima relación con la atención flotante.

Neutralidad y abstinencia son premisas de la práctica clínica. Presentan un carácter de condición y obstáculo. Más allá de los preceptos concientes, neutralidad y abstinencia se inscriben en la mente del analista como premisas de su práctica, introduciendo ideales y creencias.

El encuadre constituye el elemento más neutro del dispositivo analítico. Bleger señala al encuadre como un “no proceso” en tanto hay factores constantes y fijos. La ocasional ruptura del encuadre podría llevar a la superficie aquellos elementos mudos y fijos. El encuadre constituye el campo privilegiado donde la neutralidad manifiesta sus posibilidades y vacilaciones. El mantenimiento del encuadre se desarrolla a conflictivo y silencioso y por ello, conserva una potencialidad que puede constituirse en la vía regia del elemento menos analizado. Lacan plantea al analista como causa del decir. Causa en tanto imposible y pérdida original. La neutralidad queda planteada como una nada de deseo en el ser para el otro.

Abstinencia y neutralidad ordenan el quehacer del analista son posiciones solidarias con un deseo de investigar. El mejor modo de abstenerse es la ignorancia. Abstenerse de comprender.

La creencia de que la función analítica se sostiene en tanto el analista logre cierta opacidad, en beneficio de una mayor neutralidad en el proceso, se tropieza con aquellas ocasiones donde el azar o las circunstancias de la vida cotidiana van a precipitar alguna manifestación de la realidad del analista. Neutralidad y abstinencia designan una posición que el analista irá construyendo en la práctica cotidiana, no como intencionalidad sino como “historización significativa” de su práctica, y que como tal sufrirá vacilaciones múltiples. [La función analítica se lleva a cabo por un sujeto, el analista, ubicado también en la singularidad de su historia, abierto a las resonancias afectivas que el discurso del paciente genera.]

Toma como referentes teóricos a Ariel, Bleger, Freud, Lacan y Laplanche.

2.1.3. Referencias a la REGLA DE ABSTINENCIA

A continuación se enunciarán por orden de aparición los artículos consultados que hacen referencia a la regla de abstinencia.

1. Baranger, Willy: Interpretación e ideología: sobre la regla de abstinencia ideológica. 1957: vol.14 n. 1 -2, p. 13-22.
2. Basch, Michael Franz: Publicaciones previas al 36 Congreso Psicoanalítico Internacional: ¿Adónde va el método psicoanalítico? 1989: vol.47 n. 1, p. 5-9.
3. Raggi de Leonetti, Marta C.: Así curaba Freud. 1989: vol.46 n. 2 -3, p. 384-400.
4. Guiter, Marcos: Diferencias entre psicoterapia y psicoanálisis. 1992: vol.49 n. 2, p. 297-311.
5. Cesio, Fidias R.: Heinrich Racker; el descubrimiento de la contratransferencia; evolución del concepto. 1993: vol.50 n. 3, p. 627-636.

Referencias a la REGLA DE ABSTINENCIA: análisis de contenido

Vamos a realizar el análisis de contenido de los textos que hemos referenciado más arriba.

1. Baranger, Willy: Interpretación e ideología: sobre la regla de abstinencia ideológica. 1957: vol.14 n. 1 -2, p. 13-22

Esta regla de formularse como sigue: "El psicoanalista debe abstenerse de toda influencia sobre el paciente en el campo ideológico" Es decir que debe evitar que sus convicciones en el campo religioso, político, filosófico, ético, etc. intervengan en el análisis de los pacientes" (pág. 13)

Esta regla es inaplicable e inaplicada de hecho por las siguientes razones:

Esta regla supone el aislamiento de un sector de la personalidad del analista. No se puede dissociar el analista y el hombre, sostiene Baranger. "Ya se abandonó como inadecuada la metáfora del analista como pantalla o espejo."

El interpretar por neutral que sea implica la participación de los sectores ideológicos. El aislamiento ideológico en el analista implica el desconocimiento de la ideología del paciente.

La ideología científica del analista (los principios y conceptos psicológicos que utiliza en su interpretación) no es independiente de las otras concepciones ideológicas.

El criterio de curación implica en sí mismo una actitud normativa. Por ejemplo, dudo que un analista se quede realmente satisfecho de haber conseguido la mejoría de un homosexual mal adaptado en un homosexual bien adaptado.” [sic] La interpretación es retrospectiva y prospectiva. Interpretar significa actuar en el plano simbólico y esta actuación está dirigida por una intencionalidad. El analista tiende a reasegurar su neutralidad aferrándose a la ilusión de una actitud puramente retrospectiva.

El psicoanálisis es una ideología.

Todas estas normas teóricas se complementan por una observación de hecho: la existencia de modificaciones ideológicas en el paciente en el curso del análisis. La interpretación siendo traducción del material en un lenguaje que permita al paciente tomar conciencia de sí mismo es por definición una relación ideológica. La relación analizado analista es una relación ideológica y la regla de abstención es contradictoria con la esencia misma de la relación interpretativa.

Actitudes del paciente que provienen del carácter ideológico de la interpretación:

Búsqueda de consejo

Búsqueda de una normalidad superyoica.

El psicoanálisis trata de favorecer el desarrollo de una mayor libertad en el paciente en el plano ideológico (pág. 17)

El análisis de las ideologías constituye una vía de acceso a las angustias paranoides y depresivas, ya que la ideología es uno de los modos de elaborarlas. La no aplicabilidad de la regla de abstención psicológica no significa que podamos prescindir de ella. Por ella el analista tiende como hacia un ideal, a no tomar la posición de juez o de guía, ni en el terreno de la realidad, ni en el de los valores. Pero en su función de interpretar, no puede aclarar una situación presente sin referirse a su pasado ni influir en su porvenir. Esto manifiesta la actuación de un factor ideológico y la dificultad de aplicar la regla. (pág. 18)

2) Basch, Michael Franz: Publicaciones previas al 36 Congreso Psicoanalítico Internacional: Adonde va el método psicoanalítico? 1989: vol.47 n. 1, p. 5-9.

El método psicoanalítico es un enfoque que puede resumirse con los términos neutralidad, abstinencia y empatía (Basch 1989: 5)

“Nuestros insights constituyen un patrón en términos del cual evaluamos las producciones de la paciente con el fin de captar el significado de lo que dice.

Los pacientes del tipo que Freud describió son escasos y separados en el tiempo. (pág. 6)

Desde estos primeros días del psicoanálisis, se han hecho constantes intentos [...] por ayudar a estos pacientes menos maduros [...] dejando de lado el concepto de que la tarea del analista se limita a interpretar la transferencia y a la reconstrucción genética. En la práctica, esto significaba que el analista [...] dejaba de lado la actitud de abstinencia y actuaba como progenitor y/o educador en la relación con el paciente.”

Gracias a los trabajos de Kohut (década del 50) “podíamos manejar las necesidades, las exigencias, los temores [...] de nuestros pacientes sin apartarnos del método psicoanalítico.” (Basch, 1989: 7)

3. Raggi de Leonetti, Marta C.: Así curaba Freud. 1989: vol. 46 n. 2 -3, p. 384-400.

Rastreando el desarrollo de la técnica freudiana se pueden distinguir dos períodos: uno que va de 1889 a 1899, en el que Freud descubre el método analítico. Otro de 1899 a 1923 en el que quedan establecidas las bases de la técnica psicoanalítica.

Primer período:

El objetivo terapéutico era traer a la conciencia de la paciente el recuerdo del trauma con todos sus afectos y expresarlos verbalmente. La curación era sintomática, actuaba sobre las causas desencadenantes de los síntomas de la

histeria, pero no evitaba que surgieran nuevos síntomas bajo la acción de nuevos traumas. (Raggi de Leonetti , 1989: 386)

Entre los elementos técnicos que conformaban en ese momento su método terapéutico se destacaban:

- ❖ La autoridad médica
- ❖ El interés intelectual
- ❖ Las promesas de curación
- ❖ El ganarse la confianza
- ❖ La observación del rostro de la paciente
- ❖ El síntoma de la brújula (para ver si la “confesión” provocaba la desaparición del dolor)
- ❖ La observación de todos los puntos del relato
- ❖ La actitud de Freud frente a los sentimientos de culpa o vergüenza.

Segundo período:

“Freud percibió que la neurosis creaba la relación transferencial y que esta encerraba un doble valor: constituía un factor necesario del que no podía prescindirse y, a la vez, un elemento peligrosos que se transformaba en resistencia” (Raggi de Leonetti, 1989: 391)

La actitud de Freud frente a la libre asociación se había vuelto totalmente pasible; permitía desarrollar naturalmente los pensamientos, dando libertad en su elección. Sin embargo, todavía la neutralidad analítica no se había desprendido como un componente de la técnica analítica. Freud cuando el paciente tenía hambre le daba de comer, le recomendaba libros para leer, lo hacía participar de sus propios juicios estéticos y le permitía violar el setting analítico accediendo a que se levantara del diván, se paseara y lo mirara a la cara.

La transferencia pasó a ser un instrumento terapéutico [...] Freud contribuyó con toda una serie de consejos técnicos para salvaguardar la evaluación y resolución de la transferencia. (Raggi de Leonetti, 1989: 394)

Neutralidad analítica: El anonimato del analista evitaba la contaminación y riesgo del progreso transferencial. El símil del espejo definía la actitud analítica que

permitía poner en evidencia la falta de realidad de las reacciones, su procedencia infantil y los mecanismos de desplazamiento y proyección.

Regla de abstinencia: Teniendo en cuenta que las privaciones enferman al paciente, el analista con su actitud de abstinencia brindaba al enfermo los elementos frustrantes que activan las viejas frustraciones. Los fenómenos de regresión y desplazamiento convierten al médico en blanco sobre el que el neurótico insatisfecho instintivamente repite y revive inconscientemente todo lo que vivió anteriormente, ahora en busca de satisfacción.

Llevar al paciente a recordar lo que tiende a repetir: Las reacciones transferenciales tienen como característica sobresaliente la repetitividad...”

Interpretación de la resistencia: mostrarle al paciente las resistencias para que las elabore y las domine.

Atención flotante: Era la contraparte de la asociación libre

Contratransferencia: Llamó así a la transferencia que surgía en el médico ante el influjo del enfermo sobre su inconsciente.

En 1920 Freud escribe su último historial clínico, “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina” (Raggi de Leonetti, 1989: 396/7). En este historial Freud subrayó por primera vez la importancia que tenía para el analítico dividir el proceso terapéutico en dos fases que cumplimentaban distintos objetivos. La primera pone el acento en el médico, quien sobre la base de las asociaciones del paciente, le debe dar a conocer sus hipótesis sobre la enfermedad y los postulados del análisis. La segunda recae sobre el paciente, quien tiene a su cargo la labor de vencer las resistencias, recordar lo reprimido y así confirmar y rectificar la hipótesis del médico.

4. Guiter, Marcos: Diferencias entre psicoterapia y psicoanálisis. 1992: vol. 49 n. 2, p. 297-311.

“El psicoanálisis parte de supuestos básicos [...] como la existencia de un psiquismo inconsciente, la sexualidad infantil, el complejo de Edipo, el fenómeno de la transferencia-contratransferencia y el postulado de que el método

terapéutico consiste básicamente en el hecho de hacer consciente lo inconsciente, es decir, que el analista no agrega ni quita nada de sí al proceso, sino que todo consiste en que la persona en análisis cura de manera indirecta por el hecho del conocimiento de su propio, auténtico y desconocido ser...” (Guitter, 1992: 297)

“En cuanto al psicoanalista su diferencia con el psicoterapeuta se debe más a la actitud mental, resultado de una disposición personal y de una larga experiencia, que de una propuesta conciente. Puede hacer más psicoanálisis un psicoanalista que tenga esa disposición interna y se proponga hacer psicoterapia, que no quien no la tenga y se proponga hacer psicoanálisis. El psicoanálisis es también, desde luego, una psicoterapia, dado que se propone curar por medios psíquicos. [...]La diferencia existente entre ambos métodos comienza por la idoneidad del psicoanalista...” (298)

“El pensamiento psicoanalítico es una disposición para deslindar con facilidad la realidad externa de la interna o si se prefiere, fantasía de realidad.” (Guitter, 1992: 299)

“La capacidad simbólica dirigida a lo psíquico, constituye lo que llamamos disposición al insight, al reconocimiento del o propio psíquico, al poder tomar contacto con el inconsciente de uno mismo.”

“Otro punto crucial en la diferencia que estamos estudiando es la cuestión de la verdad. Como todo investigador, el psicoanalista busca la verdad. El bien, es decir la cura, es una consecuencia indirecta de la primera. El psicoanalista no pretende dar consuelo, ni apoyo, ni consejos, ni sugerencias, sino que se limita a interpretar, es decir a conjeturar sobre la verdad del analizado [...] El psicoanálisis es la más dolorosa de las psicoterapias. Por eso es la más resistida”. (Guitter, 1992: 300)

“Requisitos técnicos:

1. El número de sesiones semanales. [...] lo ideal son cinco veces por semana.
2. El uso del diván. Creo que, a la larga, sin diván no hay análisis [...]
3. La transferencia. [...] De manera que una psicoterapia que no tome en cuenta y utilice de manera significativa el fenómeno de la transferencia, no puede llamarse

psicoanalítica. De la misma manera incluimos el fenómeno de la contratransferencia.

La consideración de la contratransferencia es muy especialmente patrimonio del psicoanálisis. Es improbable que en otras psicoterapias se tome en cuenta este factor.

4. La regla de abstinencia. El psicoanalista debe abstenerse de cualquier actividad que no sea interpretar. Esas actividades pueden referirse a tener relaciones sexuales o sociales de cualquier naturaleza, salvo las mínimas reglas de cortesía del vínculo entre dos personas [...] Debemos recalcar que el psicoanalista no trabaja con la realidad externa sino con la fantasía. Su campo de acción es el mundo interno, no el externo. Por eso las intervenciones del analista que operen sobre la realidad del analizado no tienen ningún valor analítico y son en general perturbadoras. [...]

5. No puede haber límite de tiempo. Este es indeterminable. Cada persona tiene el suyo....”

5. Cesio, Fidas R. Heinrich Racker; el descubrimiento de la contratransferencia; evolución del concepto. 1993: vol.50 n. 3, p. 627-636.

“La contratransferencia es definida por Racker como “la reacción total del analista al paciente y distinguió, en sus expresiones máximas, la contratransferencia concordante y la complementaria. La primera consiste en que en el yo el superyo y el ello del analista se reproducen las mismas estructuras que en el paciente-que explica la formulación de Freud acerca de que el autoanálisis resulta la vía regia para el conocimiento y la comprensión de la estructura y contenidos del aparato psíquico del paciente-. En cuanto a la segunda, la contratransferencia complementaria, resulta de la identificación como otro deseado, odiado o extrañado por el paciente y viceversa”. (Cesio, 1993: 628)

“Simultáneamente en Londres, Paula Heimman desarrollaba el concepto acerca de la contratransferencia.

La prehistoria del concepto la encontramos en la obra de Freud, en particular en 'Las Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica'. Nos dice: 'nos hemos vistos llevados a prestar atención a la contratransferencia que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine [...] cada psicoanalista solo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida medida que hace sus experiencias en los enfermos'.

Posteriormente M. Klein con sus trabajos sobre las relaciones de objeto y la identificación proyectiva abrió el camino a la elaboración del concepto. [...]

Racker creó en Buenos Aires toda una escuela sobre contratransferencia que junto con la inglesa, la incorporaron en la teoría y en la práctica del psicoanálisis como un elemento fundamental".

"Las identificaciones directas como fundamento de la contratransferencia. Ya en el encuentro [cuando se ven por primera vez] tienen lugar las identificaciones directas fundamentales." (Cesio, 1993: 630)

"Al sostener la abstinencia propia del encuadre, el analista prohíbe las manifestaciones sexuales – las actuaciones- en último término el incesto. De esta manera, desde el inicio del análisis son la prohibición están activados en la transferencia-contratransferencia los contenidos incestuosos. [...] Mis observaciones acerca del letargo y sus variaciones – distracción, aburrimiento, cansancio, angustia, etc. Que en mayor o menor grado aparecen en las sesiones [...] deriva de la excitación, intensificada por el encuadre de la sesión, en particular la regla de abstinencia, del incesto que está sepultado y de sus derivados inmediatos. [...] Mientras que por un lado el analista registra en su conciencia huellas acústicas que se hacen palabras que reciben transferencias, por otro lado, recibe las identificaciones directas que conmueven sus fundamentos y se manifiestan como afectos. [...] El psicoanálisis ha pasado de la revelación a la negociación, de la imagen de un analista distante que promueve la emergencia de un material inconsciente a la mutualidad que requiere una teoría

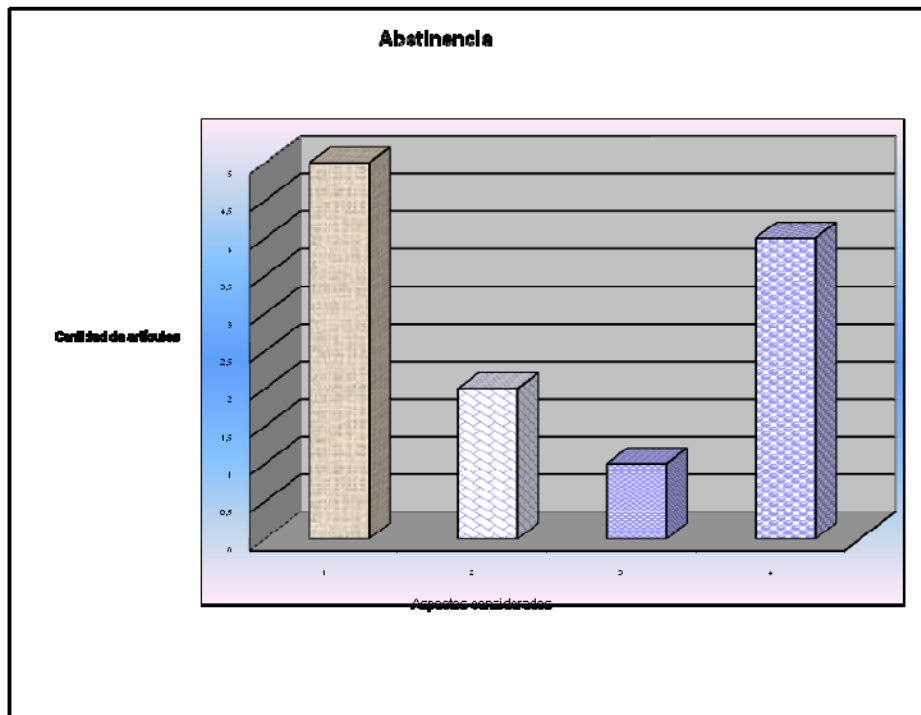
nueva para explicar el modo en que dos personas se afectan una a la otra. Esta teoría no puede ni debe ser tal que desdeñe nuestra capacidad de ver más allá de explicaciones que mantienen la negociación en un nivel consciente [...] “.

Resumiendo:

De un total de nueve artículos, cinco señalan que la abstinencia es el elemento distintivo de la clínica psicoanalítica. Dos de ellos ubican la abstinencia unida a la neutralidad. Sólo Gálvez y Maldonado señalan las dos caras de la abstinencia distinguiendo aspectos positivos y negativos. Cuatro de los autores señalan que la abstinencia es un ideal inalcanzable.

Abstinencia sexual- regla de abstinencia	
1-Elemento distintivo de la clínica	5
2-Abstinencia unida a la neutralidad	2
3-Las dos caras de la abstinencia	1
4-Abstinencia: ideal inalcanzable	4
TOTAL DE ARTÍCULOS CONSULTADOS	9

Gráficamente:



2.2. La neutralidad en los artículos de la Revista de la APA desde 1943 hasta 2003

Para alcanzar el objetivo propuesto hemos recurrido al archivo de publicaciones periódicas de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) para rastrear allí el tratamiento que recibe este concepto. Encontramos seis publicaciones desde el año 1943 hasta la actualidad.

2.2.1. Referencias a la neutralidad

1. Le Guen, Claude.(1988) Necesidades y riesgos del control de la regresión. Vol.45 n. 4, p. 749-754.
2. Avenburg, R; Baranger, M; Dunayevich (coord), M; Milmaniene, J. (1994) Mesa redonda: La ética en psicoanálisis; punto de encuentro entre la teoría y la clínica. Vol.51 n. 3, p. 387-419.
3. Stern, G; Cooper, A (1994) Una psicoterapia como comienzo del análisis. Vol.Internacional n. 3, p. 225-246.
4. Renik, O. (1996) El poder del paciente. Vol. Internacional n. 5, p.137-147.
5. Manfredi Turillazi, S; Ponsi, M. (1999) La subjetividad del psicoanalista entre la autorrevelación y la autocontención. Vol.56 n. 3, p. 479-499.
6. Cartolano de Mandet, E. (2002) Problemáticas clínicas: neutralidad y abstinencia. Vol. 59 n. 1, 67-85. (Ya fue analizado en el apartado de abstinencia)
7. Guiter, Marcos: Diferencias entre psicoterapia y psicoanálisis. 1992: vol.49 n. 2, p. 297-311. (Ya fue analizado en el apartado de abstinencia).
8. Cesio, Fidiás R. (1993) Heinrich Racker; el descubrimiento de la contratransferencia; evolución del concepto. 1993: Vol. 50 n. 3, p. 627-636. (Ya fue analizado en el apartado de abstinencia).

Referencias a la neutralidad: análisis de contenido

Hemos sometido estos materiales a un proceso de análisis de contenido tendiente a identificar el abordaje que recibe el concepto de neutralidad en la bibliografía consultada. Hemos tratado de identificar en ellos los puntos de contacto o de separación con lo que plantea Freud.

1. Le Guen, Claude.(1988) Necesidades y riesgos del control de la regresión. Vol.45 n. 4, p. 749-754.

“El itinerario de las curas depende mucho más de de las `cualidades analíticas´ de los protagonistas que de las virtudes técnicas específicas de cada escuela” [Refiere a las escuelas Kleiniana, Freudiana y Lacaniana] “... ni la curación, ni [...] la desaparición de un síntoma bastan para comprobar la eficacia o la validez de la técnica utilizada. [...] es la práctica la que puede y debe instruirnos sobre las teorías”

“De este modo, todo sería más simple si el psicoanálisis no fuera “un método de tratamiento” además de “un procedimiento de investigación”. Puesto que se propone modificar, cambiar el objeto que estudia, el psicoanálisis presenta el riesgo de desnaturalizar las manifestaciones de este objeto hasta borrarlo. Por eso se insiste tanto en la neutralidad del analista, recaudo indispensable frente a la tentación, tan constante cuan a menudo olvidada, de la manipulación. El conjunto de estos procedimientos forman parte de lo que llamamos nuestra “técnica”. [...] la regresión del paciente en la cura es un medio y una condición necesaria de la eficacia de esta. Pero también en este caso la situación se complica porque es imperativo que el analista controle la regresión. En el acto de mencionar este “control” de ninguna manera cuestiono la indispensable neutralidad del analista. Al contrario diremos que ese control es la condición misma del respeto de su neutralidad: permite la observancia de la regla fundamental así como de la regla de abstinencia. [...] nos inclinaríamos a pensar que nada de lo que el analista dice será indiferente ni dejará de traer consecuencias. Es cierto que no se puede sugerir nada que no esté ya implícito en el preconiente o inconsciente del sugestionado. Pero las direcciones que en

ese caso toman las asociaciones no necesariamente seguirán las facilitaciones más favorables para la modificación psíquica...”

“Por añadidura, si admitimos la hipótesis formulada por Freud (en una nota de Inhibición, síntoma y angustia) según la cual “no es evidente de suyo, y tal vez ni siquiera es la habitual, que lo reprimido persista inmutado e inmutable” llegamos a decirnos que si intervenimos demasiado, corremos el riesgo de influir demasiado sobre eso reprimido. Dicho de otro modo: se corre el riesgo de pasar de una sugestión (implícita e inevitable y tal vez benéfica) a una sugestión (constrictiva, deformante y por fuerza nociva)”.

“Un doble riesgo amenaza de continua: o la ineficacia por exceso de neutralidad o el condicionamiento por abuso de intervención. [...] la explotación de la transferencia/contratransferencia se sitúa en el corazón mismo de nuestra práctica: es el eje de toda técnica psicoanalítica, en tanto condición de su validez”.

“Actualmente, creo que podemos considerar que la relación transferencia / contratransferencia se presenta cada vez más como un par indisociable. [...] Para esquematizar diré que la transferencia es un producto puro de la regresión, en tanto que la contratransferencia sólo es utilizable en la medida que se constituye como instrumento al servicio del control de la regresión... El trabajo sobre la regresión y sobre su control [...] es el criterio de pertenencia al psicoanálisis. [...] toda mi experiencia con analizandos que han pasado por divanes de lacanianos me prueba que las técnicas de éstos traban el desarrollo de una libre regresión y exacerbaban el control hasta volverlo “silvestre”. De esta manera desembocan en un abandono por parte del paciente, sea en su sometimiento. Así se apartan del psicoanálisis”.

2. Avenburg, R; Baranger, M; Dunayevich, M; Milmaniene, J. (1994) Mesa redonda: La ética en psicoanálisis; punto de encuentro entre la teoría y la clínica. Vol.51 n. 3, p. 387-419.

Madeleine de Baranger: "... Muchos de los problemas éticos son el realidad problemas técnicos [...] Clásicamente, desde Sócrates y Platón, la ética presupone un sujeto uno e indivisible, centro del pensamiento de la acción. Con el descubrimiento del inconsciente, este sujeto deja de ser "amo en su propia casa" .Es dividido y radicalmente ajeno a sí mismo. La "spaltung" no es un mecanismo de defensa sino la condición estructural que queda implícita en todo mecanismo de defensa..." (389)

Hablemos de la neutralidad del analista y de lo que se llamó la regla de abstención ideológica. El análisis no es adoctrinamiento. Pero el peor adoctrinamiento proviene [...] del adoctrinamiento al paciente que lleva implícito su propio esquema referencial. El proceso analítico no puede ser la sustitución de un discurso por otro. [...] Las palabras vehiculizan una ideología [...]

La regla de abstención ideológica podría formularse: El psicoanalista debe abstenerse de toda influencia sobre el paciente en el campo ideológico, es decir, debe evitar que sus convicciones propias en el campo religioso, político, filosófico, ético, etc. Intervengan en el análisis de sus pacientes.

Esta neutralidad y esta abstinencia tienen sus límites. La conclusión extrema sería no desear nada para nuestro paciente. Pero preferimos la vida a la muerte, el amor al odio...Y estas preferencias [...] se filtran en las formulaciones de nuestras interpretaciones [...]

La regla de abstención ideológica es inaplicable y sin embargo, imprescindible y definitoria del procedimiento analítico por oposición a otras terapéuticas.

La neutralidad es inaplicable por las siguientes razones:

1. El analista está presente más que con sus solos conocimientos, como inconsciente en consonancia con el inconsciente del analizado.
2. Toda interpretación tiene un aspecto prospectivo. [...]

El psicoanálisis en sí es un ideología [...] (392)

La regla de abstinencia es una regla ética, que necesita de parte del analista, una suerte de ascesis. Lacan la compara a la ética del estoico [...]

Otro problema que se nos plantea es el de la realidad. [...]

Milmaniene (1994: 393) En primer lugar, creo que se impone una nítida delimitación entre un par de términos que se suelen confundir en la práctica: la neutralidad ideológica y la abstinencia ética. Esta confusión [...] es correlativa de otras confusiones frecuentes: entre ética y moral; entre la Ley y las normas. [...] el analista debe resguardarse de infiltrar su discurso de valoraciones ideológicas, las que siempre suponen un universo moral de raíz superyoica [...] la interpretación debe apuntar a reducir el gradiente de goce de todo síntoma [...] la pérdida de la neutralidad ideológica aleja al paciente de la cura, dado que fuerza a este al sostenimiento de las convicciones narcisistas e imaginarias de su analista. [...] El esfuerzo terapéutico psicoanalítico no consiste de ningún modo pues en cambiar una ideología “enferma” por otra más “sana”, aunque esta última sea más operativa, funcional, exitosa o adaptativa en relación al contexto normativo sociocultural prevaleciente en cada tiempo histórico. [...] el analista debe comprometerse éticamente [...] dado que su práctica debe tender a reducir el goce para conducir al paciente al territorio del placer que está delimitado por la ley del Padre. La ética se asienta sobre la ley del Padre. [...] cuando la dirección de la cura por parte del analista carece de presupuestos éticos [...] se refuerza el goce (395) [...] la abstinencia ética suele desembocar en la complicidad del analista con los actings o actuaciones del paciente, a los que en definitiva propicia cuando aquel no se juega en la apuesta del acto analítico. [...] Un modo frecuente de abstinencia ética es el configurado por la actitud de ciertos analistas que en lugar de desalojar al sujeto del goce lo sostienen en el confort de su síntoma. [...]El analista se convierte en un mero cómplice de alguien que persiste en el desconocimiento de la causa de sus padecimientos. [...]Nadie sale del goce por si mismo, la interpretación y el trabajo de transferencia del analista debe forzar una salida hacia el territorio del placer...”

(398) “que el analista imponga la abstinencia para poder fundar el espacio de la palabra. La abstinencia no en el sentido moral sino la abstinencia en el sentido de recusar toda actino como precondition de la cura”.

(399) Avenburg “la ética mía como yo psicoanalista, no se diferencia de mi ética como ser humano, yo no la diferenciaría, yo soy yo, analizando, actuando, etc. De

modo que no creo que haya una ética para el psicoanálisis, una ética para la vida: la ética del psicoanálisis es la ética que cada uno tiene en la vida [...] Mi ética vital, ahora como psicoanalista es [...] disminuir el sufrimiento del paciente [...] lo hago a través de hacer consciente lo inconsciente. [...]

(401) Yo puedo tener mi sistema de valores, puedo tener mis categorías éticas. Creo, que ahí sí, eso hace a la ética del psicoanalista, es no imponer mi tabla de valores ni mis categorías éticas al paciente salvo situaciones extremas. Hay una categoría ética que tiene que ver con defender la vida, tanto del paciente como del otro, es decir, en situaciones límites, crimen, suicidio, etc. Ahí es claro que yo voy a pelear por la vida frente a la muerte. Es mi categoría ética básica. [...]

(402) Freud se refirió a la abstinencia en lo que hace a la neurosis de transferencia y abstenerse de tener relaciones sexuales con los paciente, etc. Creo que obviamente estos términos se pueden extender un poco más y plantearse en términos de abstenerse de estar ubicando colocando, imponiendo categorías propias que, o no sirven o funcionan a nivel del Ideal del yo. [...] Yo creo que la ética es ética yoica, en tanto ética consciente... El tema es hacer consciente lo inconsciente para que el yo del paciente haga su propia síntesis...”

3. Stern, G; Cooper, A (1994) Una psicoterapia como comienzo del análisis. Vol. Internacional n. 3, p. 225-246.

“...La mayoría de los psicoanalistas aceptarían hoy que los pacientes analíticos no nacen sino que se hacen. (226) [...] En las circunstancias actuales, una gran proporción de los pacientes que consultan a un analista buscan en realidad psicoterapia. [...] si el analista aspira a ayudar al paciente, debe iniciar el análisis con una psicoterapia... [...] Durante la primera parte de este siglo, prevaleció el criterio de que las técnicas del análisis y la psicoterapia tenían una relación polar [...] La abstinencia, la neutralidad y el anonimato del analista se consideraban esenciales para la técnica analítica, lo cual significaba que el analista debía abstenerse de revelar aspectos de su presencia personal y de su carácter.

Con el correr del tiempo, un espectro conceptual reemplazó la idea de una polaridad estricta entre la psicoterapia y el psicoanálisis. (227)

Criterios más nuevos, derivados de los conceptos de identificación proyectiva, el papel de la contratransferencia, la idea de que un proceso analítico es intersubjetivo e interpersonal, modificaron las nociones de abstinencia y anonimato. [...] La neutralidad, la abstinencia y el anonimato habían sido rasgos distintivos del proceso analítico, pero lo que se entiende por abstinencia y neutralidad pueden no incluir ya la noción literal de que las características personales del analista deben quedar excluidas del proceso. En la actualidad muchos analistas dan por sentado que no son anónimos. (229)

Si suponemos que el proceso analítico es intersubjetivo, planteamos al analista el problema de la autoinclusión. (230) Según nuestro concepto actual, más amplio de neutralidad, las intervenciones que antes se consideraban no neutrales se ven bajo una luz distinta. Algunos autores que presentan ejemplos de acción realizada a partir de un estímulo en la contratransferencia aclaran porqué se expresaron de una manera particular en un momento dado. (Bollas, 1983, Ehrenberg, 1984) En muchos ejemplos clínicos que ofrece la literatura contemporánea, el analista habla a partir de su sentimiento contratransferencial, cuando el paciente de una manera u otra usa defensas que lo aparten de la relación.(230)”

4. Renik, O. (1996) El poder del paciente. Vol. Internacional n. 5, p.137-147.

“El poder se negocia entre los dos miembros de la pareja analítica dentro del contexto de sus supuestos a priori.

Más de una vez oímos decir que hay un desequilibrio de poder inherente a la relación analítica debido a que el paciente lleva al tratamiento su necesidad de ayuda, al tiempo que el analista aporta al tratamiento su deseo de ayudar. Sin embargo, creo que, si somos honestos con nosotros mismos, tendremos que admitir que esta aparente asimetría es sólo superficial y comienza a desaparecer en cuanto nuestra mirada llega a niveles más profundos. [...] ¿Cuántas veces el

analista desea reparar a un paciente tal como, en su infancia, deseo reparar a alguien cuyos cuidados necesitaba? Nuestra empatía como analistas se basa en nuestras necesidades, y no meramente en las viejas necesidades [...] sino en las necesidades actuales. [...] El poder del analista y el del paciente pueden diferir en ciertos sentidos `... pero sus poderes son idénticos.

[...] Pienso que al pretender haber alcanzado algún grado de anonimato y neutralidad, un analista promueve su propia idealización y cultiva una autoridad inmerecida que aumenta su poder y disminuye el de su paciente. [...] El concepto de neutralidad analítica lleva a mantenerse imparcial con respecto a los conflictos con los que el paciente parece estar luchando. [...] El concepto de neutralidad analítica también lleva a un analista a evitar toda participación emocional [...] en mi opinión, el intento de ser neutral no lleva a un analista a encontrar la técnica más eficaz, [...] deberíamos volver a examinar nuestra teoría con el objeto de reemplazar el concepto de neutralidad analítica. [...] deseo destacar que la balanza del poder en la relación terapéutica analítica se inclina hacia el analista cuando este tiene la neutralidad como ideal técnico. [...] Al permanecer neutral, un analista confía en no imponer su voluntad, en no imponerse al paciente. Empero, tal como muchos investigadores lo han señalado (Greenberg, 1991; Hoffman, 1996; Singer, 1977, Stolorow, 1990), la neutralidad del analista es mera ficción. Si un analista se presenta a su paciente, incluso como relativamente neutral, pretende así haber trascendido la influencia- a menudo inconsciente- de sus propios deseos, temores, esperanzas y valores, de una forma que de ninguna manera puede ser verdadera. Al hacerlo el analista otorga a su criterio una autoridad inmerecida. (145) Un analista que cree que puede alcanzar siquiera cierto grado de neutralidad asume el poder. [...] Por el contrario, un analista que acepta su no-neutralidad presenta sus propias interpretaciones al paciente como lo que son: opiniones, percepciones subjetivamente construidas e inferencias. [...] ...considero que además de aceptar su no neutralidad, es necesario que un analista explique a sus pacientes su no neutralidad. [...] mi experiencia me enseña que cuando un analista trata de mantenerse anónimo no facilita la autoinvestigación del paciente. [...] Lejos de disminuir al presencia del analista,

una actitud de anonimato tiende a ubicar al analista en el centro del escenario, a transformarlo en un misterio, y prepara el camino para que el paciente lo vea como una esfinge omnisciente cuyos designios no pueden conocerse y cuya autoridad por ende, no puede cuestionarse. [...] una posición de anonimato por parte del analista aumenta su poder y disminuye el del paciente, mientras que la política de autorrevelación racional lleva a un equilibrio de poder entre analista y paciente.” (146)

5. Manfredi Turillazi, S; Ponsi, M. (1999) La subjetividad del psicoanalista entre la autorrevelación y la autocontención. Vol.56 n. 3, p. 479-499.

Los conceptos de transferencia y contratransferencia cambian su significado “de ser una variable negativa pasan a ser un instrumento positivo de evaluación técnica” (479)

“Una vez caído el mito del analista anónimo y neutral (Renik, 1995; Stolorow y Atwood, 1997) nos preguntamos: si el psicoanalista no puede sustraerse de participar en el proceso de psicoanalítico con la propia subjetividad...” (480)

“En la literatura psicoanalítica norteamericana contemporánea hay una gran cantidad de escritos referentes a la subjetividad del psicoanalista y a la intersubjetividad del proceso psicoanalítico. No sucede lo mismo en Europa, donde hay una desconfianza manifiesta hacia aquello que Green (1997) ha llamado la `respuesta intersubjetiva´. En efecto, el intersubjetivismo se presenta a menudo con la característica de una respuesta al modelo que ha gobernado el psicoanálisis norteamericano, un modelo que se identifica con la teoría pulsional y con la psicología del yo, y, clínicamente, con una concepción de la relación analítica basada en la neutralidad, la abstinencia, el anonimato y la garantía de objetividad por parte del psicoanalista” [...] el concepto de intersubjetividad [...] es un desafío epistemológico y clínico al paradigma clásico que se considera, con más o menos razón, fundado sobre una orientación clínica positivista.”(480/481)

“Los psicoanalistas clásicos creen que el concepto de analista como observador relativamente objetivo aún es válido [...] Freud intentó resolver el problema

introduciendo el concepto de contratransferencia, definido en 1912 en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, como la transferencia del analista hacia el paciente.” (481)

“Mientras la transferencia produce una ineluctable distorsión, la contratransferencia lleva aun error técnico eliminable con el autoanálisis y con la experiencia.” (482)

“En la preparación de esta escuela revisionista han tenido una gran influencia el psicoanálisis cultural o interpersonal y la teoría de la relación de objeto de Melanie Klein y sus discípulos, en Inglaterra.” (482)

“Existen diversos modelos teóricos de intersubjetividad: los intersubjetivistas propiamente dichos (Atwood, Stolorow y otros) que se han empeñado en una reconceptualización teórica y metodológica radical del psicoanálisis, y aquellos como Orden (1994) que tienen una concepción totalizante de la contratransferencia. [...] Orden desalienta el proceso clínico orientado hacia la investigación de aquello que pertenece sólo al paciente. El paciente y el analista se deben esforzar por entender la experiencia de sus realidades subjetivas que interaccionan con la realidad intersubjetiva que crean juntos.”

“El rechazo de la hegemonía de la razón y de la racionalidad, el rechazo del presupuesto de una ciencia objetiva, neutral e inocente, ha dado lugar a una profunda desconfianza hacia cualquier pretensión de representar la realidad.[...] En este contexto cultural ha sido difícil continuar creyendo en el ideal científico positivista que indicaba un instrumento analítico objetivo. (484)

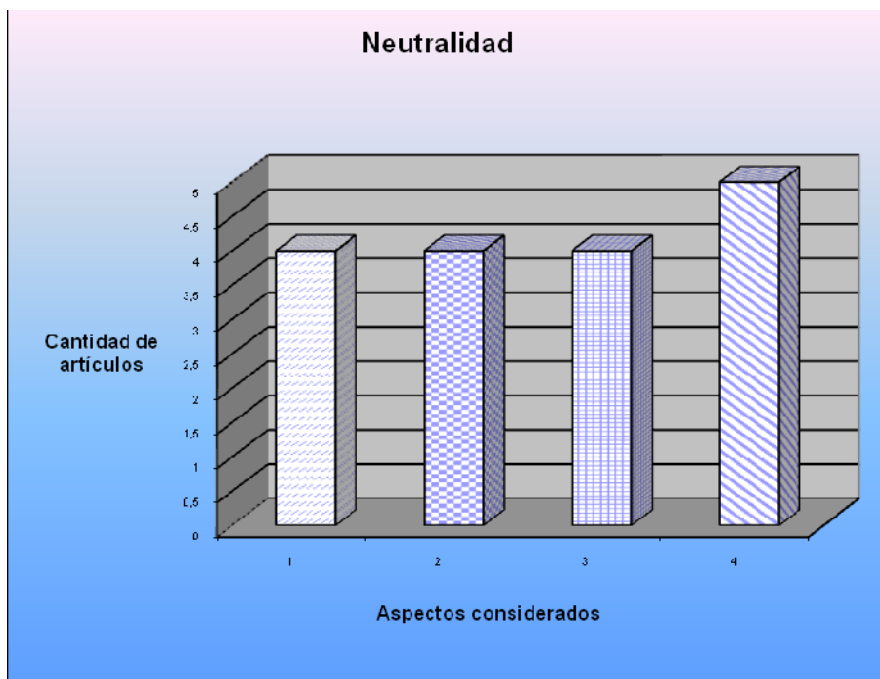
“Así es como en el psicoanálisis clínico europeo el modelo del analista como “pantalla opaca” rápidamente ha dejado lugar a otra concepción mucho más articulada de sus funciones: las fantasías y los afectos del paciente no sólo encuentran en el analista un objeto, un espejo en el cual reflejarse, sino también un sujeto que interviene sobre ellos con un aporte original.” (485)

Los autores definen “lo que tiene que permanecer como esencial en el psicoanálisis: ayudar al paciente a entender cómo funciona su mente.” (489)

Resumiendo:

Neutralidad	Artículos
La neutralidad como abstención ideológica	4
La neutralidad como un concepto en desuso que es reemplazado por la contratransferencia.	4
La contratransferencia como concepto central del psicoanálisis	4
La neutralidad vs. La contratransferencia	5
TOTAL DE ARTÍCULOS CONSULTADOS	8

Gráficamente:



Las categorías tomadas como objeto de análisis son comparadas en el presente cuadro de modo que: 1. La neutralidad como abstención ideológica está referida en cuatro artículos, 2. La neutralidad como un concepto en desuso que es reemplazado por la contratransferencia se encuentra referenciada en cuatro artículos, al igual que 3. La contratransferencia como concepto central del psicoanálisis. Finalmente, la moda con un total de cinco referencias resulta ser la última categoría, 4. La neutralidad vs. La contratransferencia.

3. Representaciones de los terapeutas referidas a la abstinencia y la neutralidad

3.1. Análisis cuantitativo

Las respuestas que dieron los terapeutas en forma manuscrita fueron transcritas en un documento de word³¹. Tomamos como muestra la transcripción de estas respuestas que corresponden a las preguntas 2 y 7 del Cuestionario administrado a 302 terapeutas, tal como queda expresado en la metodología.

Las preguntas que han hemos considerado para este trabajo son:

Pregunta 2: Un terapeuta se encuentra con su expaciente en una reunión social. Se produce entre ellos una intensa atracción y se dan las condiciones para iniciar la relación amorosa. ¿Qué debería hacer el terapeuta ante esto y por qué?

Pregunta 7: Un terapeuta se siente fuertemente atraído por su paciente y percibe que su sentimiento es correspondido ¿Qué debería hacer ante esto y por qué?

Hemos tomado en este punto la descripción cuantitativa de la muestra³². Dentro de la muestra compuesta por médicos psicoanalistas y psicólogos distinguimos:

	Psicólogos	Médicos
Edad	32,6% hasta 30 años	79,6% mayores de 41 años
Sexo	88,42 % mujeres	
	Mayor población femenina a menor edad	

³¹ Ver Anexo 4.

³² Datos extraídos de la tesis final de maestría de Miguel Malagrecá.

Inserción laboral	76,8% Práctica institucional	90,3% sector privado
	20% exclusivamente institucional	7,9% exclusivamente institucional
	A mayor edad mayor inserción privada	
Experiencia	65.91% con 21 años de experiencia o más	
Marco teórico	Psicoanalistas 44,34% freudianos 43,47% lacanianos	Psicoanalistas 52,38% freudianos 20,95% lacanianos
	Prevalencia de lacanianos entre los más jóvenes	

Las respuestas han sido organizadas en función del proceso de deliberación, decisión y justificación que llevó adelante cada terapeuta. En el caso de la situación 7 en la que el terapeuta se encuentra ante el dilema de comenzar o no una relación amorosa con un paciente actual. Observamos que en ningún caso los terapeutas avalan la concomitancia del vínculo terapéutico y el amoroso. Por consiguiente, las respuestas tienden a desvincular al terapeuta y al paciente de esa situación. De las 302 respuestas tabuladas distinguimos tres momentos en la respuesta que coinciden con el proceso mismo de elección ante una situación dilemática

Dentro de la primera fase, o fase de deliberación los terapeutas tuvieron en cuenta diferentes estrategias posibles. He identificado tres:

- * supervisar: 30 respuestas
- * analizar la situación o al mismo terapeuta: 82 respuestas
- * interpretar la atracción amorosa: 7 respuestas

En lo que hace a la toma de decisión. Las posibilidades han sido:

- * interrumpir el tratamiento: 55 respuestas. En algunos casos, se interrumpe para luego derivar al paciente, en otros, se interrumpe para comenzar una relación amorosa.
- * Derivar al paciente: 88 respuestas
- * No derivarlo y trabajar en el análisis la mutua atracción: 8 respuestas.

En lo que respecta a la justificación, no hemos cuantificado las respuestas por varios motivos. En primer lugar, porque han sido pocos los terapeutas que responden al “porque”. En segundo lugar, porque la justificación está cargada de referentes teóricos. Hay sólo cinco menciones explícitas a Freud y tres a Lacan. Sin embargo, para justificar la decisión, en los casos que se ha hecho, se utilizan términos teóricos provenientes del psicoanálisis. Como por ejemplo: transferencia, interpretación, deseo del analista, abstinencia, neutralidad, amor de transferencia, contratransferencia, etc. No hay ningún referente teórico de otra escuela psicológica. Esto es concomitante con los datos identificatorios de la encuesta volcados anteriormente.

3.2. Análisis cualitativo

Estas respuestas corresponden a las preguntas 2 y 7 del Cuestionario administrado a 302 terapeutas, tal como queda expresado en la metodología.

Pregunta 2: Un terapeuta se encuentra con su expaciente en una reunión social. Se produce entre ellos una intensa atracción y se dan las condiciones para iniciar la relación amorosa. ¿Qué debería hacer el terapeuta ante esto y por qué?

Pregunta 7: Un terapeuta se siente fuertemente atraído por su paciente y percibe que su sentimiento es correspondido ¿Qué debería hacer ante esto y por qué?

Hemos analizado las respuestas de los terapeutas a la luz de las variables de análisis, a saber:

1. Estado del arte

1.1. Referencias de los Códigos de Ética a la abstinencia y la neutralidad

1.2. Dimensiones freudiano lacanianas de la abstinencia y la neutralidad

1.1. Respuestas referidas a la abstinencia y neutralidad en los Códigos

Dimensiones de la variable

Este ordenamiento de variables responde a los códigos de ética consultados. Cuando las confrontamos con el trabajo de campo observamos que la problemática de las relaciones múltiples y la dimensión de los deberes con el paciente no fueron abordadas en las preguntas del cuestionario. Como podemos observar las preguntas del cuestionario responden a las formas de explotación que pueden tener lugar en la terapia psicológica y dentro de ellas se encuentra el uso del vínculo terapéutico de naturaleza asimétrica para la obtención de un beneficio por parte del terapeuta y que no reporta en una orientación beneficiosa por la cura del paciente. Asimismo, las preguntas realizadas dan lugar a un análisis de situaciones de involucramiento sexual entre pacientes y/o expacientes y el terapeuta, situaciones que atentan contra el tratamiento en el primer caso, y en el segundo, nuevamente tenemos que preguntarnos la vigencia en el momento del enamoramiento del vínculo transferencial.

Nº	1 Explotación	2 Involucramiento sexual
2/5	El terapeuta es el responsable del tratamiento y por lo tanto de interpretar los sentimientos de la paciente hacia su persona y de pensar sobre la autenticidad de sus propios sentimientos. Si la atracción mutua persistiera la paciente deberá ser derivada a otro/a profesional para continuar su tratamiento.	
7/7		Me parece que lo primero sería renunciar al rol de terapeuta además de analizarlo con otro terapeuta; distanciado del rol, irá viendo qué pasa con sus sentimientos y que le pasa a su ex paciente.
2/9		Creo que el terapeuta debería dejarse llevar por ese sentimiento de atracción, a pesar, que implique en esa atracción..... de la transferencia y contratransferencia de la época del tratamiento. Una relación amorosa puede darse, legítimamente, entre un terapeuta y su paciente.
7/10		Interrumpir el tratamiento, y continuar si lo desea como cualquier otra relación. Debe interrumpirlo porque continuarlo sería aprovecharse de su condición de terapeuta y actuar todo lo que el paciente en su condición de tal transfiere en el analista.
7/15		En primer lugar derivar a la paciente a otro terapeuta. En segundo lugar, realizar un análisis de la situación.
2/16	Lo que debería hacer el analista es abstenerse de iniciar una relación amorosa con su ex paciente ya que esta comenzaría desde una posición desigual para la paciente ya que el analista es conocedor de su mundo inconsciente y puede hacer uso indebido de esta condición ventajosa. Aunque esto no ocurre es inevitable la desconfianza que generaría esto en su ex paciente. Además se le impediría a la paciente la posibilidad de preservar a su analista para una segunda	

	oportunidad.	
7/17		La respuesta a esta pregunta está ya contestada en ítems 2 y 5. En este caso tan concreto y actual paciente-terapeuta éste último debería derivarla a otro profesional.
7/19		Suspender el tratamiento. Analizarse. A partir de allí puede hacer lo más acorde a su deseo.
7/21		Suspender el tratamiento, derivarla y abordar la situación sentimental como cualquier otra dada.
7/24		Analizar mejor en su análisis terapéutico esta situación, prevalecer ciertos, todo tipo de abstención hasta que se le aclare si decide corresponder y, en ese caso, dejar de hacerlo como terapeuta. Sin que esta incluya cuestionarse acerca de su capacidad para ejercer esta terapia.
7/25		Primero excluir esto del tratamiento, si van a seguir como amantes; esto debe ser una decisión de los dos que no involucre ningún tratamiento si hay una transferencia erótica debe interpretarse
7/26		En una situación como esta, el analista debería dar un paso al costado a sus sentimientos, por el bien de su paciente, y si la situación se vuelve extrema, deberá derivar a su paciente, con una excusa a otro terapeuta. Porque aunque esto último no sea lo más correcto, creo que sería lo mejor para ambos.
7/28		Tiene que ser comprendido dentro del campo transferencial y analizado desde mi punto de vista el analista no debe confesar sus sentimientos y de ninguna manera pasar al acto ya que las repercusiones psíquicas pueden ser muy graves, ya que todo lo que se despliega ahí justamente puede estar en el centro de la conflictiva inconsciente. Si el analista ve que pierde el control debe interrumpir.
7/29		Interrumpir el tratamiento. En caso que una vez analizada su contratransferencia la atracción continúe.
2/30		Si se trata de un ex paciente no veo inconveniente para que inicie una relación amorosa.
2/31 7/31		(2) Debería desestimar la posibilidad de reiniciar una relación amorosa en función de la previa relación transferencial. (7) El terapeuta debería abstenerse, y si no le fuera posible tendría que interrumpir ese tratamiento y derivar al paciente.
7/32		Debería derivarlo, porque esto no sería bueno para el paciente, ya que no le serviría como tratamiento dirigido hacia su mejoría.
2/33		(2) La "intensa atracción" ya estaría indicando que algo del orden de la transferencia no ha sido liquidado en ese análisis. Lo cual no quiere decir que ese sentimiento no pueda aparecer en el terapeuta, ante lo cual una vez reconocido, no lo "actuará", en todo caso el terapeuta lo verá en su propio análisis ya que la ética del Psicoanálisis no da lugar al analista para aprovecharse de los efectos que la transferencia despierta. (7) En principio no actuar el sentimiento. Si en su análisis o/y supervisiones no lo puede resolver, derivar la paciente a otro profesional. Es porque vale lo del punto 2.
2/34	No iniciaría ninguna relación con un ex paciente, ya que el terapeuta ha conocido a ese paciente, su subjetividad, dentro de una situación analítica. Esto es diferente de "conocer" a alguien en una reunión social, y a partir de allí iniciar una relación.	
7/35		(2) En este caso me arriesgaría a pensar en qué sentido se trata de un "ex paciente" y qué aspectos transferenciales quedaron sin resolver. A mi parecer es una situación muy problemática dado que se pone en juego la posición ética del profesional y fundamentalmente sus alcances fuera del tratamiento. (7) Interrumpir inmediatamente el tratamiento y en lo

		posible derivar al paciente a otro profesional, dado que probablemente algo de la dirección de la cura en relación al trabajo de la transferencia no ha podido operar.
7/36	(2)Depende del tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento. Si cree que hubo tiempo suficiente para la disolución de la transferencia es menos riesgoso para el paciente iniciar una relación. Pero es siempre una situación complicada por el lugar de poder que puede mantener el terapeuta.	(7)Si el terapeuta puede controlar la situación, en el sentido de entenderla y utilizarla para el tratamiento, puede continuar. Si no debe interrumpir el tratamiento, pues actuar una situación amorosa con el paciente es peligroso para la salud mental del mismo. Es importante que el paciente inicie un nuevo tratamiento.
2/37		El amor surge en cualquier parte. Por qué no en una transferencia analítica. De ser así caduca el análisis. El analista debe, analizar esta situación en un reanálisis.
7/38		Si no puede dominar su atracción debe derivar a la paciente.
2/39	Si es ex paciente, ya no es más <u>su</u> terapeuta. Así que son dos adultos con <u>sus</u> deseos que se hagan cargo de sus deseos como mejor le parezca a ellos.	
7/40		Suspender el tratamiento y analizar los propios sentimientos
2/41 7/41	(2) La relación analítica se interrumpe cuando paciente y analista deciden unilateralmente o de común acuerdo dar por finalizado el análisis; por lo tanto no se puede seguir llamando terapeuta al que ejerció esa función en otro momento no ahora. Es un planteo engañoso, a menos que pensemos que esa atracción fue el motivo de la interrupción del análisis. En ese caso deberán decidir los "protagonistas".	(7)Sin lugar a dudas se trata de un amor, pero de transferencia. Análisis y supervisión son los caminos más adecuados.
7/43		Debería derivar a su paciente a otro terapeuta, y esclarecer el mismo sus sentimientos en un marco de supervisión
2/44		Creo que no es posible que esto suceda, es decir, los pacientes son pacientes, y al menos para mí, no me ha pasado de sentirme atraída por uno. Pero de suceder la situación, considero que dependerá del tipo de terapia que realizó (breve o más prolongada), el tipo de problema que trató (no es lo mismo tratar un problema simple de conducta de ansiedad, que un problema sexual o un problema para conseguir pareja) y por supuesto del grado de motivación del terapeuta.
2/46	Aunque sea un ex paciente sería importante "no mezclar la hacienda".	
7/47	Primero: derivar, plazo y replanteo. Reitero respuesta 5 y porque despejaría las dudas propias de una relación que comenzó con marcada asimetría.	
2/48	(2)Hablar y explicitar la situación, y si es sólido el sentimiento vivir la experiencia. Es una ex paciente, ambos son adultos y se supone que los restos transferenciales fueron resueltos.	a) Hablar con su analista a fin de resolver su situación. b) Supervisar con más frecuencia. c) Si no está en análisis resolverlo. d) Evitar la actuación tanto en la consumación de la relación como en derivar a la paciente en tanto que superar esta instancia hace avanzar el proceso terapéutico. (7)
2/51 7/51	(7)Analizar la situación como toda otra que surge en la interacción entre ambos. Este sentimiento de terapeuta es una vivencia contratransferencial. El sentimiento de la paciente es un desplazamiento de hechos vividos en su historia, facilitados por la asimetría de la situación y la realización. Si de cualquier manera no pudiera evitarlo lo más aconsejable sería interrumpir ese tratamiento y recomendarle otro profesional.	(2)Lo que se le ocurra. Porque no está condicionado por el compromiso ético que implicaría la urgencia de un tratamiento
7/52		En principio saber que la situación transferencial propicia el enamoramiento del paciente hacia el terapeuta, pero que al terapeuta le debe importar dirigir la cura. Por lo que respecta al enamoramiento de la paciente sabe qué debe hacer, respetar a su propio enamoramiento, si lo percibe irresistible, debe derivar al paciente y supervisar y...en su propia terapia sus sentimientos.
2/56	Si se trata de una ex paciente en dónde no hay ya	

	una relación terapeuta-paciente, no me parece mal que se entable una relación amorosa.	
2/59	Me resulta difícil ver la relación con un paciente y con un ex paciente como algo que no fuera terapéutico. Podría comportar desde lo social un vínculo interpersonal pero no amoroso.	
2/60 7/60	(2) La atracción que pueda sentir el/la ex paciente está enraizada en la transferencia, razón por la cual el terapeuta debe evitar que la situación se convierta en una relación amorosa (además, probablemente el terapeuta es casado). El paréntesis es broma.	(7) Antes que nada informarle a la paciente e interrumpir el tratamiento. (Después se verá qué ocurre entre ellos). Porque el proceso analítico no es compatible con la relación interpersonal.
7/61		Seguramente no desconoce que en principio tiene que ver con la transferencia, debe tomar ese amor de la paciente como algo real, en donde él ocupa un lugar. Si no puede trabajar de esta manera, tiene que ver con la tarea profesional, debería derivar a su paciente, y tratar sus propios sentimientos en su análisis personal, su supervisión del caso. No hay normas generales, el tema es desde dónde se inicia o no una relación amorosa con su paciente o "ex paciente".
7/63		En primer lugar analizarse e intentar llegar a una comprensión de lo que le sucede. En segundo lugar, si esta atracción no sede suspender el tratamiento. El por qué del primer ítem es obvio, el del segundo porque está desvirtuado el objetivo del tratamiento.
7/64		De ninguna manera debería continuar o empezar una relación perjudicaría la salud del paciente.
2/65		En primer lugar supervisar el tratamiento y si continúa esta situación debería interrumpirlo porque no creo que pueda continuarlo sin que influya en la relación terapéutica y derivar a la paciente a otro terapeuta.
2/66 7/66	(2) Mantenerse en su posición de el terapeuta.	(7) Debería interrumpir el tratamiento para no dañar la relación terapéutica.
2/67		(2) El terapeuta no debería iniciar la relación amorosa, porque parte de lo generado responde más a una cuestión transferencial no tramitada. (7) Debería trabajar esto como material del paciente y propio en el marco de lo que es una relación transferencial. Trabajarlo con el paciente y en sus supervisiones y análisis personal, pues esto es amor de transferencia, que de obstáculo debe poder pasar a hacer motor de la cura.
2/68 7/68	(7) Debido a un lapsus, no leí en la pregunta 2 el prefijo "ex", por lo cual debe considerarse como respuesta a la presente pregunta. Contestación a la pregunta 2. 1) Analizar la contratransferencia en autoanálisis o con un analista. 2) Dar curso a los sentimientos sabiendo y explicitando a la pareja la "carga histórica" de la relación que lo unió durante el proceso analítico. 3) Explicitar la desigualdad de las informaciones que cada uno tiene del otro dentro de la relación. Cuando aludo a "carga histórica" me refiero a los sentimientos de desconfianza sobre la autenticidad y lo genuino del sentimiento propio y del otro que se despiertan a raíz de la historia del origen del vínculo entre ambos.	1) Analizar su contratransferencia, tanto en autoanálisis como con la ayuda de otro analista. 2) Si del análisis surge un amor genuino por la persona del paciente, pactar una interrupción del análisis y dejar pasar un tiempo prudencial. Desde luego que la paciente debe ser derivada para la prosecución del análisis. 3) La situación analítica reaviva las transferencias amorosas en la dupla paciente - analista como una expectativa de elementos edípicos infantiles vigentes en el psiquismo de ambos. De cualquier modo pienso que el futuro de la relación estaría comprometido por la "carga histórica".(2)
2/69 7/69	(2) Creo que no debería caer en esta situación ya que invalidaría el rol asignado por el paciente al terapeuta durante el tratamiento impidiendo que pueda revalorizar la situación terapéutica reubicándole en su lugar y permitir que pueda reiniciar otra.	(7) Derivar al paciente porque no puede seguir tratándolo.
7/71		(7) Suspender el tratamiento, derivando a la paciente a otro terapeuta con alguna excusa. Plantear el problema

		en su supervisión y en su terapia individual.
2/72	(2) Si están dadas las condiciones y pasó un tiempo desde que fue su paciente pueden iniciarlo ya que estaría fuera del ámbito del análisis.	
2/73	(2) Evaluar la situación para evitar daños innecesarios aunque teóricamente, si se trata de un ex paciente, no necesariamente es una situación inviable.	
2/74 7/74	(2) El terapeuta debería ver a esa persona como su ex paciente y nada más no debería invitarla/o a salir. Tal vez los lazos transferenciales perduren y ese paciente podría volver otra vez a tratamiento.	(7) El terapeuta para no complicar más las cosas, debería derivar a su paciente. Si el paciente le dice a su terapeuta que está enamorado, por ahí no vendría mal que los dos se sinceren. Inmediatamente después hay que derivar al paciente para que continúe su tratamiento
7/75		(7) Interrogarse por qué llegó a esa situación e interrumpir el tratamiento.
2/76 7/76	(2) Si esto es así le diría que no estoy en condiciones de continuar escuchándolo en posición de terapeuta de él. En todo caso una vez cerrado este espacio y abriendo la posibilidad de derivarlo a otro profesional, vería qué pasa a nivel personal con esa relación amorosa entre nosotros.	(7) Tiene que hablar de esto con su paciente y a causa de esto dejar de ser su terapeuta y ver la posibilidad de derivar el paciente a otro espacio para dar lugar a que este sentimiento pueda tener otro estatuto.
2/77 7/77	(2) Cuando uno concluye o da de alta algún tratamiento deja de ser paciente y por lo tanto concluye la relación profesional por ende es legítimo poder intentar un acercamiento	(7) Suspender el tratamiento porque la relación deja de estar en un marco profesional.
7/79		(7) El terapeuta no debiera ceder a la atracción, pues teniendo presente que si desde el Psicoanálisis una de las reglas para conducir un tratamiento es la abstinencia, no sería posible seguir adelante con la cura.
2/81 7/81	(2) Abstenerse, siempre la relación es desigual y el único en condiciones de sostener su lugar sigue siendo el terapeuta, aunque este no sea ya "su paciente".	(7) Hablar claramente con su paciente. Suspender el tratamiento. Supervisar el caso. Llevar sus inquietudes a su análisis personal. ABSTENERSE de actuar.
2/82	(2) Sería necesario detenerse a reflexionar - analizar la situación, para detectar errores de elaboración previos en la transferencia, que parecería que en ese momento no tienen impedimentos en su realización.	
2/83 7/83	(2) Dejar que evolucione libremente la relación, ya que el tratamiento ha finalizado.	(7) Debería interrumpir el tratamiento con esa paciente, derivándola de verlo necesario.
7/84		(7) Debería mantenerse en un lugar de abstinencia y resolverlo en un análisis personal.
7/85		- (7) Abstenerse, de no poder controlarse. Derivarla/o.
2/86 7/86	(2) Si es un ex paciente es libre de actuar como quiera.	(7) La transferencia erótica ha sido ampliamente discutida desde Freud. Sabemos que es un modo de resistencia, recomendaría al terapeuta ver que le sucede en su análisis y si no está en tratamiento que comience uno.
2/87		(2) Primero disfruto el encuentro en la reunión. Segundo, al llegar a mi casa, pienso, reflexiono y a la mañana siguiente analizo mis sueños de la noche anterior, sueños diurnos o nocturnos. Si con esto no me alcanza para aclararme la situación pido un re análisis o supervisión de aquel material del paciente. Si todo está bien, me entrego a la situación si es que luego de todo lo demás aún persiste.
2/88		(2) Esta cuestión plantea de nuevo el registro imaginario de la demanda de amor. Si el "terapeuta" está en posición de analista no hay lugar a responder a la demanda. Si se trata de un ex paciente o paciente no es relevante para discernir la cuestión dado que si el paciente es "ex" por haber finalizado un análisis las cuestiones del amor-odio deberán haber quedado suficientemente analizadas para destruir los ideales. Si se trata de un "ex" por interrupción del tratamiento, habría que pensar esta situación por el lado del acting-out.
2/89		(2) Debería eludir la situación amorosa, tal como lo haría

		en el curso del tratamiento, aún cuando aquí tal vez no tenga posibilidades de "analizarlo" con su ex paciente. En principio debe asumir que la situación que se genera es un resto del campo transferencial.
7/91		(7) El terapeuta no debe olvidar de su relación analítica. Y pensar en sus vicisitudes del amor de transferencia para la cual debe recurrir a su análisis y segundo lugar a la supervisión del caso.
7/93		(7) Al igual que con el ex paciente analizar el tema de la transferencia - contratransferencia y a partir de ello se podrá o no continuar. Lo más probable es la derivación.
7/94		1) Analizar la transferencia/contratransferencia. 2) Solicitar una supervisión. Interrumpir el tratamiento si decide entablar una relación amorosa.
2/95 7/95	(2) Creo que debiera (el terapeuta) priorizar su función de terapeuta. El hecho que sea ex paciente no lo faculta para iniciar una relación amorosa que pueda estar influenciada, por cuanto del lado del paciente perduran vínculos transferenciales.	(7) Interpretar el hecho como una situación transferencial tendiente a provocar una atracción en el terapeuta. Si su atracción continúa suspender el tratamiento y derivarlo a otro terapeuta
2/96		(2) Creo que siempre y cuando el terapeuta tenga prudencia en no traer conflictos a su ex paciente y con precaución de saber qué momento está viviendo este, se podría relacionar.
2/97		(2) Abstenerse. Porque el paciente no sabemos si tiene resuelta (disuelta) la situación transferencial.
2/98 7/98	(2) Deberá hablar con su ex paciente sobre lo que está pasando, y si la relación es posible, considero que no habrá ningún impedimento. De todos modos el terapeuta deberá analizar cuidadosamente los aspectos transferenciales y contratransferenciales.	(7) Analizar primeramente la transferencia y la contratransferencia. Si llega a la conclusión que se trata de algo verdaderamente genuino, deberá decirlo al paciente, interrumpir el tratamiento, y luego, si están dispuesto los dos, comenzar otro tipo de relación.
2/100		(2) 1) Si la relación se cortó hace poco tiempo, los lazos transferenciales y contratransferenciales no han sido disueltos, por lo tanto, los sentimientos son "ficticios" y no es aconsejable la relación. 2) Si ha pasado muchos años el terapeuta debería tomar unas cuantas sesiones de análisis, antes de ejercer cualquier tipo de acción.
2/101		(2) El terapeuta debería controlar sus impulsos y rechazar toda propuesta de su ex - paciente para iniciar algún tipo de relación ya que relaciones antes durante t después de un tratamiento constituyen una falla ética y violación de la premisa de abstinencia entre médico - paciente, y posiblemente también mala praxis ya que podría traer consecuencias negativas en el ex - paciente.
7/102		Si no puede tratarla, interrumpir la terapia, justamente para que otro terapeuta la pueda tratar
2/103 7/103		(2) Si se dan las condiciones de iniciar una relación amorosa, y si el analista puede determinar que no sólo es "Amor de transferencia", producto del trabajo en común, pues iniciaría la relación amorosa ¿por qué no? (7) Contesto lo mismo que en la pregunta N° 2 Pero la relación analítica terminaría. Lo perjudicial que se presenta en toda relación cuando uno de los dos de la pareja es analista, es que el otro debe suplir algunas veces ser analizado con un análisis salvaje en situaciones fuera del encuadre. Hasta ahora dentro del encuadre analítico, no he descubierto cómo se puede dar una relación distinta a analista paciente.
2/104	No sé, depende de diversas circunstancias, lo ideal sería abstenerse debido a que pueden permanecer imágenes transferenciales.	
2/105 7/105		(2) Considero que sería preferible que no se produjera un hecho tal; en relación con la situación del paciente - de producción, y siendo el amor un sentimiento tan poderoso; el hecho de haber concluido el tratamiento y la posibilidad de abordar la situación en forma madura y honesta puede permitir que la experiencia sea

		<p>provechosa para ambos.</p> <p>(7) Debería supervisar la cuestión, en su psicoterapia particular si la tiene, o con un supervisor de su actividad clínica. De ninguna manera debe poner en juego estos sentimientos, ya que puede ocurrir en la dinámica de la transferencia-contratransferencia y pueden ser una seria complicación para ambos, terapeuta y paciente, de ser actuados.</p> <p>De último, es mejor derivar a la paciente.</p>
7/106		Supervisar el caso y pensar en análisis su situación no romper la regla de abstinencia.
2/107		<p>Depende cuánto tiempo haya pasado desde que se interrumpió la cura.</p> <p>En el caso que fueron varios años, creo que lo mejor que pueden hacer si es que la relación tiene visos de seriedad es tratar de conocerse mejor. A fin de que la relación no sea un fracaso.</p>
2/108 7/108		<p>(2)Habiendo tanta gente en el mundo me parece que es realmente un problema del terapeuta meterse en relaciones con los pacientes - ex pacientes donde yo <u>no</u> establezco una diferenciación tan grande, por qué muchos ex pacientes pasan a ser nuevamente pacientes. No es un problema para el paciente, me parece que el que debería revisar qué le pasa en su análisis es el terapeuta.</p> <p>(7) Dejar de atenderla. Me parece que si se calienta no la puede analizar.</p>
2/109 7/109		<p>(2) No debería iniciar la relación amorosa, porque cabe la posibilidad de que la situación transferencial no haya caído, con lo cual se resignificaría el análisis realizado.</p> <p>(7) Creo que debería derivar a su paciente, ya que no podría mantener la neutralidad y la abstinencia de seguir en esa situación.</p> <p>Bajo ningún punto de vista debería corresponder a su paciente dado que este podría encontrarse bajo los efectos del amor de transferencia.</p>
2/110 7/110		<p>(2) ¿El tratamiento ha concluido definitivamente? Si, la respuesta es afirmativa, podría iniciar la relación amorosa, aclarándole que eso invalida la posibilidad de volver a ser su analista.</p> <p>(7) Abstenerse e interpretar</p>
2/113 7/113	(2)Ante todo abstenerse, la transferencia no tiene una duración cronológica y del lado del paciente puede seguir habiendo una demanda detrás de esta "atracción". Del lado del analista es importante no olvidar que la transferencia es con nuestra función como analistas y no con nuestra persona.	<p>(7) Si la situación lo desborda derivar al paciente. Lo más indicado es seguir el análisis, acordarse de que el paciente no se enamora de su persona sino de A. Confundir esto con una relación amorosa sería traumático para el paciente.</p> <p>No se convoca la transferencia para luego salir espantado ante lo que pasa.</p> <p>El analista debe trabajar desde su falta en ser, su deseo de analizar.</p>
7/115		Deberá analizarlo en soledad o con ayuda. Si esto continúa a pesar del "barrido" fantasmático que pueda llegar a realizarse [consigo con su paciente] interrumpiré el análisis, derivará a su paciente, probablemente, se encuentre a tomar un café, para ver si pueden iniciar otro tipo de relación.
7/116		Debiera analizarse, y tratar de comprender qué es lo atractivo de su trabajo con la paciente, como para tener ese sentimiento y no poder procesarlo en la transferencia.
2/117		Si se trata de un ex paciente, no le vería impedimento. Siempre hay resabios transferenciales, pero todas las relaciones humanas son complicadas.
7/118		Esta cuestión tiene mucho que ver con los sentimientos que, efectivamente, aparecen en cualquier relación terapéutica de dos personas. Dependerá del trabajo personal que el terapeuta haya hecho consigo mismo (en su análisis) como pueda lidiar con sus emociones. Si lo superan, debería interrumpir la relación terapéutica porque no está en condiciones de ayudar a su paciente

7/119		Suspender el tratamiento. Evaluación personal de sus sentimientos -en análisis - Poner distancia con la paciente.
2/120	Si esto sucede entra dentro de las llamadas transferencias pasionales "asimétricas". La responsabilidad es del analista, en cuanto al abuso de su función.	
2/121	Debe abstenerse de toda acción, analizar en sí mismo y en su propio análisis este fenómeno erótico, y eventualmente considerar el hecho dentro del marco de la transferencia - contratransferencia. Si la situación lo supera, debe interrumpir ese tratamiento, recomendando un colega.	
2/122	Autoanálisis o análisis personal le permitirán analizar esta situación que no puede generalizarse sin tener en cuenta la relación actual con su ex paciente y las transferencias recíprocas en juego.	
2/124	Podría dar curso a una relación amorosa ya que allí no se trata de un paciente en análisis, sino de una situación diferente.	
2/125		Desde lo estrictamente formal no habría obstáculo para que dicho vínculo se concretase: la relación paciente-terapeuta ya habría finalizado y eventualmente el vínculo transferencial se vería ya disuelto. Es, sin embargo, responsabilidad del profesional evaluar en el propio análisis la posibilidad de que sus conflictos personales pudieran estar interviniendo.
2/126	En principio evitaría entrar en relaciones amorosas con mis ex pacientes, porque creo que el análisis tiene efectos más allá de terminado el tratamiento. El terapeuta queda en un lugar determinado para el paciente que no es el de una relación de pareja. Es bueno seguir siendo una figura en la fantasía, que conserve el lugar en la fantasía que había adquirido en la situación transferencial.	
7/128		Derivar al paciente para que éste pueda seguir elaborando su terapia con otro terapeuta y lo hablaría en mi terapia
2/129 7/129	2) Investigar en su análisis y/o supervisión qué es lo que está sucediendo y trabajarlo. Creo que por respeto al trabajo realizado, al derecho de ese paciente a ser respetado aún luego de haber concluido el proceso analítico como paciente y como vinculado al terapeuta en una relación asimétrica, él debería trabajar esto con otras tantas "atracciones" o "sensaciones" contratransferenciales	(7) Pensar esto en relación al trabajo en común que realizan, al sentido que esto tiene en ese marco y trabajarlo en su propio análisis y supervisión para ver cuál es la mejor forma de continuar adelante con el proceso terapéutico
2/130	Acercarse, pues si se trata de una ex paciente, entendiéndolo por esto que ya ha finalizado el período de análisis con el mismo	
2/133 7/133		(2) Abstenerse. Esa intensa atracción difícilmente esté exenta del tinte transferencial ¿Cómo diferenciarlo del amor de transferencia? (7) Abstenerse y, además, derivar a la paciente dado que difícilmente pueda operar ahí como analista
2/134	No iniciar esa posible relación porque los efectos de la transferencia o del análisis no se terminan en el fin del tratamiento	
2/135	Nada extraño, lo que puede hacer es lo que hace cualquier pareja que se atrae.	
2/138 7/138	(2) Es difícil saber si la relación transferencial ha quedado disuelta, de no ser así la atracción, por intensa que sea, probablemente esté inscrita en ella, en cuyo caso se tratará de una atracción engañosa en la que él, o la terapeuta estará ocupando el lugar dejado por las imágenes infantiles del, o de la ex paciente. En el caso hipotético de que la relación transferencial hubiese sido disuelta, no veo inconvenientes en que ambos sujetos entablen una relación amorosa.	7) Debería reflexionar qué actitud, por su parte es la causante de haber quedado atrapado en la magnitud de la transferencia de la paciente. A menudo la interpretación centrada en la transferencia erótica, la convoca, más que disolverla. Demás está decir que no debe dar curso de acción a sus sentimientos.

2/141 7/141	(2) Me parece que no existe ningún inconveniente ya que la relación profesional - paciente no existe más, por lo tanto tampoco ningún impedimento válido.	(7) En primer lugar derivar a la paciente, y si luego de esto se dan las condiciones, pienso que no hay impedimentos para que se concrete la relación.
2/142 7/142	(2) Si la atracción es mutua que inicien la relación	Deriva al paciente
7/143		Abstenerse. No se trata más que del amor de transferencia, necesario para que la cura se desarrolle. Podríamos pensar que hay contadas excepciones.
2/144	Puede hacer lo que quiera, dado que se trata de un ex paciente.	
2/147	El terapeuta en ese momento no está cumpliendo tal rol y el paciente ya no es paciente. Por lo cual, si se lo analiza desde la transferencia de amor y teniendo en cuenta las personas toda relación puede ser posible, mientras se determinen un criterio personal los límites de cada uno o no.	
2/148		Considero que no deberá iniciar la relación amorosa. En principio por cuestiones éticas. Creo que la transferencia no se disuelve necesariamente cuando un tratamiento concluye y por lo tanto deben regir los mismos principios que al tratamiento.
2/149 7/149		(2) Debería negarse esta posibilidad de comenzar una relación con cualquier ex paciente, ya que de comenzarla resignificaría (retroactivamente) el tratamiento como un espacio amoroso. Por otro lado, el fin de análisis implica la resolución transferencial y la ubicación del analista en el lugar de a, de resto. Por lo tanto podemos pensar que si algo del amor aparece en un encuentro fortuito, es porque en realidad esa transferencia no había sido lo suficientemente resuelta. (7) Derivar a la paciente, ya que esta posición es la contrapartida de la posición analítica. Pienso que no debería explicitarle el verdadero motivo de la derivación, ya que eso provocaría un "engordamiento fantasmático" y además sería tal vez, una imposibilidad para llevar adelante un nuevo tratamiento. (O por lo menos la dificultaría enormemente).
2/150 7/150	(2) Analizarse y no hacer uso de la transferencia, salvo que sea indefectiblemente una relación amorosa que requiere de mucho tiempo de consideración ya que podría destruir el análisis realizado y la ética de ese análisis.	Analizar la situación dentro del marco transferencial, analizarse, supervisar y pensar dónde está tomado. Si se la cree del todo en lo correspondido se perdió el tratamiento. Si no se puede amortizar o interpretar. Se interrumpe el tratamiento, sino quedará como parte del mismo o sumo lo derivará.
2/151	Siendo un ex paciente y teniendo ganas de mantener la relación amorosa, el encuadre ya no existe, así que puede hacer lo que le guste.	
2/152 7/152	Lo que tenga ganas. Se supone que el tratamiento terminó habiéndose desligado del contrato que los unía. De todos modos no sin reflexionar si hay un resto transferencial en la situación que merezca ser dialogado entre ambos	(7) Analizar o reanalizarse. Teniendo cuidado porque actuar sin más puede perjudicar a su paciente. Quien tiene la responsabilidad de cuidar y resguardar al paciente es el terapeuta.
2/153 7/153	(2) Si es un ex paciente y se dan esa condición particular puede ser posible, dado que ya no es un paciente.	(7) Si el terapeuta le plantea sus sentimientos a la paciente, debe interrumpir el tratamiento. La paciente buscará otro terapeuta. Porque en el momento que se lo plantea, deja de ser su paciente.
2/154	Si se puede evitarlo. Un paciente difícilmente pasa a ser ex paciente, puede producirse otro encuentro profesional. Pero en cuanto a atracción o enamoramiento cada caso es individual.	
2/155	Creo que se podría iniciar una relación amorosa puesto que ya no son más terapeuta - paciente	
7/156		Debe abstenerse de una posible relación y derivar al paciente a otro analista.
2/157	(2) Es un ex paciente pero no sabemos si la transferencia está disuelta. La atracción cuento es	(7) Parar el análisis, derivar a su paciente por que la transferencia es tanto de la paciente al terapeuta como

	por esa transferencia y cuanto por lo que circula además, por las otras cosas que se representan. Como se puede iniciar una relación si esto no está de alguna manera manifestado.	viceversa, parte del mismo núcleo neurótico que no admite la prohibición del incesto.
7/158		Abstenerse, porque posiblemente sea la percepción contra transferencial de que la paciente está en transferencia erótica. Si esta situación no puede ser aclarada por el terapeuta en él y en su paciente debe derivarla, y que esta derivación no sea una derivación tramposa para permitir la actuación posteriormente.
2/159	Sería mejor que el terapeuta se abstenga de iniciar una relación amorosa. Pienso que la relación transferencial no se diluye totalmente.	
7/163		Suspender el tratamiento, luego de haber analizado la transferencia del paciente y la suya propia, su contratransferencia. Porque la relación amorosa no es lo mismo que la relación analítica, en la que el encuadre se apoya específicamente, en la interdicción del vínculo sexual entre analista y paciente, pero que se despliegue libremente la transferencia - contratransferencia.
7/164		Cortar el tratamiento. Analizar personalmente su motivación. Primum non nocere
7/168		El terapeuta puede hacer lo que desea con relación a sus sentimientos. Con relación al tratamiento este no debe continuar ya que no corresponde en una terapia mantener ambos vínculos.
7/170		El terapeuta debería derivar a la paciente a otro profesional ya que si sigue siendo el terapeuta el vínculo paciente terapeuta se haría muy difícil por los fuertes sentimientos que entrarían a jugar en la relación, por el peligro de que estos sentimientos o impulsos sexuales se concreticen en una relación sexual y porque de esta manera el paciente no sería objetivo con el relato del paciente, y desde la teoría psicoanalítica se podría decir que el terapeuta no ayudaría al paciente a resolver su neurosis de transferencia.
2/171	Si es un ex paciente, no creo que haya inconvenientes de iniciar la relación.	
2/172	Fuera del dispositivo analítico ya no se puede considerar el terapeuta como siendo aún, de todos modos en ambas situaciones está en juego una transferencia.	
2/173	Darle para adelante. Es su ex paciente, además la atracción "supuestamente" surge en la reunión social (¡!).	
7/174		Supervisar. Analizarse. Porque un análisis en esas condiciones es casi imposible. El amor de transferencia está de lado del analizante.
2/176		Analizar-se a sí mismo o ver en su análisis los aspectos que han favorecido esa situación de una transferencia no resuelta. Si con posterioridad ambas personas continúan en relación, se podría llegar a iniciar una relación amorosa con los "vicios" propios de la relación analítica que seguramente aún interfiere.
2/177	La conducta del ex terapeuta dependerá de la patología de la ex paciente. Si es una histeria, una psicopatía, una border-line, una psicótica, etc. El ex terapeuta debería autoanalizarse para ver que le pasa a él. Si ese no fuera el caso y la paciente fuera "normal" (la neura común porteña), el ex terapeuta hará lo que le venga en gana ya que no existe contrato terapéutico y están en igualdad de condiciones. Conozco exitosísimos matrimonios que han empezado así.	
2/181		Evitar la acción de emociones, que tienen que ser verbalizadas. Para poder desarrollar el proceso

		terapéutico.
2/182	Aquí habría por lo menos dos actitudes distintas según la persona y la formación profesional (y el tiempo transcurrido desde que cesó la terapia). Hay quienes piensan que jamás debería mezclarse el analista con alguien que fue su paciente. Por mi parte creo que si ha pasado suficiente tiempo como por ejemplo más de un año pueden considerarse otras actitudes posibles según la historia personal y terapéutica.	
7/185		Analizar la situación con su analista o su supervisor. Derivar a la paciente.
2/187	.	La relación amorosa excluye totalmente la posibilidad terapéutica. Hay un deseo incestuoso en juego por ambas partes. La actitud del terapeuta deberá ser la de analizar las transferencias en juego y evitar el pasaje al acto
7/189		Terminar con la relación terapéutica explicitando los motivos. Derivar a su paciente. Cuando aparecen elementos eróticos el vínculo terapéutico se contamina y desnaturaliza. Una actitud honesta es aclarar la situación y encuadrarla de manera adecuada para cada uno.
2/194	En ese caso conviene que el terapeuta (o ex terapeuta) y su paciente se tomen un tiempo para elaborar la situación. Dejar que "bajen las aguas" y reflexionar si la atracción no es debida a alguna situación analítica remanente. Aclarado esto; considero que son libres y pueden comportarse como indiquen sus inclinaciones.	
2/197	Pienso que las transferencias no se agotan con el fin del análisis, pero en fin, cualquier amor es transferencial. No veo objeción para que se comporten, si pueden, como cualquier persona ante otra. Sólo que me parece que podría haber dificultades en la pareja. El psicoanalista pensaría en poco, su pareja pero que haga lo que quiera. Ya no tienen el compromiso del setting.	
7/198		Actualizar la contratransferencia y si no logra elaborar la situación, hacer una derivación, sino de ceder a su atracción caería en la figura legal de abuso de transferencia.
7/200		Desde ya que en este caso es imposible el mantenimiento de esa doble situación, y el analista deberá comunicar a su paciente la imposibilidad de continuar el tratamiento.
2/202 7/202	(2) Evitar involucrarse debido a que inevitablemente la relación estaría marcada por la relación previa (analista/paciente).	(7) Revisar en su análisis personal y en su supervisión los motivos de su atracción hacia su paciente. Si no puede resolverse y esto obstaculiza el trabajo analítico supongo que lo mejor sería trabajar una derivación del paciente.
7/203		Evaluar qué es lo que sucede en esa situación, teniendo en cuenta que ese amor "legítimo" es producto de la relación transferencial. Siguiendo a Freud se puede pensar que el paciente logrará su objetivo que es repetir una transferencia con el médico y resistencia mediante frenar las asociaciones ocupándose solamente de este amor que pasa a ser lo más importante. Habría que tener en cuenta que el lugar del terapeuta tiene que ver con la relación transferencial y no con los atributos del analista. Teniendo todo esto en cuenta la decisión será del terapeuta. No es que esté prohibido sino que hay que tomarlo como parte de los avatares de la relación transferencial y actuar analíticamente con esto.
2/204	(2) No encuentro inconvenientes en que siga	(7) Abstenerse, interrumpir el tratamiento y después

7/204	adelante ya que no es su paciente y es supone que la transferencia se ha disuelto.	seguir adelante. Caso contrario estaría pervertido el vínculo.
2/205 7/205	(2) ¿Por qué debería hacer algo, si el contrato terapéutico está terminado? Si no lo estuviere, se vería. Todo depende de cómo terminó el tratamiento.	(7) Interrumpir el tratamiento para "a posteriori" confirmar la posibilidad de la relación.
2/206	Abstenerse, porque la relación transferencial no se anula, no desaparece nunca.	
2/208 7/208	(2) Si se trata de su ex paciente no habría impedimento alguno de iniciar una relación amorosa. Tanto uno como otro ya han dejado de ser terapeuta - paciente, por lo tanto al encontrarse fuera de su vínculo no hay nada que no justifique la formación de otro tipo de vínculo que es el amoroso.	(7) Debería plantearlo, no negarlo y por supuesto suspender dicha relación paciente - terapeuta. Dado que este tipo de pulsiones no se pueden desplazar con facilidad y sería inútil reprimirlas y negarlas, deben exponerse a tiempo para no obstaculizar la tarea de análisis y cuidar en el espacio terapéutico planteando la imposibilidad de continuar con el tratamiento. A posteriori orientar para una derivación a otro profesional.
2/209	Depende el tiempo que haya transcurrido entre la finalización del tratamiento y el encuentro. Si dicha finalización fue reciente creo <u>no</u> conveniente la continuación de la relación ya que puede ser perjudicial tanto para el paciente como para el terapeuta.	
2/210 7/210	(2) En ese caso el terapeuta ya no está en posición de terapeuta o analista ya que es un ex paciente por lo tanto puede hacer lo que quiera.	(7) Si es un analista debería abstenerse de consumir este sentimiento con su paciente.
2/211 7/211 7/214	(2) Aceptar. Porque están en un contexto diferente. Ya no relación terapeuta - paciente.	(7) Derivar a otro profesional. Porque su trabajo terapéutico se vería obstaculizado
		Supervisar y verlo en su análisis personal. Puede desembocar en una interrupción del tratamiento, derivar pero no creo que debe comenzar una relación, dado que esa "atracción del paciente por él" es muy probable que sea producto del dispositivo que el propone.
2/219	Si ya no hay un vínculo terapéutico "paciente - analista", no hallo objeción ética para la concreción de una relación amorosa. Sin embargo no me parecería una buena elección (habiendo tantas otras personas con las que podría relacionarse).	
7/220		Derivar a su paciente y tratar este tema con su terapeuta. Pero no perjudicar el tratamiento de su paciente.
7/221		En principio, trabajarlo en su propio análisis porque seguramente hay algo ahí que le hace obstáculo para dirigir la cura. Pero si esto no resulta, derivar al paciente, porque no puede sostener la continuidad.
7/222		Tendría que quedarse en el molde, si siente que hay amor de transferencia le dice que lo va a trabajar tres meses, con él, sino lo tiene que derivar.
7/224		Esta no es una situación infrecuente. El vínculo íntimo favorece la emergencia de apetencias eróticas que forman parte de un vínculo analítico normal. Estas deben ser trabajadas porque normalmente están al servicio de ocultar frustraciones infantiles. Si el terapeuta cediera a sus impulsos quedaría roto el campo terapéutico
2/230 7/230	(2) Si la relación terapéutica llegó a su fin. Podría comportarse con su ex paciente, más allá de su rol y ser simplemente una persona.	(7) Derivar a su paciente, comunicándole sinceramente el motivo de su derivación
7/232		Pienso que deberá trabajarlo en ese análisis, llevarlo a supervisión y análisis, es probable que esté actuando una transferencia erótica. La paciente se encuentra en regresión. No es ético realmente aprovecharse de tal situación de su paciente. Si diera la actuación hay una falta grave a la ética. Como así también el tratamiento que venía realizando.
7/234		Debería derivar a la paciente porque el motivo por el cual la paciente se acercó al terapeuta no es para una relación amorosa sino para una relación terapéutica. Si el analista la quiere, debería considerar que podría dañarla.

2/235 7/235	(2) Seguir con su deseo, por que una vez terminado el análisis el analista es un sujeto cualquier para un ex paciente.	(7) Abstenerse, por que es un amor producido por la transferencia, debería interrumpir el tratamiento. No debe guiarse por la correspondencia afectiva. El amor que se constituye durante un psicoanálisis no está dirigido al analista.
7/236		Aclarar la situación. Suspender el tratamiento. El terapeuta deberá ver la situación en su análisis
7/238		Una opción podría ser el trabajo de la transferencia erótica pero como parecería que el analista está involucrado correspondería la interrupción del tratamiento para no provocar ningún daño en el paciente. Luego, supongo que podrá o no haber algún tipo de encuentro pero salvando el encuadre del tratamiento analítico.
7/241		Elaborar la transferencia erótica. Tomar supervisión si no la tiene. Elaborar con su terapeuta (análisis didáctico). Derivar a la paciente.
7/244		Interrumpir la terapia. O tratar de ver si se trata de un amor de transferencia - contra transferencia. Ambas cosas, amor y análisis es aberrante. Porque como se resolvería el pago de las "sesiones".
2/250	Dependerá del tiempo que es "ex" paciente. Dado que toda relación es transferencial y las relaciones amorosas y de "intensa atracción" también lo son, se deberá pasar lo conveniente o inconveniente por el bienestar de ambos. No hay buenas parejas en los que no juegue un componente erótico y pre-erótico. (lo que equivale a decir transferencial")	
2/252	Dejar que la relación continúe, ya que no existe la relación terapéutica y el terapeuta analizar la situación suya particular	
2/253	Si se trata de un ex paciente no veo ningún inconveniente para que se produzca este feeling amoroso.	
7/255		Analizarlo, supervisarlo. Acorde a la resultante elegir una u otra.
2/256 7/256	(2) Considero que es una <u>EX</u> paciente; esto significa que fue pasado y no hay nada profesional que los ligue por ende no hay razón para coartar esa situación.	(7) No se puede perder la objetividad del tratamiento si ya no existe el mismo. No se puede ser terapeuta dentro de cuatro paredes del consultorio y amante fuera. Es una disociación imposible. Lo mejor para el paciente es la derivación.
2/258 7/258	(2) Pienso que ante esto el terapeuta debe mantener su posición de abstinente en tanto las relaciones afectivas que puedan surgir a mi entender responden a la transferencia ("amor de transferencia"). Generado durante el tratamiento a pesar de que actualmente este haya concluido. Además el terapeuta siempre estará en asimetría respecto del otro, en una situación de <u>saber</u> de lo que no debe aprovecharse.	(7) En primer término no corresponder al sentimiento por la abstinencia que debe existir en el tratamiento, en segunda instancia creo que debe derivar a la paciente pues la perturbación de la escucha analítica en estas circunstancias.
2/260 7/260	(2) si continúa el tratamiento en el rol de terapeuta, pondría distancia, e interpretaría en análisis del terapeuta lo ocurrido, etc. Si finaliza el rol terapeuta, me permitiría iniciar una relación amorosa lo primero es lo primero ...	(7) Evaluarlo en su lugar y/o supervisar. Dejar de atender al paciente, previo diálogo sobre el tema. Según las respuestas de cada una de las partes. No existen respuestas médicas, depende de muchos factores.
2/262 7/262	(2) Primero autoanálisis: la significación del paciente para él, etc. Luego pensar en qué puede estar sucediendo en su ex paciente. No veo obstáculos particulares para una relación amorosa genuina. Puede darse como entre otras personas no analista. Habría que ver caso por caso y situación por situación. Es muy difícil hablar en psicoanálisis.	(7) 1º autoanálisis. 2º Análisis profundo de la situación de la paciente. Si pese a esto la situación amorosa persiste debe cesar el análisis. El analista decidirá si expone o no los motivos del cese del tratamiento.
2/263		Si accede a la seducción de la paciente estaría en una

		situación de acting out; le aconsejaré continuar su terapia, con otro colega y el terapeuta con mucha experiencia, entraría en autoanálisis, o se lo considera convenientemente, solicitaría, continuar su análisis.
2/264		En primer momento abstenerse. Luego, la experiencia indica que lo más analítico, ético, médico, es que el terapeuta lo analice con su analista. Por qué? Para ubicar y ubicarse. Pues tiene visos de compulsivo dado que es algo que en el re encuentro se produce. En un análisis descartará o revisará acerca de las viejas vivencias durante el tratamiento de su ex paciente. ¿Y si es la primera vez que le sucede...
2/265	Analizar si la atracción no obedece a la situación transferencial que se sostuvo durante el contrato terapéutico. Pienso que sería conveniente no iniciarla.	
2/270	Debería iniciar una pareja y ser feliz. No está bajo cuadro analítico y terminó el tratamiento.	
2/271	Si no hay relación profesional no hay impedimento.	(7)Derivar al paciente a otro profesional
2/272	Seguir adelante, porque la relación terapéutica ya se había interrumpido.	
2/273	Es una situación que debe evitarse, porque probablemente sea solamente una ilusión producto de un remanente de transferencia no elaborada.	(7) Analizar la transferencia erótica, no actuarla y en caso de no lograrlo, derivar a la paciente a otro terapeuta.
2/277	Retirarse de la reunión (sin entablar relación con su ex paciente, por supuesto).	(7)Supervisar y analizarse.
2/278	No iniciar ningún tipo de relación con su ex paciente ni amorosa, ni de amistad. Debe tratar de cuidar el encuadre, aunque el análisis haya concluido, teniendo en cuenta que el hecho que el análisis haya terminado no implica que la transferencia haya desaparecido.	(7) Si considero que estos sentimientos no tienen que ver con el trabajo propio del análisis, derivar al paciente a otro profesional
2/279	Pienso que aunque la relación terapéutica haya finalizado, la "abstinencia" debe ser tenida en cuenta ya que los residuos transferenciales se prolongan durante mucho tiempo después de la terminación del tratamiento. En todo caso la situación plantea un conflicto y el analista debe tomar cuenta del mismo y entender su sentido en su propio análisis (al que nuevamente debería acudir).	
2/281	No tendría ningún tipo de objeción considerando que ya no es paciente.	
2/282	Continuar la relación, porque ya no los liga un vínculo terapéutico.	(7) Debe llevar el tema a supervisión y a su terapia personal. Para poder discriminar el motivo que dificulta su disociación instrumenta
2/283	Debe hacer lo que sienta, porque se ha terminado la relación analítica.	(7)La/el terapeuta no debe relacionarse afectivamente con el/la paciente. Debe derivar a otro profesional porque se interferiría en la terapia.
2/284	Si es un ex paciente, el terapeuta no encuentra dificultad alguna en que puedan iniciar una relación ya que no hay una relación terapeuta - paciente.	Derivo al paciente a otro psicólogo ya que es imposible seguir el tratamiento cuando se mezclan otros sentimientos que interfieren la terapia.
2/285	Al no ser ya paciente y haberse trabajado la elaboración de la transferencia se puede iniciar un vínculo.	
2/287	Si es "ex", y la relación terapéutica se ha terminado, por la situación que fuera, ambos son personas libres con respecto a la otra y pueden proceder según lo deseen.	Creo que si el terapeuta en su propio análisis no puede resolver esta situación lo que debería hacer es derivar a su paciente y tomarse un tiempo para dilucidar si la atracción no es un producto del análisis.
2/289	Se trata de un "ex paciente", ya no lo es. Debería tratarlo casi, como a cualquier otra persona (aunque no creo que esto sea tan sencillo)	
2/290	Entiendo que en estas circunstancias, la palabra ex, supone una casi igualdad entre personas, porque digo igualdad, porque la relación de ex, también supone un cierto lugar que ocupó el terapeuta, pero que al no existir, quedaron en juego dos personas libres, pero con el peso de una relación anterior, a la que supone una elaboración.	

2/291	Mantener su postura de neutralidad y abstinencia puesto que dicha paciente podría aún mantener algún tipo de vínculo transferencial con él y ese "amor" sería propio de dicho fenómeno y no genuino.	
2/293	Mientras no se establezca en ese momento una relación analista - paciente, no creo que haya inconvenientes en que se formalice una relación amorosa.	(7)No debería llevar a cabo una relación amorosa mientras haya una relación terapéutica.
7/295		(7)Suponiendo cierto no tiene que ver con algo fantasmático por parte de los dos (seguramente es así), habría que derivar al paciente a otro profesional porque interfiere en la tarea, se pierde en la supuesta objetividad y nunca podría cumplir con el lugar de analista.
2/301	Creo que el haber sido paciente y terapeuta no impide la posibilidad de una relación amorosa, pero si la continuidad del tratamiento en el futuro. No obstante ello creo conveniente que se intente esclarecer la diferencia de lugares en la nueva relación y cuanto de los sentimientos transferenciales están en juego en el ex paciente.	
2/302	Deberían evitar dichos encuentros. El terapeuta no se debe involucrar sentimentalmente con sus pacientes. Si así se diera se suspende, o mejor dicho cancela el tratamiento.	No se puede continuar el tratamiento. No va con la ética psicoanalítica. Regla de abstinencia, etc.

Nota: La numeración corresponde al número de pregunta seguida por una barra y luego el número de encuestado.

Las respuestas en relación con la pregunta 2 (ex paciente) se distribuyen entre:

- * No hay decisión: se mantiene un "depende" (...) en suspenso
- * Decisión:
 1. Comenzar una relación amorosa
 2. no comenzarla
- * Justificación:
 - 1.1. Porque no hay vínculo terapéutico
 - 1.2. Porque se prioriza el sentimiento actual de atracción al pasado vínculo terapéutico.
 - 2.1. Porque la transferencia continua y el vínculo terapéutico se mantiene.
 - 2.2 Por motivos éticos.

Resulta relevante señalar que muchos terapeutas responder por la relación con el/la paciente y no por lo que establece el cuestionario sobre la expaciente. Esto puede deberse a que equiparan el tratamiento del paciente y el del ex paciente pero es una inferencia que no tiene apoyatura en los dichos explícitos. Ni existe la posibilidad de repreguntar.

El 33,9% se inclinan por no concretar la relación con el paciente. El 42,9% se expidió a favor de concretar la relación con la ex paciente. Mientras que el 15,7% respondió de modo ambiguo³³.

Las respuestas en relación con la pregunta 7 (paciente actual) se distribuye entre:

* No hay decisión

- * Decisión:
1. Comenzar una relación amorosa y derivar a la paciente.
 2. No comenzar una relación amorosa y sostener el análisis
 3. No comenzar una relación amorosa y derivar a la paciente

- * Justificación:
- 1.1. Porque el amor es más fuerte.
 - 1.2. Porque son dos personas antes que nada.

Como quedó señalado anteriormente, los códigos prohíben las relaciones amorosas entre terapeutas y pacientes actuales. En ninguna de las respuestas se plantea mantener ambos vínculos (amoroso y terapéutico) al mismo tiempo. El 77,6% de los encuestados responde rechazando la posibilidad de iniciar una relación amorosa. El 5,8% no ve inconveniente en suspender el tratamiento para concretar la relación³⁴.

1.2. Respuestas referidas a la abstinencia en psicoanálisis

Dimensiones de la abstinencia

1. La opacidad del psicoanalista
2. El rodeo por la palabra
3. La fuerza de la privación
4. Ética y moral.

Nº	Opacidad	Decir en lugar de hacer	Privación	Moral-ética
7/7			Me parece que lo primero sería renunciar al rol de terapeuta además de analizarlo con otro terapeuta;	

³³ Estos porcentajes fueron extraídos del Informe final de la investigación. La situación de la ética en la práctica profesional de la psicología. Director: Juan Jorge Fariña.

³⁴ Estos porcentajes fueron extraídos del Informe final de la investigación. La situación de la ética en la práctica profesional de la psicología. Director: Juan Jorge Fariña.

			distanciado del rol, irá viendo qué pasa con sus sentimientos y que le pasa a su ex paciente.	
2/9 7/9		(7) En general considero que esta atracción es producto de la situación transferencial y que le corresponde al terapeuta "manejar" adecuadamente esta situación que debe atribuirlo en general, al enamoramiento transferencial (idealización de sit. Infantiles, etc.) Por supuesto el terapeuta debe interpretar y no "actuar".	(2) Creo que el terapeuta debería dejarse llevar por ese sentimiento de atracción, a pesar, que implique en esa atracción de la transferencia y contratransferencia de la época del tratamiento. Una relación amorosa puede darse, legítimamente, entre un terapeuta y su paciente.	
7/10			Interrumpir el tratamiento, y continuar si lo desea como cualquier otra relación. Debe interrumpirlo porque continuarlo sería aprovecharse de su condición de terapeuta y actuar todo lo que el paciente en su condición de tal transfiera en el analista.	
7/13 7/15			En primer lugar derivar a la paciente a otro terapeuta. En segundo lugar, realizar un análisis de la situación.	
2/16 7/16	(2) Lo que debería hacer el analista es abstenerse de iniciar una relación amorosa con su ex paciente ya que esta comenzaría desde una posición desigual para la paciente ya que el analista es conocedor de su mundo inconsciente y puede hacer uso indebido de esta condición ventajosa. Aunque esto no ocurre es inevitable la desconfianza que generaría esto en su ex paciente. Además se le impediría a la paciente la posibilidad de preservar a su analista para una segunda oportunidad.	(7) Freud dice: "Si su cortejo de amor fuera correspondido sería un gran triunfo para la paciente y una total derrota para la cura. Ella habría conseguido aquello a lo cual todos los enfermos aspiran en el análisis: actuar, repetir en la vida algo que sólo deben recordar, reproducir como material psíquico y conservar en un ámbito psíquico ("Puntualizaciones sobre el amor de transferencia - Nuevos consejos sobre la técnica del Psicoanálisis" Volumen 12 - Pág. 161-176 - Ediciones Amorrourtu) Por lo tanto el terapeuta debiera analizar y no actuar este sentimiento. El porqué está respondido arriba.		
7/17			La respuesta a esta pregunta está ya contestada en ítems 2 y 5. En este caso tan concreto y actual paciente-terapeuta éste último debería derivarla a otro profesional.	
7/19			1) Suspender el tratamiento.	

			2) Analizarse. 3) A partir de allí puede hacer lo más acorde a su deseo.	
2/20 7/20		(7)Analizarse el terapeuta y trabajar con el paciente la situación. Si corre riesgo de actuación interrumpir el tratamiento.	(2)No hay inconveniente en el avance amoroso	
7/21			Suspender el tratamiento, derivarla y abordar la situación sentimental como cualquier otra dada.	
2/23 7/23	(2)No hay inconveniente para que inicien una relación amorosa, puesto que, finalizado o interrumpido el tratamiento, la relación entre terapeuta y paciente, se norman por las reglas usuales y comunes de vinculación. Si bien una atracción de esa índole conlleva, seguramente, residuos transferenciales y contratransferencial es no analizados, esta situación no escapa a lo que sucede en cualquier relación amorosa, que siempre supone transferencias.			
7/24			Analizar mejor en su análisis terapéutico esta situación, prevalecer ciertos, todo tipo de abstención hasta que se le aclare si decide corresponder y, en ese caso, dejar de hacerlo como terapeuta. Sin que esta incluya cuestionarse acerca de su capacidad para ejercer esta terapia.	
7/25			(7) Primero excluir esto del tratamiento, si van a seguir como amantes; esto debe ser una decisión de los dos que no involucre ningún tratamiento si hay una transferencia erótica debe interpretarse	
7/26			En una situación como esta, el analista debería dar un paso al costado a sus sentimientos, por el bien de su paciente, y si la situación se vuelve extrema, deberá derivar a su paciente, con una excusa a otro terapeuta. Porque aunque esto último no sea lo más correcto, creo que sería lo mejor para ambos.	
7/28			Tiene que ser comprendido dentro del campo transferencial y analizado desde mi punto de vista el analista no debe confesar sus sentimientos y de ninguna manera pasar al acto ya que	

			las repercusiones psíquicas pueden ser muy graves, ya que todo lo que se despliega ahí justamente puede estar en el centro de la conflictiva inconsciente. Si el analista ve que pierde el control debe interrumpir.	
7/29			Interrumpir el tratamiento. En caso que una vez analizada su contratransferencia la atracción continúe.	
2/30			Si se trata de un ex paciente no veo inconveniente para que inicie una relación amorosa.	
7/31			El terapeuta debería abstenerse, y si no le fuera posible tendría que interrumpir ese tratamiento y derivar al paciente.	
7/32			Debería derivarlo, porque esto no sería bueno para el paciente, ya que no le serviría como tratamiento dirigido hacia su mejoría.	
2/33 7/33		(7) En principio no actuar el sentimiento. Si en su análisis o/y supervisiones no lo puede resolver, derivar la paciente a otro profesional. Es porque vale lo del punto 2		(2) La "intensa atracción" ya estaría indicando que algo del orden de la transferencia no ha sido liquidado en ese análisis. Lo cual no quiere decir que ese sentimiento no pueda aparecer en el terapeuta, ante lo cual una vez reconocido, no lo "actuará", en todo caso el terapeuta lo verá en su propio análisis ya que la ética del Psicoanálisis no da lugar al analista para aprovecharse de los efectos que la transferencia despierta.
2/34 7/34	(2) No iniciaría ninguna relación con un ex paciente, ya que el terapeuta ha conocido a ese paciente, su subjetividad, dentro de una situación analítica. Esto es diferente de "conocer" a alguien en una reunión social, y a partir de allí iniciar una relación.		(7) Ir a análisis, y supervisar para ver de qué se trata esta atracción. Si esto no cediera, o no se redujera, derivar al paciente. Si el analista cediera a ese sentimiento, haría un uso espúreo de su función y su lugar.	
2/35 7/35			(7) Interrumpir inmediatamente el tratamiento y en lo posible derivar al paciente a otro profesional, dado que probablemente algo de la dirección de la cura en relación al trabajo de la transferencia no ha podido operar.	(2) En este caso me arriesgaría a pensar en qué sentido se trata de un "ex paciente" y qué aspectos transferenciales quedaron sin resolver. A mi parecer es una situación muy problemática dado que se pone en juego la posición ética del profesional y fundamentalmente sus alcances fuera del tratamiento.
2/36 7/36	(2) Depende del tiempo transcurrido desde la	(7) Si el terapeuta puede controlar la situación, en el		

	finalización del tratamiento. Si cree que hubo tiempo suficiente para la disolución de la transferencia es menos riesgoso para el paciente iniciar una relación. Pero es siempre una situación complicada por el lugar de poder que puede mantener el terapeuta.	sentido de entenderla y utilizarla para el tratamiento, puede continuar. Si no debe interrumpir el tratamiento, pues actuar una situación amorosa con el paciente es peligroso para la salud mental del mismo. Es importante que el paciente inicie un nuevo tratamiento.		
2/37			El amor surge en cualquier parte. Por qué no en una transferencia analítica. De ser así caduca el análisis. El analista debe, analizar esta situación en un reanálisis.	
2/38			No puede iniciar una relación amorosa ni con pacientes ni con ex pacientes. La transferencia erótica es un escollo en la cura y debe ser desarticulada con interpretaciones. Si aún quedan residuos de esta transferencia erótica con posterioridad al análisis pues muchas veces es así la razón suficiente para que el analista no pueda arriesgarse a entablar una relación de ningún tipo y menos amorosa con ex pacientes. Hacerlo sería empeorar lo que hubiera podido quedar de patología residual sin ofrecer ninguna posibilidad de solución a esto.	
7/39 2/39	(2) Si es ex paciente, ya no es más su terapeuta. Así que son dos adultos con sus deseos que se hagan cargo de sus deseos como mejor le parezca a ellos		(7) 1) El terapeuta debería ver en su propio análisis qué le pasa (primero y principal). 2) Si esto perjudica a la paciente derivarla. 3) Si los dos resuelven que se gustan disolver el vínculo terapeuta-paciente.	
7/40			Suspender el tratamiento y analizar los propios sentimientos	
2/41 7/41	(2) La relación analítica se interrumpe cuando paciente y analista deciden unilateralmente o de común acuerdo dar por finalizado el análisis; por lo tanto no se puede seguir llamando terapeuta al que ejerció esa función en otro momento no ahora. Es un planteo engañoso, a menos que pensemos que esa atracción fue el motivo de la interrupción del análisis. En ese caso deberán		(7) Sin lugar a dudas se trata de un amor, pero de transferencia. Análisis y supervisión son los caminos más adecuados.	

	decidir los "protagonistas".			
7/43			Debería derivar a su paciente a otro terapeuta, y esclarecer el mismo sus sentimientos en un marco de supervisión	
2/44			(2)Creo que no es posible que esto suceda, es decir, los pacientes son pacientes, y al menos para mí, no me ha pasado de sentirme atraída por uno. Pero de suceder la situación, considero que dependerá del tipo de terapia que realizó (breve o más prolongada), el tipo de problema que trató (no es lo mismo tratar un problema simple de conducta de ansiedad, que un problema sexual o un problema para conseguir pareja) y por supuesto del grado de motivación del terapeuta. (7) En este caso, si la atracción interfiere con el tema específico del tratamiento, lo derivó. Si no interfiere, pero se transforma en una situación incómoda, lo derivó.	
7/47			(7) Primero: derivar, plazo y replanteo. Reitero respuesta 5 y porque despejaría las dudas propias de una relación que comenzó con marcada asimetría.	
7/48		(7) Hablar con su analista a fin de resolver su situación. Supervisar con más frecuencia. Si no está en análisis resolverlo. Evitar la actuación tanto en la consumación de la relación como en derivar a la paciente en tanto que superar esta instancia hace avanzar el proceso terapéutico.	(2) Hablar y explicitar la situación, y si es sólido el sentimiento vivir la experiencia. Es una ex paciente, ambos son adultos y se supone que los restos transferenciales fueron resueltos.	
7/50			Interrumpir la terapia y hacer una correcta derivación, previa explicación al paciente	
2/51				(2) Lo que se le ocurra. Porque no está condicionado por el compromiso ético que implicaría la urgencia de un tratamiento.
7/52			En principio saber que la situación transferencial propicia el enamoramiento del paciente hacia el terapeuta, pero que al terapeuta le debe importar dirigir la cura. Por lo que respecta al enamoramiento de la paciente sabe qué debe hacer, respetar a su propio enamoramiento, si lo percibe irresistible, debe derivar al paciente y supervisar y en su propia terapia sus sentimientos.	
7/55			Trabajar en su propio análisis, trabajar los sentimientos del paciente y en el caso que esto funcione como obstáculo al trabajo terapéutico,	

			suspenderlo y realizar una derivación.	
2/56 7/56	(2) Si se trata de una ex paciente en donde no hay ya una relación terapeuta-paciente, no me parece mal que se entable una relación amorosa.		(7) Suspender el tratamiento y derivarlo a otra/o terapeuta. Porque las sesiones perderían su objetivo que es la "curación" del paciente y pasarían a ser el momento justo para estar a solas con una persona que nos atrae.	
7/58				Para el psicoanálisis, en la cura analítica el amor de transferencia es un elemento clave de la misma. Depende del deseo del analista, no de sus deseos, la posibilidad de atravesar la dimensión engañosa del amor, sosteniendo el imperativo ético freudiano. "Donde eso era, yo (como sujeto del inconsciente) debe advenir".
7/59			Interrumpir el tratamiento, previa elaboración, derivarla a otro terapeuta y luego decidir acerca de sus sentimientos.	
7/60			Antes que nada informarle a la paciente e interrumpir el tratamiento. (Después se verá qué ocurre entre ellos). Porque el proceso analítico no es compatible con la relación interpersonal.	
7/61			Seguramente no desconoce que en principio tiene que ver con la transferencia, debe tomar ese amor de la paciente como algo real, en donde él ocupa un lugar. Si no puede trabajar de esta manera, tiene que ver con la tarea profesional, debería derivar a su paciente, y tratar sus propios sentimientos en su análisis personal, su supervisión del caso. No hay normas generales, el tema es desde dónde se inicia o no una relación amorosa con su paciente o "ex paciente".	
7/62			- Interrumpir ese tratamiento. - Supervisar - Trabajarlo en su análisis. Pensar en una posible derivación.	
7/63			En primer lugar analizarse e intentar llegar a una comprensión de lo que le sucede. En segundo lugar, si esta atracción no sede suspender el tratamiento. El por qué del primer ítem es obvio, el del segundo porque está desvirtuado el objetivo del tratamiento.	
7/64			De ninguna manera debería continuar o empezar una relación perjudicaría la salud del paciente.	
2/65			Podría iniciar la relación ya que se trata de una ex paciente. No obstante debería pensar acerca de cómo y por qué terminó el tratamiento	
7/66			Debería interrumpir el tratamiento para no dañar la relación terapéutica.	
7/67			Debería trabajar esto como material	

			del paciente y propio en el marco de lo que es una relación transferencial. Trabajarlo con el paciente y en sus supervisiones y análisis personal, pues esto es amor de transferencia, que de obstáculo debe poder pasar a hacer motor de la cura.	
7/68			Debido a un lapsus, no leí en la pregunta 2 el prefijo "ex", por lo cual debe considerarse como respuesta a la presente pregunta. Contestación a la pregunta 2. 4) Analizar la contratransferencia en autoanálisis o con un analista. 5) Dar curso a los sentimientos sabiendo y explicitando a la pareja la "carga histórica" de la relación que lo unió durante el proceso analítico. 6) Explicitar la desigualdad de las informaciones que cada uno tiene del otro dentro de la relación. Cuando aludo a "carga histórica" me refiero a los sentimientos de desconfianza sobre la autenticidad y lo genuino del sentimiento propio y del otro que se despiertan a raíz de la historia del origen del vínculo entre ambos.	
7/69			Derivar al paciente porque no puede seguir tratándolo	
7/71			Suspender el tratamiento, derivando a la paciente a otro terapeuta con alguna excusa. Plantear el problema en su supervisión y en su terapia individual	
7/72	Si están dadas las condiciones y pasó un tiempo desde que fue su paciente pueden iniciarlo ya que estaría fuera del ámbito del análisis.			
2/73	Evaluar la situación para evitar daños innecesarios aunque teóricamente, si se trata de un ex paciente, no necesariamente es una situación inviable.			
2/74 7/74	(2)El terapeuta debería ver a esa persona como su ex paciente y nada más no debería invitarla/o a salir. Tal vez los lazos transferenciales perduren y ese paciente podría volver otra vez a tratamiento.		(7)El terapeuta para no complicar más las cosas, debería derivar a su paciente. Si el paciente le dice a su terapeuta que está enamorado, por ahí no vendría mal que los dos se sinceren. Inmediatamente después hay que derivar al paciente para que continúe su tratamiento.	
2/75 7/75			(2) Abstenerse. Porque sería muy sintomático que fuera justo con un	

			paciente. (7) Interrogarse por qué llegó a esa situación e interrumpir el tratamiento.	
2/76 7/76	(2) Si esto es así le diría que no estoy en condiciones de continuar escuchándolo en posición de terapeuta de él. En todo caso una vez cerrado este espacio y abriendo la posibilidad de derivarlo a otro profesional, vería qué pasa a nivel personal con esa relación amorosa entre nosotros.		(7) Tiene que hablar de esto con su paciente y a causa de esto dejar de ser su terapeuta y ver la posibilidad de derivar el paciente a otro espacio para dar lugar a que este sentimiento pueda tener otro estatuto.	
2/77	(2) Cuando uno concluye o da de alta algún tratamiento deja de ser paciente y por lo tanto concluye la relación profesional por ende es legítimo poder intentar un acercamiento.		(7) Suspender el tratamiento porque la relación deja de estar en un marco profesional.	
2/79		(2) El terapeuta no debería iniciar una relación amorosa con su ex paciente, porque considero que por más que haya dejado de atender a un paciente, el vínculo transferencial sigue existiendo y la relación paciente, terapeuta nunca termina y si se actualiza alguna vivencia inconsciente se lo debe trabajar y no hacer oídos sordos, al menos del lado del terapeuta para no actuarlo	(7) El terapeuta no debiera ceder a la atracción, pues teniendo presente que si desde el Psicoanálisis una de las reglas para conducir un tratamiento es la abstinencia, no sería posible seguir adelante con la cura.	
2/81 7/81	(2) Abstenerse, siempre la relación es desigual y el único en condiciones de sostener su lugar sigue siendo el terapeuta, aunque este no sea ya "su paciente".	(7) Hablar claramente con su paciente. Suspender el tratamiento. Supervisar el caso. Llevar sus inquietudes a su análisis personal. ABSTENERSE de actuar		
2/83 7/83			(2) Dejar que evolucione libremente la relación, ya que el tratamiento ha finalizado. (7) Debería interrumpir el tratamiento con esa paciente, derivándola de verlo necesario.	
7/84			(7) Debería mantenerse en un lugar de abstinencia y resolverlo en un análisis personal.8	

7/85			(7) Abstenerse, de no poder controlarse. Derivarla/o.	
2/86 7/86	(2) Si es un ex paciente es libre de actuar como quiera.		(7) La transferencia erótica ha sido ampliamente discutida desde Freud. Sabemos que es un modo de resistencia, recomendaría al terapeuta ver que le sucede en su análisis y si no está en tratamiento que comience uno.	
2/87 7/87			(2) Primero disfruto el encuentro en la reunión. Segundo, al llegar a mi casa, pienso, reflexiono y a la mañana siguiente analizo mis sueños de la noche anterior, sueños diurnos o nocturnos. Si con esto no me alcanza para aclararme la situación pido un re análisis o supervisión de aquel material del paciente. Si todo está bien, me entrego a la situación si es que luego de todo lo demás aún persiste.	(7) Lo que se recomienda en "el amor de transferencia" y lo que al terapeuta le dicte su consciencia y su saber, por no decir su ética que indica que uno no se aproveche de las transferencias de su paciente, en ningún sentido.
2/88			(2) Esta cuestión plantea de nuevo el registro imaginario de la demanda de amor. Si el "terapeuta" está en posición de analista no hay lugar a responder a la demanda. Si se trata de un ex paciente o paciente no es relevante para discernir la cuestión dado que si el paciente es "ex" por haber finalizado un análisis las cuestiones del amor-odio deberán haber quedado suficientemente analizadas para destruir los ideales. Si se trata de un "ex" por interrupción del tratamiento, habría que pensar esta situación por el lado del acting-out.	
2/89			(2) Debería eludir la situación amorosa, tal como lo haría en el curso del tratamiento, aún cuando aquí tal vez no tenga posibilidades de "analizarlo" con su ex paciente. En principio debe asumir que la situación que se genera es un resto del campo transferencial.	
7/91			El terapeuta no debe olvidar de su relación analítica. Y pensar en sus vicisitudes del amor de transferencia para la cual debe recurrir a su análisis y segundo lugar a la supervisión del caso.	
7/93			Al igual que con el ex paciente analizar el tema de la transferencia - contratransferencia y a partir de ello se podrá o no continuar. Lo más probable es la derivación.	
2/95 7/95	(2) Creo que debiera (el terapeuta) priorizar su función de terapeuta. El hecho que sea ex paciente no lo faculta para iniciar una relación amorosa que pueda estar influenciada, por		(7) Interpretar el hecho como una situación transferencial tendiente a provocar una atracción en el terapeuta. Si su atracción continúa suspender el tratamiento y derivarlo a otro terapeuta.	

	cuanto del lado del paciente perduran vínculos transferenciales.			
2/96 7/96			(2) Creo que siempre y cuando el terapeuta tenga prudencia en no traer conflictos a su ex paciente y con precaución de saber qué momento está viviendo este, se podría relacionar. (7) Considero que depende la situación. Existe la posibilidad de derivación a otro terapeuta dando luego de un tiempo prudencial para que la paciente aclare sus ideas y luego tomar la conducta que desee. En caso contrario abstenerse.	
2/97			(2) Abstenerse. Porque el paciente no sabemos si tiene resuelta (disuelta) la situación transferencial.	
7/98	Analizar primeramente la transferencia y la contratransferencia. Si llega a la conclusión que se trata de algo verdaderamente genuino, deberá decirlo al paciente, interrumpir el tratamiento, y luego, si están dispuesto los dos, comenzar otro tipo de relación.			
2/100			(2) 1) Si la relación se cortó hace poco tiempo, los lazos transferenciales y contratransferenciales no han sido disueltos, por lo tanto, los sentimientos son "ficticios" y no es aconsejable la relación. 2) Si ha pasado muchos años el terapeuta debería tomar unas cuantas sesiones de análisis, antes de ejercer cualquier tipo de acción.	
2/101				(2) El terapeuta debería controlar sus impulsos y rechazar toda propuesta de su ex - paciente para iniciar algún tipo de relación ya que relaciones antes durante t después de un tratamiento constituyen una falla ética y violación de la premisa de abstinencia entre médico - paciente, y posiblemente también mala praxis ya que podría traer consecuencias negativas en el ex - paciente.
7/102			(7) Si no puede tratarla, interrumpir la terapia, justamente para que otro terapeuta la pueda tratar.	
2/103 7/103			(2) Si se dan las condiciones de iniciar una relación amorosa, y si el analista puede determinar que no sólo es "Amor de transferencia",	

			<p>producto del trabajo en común, pues iniciaría la relación amorosa ¿por qué no?</p> <p>(7) Contesto lo mismo que en la pregunta Nº 2 Pero la relación analítica terminaría.</p> <p>Lo perjudicial que se presenta en toda relación cuando uno de los dos de la pareja es analista, es que el otro debe suplir algunas veces ser analizado con un análisis salvaje en situaciones fuera del encuadre. Hasta ahora dentro del encuadre analítico, no he descubierto cómo se puede dar una relación distinta a analista paciente</p>	
2/104			<p>(2) No sé, depende de diversas circunstancias, lo ideal sería abstenerse debido a que pueden permanecer imágenes transferenciales.</p>	
2/105			<p>(2) Considero que sería preferible que no se produjera un hecho tal; en relación con la situación del paciente - de producción, y siendo el amor un sentimiento tan poderoso; el hecho de haber concluido el tratamiento y la posibilidad de abordar la situación en forma madura y honesta puede permitir que la experiencia sea provechosa para ambos</p>	
7/106			<p>(7) Supervisar el caso y pensar en análisis su situación no romper la regla de abstinencia.</p>	
2/107			<p>(2) Depende cuánto tiempo haya pasado desde que se interrumpió la cura.</p> <p>En el caso que fueron varios años, creo que lo mejor que pueden hacer si es que la relación tiene visos de seriedad es tratar de conocerse mejor. A fin de que la relación no sea un fracaso.</p>	
2/108 7/108			<p>(2) Habiendo tanta gente en el mundo me parece que es realmente un problema del terapeuta meterse en relaciones con los pacientes - ex pacientes donde yo no establezco una diferenciación tan grande, por qué muchos ex pacientes pasan a ser nuevamente pacientes. No es un problema para el paciente, me parece que el que debería revisar qué le pasa en su análisis es el terapeuta.</p> <p>(7) Dejar de atenderla. Me parece que si se calienta no la puede analizar.</p>	
7/109			<p>Creo que debería derivar a su paciente, ya que no podría mantener la neutralidad y la abstinencia de seguir en esa situación.</p> <p>Bajo ningún punto de vista debería corresponder a su paciente dado que este podría encontrarse bajo los efectos del amor de transferencia.</p>	
7/110			<p>Abstenerse e interpretar.</p>	
2/113 7/113	<p>(2) Ante todo abstenerse, la transferencia no tiene una duración</p>		<p>Si la situación lo desborda derivar al paciente.</p> <p>Lo más indicado es seguir el análisis, acordarse de que el paciente no se</p>	

	<p>cronológica y del lado del paciente puede seguir habiendo una demanda detrás de esta "atracción". Del lado del analista es importante no olvidar que la transferencia es con nuestra función como analistas y no con nuestra persona.</p>		<p>enamora de su persona sino de A. Confundir esto con una relación amorosa sería traumático para el paciente. No se convoca la transferencia para luego salir espantado ante lo que pasa. El analista debe trabajar desde su falta en ser, su deseo de analizar.</p>	
7/115			<p>Deberá analizarlo en soledad o con ayuda. Si esto continúa a pesar del "barrido" fantasmático que pueda llegar a realizarse [consigo con su paciente] interrumpirá el análisis, derivará a su paciente, probablemente, se encuentre a tomar un café, para ver si pueden iniciar otro tipo de relación.</p>	
7/116			<p>Debiera analizarse, y tratar de comprender qué es lo atractivo de su trabajo con la paciente, como para tener ese sentimiento y no poder procesarlo en la transferencia.</p>	
2/117			<p>Si se trata de un ex paciente, no le vería impedimento. Siempre hay resabios transferenciales, pero todas las relaciones humanas son complicadas</p>	
7/118			<p>Esta cuestión tiene mucho que ver con los sentimientos que, efectivamente, aparecen en cualquier relación terapéutica de dos personas. Dependerá del trabajo personal que el terapeuta haya hecho consigo mismo (en su análisis) como pueda lidiar con sus emociones. Si lo superan, debería interrumpir la relación terapéutica porque no está en condiciones de ayudar a su paciente.</p>	
7/119			<p>Esta cuestión tiene mucho que ver con los sentimientos que, efectivamente, aparecen en cualquier relación terapéutica de dos personas. Dependerá del trabajo personal que el terapeuta haya hecho consigo mismo (en su análisis) como pueda lidiar con sus emociones. Si lo superan, debería interrumpir la relación terapéutica porque no está en condiciones de ayudar a su paciente.</p>	
2/120	<p>Si esto sucede entra dentro de las llamadas transferencias pasionales "asimétricas". La responsabilidad es del analista, en cuanto al abuso de su función.</p>			
2/124	<p>Podría dar curso a una relación</p>			

	amorosa ya que allí no se trata de un paciente en análisis, sino de una situación diferente			
2/125			Desde lo estrictamente formal no habría obstáculo para que dicho vínculo se concretase: la relación paciente-terapeuta ya habría finalizado y eventualmente el vínculo transferencial se vería ya disuelto. Es, sin embargo, responsabilidad del profesional evaluar en el propio análisis la posibilidad de que sus conflictos personales pudieran estar interviniendo.	
2/126	En principio evitaría entrar en relaciones amorosas con mis ex pacientes, porque creo que el análisis tiene efectos más allá de terminado el tratamiento. El terapeuta queda en un lugar determinado para el paciente que no es el de una relación de pareja. Es bueno seguir siendo una figura en la fantasía, que conserve el lugar en la fantasía que había adquirido en la situación transferencial.			
7/128			Derivar al paciente para que éste pueda seguir elaborando su terapia con otro terapeuta y lo hablaría en mi terapia.	
2/129 7/129	(2) Investigar en su análisis y/o supervisión qué es lo que está sucediendo y trabajarlo. Creo que por respeto al trabajo realizado, al derecho de ese paciente a ser respetado aún luego de haber concluido el proceso analítico como paciente y como vinculado al terapeuta en una relación asimétrica, él debería trabajar esto con otras tantas "atracciones" o "sensaciones" contratransferenciales.		(7) Pensar esto en relación al trabajo en común que realizan, al sentido que esto tiene en ese marco y trabajarlo en su propio análisis y supervisión para ver cuál es la mejor forma de continuar adelante con el proceso terapéutico	
2/130	Acercarse, pues si			

	se trata de una ex paciente, entendiendo por esto que ya ha finalizado el período de análisis con el mismo.			
2/133 7/133			(2) Abstenerse. Esa intensa atracción difícilmente esté exenta del tinte transferencial ¿Cómo diferenciarlo del amor de transferencia? (7) Abstenerse y, además, derivar a la paciente dado que difícilmente pueda operar ahí como analista	
2/134	(2) No iniciar esa posible relación porque los efectos de la transferencia o del análisis no se terminan en el fin del tratamiento			
2/135	(2) Nada extraño, lo que puede hacer es lo que hace cualquier pareja que se atrae.			
7/138			Debería reflexionar qué actitud, por su parte es la causante de haber quedado atrapado en la magnitud de la transferencia de la paciente. A menudo la interpretación centrada en la transferencia erótica, la convoca, más que disolverla. Demás está decir que no debe dar curso de acción a sus sentimientos.	
7/139				No es un buen terapeuta, profesionalmente formado para el trabajo de estas características
7/140			No es un buen terapeuta, profesionalmente formado para el trabajo de estas características	
2/141	(2) Me parece que no existe ningún inconveniente ya que la relación profesional - paciente no existe más, por lo tanto tampoco ningún impedimento válido		(7) En primer lugar derivar a la paciente, y si luego de esto se dan las condiciones, pienso que no hay impedimentos para que se concrete la relación.	
2/142	Si la atracción es mutua que inicien la relación.			
2/143			Habría que ver cómo fue la relación transferencial, si hubo final de análisis, cuál fue el motivo de la interrupción, etc. Creo que debería abstenerse.	
2/144	Puede hacer lo que quiera, dado que se trata de un ex paciente.			
2/147	El terapeuta en ese momento no está cumpliendo tal rol y el paciente ya no es paciente. Por lo cual, si se lo analiza desde la			

	transferencia de amor y teniendo en cuenta las personas toda relación puede ser posible, mientras se determinen un criterio personal los límites de cada uno o no.			
2/148				Considero que no deberá iniciar la relación amorosa. En principio por cuestiones éticas. Creo que la transferencia no se disuelve necesariamente cuando un tratamiento concluye y por lo tanto deben regir los mismos principios que al tratamiento.
2/149			Debería negarse esta posibilidad de comenzar una relación con cualquier ex paciente, ya que de comenzarla resignificaría (retroactivamente) el tratamiento como un espacio amoroso. Por otro lado, el fin de análisis implica la resolución transferencial y la ubicación del analista en el lugar de a, de resto. Por lo tanto podemos pensar que si algo del amor aparece en un encuentro fortuito, es porque en realidad esa transferencia no había sido lo suficientemente resuelta.	
2/150 7/150			(7) Analizar la situación dentro del marco transferencial, analizarse, supervisar y pensar dónde está tomado. Si se la cree del todo en lo correspondido se perdió el tratamiento. Si no se puede amortizar o interpretar. Se interrumpe el tratamiento, sino quedará como parte del mismo o sumo lo derivará.	(2) Analizarse y no hacer uso de la transferencia, salvo que sea indefectiblemente una relación amorosa que requiere de mucho tiempo de consideración ya que podría destruir el análisis realizado y la ética de ese análisis.
2/151	Siendo un ex paciente y teniendo ganas de mantener la relación amorosa, el encuadre ya no existe, así que puede hacer lo que le guste.			
2/152	Lo que tenga ganas. Se supone que el tratamiento terminó habiéndose desligado del contrato que los unía. De todos modos no sin reflexionar si hay un resto transferencial en la situación que merezca ser dialogado entre			

	ambos.			
2/153 7/153	(2) Si es un ex paciente y se dan esa condición particular puede ser posible, dado que ya no es un paciente.		(7) Si el terapeuta le plantea sus sentimientos a la paciente, debe interrumpir el tratamiento. La paciente buscará otro terapeuta. Porque en el momento que se lo plantea, deja de ser su paciente.	
7/154			Aclararlo con el paciente y suspender el tratamiento.	
7/155			El terapeuta debería sugerirle a su paciente que se atienda con otro terapeuta, puesto que si hay un sentimiento de por medio no habrá la objetividad necesaria para lograr un tratamiento exitoso; explicándole los motivos que lo llevan a ésta decisión.	
2/156 7/156			Debe abstenerse de una posible relación y derivar al paciente a otro analista.	Debería abstenerse de la relación amorosa. Porque no lo considero ético
7/157			Parar el análisis, derivar a su paciente por que la transferencia es tanto de la paciente al terapeuta como viceversa, parte del mismo núcleo neurótico que no admite la prohibición del incesto.	
7/158			Abstenerse, porque posiblemente sea la percepción contra transferencial de que la paciente está en transferencia erótica. Si esta situación no puede ser aclarada por el terapeuta en él y en su paciente debe derivarla, y que esta derivación no sea una derivación tramposa para permitir la actuación posteriormente.	
2/160 7/160			(2) Evitar toda relación. Porque persiste el vínculo transferencial.	(7) Interrumpir el tratamiento. Por razones éticas y porque esto distorsiona el vínculo transferencial.
7/164			Cortar el tratamiento. Analizar personalmente su motivación. Primun non nocere.	
2/167	En esta situación no hay un terapeuta (se menciona ex paciente) por lo tanto dejaría avanzar la relación.			
7/168			El terapeuta puede hacer lo que desea con relación a sus sentimientos. Con relación al tratamiento este no debe continuar ya que no corresponde en una terapia mantener ambos vínculos.	
2/170 7/170	Creo que tendría que controlar sus impulsos amorosos ya que el vínculo este es muy especial ya que el terapeuta sabe cosas muy íntimas del paciente y desde la teoría psicoanalítica se podría pensar que el paciente está repitiendo con su		El terapeuta debería derivar a la paciente a otro profesional ya que si sigue siendo el terapeuta el vínculo paciente terapeuta se haría muy difícil por los fuertes sentimientos que entrarían a jugar en la relación, por el peligro de que estos sentimientos o impulsos sexuales se concreticen en una relación sexual y porque de esta manera el paciente no sería objetivo con el relato del paciente, y desde la teoría psicoanalítica se podría decir que el terapeuta no ayudaría al paciente a resolver su neurosis de	

	ex analista algo del pasado, por lo tanto debería abstenerse de esta relación amorosa ya que de lo contrario perjudicaría al paciente.		transferencia.	
7/171	Si es un ex paciente, no creo que haya inconvenientes de iniciar la relación		Creo que debería derivar a la paciente, ya que esto dificultaría el tratamiento.	
2/172	Fuera del dispositivo analítico ya no se puede considerar el terapeuta como siendo aún, de todos modos en ambas situaciones está en juego una transferencia.			
2/173	Darle para adelante. Es su ex paciente, además la atracción "supuestamente" surge en la reunión social (!!).			
7/174			Supervisar. Analizarse. Porque un análisis en esas condiciones es casi imposible. El amor de transferencia está de lado del analizante.	
2/176			Analizar-se a sí mismo o ver en su análisis los aspectos que han favorecido esa situación de una transferencia no resuelta. Si con posterioridad ambas personas continúan en relación, se podría llegar a iniciar una relación amorosa con los "vicios" propios de la relación analítica que seguramente aún interfiere.	
2/177	La conducta del ex terapeuta dependerá de la patología de la ex paciente. Si es una histeria, una psicopatía, una border-line, una psicótica, etc. El ex terapeuta debería autoanalizarse para ver que le pasa a él. Si ese no fuera el caso y la paciente fuera "normal" (la neurá comú n porteña), el ex terapeuta hará lo que le venga en gana ya que no existe contrato terapéutico y están en igualdad de condiciones.			

	Conozco exitosísimos matrimonios que han empezado así.			
2/181		Evitar la acción de emociones, que tienen que ser verbalizadas. Para poder desarrollar el proceso terapéutico.		
2/182 7/182	Aquí habría por lo menos dos actitudes distintas según la persona y la formación profesional (y el tiempo transcurrido desde que cesó la terapia). Hay quienes piensan que jamás debería mezclarse el analista con alguien que fue su paciente. Por mi parte creo que si ha pasado suficiente tiempo como por ejemplo más de un año pueden considerarse otras actitudes posibles según la historia personal y terapéutica.	Debe tomarlo como un dato que le sirve para comprender algo no dicho por la paciente que actúe como resistencia. Debe analizarlo en su análisis personal y de control.		
7/185			Analizar la situación con su analista o su supervisor. Derivar a la paciente.	
2/187		La relación amorosa excluye totalmente la posibilidad terapéutica. Hay un deseo incestuoso en juego por ambas partes. La actitud del terapeuta deberá ser la de analizar las transferencias en juego y evitar el pasaje al acto.		
2/188 7/188	(2) Pienso que el analista debería abstenerse de toda relación amorosa con un paciente o ex paciente, ya que los analistas sabemos que el amor del paciente no se dirige al analista, como persona sino a lo que este representa o representó para el paciente.		(7) Esto ya lo respondí en el punto 2, creo que Freud lo deja bien claro en "Amor de transferencias" cuando habla de abstinencia y neutralidad	
2/189 7/189	(2) Si se habla de un ex paciente, y en un contexto		(7) Terminar con la relación terapéutica explicitando los motivos. Derivar a su paciente.	

	<p>social, se habla de dos personas que se vinculan como otras.</p> <p>Es necesario para responder con mayor precisión conocer el tiempo transcurrido desde la relación profesional. De todos modos, este tipo de situación, requiere a mi criterio una consideración especial, ya que no parten de una relación neutral. Es necesario desidealizar los lugares y poder llegar al vínculo de las personas.</p>		<p>Cuando aparecen elementos eróticos el vínculo terapéutico se contamina y desnaturaliza.</p> <p>Una actitud honesta es aclarar la situación y encuadrarla de manera adecuada para cada uno</p>	
2/191 7/191	<p>(2) Lo que tiene ganas. Si es una ex paciente, se supone que la regla de abstinencia ya no hay por qué mantenerla.</p>	<p>(7) Trabajar en su análisis (o auto análisis) esta resistencia -¿Qué lugar ocupa en la transferencia? Insisto es resistencia, fundamentalmente, del analista.</p>		
2/194	<p>(2) En ese caso conviene que el terapeuta (o ex terapeuta) y su paciente se tomen un tiempo para elaborar la situación.</p> <p>Dejar que "bajen las aguas" y reflexionar si la atracción no es debida a alguna situación analítica remanente.</p> <p>Aclarado esto; considero que son libres y pueden comportarse como indiquen sus inclinaciones.</p>			
2/197	<p>Pienso que las transferencias no se agotan con el fin del análisis, pero en fin, cualquier amor es transferencial.</p> <p>No veo objeción para que se comporten, si pueden, como cualquier persona ante otra. Sólo que me parece que podría haber dificultades en la pareja.</p>			

	El psicoanalista pensaría en poco, su pareja pero que haga lo que quiera. Ya no tienen el compromiso del setting.			
2/199			Irse de la reunión. No debe tener relaciones ni iniciar relaciones ni con paciente ni con ex paciente. Abstinencia sexual con pacientes.	
7/200			Desde ya que en este caso es imposible el mantenimiento de esa doble situación, y el analista deberá comunicar a su paciente la imposibilidad de continuar el tratamiento.	
2/202 7/202	(2) Evitar involucrarse debido a que inevitablemente la relación estaría marcada por la relación previa (analista/paciente).		(7) Revisar en su análisis personal y en su supervisión los motivos de su atracción hacia su paciente. Si no puede resolverse y esto obstaculiza el trabajo analítico supongo que lo mejor sería trabajar una derivación del paciente.	
7/203		(7) Evaluar qué es lo que sucede en esa situación, teniendo en cuenta que ese amor "legítimo" es producto de la relación transferencial. Siguiendo a Freud se puede pensar que el paciente logrará su objetivo que es repetir una transferencia con el médico y resistencia mediante frenar las asociaciones ocupándose solamente de este amor que pasa a ser lo más importante. Habría que tener en cuenta que el lugar del terapeuta tiene que ver con la relación transferencial y no con los atributos del analista. Teniendo todo esto en cuenta la decisión será del terapeuta. No es que esté prohibido sino que hay que tomarlo como parte de los avatares de la relación transferencial y actuar analíticamente con esto.		
2/204 7/204	(2) No encuentro inconvenientes en que siga adelante ya que no es su paciente y es supone que la transferencia se ha		Abstenerse, interrumpir el tratamiento y después seguir adelante. Caso contrario estaría pervertido el vínculo.	

	disuelto.			
2/205 7/205	(2) ¿Por qué debería hacer algo, si el contrato terapéutico está terminado? Si no lo estuviere, se vería. Todo depende de cómo terminó el tratamiento.		(7) Interrumpir el tratamiento para "a posteriori" confirmar la posibilidad de la relación.	
2/206	Abstenerse, porque la relación transferencial no se anula, no desaparece nunca.			
2/208 7/208	(2) Si se trata de su ex paciente no habría impedimento alguno de iniciar una relación amorosa. Tanto uno como otro ya han dejado de ser terapeuta - paciente, por lo tanto al encontrarse fuera de su vínculo no hay nada que no justifique la formación de otro tipo de vínculo que es el amoroso.		(7) Debería plantearlo, no negarlo y por supuesto suspender dicha relación paciente - terapeuta. Dado que este tipo de pulsiones no se pueden desplazar con facilidad y sería inútil reprimirlas y negarlas, deben exponerse a tiempo para no obstaculizar la tarea de análisis y cuidar en el espacio terapéutico planteando la imposibilidad de continuar con el tratamiento. A posteriori orientar para una derivación a otro profesional.	
7/209	(7) Depende el tiempo que haya transcurrido entre la finalización del tratamiento y el encuentro. Si dicha finalización fue reciente creo no conveniente la continuación de la relación ya que puede ser perjudicial tanto para el paciente como para el terapeuta.			
2/210 7/210	(2) En ese caso el terapeuta ya no está en posición de terapeuta o analista ya que es un ex paciente por lo tanto puede hacer lo que quiera.		(7) Si es un analista debería abstenerse de consumir este sentimiento con su paciente.	
2/211 7/211	(2) Aceptar. Porque están en un contexto diferente. Ya no relación terapeuta - paciente.		(7) Derivar a otro profesional. Porque su trabajo terapéutico se vería obstaculizado	
7/214			(/)Supervisar y verlo en su análisis personal. Puede desembocar en una interrupción del tratamiento, derivar pero no creo que debe comenzar una relación, dado que esa "atracción del paciente por él" es muy probable que sea producto del dispositivo que el propone.	

7/218			Efectuar la derivación correspondiente y plantear el caso con su supervisor.	
2/219 7/219	(2) Si ya no hay un vínculo terapéutico "paciente - analista", no hallo objeción ética para la concreción de una relación amorosa. Sin embargo no me parecería una buena elección (habiendo tantas otras personas con las que podría relacionarse).			(7) Se cometería una falla ética si se abusara del sentimiento transferencial de la paciente. Si no hubiese control de la situación habría que derivarla
7/220			Derivar a su paciente y tratar este tema con su terapeuta. Pero no perjudicar el tratamiento de su paciente.	
7/221			En principio, trabajarlo en su propio análisis porque seguramente hay algo ahí que le hace obstáculo para dirigir la cura. Pero si esto no resulta, derivar al paciente, porque no puede sostener la continuidad.	
2/222 7/222	(2) Hay que tratar de evitar todo. Tienen que pasar 3 años legalmente, la atracción se debe a un vínculo anterior, si se puede evitar mejor, sino hay que esperar varios años. En otros países se pueden sacar la credencial de médico.		(7) Tendría que quedarse en el molde, si siente que hay amor de transferencia le dice que lo va a trabajar tres meses, con el, sino lo tiene que derivar.	
2/224				No hay reglas fijas, depende de la situación particular y de los principios éticos del analista. Tratándose de una ex paciente habría que ver si la relación transferencial está más o menos resuelta. Yo no me sentiría cómodo en una situación así y creo que nunca la propiciaría conscientemente. Sin embargo no me es posible descartar totalmente la posibilidad de que alguna vez suceda.
7/226			Abstenerse y derivar al paciente pues considero que en ellos está funcionando a pleno la resistencia al análisis	
2/229 7/229			(2) Pienso que debería abstenerse, ya que la transferencia no tiene un tiempo tope, en el cual se extingue de un día para otro. La abstinencia es una de las reglas fundamentales que va junto al dispositivo, que permiten que esa persona pueda ser	

			escuchada como tal. (7) Si no puede abstenerse, o si lo hace con dificultad más vale que la derive y no la siga atendiendo	
2/230 7/230	(2) Si la relación terapéutica llegó a su fin. Podría comportarse con su ex paciente, más allá de su rol y ser simplemente una persona		(7) Derivar a su paciente, comunicándole sinceramente el motivo de su derivación	
2/232 7/232		(7) Pienso que deberá trabajarlo en ese análisis, llevarlo a supervisión y análisis, es probable que esté actuando una transferencia erótica. La paciente se encuentra en regresión. No es ético realmente aprovecharse de tal situación de su paciente. Si diera la actuación hay una falta grave a la ética. Como así también el tratamiento que venía realizando.		(2) A modo personal. Creo que la transferencia nunca queda totalmente resuelta. Como que seguirá influyendo a lo largo de la vida. Pero éticamente podría iniciar la relación amorosa. Sabiendo que puede haber algo del orden de lo no analizado sería bueno que lo pudiera ver en su análisis si lo tiene.
7/234			(7) Debería derivar a la paciente porque el motivo por el cual la paciente se acercó al terapeuta no es para una relación amorosa sino para una relación terapéutica. Si el analista la quiere, debería considerar que podría dañarla.	
2/235 7/235	(2) Seguir con su deseo, por que una vez terminado el análisis el analista es un sujeto cualquier para un ex paciente.		Abstenerse, por que es un amor producido por la transferencia, debería interrumpir el tratamiento. No debe guiarse por la correspondencia afectiva. El amor que se constituye durante un psicoanálisis no está dirigido al analista.	
7/236			Aclarar la situación. Suspender el tratamiento. El terapeuta deberá ver la situación en su análisis	
2/237				Técnicamente no es ético que se entable y se lleve a cabo esa relación. Se puede hablar del tema para tratar de clarificarlo.
7/240			1) Supervisar el caso. 2) En caso de que esta atracción no caiga, señalar con el paciente algún motivo por el cual no puede seguir atendiendo y derivar al paciente con otro terapeuta	
7/241			Elaborar la transferencia erótica. Tomar supervisión si no la tiene. Elaborar con su terapeuta (análisis didáctico). Derivar a la paciente.	
2/242			El terapeuta no debe aceptar esta situación, ya que est conoce la transferencia que se provocó en el transcurso del análisis. Si no puede manejar la experiencia que están	

			viviendo ambos, tiene que acudir, el propio terapeuta a una ayuda analítica para esclarecer el vínculo con su paciente.	
7/244			Interrumpir la terapia. O tratar de ver si se trata de un amor de transferencia - contra transferencia. Ambas cosas, amor y análisis es aberrante. Porque como se resolvería el pago de las "sesiones".	
7/248				Averiguar que está pasando en la transferencia. Nunca actuar. Por qué? Pues es probable que su paciente re-edite en su vínculo con él sus propias situaciones infantiles donde se sintiera prisionero de intensa seducción - luego, si el analista no está bien analizado y entrenado, puede caer en la trampa que inconscientemente el paciente le tiende, atentando contra su salud. Un psicoanalista tiene la obligación moral y ética de preservar la salud de su paciente, respetándolo en todo momento. Sino, que no trabaje
2/250	Dependerá del tiempo que es "ex" paciente. Dado que toda relación es transferencial y las relaciones amorosas y de "intensa atracción" también lo son, se deberá pasar lo conveniente o inconveniente por el bienestar de ambos. No hay buenas parejas en los que no juegue un componente erótico y pre-edípico. (lo que equivale a decir transferencial")			
2/252	Dejar que la relación continúe, ya que no existe la relación terapéutica y el terapeuta analizar la situación suya particular.			
2/253	Si se trata de un ex paciente no veo ningún inconveniente para que se produzca este feeling amoroso.			
2/256	Considero que es			

	una EX paciente; esto significa que fue pasado y no hay nada profesional que los ligue por ende no hay razón para coartar esa situación.			
2/258 7/258	(2) Pienso que ante esto el terapeuta debe mantener su posición de abstinente en tanto las relaciones afectivas que puedan surgir a mi entender responden a la transferencia ("amor de transferencia"). Generado durante el tratamiento a pesar de que actualmente este haya concluido. Además el terapeuta siempre estará en asimetría respecto del otro, en una situación de saber de lo que no debe aprovecharse.		(7) En primer término no corresponder al sentimiento por la abstinencia que debe existir en el tratamiento, en segunda instancia creo que debe derivar a la paciente pues la perturbación de la escucha analítica en estas circunstancias.	
2/260	(2) si continúa el tratamiento en el rol de terapeuta, pondría distancia, e interpretaría en análisis del terapeuta lo ocurrido, etc. Si finaliza el rol terapeuta, me permitiría iniciar una relación amorosa lo primero es lo primero ...			
2/262	Primero autoanálisis: la significación del paciente para él, etc. Luego pensar en qué puede estar sucediendo en su ex paciente. No veo obstáculos particulares para una relación amorosa genuina. Puede darse como entre otras personas no analista. Habría que ver caso por caso y situación por situación. Es muy difícil hablar en psicoanálisis.		(7) 1º autoanálisis. 2º Análisis profundo de la situación de la paciente. Si pese a esto la situación amorosa persiste debe cesar el análisis. El analista decidirá si expone o no los motivos del cese del tratamiento.	

7/265				Deberá derivar al paciente porque no puede mantener abstinencia y actuaría la transferencia. No cumpliría con la ética profesional.
7/269			Derivar a su paciente a otro profesional, aclarando la situación si fuera posible. El amor no tiene fronteras, dicen; pero hay casos en que se choca contra otros límites que pueden llegar a impedir seguir viendo el horizonte.	
2/270	Debería iniciar una pareja y ser feliz. No está bajo cuadro analítico y terminó el tratamiento.			
2/271	Si no hay relación profesional no hay impedimento.		(7) Derivar al paciente a otro profesional	
7/274				Nada por ética profesional y si la atracción es muy fuerte, derivarlo.
7/275		Debería analizar en su propio análisis (si lo tiene) o autoanalizar los restos transferenciales en juego. Si la atracción es intensa es probable que no solo sea actual. Pero disuelto el vínculo analítico no creo que dos seres humanos no puedan iniciar una relación amorosa, debido a una situación transferencial pasada. Si lo que cursó en el análisis fue eficaz los supervyoes deberían ser menos rígidos.		
7/276			Si me siento atraída por un paciente trataría de verlo en mi análisis y luego resolvería y lo derivaría a otro profesional. Si tengo una atracción no puede ser más mi paciente, ya que habría obstáculos que acarrea para el tratamiento.	
7/278			Si considero que estos sentimientos no tienen que ver con el trabajo propio del análisis, derivar al paciente a otro profesional.	
7/279			Continuar su propio análisis o recomenzarlo. Si cree que no puede manejar la situación debe retirarse de ese análisis. Un camino a mi juicio equivocado es el de pensar que " algo habrá hecho la paciente para despertar esa emoción". A mi juicio todo paciente hace algo para despertar el amor de su terapeuta, de ahí que la responsabilidad total es del terapeuta y no del paciente. Si el terapeuta se siente involucrado debe	

			1º revisar sus aspectos contratransferenciales normales y patológicos. 2º analizarse, 3º retirarse de ese análisis.	
2/280				De sucederme esto, trataría de trabajarlo antes que nada en mi análisis personal porque considero que se trata de una cuestión de ética profesional. (por más que sea "ex" paciente)
2/281	No tendría ningún tipo de objeción considerando que ya no es paciente.			
2/282 7/282	Continuar la relación, porque ya no los liga un vínculo terapéutico.		(7)Debe llevar el tema a supervisión y a su terapia personal. Para poder discriminar el motivo que dificulta su disociación instrumental.	
7/283	La/el terapeuta no debe relacionarse afectivamente con el/la paciente. Debe derivar a otro profesional porque se interferiría en la terapia.			
7/285			Analizarse y supervisar el caso.	
7/287			Creo que si el terapeuta en su propio análisis no puede resolver esta situación lo que debería hacer es derivar a su paciente y tomarse un tiempo para dilucidar si la atracción no es un producto del análisis.	
7/289			Supervisarlos en primer lugar. Hacer la diferenciación si esto forma parte del tratamiento o pasa al plano de lo personal. En el primer caso se observa si es posible continuar con el trabajo terapéutico. En el segundo caso, se debe finalizar la relación terapéutica y continuar con lo que ambos dispongan.	
2/290 7/290	Entiendo que en estas circunstancias, la palabra ex, supone una casi igualdad entre personas, porque digo igualdad, porque la relación de ex, también supone un cierto lugar que ocupó el terapeuta, pero que al no existir, quedaron en juego dos personas libres, pero con el peso de una relación anterior, a la que supone una elaboración.		(7)Debe dejar de ser su terapeuta, ya que no existen una objetividad y los vínculos serían una imposibilidad para la dirección de la cura.	
7/291			Pensar que ese amor puede ser amor de transferencia, que es propio de la situación analítica.	
7/294		Analizar a paciente, y analizarse él mismo		

		postergando cualquier tipo de actuación.		
7/295			Suponiendo cierto no tiene que ver con algo fantasmático por parte de los dos (seguramente es así), habría que derivar al paciente a otro profesional porque interfiere en la tarea, se pierde en la supuesta objetividad y nunca podría cumplir con el lugar de analista.	
2/296				Si es un ex paciente y ya no hay un vínculo terapéutico entre ellos, no veo el conflicto ético. Sin embargo, si me pasara a mí lo pensaría 10 veces. Habiendo tantos hombres ¿por qué justo un ex paciente? ¿Para que dependa de mí? ¿Por qué conozco sus puntos débiles? Puede no haber objeción ética pero no parece una elección muy sana.
2/297	Si paciente y terapeuta se encuentran en una situación de paciente y analista - se plantea la discusión si a) se continúa la relación y se la interpreta como "amor de transferencia", pero si como el enunciado dice "intensa atracción" (que continúa) debería darse por terminada la relación paciente - analista, (o le va a cobrar igual la sesión (?)) Pero si es ex paciente: <u>es ex</u>			
7/301			El terapeuta deberá trabajar esta atracción en su propio análisis y resolver a que responde si es un obstáculo en este tratamiento o si quiere entablar una relación con esa persona. Ante esta última opción, el tratamiento quedaría interrumpido, pues no podría proseguir por alterar la posición abstinentes del analista.	
7/302				No se puede continuar el tratamiento. No va con la ética psicoanalítica. Regla de abstinencia, etc.

Epígrafe:

Referencias a la opacidad de analista (tanto en el sentido de que debe haber una relación asimétrica como en el sentido en que hay una relación de paridad entre terapeuta y paciente): 67 (22,2%).

Referencias a decir en lugar de actuar (lo que se llamó en Freud, rodeo por la palabra): 16 (5, 3%).

Referencias al tratamiento en estado de privación (tanto aquellos terapeutas que sostienen la privación como los que no la avalan): 141 (46,7%)

Referencias a la ética y la moral: 21 (6,9%)

Respuestas referidas a la neutralidad en psicoanálisis

Dimensiones de la neutralidad

1. Ausencia de ideales del analista
2. Ausencia de finalidad educativa
3. Necesidad de atención flotante y regla fundamental
4. Neutralidad vs. sugestión
5. Contratransferencia

N°	Neutralidad				Contratransferencia
	Psicoanálisis				
	1	2	3	4	
2/18					Esta situación es muy particular y depende de cada uno y cada caso es singular. En general esta intensa atracción obedece a situaciones transferenciales - contratransferenciales sin resolver. Una de las posibilidades es reiniciar el tratamiento con este terapeuta o con algún otro en el caso de la paciente. Y el terapeuta deberá recurrir a un re-análisis.
2/23					No hay inconveniente para que inicien una relación amorosa, puesto que, finalizado o interrumpido el tratamiento, la relación entre terapeuta y paciente, se norman por las reglas usuales y comunes de vinculación. Si bien una atracción de esa índole conlleva, seguramente, residuos transferenciales y contratransferenciales no analizados, esta situación no escapa a lo que sucede en cualquier relación amorosa, que siempre supone transferencias.
7/29					Interrumpir el tratamiento. En caso que una vez analizada su contratransferencia la atracción continúe.
2/47					(2) Revisaría la contratransferencia
7/49					(7) Analizar su contratransferencia y si es necesario supervisar el caso.
7/51					(7) Analizar la situación como toda otra que surge en la interacción entre ambos. Este sentimiento de terapeuta es una vivencia contratransferencial. El sentimiento de la paciente es un desplazamiento de hechos vividos en su historia, facilitados por la asimetría de la situación y la realización. Si de cualquier manera no pudiera evitarlo lo más aconsejable sería interrumpir ese tratamiento y recomendarle otro profesional.
7/54					Dejar de tratarla. Lo que el terapeuta no pueda ver de significativo es la contratransferencia.
7/68					Debido a un lapsus, no leí en la pregunta 2 el prefijo "ex", por lo cual debe considerarse como respuesta a la presente pregunta. Contestación a la pregunta 2. 7) Analizar la contratransferencia en autoanálisis o con un analista. 8) Dar curso a los sentimientos sabiendo y explicitando a la pareja la "carga histórica" de la relación que lo unió durante el proceso analítico. 9) Explicitar la desigualdad de las informaciones que cada uno tiene del otro dentro de la relación. Cuando aludo a "carga histórica" me refiero a los sentimientos de desconfianza sobre la autenticidad y lo genuino del sentimiento propio y del otro que se despiertan a raíz de la historia del origen del vínculo entre ambos.
7/73					Analizar la transferencia - contratransferencia erótica siguiendo la amplia elaboración que sobre este tema hizo S. Freud.

				De no ser posible esta elaboración debe interrumpir el tratamiento de su paciente.
7/89				Debe analizar su contratransferencia y la transferencia erótica de su paciente. No debe interrumpir el tratamiento por esta situación sino enfrentarla decididamente. Desde ya, no pasar al acto que es el fin del análisis
2/91				El terapeuta tendría que ver en su análisis o reiniciarlo para tratar de visualizar que resto de la relación transferencial y la contratransferencial están condicionando para que se produzca esto. Si en el análisis surgiese la inexistencia del aspecto neurótico podría tratarse como factible. (ambos tendrían que hacer análisis)
2/93 7/93				(2) Habría que analizar qué pasó con la transferencia y qué es lo que mueve al analista a sentir dicha atracción. (7) Al igual que con el ex paciente analizar el tema de la transferencia - contratransferencia y a partir de ello se podrá o no continuar. Lo más probable es la derivación.
7/94				3) Analizar la transferencia/contratransferencia. 4) Solicitar una supervisión. Interrumpir el tratamiento si decide entablar una relación amorosa.
2/98 7/98				(2) Deberá hablar con su ex paciente sobre lo que está pasando, y si la relación es posible, considero que no habrá ningún impedimento. De todos modos el terapeuta deberá analizar cuidadosamente los aspectos transferenciales y contratransferenciales. (7) Analizar primeramente la transferencia y la contratransferencia. Si llega a la conclusión que se trata de algo verdaderamente genuino, deberá decirlo al paciente, interrumpir el tratamiento, y luego, si están dispuesto los dos, comenzar otro tipo de relación.
2/100				1) Si la relación se cortó hace poco tiempo, los lazos transferenciales y contratransferenciales no han sido disueltos, por lo tanto, los sentimientos son "ficticios" y no es aconsejable la relación. 2) Si ha pasado muchos años el terapeuta debería tomar unas cuantas sesiones de análisis, antes de ejercer cualquier tipo de acción.
7/104				Analizar la transferencia y contra transferencia erótica.
7/105				Debería supervisar la cuestión, en su psicoterapia particular si la tiene, o con un supervisor de su actividad clínica. De ninguna manera debe poner en juego estos sentimientos, ya que puede ocurrir en la dinámica de la transferencia-contratransferencia y pueden ser una seria complicación para ambos, terapeuta y paciente, de ser actuados. De último, es mejor derivar a la paciente
7/107				Primero analizar su contratransferencia y en el caso de que no lo pueda hacer interrumpir el tratamiento. Derivar la paciente a otro colega y con ella si es de ambos el deseo, hacer lo que el sentido común le indique.
2/121				Debe abstenerse de toda acción, analizar en sí mismo y en su propio análisis este fenómeno erótico, y eventualmente considerar el hecho dentro del marco de la transferencia - contratransferencia. Si la situación lo supera, debe interrumpir ese tratamiento, recomendando un colega.
2/122				Autoanálisis o análisis personal le permitirán analizar esta situación que no puede generalizarse sin tener en cuenta la relación actual con su ex paciente y las transferencias recíprocas en juego
2/129				Investigar en su análisis y/o supervisión qué es lo que está sucediendo y trabajarlo. Creo que por respeto al trabajo realizado, al derecho de ese paciente a ser respetado aún luego de haber concluido el proceso analítico como paciente y como vinculado al terapeuta en una relación asimétrica, él debería trabajar esto con otras tantas "atracciones" o "sensaciones" contratransferenciales.
7/140				En el tratamiento este tipo de sentimientos es descripto como transferencia negativa lo analizaría como resistencia tanto transferencial como contratransferencialmente
7/145				Tema: transferencia - contratransferencia. El terapeuta (si trabaja correctamente) es objeto de proyecciones transferenciales que se utilizan para analizar. Lo que ocurre en este campo que se genera en la interrelación, desde el punto de vista psicoanalítico, constituye el marco en el que se desarrolla un proceso. La garantía de la buena práctica depende de la supervisión y el análisis del analista.
7/147				Trabajar la transferencia y contra transferencia. Trabajar en la supervisión este tema, pero no acceder a una relación de confusión entre el paciente y el terapeuta.
2/163 7/163				(2) Considero que para llegar a esta encrucijada, se ha manejado deficientemente el proceso psicoanalítico llevado a cabo anteriormente. Es un resto transferencial - contratransferencial no elaborado, que se expresa a través de un "acting-out" transferencial, pero también hay excepciones a la regla, que también son válidas. (7) Suspender el tratamiento, luego de haber analizado la transferencia del paciente y la suya propia, su contratransferencia. Porque la relación amorosa no es lo mismo que la relación analítica, en la que el encuadre se apoya específicamente, en la interdicción del vínculo sexual entre analista y paciente, pero que se despliegue libremente la transferencia - contratransferencia.
2/180				Verlo en su análisis personal, dado que probablemente sean restos contratransferenciales que tenga sin resolver.
2/185				Autoanalizarse. Comprender sus sentimientos en el ámbito transferencial - contratransferencial del paciente y retirarse de la situación. Si no puede cumplir con 1) derivar al paciente.
7/187				Interpretar las transferencias - contratransferencias en juego. Si el sentimiento persiste y es intenso deberá interrumpir el proceso que de hecho ya ha sido interrumpido

7/190					Analizar transferencias y contratransferencias. De no esclarecerse, suspender el tratamiento. Un tratamiento contaminado con sentimientos eróticos sin esclarecimiento, no avanza, no es tratamiento perjudica al paciente.
7/194					Analizar la contratransferencia, porque en la inmensa mayoría de estos casos la "inducción amorosa" tiene por finalidad apartar al terapeuta de su acción específica. Siempre se trata de una resistencia.
2/195 7/195					(2) Debería abstenerse de actuar en la realidad la intensa atracción, no negándola, pero sí revisando que está ocurriendo en el campo transferencia - contratransferencia en un trabajo conjunto con su "ex paciente". (7) Debería revisar su situación en el campo transferencial contratransferencial. Estas situaciones son habituales y necesarias que se movilizan en el campo, por tanto deben tomarse como tal dentro del tratamiento. Si el terapeuta confunde su persona con los fenómenos interafectivos e interdependientes que indefectiblemente habrán de manifestarse en el campo, puede rescatarse desde sí mismo o en el caso que esto no suceda pedir una supervisión con un colega o volver a psicoanalizarse. Por qué? Porque desde el inicio la demanda del paciente fue la búsqueda del análisis de sus conflictos.
2/196 7/196					(2) El terapeuta debe discriminar su relación transferencial, debe discriminar si no han quedado restos transferenciales y contratransferenciales que lo pueden llevar a una atracción. Debe incluso llevarlo a una terapia porque, sin darse cuenta puede estar implicado edípicamente, complementando la conflictiva edípica que puede haber quedado en su paciente. (7) Analizar la transferencia y contratransferencia. Llevar la situación a su propio análisis porque podría, si (accede) corresponde a los sentimientos del paciente, estar encubriendo conflictos edípicos que de ser actuados se perdería para siempre la posibilidad de resolverlo.
7/213					Debe analizar (el terapeuta) su contratransferencia en forma urgente. Si el terapeuta no está en análisis debe conversarlo con su paciente y derivarlo. Tener en cuenta el aspecto transferencial erótico del paciente caso contrario se daña seriamente al analizando y, si el terapeuta no es psicópata, queda con culpa por la actuación psicopática del incesto.
7/242					Es necesario verlo en el análisis personal, para poder discriminar aquello que él está teniendo en este vínculo terapéutico. Analizando su propia contratransferencia y lo que le provoca su paciente podría en realidad, hacer un buen trabajo terapéutico
7/243					Supongo que el o la terapeuta tiene que poder comprender o mejor dicho trabajar su contratransferencia para poder seguir guiando a su paciente. De no poder sola-o se analiza nuevamente, que sería lo más conveniente o deriva a su paciente. Será mejor para ambos.
2/246					Esta situación está fuera de la situación analítica, no fuera de la situación transferencial. Es un remanente de la situación transferencial no resuelta. (transferencial - contratransferencial).
2/249					Personalmente usaría el juicio de condenación no dando lugar a la relación. Si bien en un proceso analítico suponemos haber disuelto todas las transferencias y contra transferencias ante una situación así no me sentiría tan seguro de haberlo realizado y pensaría que el proceso no está finiquitado
2/259					El terapeuta debería analizar su deseo, para constatar que no se trata de algo contratransferencial. Se existir algo en relación a lo que fue el proceso terapéutico, no debería responder a la demanda.
7/266					Pensar en sus propias transferencias. En la contratransferencia y el significado de esos sentimientos en el marco del tratamiento.
7/267					Tratar de investigar en su tratamiento, con su supervisor que está pasando. Podría ser contratransferencial o bien algo que el analista no conoce de sí mismo.
7/279					Continuar su propio análisis o recomenzarlo. Si cree que no puede manejar la situación debe retirarse de ese análisis. Un camino a mi juicio equivocado es el de pensar que " algo habrá hecho la paciente para despertar esa emoción". A mi juicio todo paciente hace algo para despertar el amor de su terapeuta, de ahí que la responsabilidad total es del terapeuta y no del paciente. Si el terapeuta se siente involucrado debe 1º revisar sus aspectos contratransferenciales normales y patológicos. 2º analizarse, 3º retirarse de ese análisis.
7/281					Debe llevar esta situación a su propio análisis, para comprender que "transferencias" se están dando en el análisis.
2/295					En principio, debería plantearse en su propio análisis (el terapeuta) que le pasó con esta paciente y si le quedó algo pendiente, si esta paciente le remite algo de su historia personal. Si hubiera alguna posibilidad de que fuera otra vez su paciente, se tendría que limitar a saludarlo (por ser educado) En principio, el terapeuta debe plantearse que esto no es una cuestión real sino que producto de la contratransferencia.

Se pesquisaron 47 referencias a la contratransferencia, lo que equivale al 15,6% de la muestra.

Discusión

1. Códigos de Ética de los Psicólogos: posibilidad y necesidad.

¿Es posible establecer Códigos de ética que regulen la actividad profesional de la psicología? Consideremos la posibilidad evaluada no desde la factibilidad sino desde la especificidad de los códigos de psicología. Para ello, nos centraremos en la ética como campo disciplinar actual y a partir de allí postularemos la posibilidad de concreción y ejecución de códigos de ética en términos generales. Posteriormente, ubicaremos la necesidad de los códigos deontológicos y la peculiaridad de los códigos deontológicos de los psicólogos. Dentro del ejercicio profesional de la psicología plantearemos el punto más dilemático en la regulación de la práctica clínica, como ámbito que ofrece resistencia al intento de generalización que exigen los códigos. La clínica pensada desde las coordenadas planteadas por Freud, se presenta como signada por los avatares de una modalidad de satisfacción singular y por consiguiente, los códigos encontrarán allí un punto de imposibilidad. Jugaremos entonces con la tensión entre lo posible y lo imposible de ser regulado, el disenso y el consenso, el adoctrinamiento y la crítica, la moral y la ética.

Debemos partir de una reflexión acerca de la función que tienen los Códigos de Ética en sí mismos. Posteriormente, quisieramos situar la necesidad de los códigos deontológicos y delimitar la peculiaridad de los códigos deontológicos de los Psicólogos.

1.1. LOS DETRACTORES DE LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS

Hoy la ética se ha convertido en un área saturada, de la que se dice mucho y al mismo tiempo, nada. Idealizar y trivializar el ámbito ético son dos caminos inconducentes. Y resultan el mejor modo de evitar la reflexión y el análisis de su especificidad.

Desde una perspectiva clásica, la ética forma parte de la filosofía práctica y junto con ella se enlistan la economía y la política. La ética no es un ámbito

heterogéneo al de la política o la economía como se suele presentar. El ámbito propio de la ética es el de la reflexión racional acerca de las acciones humanas, involucren éstas o no aspectos políticos o económicos.

Esta problemática se patentiza cuando los intereses de grupos (muchas veces políticos y/o económicos) se cristalizan en la promulgación de códigos que regulen ciertas prácticas. La ética se encuentra en este punto ligada a las instituciones sociales. Desde esta perspectiva la función de los códigos de ética se reduce a un afianzamiento de los intereses de grupo³⁵. Los códigos de ética establecen lo que ese individuo en tanto perteneciente a determinada institución puede o no hacer. Algunos códigos señalan asimismo las sanciones previstas para el miembro que no cumpla con las normas instituidas.

Denunciando esta posición, podemos ubicar el pensamiento de Alan Badiou (1993) cuando sostiene que la ética está ligada a instituciones que disponen de una autoridad propia. El rasgo característico de tal regulación es el conformismo y la homogeneización de las diferentes posiciones en un unísono respeto por lo establecido. La ética atravesada por la égida institucional es un mero esquema de opinión sometido a la máxima “Amad solamente lo que siempre habéis creído” (Badiou, 1993: 48)

Desde esta posición, los códigos de ética promulgados por Colegios y Asociaciones son instrumentos de conformismo y cristalización de conductas instituidas como correctas. Para Alan Badiou los códigos deontológicos serían un ejemplo de este conformismo regulado por los intereses de grupo. Los códigos son elementos reforzadores del espíritu corporativo. Que, en términos freudianos, nos ubican en el reforzamiento de los lazos identificatorios con los otros miembros del grupo³⁶.

³⁵ Una clara referencia a este tipo de posicionamiento es la confección del Código de Ética de la Provincia de Buenos Aires. Según cuenta un psicólogo en las 2º jornadas de Psicología en la Universidad de Mar del Plata ante la urgencia de presentar un código del Colegio de psicólogos uno de los miembros del colegio que había vivido en Costa Rica ofreció el código de éste país pero no como punto de partida para empezar a trabajar sino como código que los psicólogos de la Provincia copiaron en la mayoría de sus puntos. Es así como el Código de Ética de los psicólogos de Costa Rica es similar al de la Provincia de Buenos Aires.

³⁶ Cfr. La magistral explicación que nos brinda Freud en *Psicología de las masas y análisis del yo* a propósito de el lazo identificatorio que se produce entre los miembros del grupo y la consiguiente vinculación empática.

En referencia al funcionamiento de Comités de Ética, Miller y Laurent (2005) en un reciente libro publicado en castellano, analizan desde una perspectiva similar su función. Frente a una civilización en la que coexisten religiones, sabidurías, poderes de estado y culto de la razón y la ciencia se presentan los comités de ética como un intento de funcionar como guía moral de la vida. En términos de Laurent (2005: 25) “Los comités de ética generalizados son las figuras con las que la subjetividad de nuestra época intenta restaurar el sentido moral del Otro...” La consistencia de este Otro se sostiene a partir de la identificación, pero la proclama de que el Otro no existe³⁷ pone en evidencia la imposibilidad de operar de un comité que se postula como versión actual del Otro.

Desde la filosofía, Badiou; desde el psicoanálisis, Miller y Laurent tienen una posición negativa en relación con la operatoria de la ética que pretenda alguna instancia de acuerdo y generalización. Y recordemos que éstas dos últimas son notas fundamentales para el planteamiento de cualquier código deontológico.

Se presenta ante nuestros ojos un callejón sin salida, pues justamente los códigos vienen a establecer, desde esta perspectiva, un listado de dogmas inviolables que atentan directamente con la posición antidogmática y crítica de la ética. Si consideráramos que esta es la finalidad de los códigos no habría más que decir. Sólo podríamos confrontarnos con un punto de imposibilidad insalvable. La reflexión ética exige pluralismo, diversidad de posiciones, espíritu crítico que no se sostiene en agrupaciones lideradas por ciertos significantes. Ante en torno a los cuales los miembros tienen permitido pensar.

1.2. LA NECESIDAD DE LOS CÓDIGOS DE ÉTICA

Sin embargo, en la vía de este camino sin salida se encuentra la puerta que nos permite otro método³⁸.

Los códigos éticos son productos de ciertos debates y disensos y de algunos consensos. No podemos olvidar el carácter abierto de los códigos, su posibilidad

³⁷ Referencia al título de la obra “ El Otro que no existe y sus comités de ética”

³⁸ Método remite a su raíz etimológica “ódos” que quiere decir camino.

de ser reformulados, repensados y reescritos a medida que el conocimiento teórico y práctico se va ampliando y modificando. Es fundamental pensar que el proceso mismo de producción de un código deontológico tiene que estar acompañado a los avances en el Estado del arte. En este punto es de fundamental interés señalar, lo que podemos definir como una posición de tensión interna propia del avance del conocimiento. Tensión que se juega entre el disenso y el consenso. Disenso que sería impensable desde el adoctrinamiento y la homogeneización descrita anteriormente.

Compartimos con Badiou (1993: 40) la defensa de una “ética de las verdades” basada en la ontología del acontecer que supone un sujeto abierto a nuevas configuraciones de sentido y a rupturas que permiten la emergencia de verdades siempre singulares y siempre situadas. Es justamente en este ámbito en el que reflexionamos acerca de los Códigos de Ética de los Psicólogos, en el que no podemos desconocer que la emergencia de lo singular debe ser el criterio que nos oriente para repensar y reescribir los códigos. No estamos pensando en los códigos deontológicos de cualquier profesión sino de una profesión que en el ámbito clínico opera desde lo singular.

La actividad ética tiene como premisa la necesidad de disenso, de pluralidad, exige la inclusión del análisis racional de lo acontecido para extraer las enseñanzas que nos permitan su inclusión y con ello la reformulación de lo instituido. El pluralismo es constitutivo de la racionalidad ética. Asimismo, la exigencia de permanecer en contacto con la singularidad de cada situación constituye una tesis ética correcta. Sin embargo, a la hora de plasmar esos códigos nos encontramos con el decantamiento del pluralismo, el consenso y el pasaje de lo singular en situación, a lo general no situado.

Por otro lado, compartimos con Canto Sperber (2002: 41) la crítica que le hace a la posición de Badiou cuando sostiene que “Badiou nos encierra en una confrontación artificial entre una ética hecha de conservadurismo, resignación y pulsión de muerte y una ética de las “verdades” y de lo sobrehumano. Su concepción de ética, ligada al Inmortal, al Llamamiento, al acontecimiento creador es antes magia que filosofía”

Esta dura crítica responde para mí, a la imposibilidad pragmática de llevar adelante un programa de ética inoperante. A la innecesaria dicotomía entre posición crítica y posición propositiva. La posición de Badiou es fundamentalmente crítica pero encuentra dificultades a la hora de concretar esas ideas. Es necesaria una posición de rechazo al adoctrinamiento moral que va contra el espíritu mismo de la ética como análisis y deconstrucción de lo dado, y al mismo tiempo, es necesaria una propuesta concreta de trabajo sobre la praxis humana. Los códigos de ética son un intento siempre abierto y siempre fallido de establecer ciertas pautas que regulen el ejercicio profesional, una línea de concreción pragmática y eficaz de consenso de un cuerpo colegiado. A la hora de elaborar un código de ética, el disenso y la polarización de posiciones es un momento lógico necesario para el posterior consenso, sin disenso caemos en el adoctrinamiento, pero sin consenso caemos en la multiplicación de monólogos inarticulados. Sin consenso perpetuamos el estado de deliberación previo a la toma de decisiones. Y por ello, nos quedamos en un estado de deliberación permanente.

Finalmente, comparto con Miller y Laurent que muchos grupos de psicoanalistas operan desde el lugar de la identificación a un líder que funciona como ideal del yo reforzando la consistencia del Otro. Pero estamos seguros que este no debería ser el rasgo de quien se postule como continuador de la escuela de Lacan. Me refiero a que ésta Escuela y los cientos de agrupaciones psicoanalíticas que existen deberían aspirar a un lazo con los otros miembros del grupo no basados en la sugestión sino en el trabajo en pos del deseo de escuchar al paciente desde las coordenadas éticas señaladas por Freud.

1.3. Los códigos deontológicos de los psicólogos.

Los códigos deontológicos fijan un mínimo de aspectos exigibles a un profesional que son producto de discusiones y acuerdos en el seno de las asociaciones profesionales que suponen para esas mismas instituciones un proceso de

maduración y práctica del disenso necesaria par lograr elaborar el código. A partir de lo señalado anteriormente sostenemos que:

1. Los códigos deontológicos son necesarios. Constituyen un marco legal que regula las prácticas psicológicas (docencia, investigación, evaluación, etc) y también da lineamientos que permiten enmarcar la práctica clínica. La necesidad de los Códigos de Ética se puede fundamentar desde dos flancos. Por un lado, la importancia de contar con un marco legal (códigos y leyes del ejercicio profesional) que establezcan ciertos mínimos esperables en la relación entre un paciente y un psicólogo. Por otro lado, la elaboración de los Códigos de Ética en las distintas Asociaciones y Colegios profesionales constituye un ámbito de reflexión sobre la propia práctica y de formación para sus miembros en los principales capítulos de la ética profesional.
2. Los códigos deontológicos de psicología son insuficientes. Los códigos fijan mínimos exigibles a profesionales. Pero justamente, tienen una imposibilidad de abordar lo singular, las coordenadas situadas que marcan las particulares condiciones del tratamiento. En este punto se hace necesario distinguir las exigencias morales en las que debe desarrollarse un tratamiento psicológico, dentro de las cuales ubicamos los códigos deontológicos, de las exigencias éticas que nos remiten a estos aspectos singulares que surgen en el seno de un tratamiento y demandan la formación personal y ética del profesional. Freud los distingue en diversas obras, en *“Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”* distingue moral de ética en este sentido y en la tardía obra *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial* (1926) T XX. Freud sostiene que:
“...Ceder a los reclamos de la transferencia, cumplir los deseos del paciente de una satisfacción tierna y sensual, no sólo es prohibido por legítimas consideraciones morales, sino que resulta por completo

insuficiente como medio técnico para el logro del propósito analítico...”
(212)

Lo que Freud ubica como consideraciones morales tiene que ver con los acuerdos y convenciones sociales y/o grupales que fijan ciertas pautas de conducta esperables. Mientras que la ética remite en este texto a la formación del psicoanalista en la técnica del psicoanálisis.

3. Los códigos deontológicos tienen que estar abiertos a una pluralidad de referentes conceptuales y no son patrimonio exclusivo de una escuela o lineamiento teórico.

1.4. La abstinencia y la neutralidad en los Códigos de Ética de los Psicólogos

La normativa se encuentra con una imposibilidad no pueden decir nada de lo singular. Los códigos solamente pueden referirse a aquello generalizable en la clínica. Las normas deontológicas de la psicología regulan la relación entre dos individuos. Sin embargo, su función no se limita a ello. En el ámbito de la psicología y particularmente de la clínica, tienen que ser productores de un plus.

Salomone (2003) sostiene que: “...los códigos deontológicos:

§ Resumen el Estado del arte de la disciplina

§ Están atravesados por valores morales de la época

§ Funcionan como una referencia anticipada a situaciones eventuales

§ Tienden a la regulación de “todas” las situaciones posibles. [...]”

A estas características tendríamos que agregarle que:

- ❖ Se refieren a los deberes y obligaciones que le competen al psicólogo en su ejercicio profesional.
- ❖ Se encuentran comandados por la lógica del derecho positivo.
- ❖ No prescriben sobre las situaciones singulares porque ellas exceden las prescripciones de los códigos.

Como señalamos en la *Introducción* en la relación clínica entre el psicólogo y el paciente se pueden diferenciar tres niveles. En el nivel 1: Relación de individuo a

individuo. Nivel 2: Relación de sujeto a sujeto. Nivel 3: Relación de sujeto a objeto.

Un código deontológico no puede responder solamente a las orientaciones teóricas de una escuela psicológica. Podemos pensar entonces en un primer nivel de análisis de la relación terapéutica en el que se plantean los códigos como un corpus propositivo que regula el vínculo terapéutico fija derechos y obligaciones entre el paciente y el terapeuta. En este nivel ubicamos las prescripciones deontológicas relacionadas con el respeto de las personas y lo que llamamos protección y resguardo de los derechos humanos. La actividad psicológica nunca puede atentar contra el individuo y sus derechos. Estas premisas de respeto por los pacientes en tanto seres humanos, la consideración del terapeuta y el paciente en tanto individuos sobre los que recaen obligaciones y derechos, se encuentran presentes con diferente frecuencia (ver *Resultados*) en los códigos deontológicos de nuestro país.

Un primer nivel de análisis desde el que nos proponemos abordar la abstinencia en el vínculo terapéutico: como contrato de servicios entre dos individuos. Supone lo que los códigos deontológicos plantean en términos de “límites de la relación”. En este sentido, le está prohibido al psicólogo como a otros profesionales de la salud mantener relaciones sexuales con sus pacientes o utilizar el vínculo terapéutico como instrumento de acoso sexual. Pero este no es el único modo en que es abordado el tratamiento de la abstinencia en los códigos.

Queremos proponer en esta tesis pensar las dimensiones de la abstinencia y la neutralidad en términos freudianos, como otro nivel de análisis de los códigos que suplementa y enriquece el nivel antes propuesto. En este segundo nivel de análisis, los individuos involucrados en el contrato terapéutico, no son los yoos conscientes del terapeuta y el paciente sino los sujetos inconscientes. En el ámbito de la clínica psicológica a diferencia de otras profesiones el terapeuta establece con el paciente un vínculo de transferencia – contratransferencia que no se diluye al desmontar el contrato de servicios. Esto supone la consideración

de dos sujetos inconscientes que al entablar el tratamiento se involucran en un proceso que excede el contrato que aceptan conscientemente.

El concepto de transferencia acuñado por Freud no es exclusivo de la terapia analítica es conocido y utilizado por otras escuelas psicoterapéuticas. La relación psicoterapéutica como señalamos anteriormente, es consecuencia del tipo de vínculo que se establece entre el analista y el paciente y no puede ser disuelta por el hecho empírico de suspender el tratamiento. La relación terapéutica trasciende la contemporaneidad del vínculo y la mera pauta contractual y por ello, no puede ser equiparada con la transferencia presente en otras profesiones. Si operamos desde el supuesto del sujeto del inconsciente tenemos que señalar que el principio que rige su funcionamiento es lo que Freud llama proceso primario.

Desde esta posición se puede prever que la simple finalización de un contrato no habilita la desaparición del vínculo transferencial.

En este sentido podemos ubicar las prescripciones de los códigos tendientes a la emergencia del sujeto del inconsciente. No podemos hablar de prescripciones positivas sino de cláusulas negativas. Es decir, todo aquello que ponga límites. Y funcione como medida propiciatoria de la emergencia del sujeto.

En este camino se encuentra la negativa de comenzar una relación amorosa con un ex paciente. Caso que se especifica en el código de American Psychological Association (en sus dos versiones: 1993 / 2003). Es justamente un código norteamericano el que abre el tratamiento de ésta cuestión. En los códigos de nuestro país no hay prescripciones sobre esta situación. Este planteo eleva el tratamiento del problema a otro nivel pues vehiculiza cuestiones relacionadas a la transferencia, la contratransferencia, la finalización del análisis, la naturaleza de la terapia que de otro modo quedan excluidas del debate.

La prohibición de mantener relaciones sexuales con pacientes actuales se extiende desde el Código norteamericano a ex pacientes (a partir de la consideración de siete factores). Podemos pensar aquí que la prohibición supone exceder el aquí y ahora del contrato, en virtud de exigencias específicas de un vínculo transferencial propio de la clínica psicológica.

En el tercer nivel, el analista se ubica en posición de objeto “a” partir de la neutralidad y gracias a ella el paciente puede desplegar sus significantes en torno a un objeto que transferencialmente encarna el analista. Qué rasgos del analista son tomados por el sujeto, qué peculiaridades tiene ese objeto, cómo se monta la dialéctica transferencial, son cuestiones sumamente singulares imposibles de ser apresadas por los códigos.

1.5. La abstinencia y la neutralidad en los Códigos de Ética de los Psicólogos de la República Argentina.

A partir de las observaciones anteriores y resumiendo lo planteado en *Resultados*. Vemos que:

Referencia en los códigos	Límites de la relación			Deberes del psicólogo con el paciente
	Diversas formas de explotación	Aprovechamiento sexual	Relaciones múltiples	
Presencia	31%	23%	38%	77%

En relación con los *límites de la relación* hay un porcentaje inferior al 40% de referencias a este punto.

Sin embargo:

- Esta diferenciación se halla presente en el Código de FEPPA, que es de alcance nacional.
- La ausencia de referencia en los otros códigos no le quita legitimidad al planteo. Sólo nos muestra que la mayoría de los Códigos deontológicos se encuentran desactualizados en el tratamiento que merece el tema.

Se sigue de lo planteado que es urgente una revisión y actualización de todos los Códigos deontológicos de las diferentes provincias Argentinas en materia de abstinencia.

El apartado *deberes del psicólogo* presente en más del 70% en los códigos deontológicos debería desarticularse y especializarse en las distintas problemáticas que quedan contenidas en su interior.

El problema de la relación amorosa con un ex paciente debería ser incluido como punto de discusión en los Códigos deontológicos de los psicólogos Argentinos.

Finalmente, los códigos psicológicos deberían prescribir sobre la función analítica y no sobre la persona del terapeuta. Es decir, no quedarse en consideraciones morales sino apuntar a la ética profesional, a aquello que tiene que realizar el terapeuta en función de su trabajo. En este sentido, los códigos deberían profundizar en su tratamiento de la neutralidad. Tomar la neutralidad no en el sentido de objetividad³⁹ o frialdad ni solamente en el sentido de abstención ideológica. Considerar el problema de la neutralidad como otro importante punto de discusión abierto en los códigos. Estos debates se retomarán en el punto siguiente a partir de las reflexiones de los analistas de la APA.

2. Abstinencia y neutralidad en la Revista de Psicoanálisis

De las publicaciones que viene realizando la Asociación de Psicoanálisis Argentina desde el año 1943 he realizado un análisis tendiente a extraer los lineamientos teóricos presentes en el tratamiento que realizan los psicoanalistas de la abstinencia y la neutralidad. He arribado a identificar cuatro cuestiones presentes en los artículos en relación con la abstinencia y cuatro en relación con la neutralidad⁴⁰.

³⁹ La objetividad es imposible en el análisis ya que el paciente nunca puede ser “objeto” de tratamiento. El único objeto, es el analista en función de objeto “a”.

⁴⁰ Ver *Resultados*

2. 1. La abstinencia es ubicada como un elemento distintivo de la terapia psicoanalítica.

El elemento que diferencia la clínica psicoanalítica de otras prácticas terapéuticas es la abstinencia. Así Willy Perinot (1994) comienza su artículo señalando los elementos que distinguen la terapia analítica:

“La regla fundamental del psicoanálisis (REP) constituida por la asociación libre (AL) para el paciente, su contrapartida para el médico, la atención libremente flotante (ALF) y la regla de abstinencia (RA) son los elementos que identifican y distinguen la técnica del psicoanálisis de otras formas de psicoaterapia.” (Perinot, 1994: 295/296)

En esta línea se ubican las reflexiones de Guiter, quien plantea que “El psicoanálisis es también, desde luego, una psicoterapia, dado que se propone curar por medios psíquicos. [...] La diferencia existente entre ambos métodos comienza por la idoneidad del psicoanalista...” (Guiter, 1992: 298)

Guiter señala una serie de requisitos técnicos que diferencian el psicoanálisis de otras psicoterapias señalando en cuarto lugar la regla de abstinencia.

“El psicoanalista debe abstenerse de cualquier actividad que no sea interpretar. Esas actividades pueden referirse a tener relaciones sexuales o sociales de cualquier naturaleza, salvo las mínimas reglas de cortesía del vínculo entre dos personas [...] Debemos recalcar que el psicoanalista no trabaja con la realidad externa sino con la fantasía. Su campo de acción es el mundo interno, no el externo. Por eso las intervenciones del analista que operen sobre la realidad del analizado no tienen ningún valor analítico y son en general perturbadoras. [...]

(Guiter, 1992: 302)

Estos conceptos señalados por Perinot son analizados por Cartolano:

“Neutralidad y abstinencia son términos que no provienen de una terminología específicamente psicoanalítica. Ambos conceptos se relacionan con la asociación libre, la regla fundamental y la atención flotante. Estos conceptos se han definido de manera diversa según las teorías que los sustenten, las patologías que estén en juego y el momento en que estas discusiones han tenido lugar. Debemos

tener en cuenta cómo operan las teorías en la mente del analista. Los sistemas de teorías se constituyen en creencias y convicciones relacionadas con un ideal teórico.” (Cartolano, 2002: 69)

Raggi (1989:394) distingue dos períodos en la obra de Freud, en el segundo de los cuales se da el entramado de conceptos llamados de la técnica psicoanalítica. “En este segundo momento, la transferencia pasó a ser un instrumento terapéutico [...] Freud contribuyó con toda una serie de consejos técnicos para salvaguardar la evaluación y resolución de la transferencia.

a. Neutralidad analítica: El anonimato del analista evitaba la contaminación y riesgo del progreso transferencial. El símil del espejo definía la actitud analítica que permitía poner en evidencia la falta de realidad de las reacciones, su procedencia infantil y los mecanismos de desplazamiento y proyección.

b. Regla de abstinencia: Teniendo en cuenta que las privaciones enferman al paciente, el analista con su actitud de abstinencia brindaba al enfermo los elementos frustrantes que activan las viejas frustraciones. Los fenómenos de regresión y desplazamiento convierten al médico en blanco sobre el que el neurótico insatisfecho instintivamente repite y revive inconscientemente todo lo que vivió anteriormente, ahora en busca de satisfacción.

c. Llevar al paciente a recordar lo que tiende a repetir: Las reacciones transferenciales tienen como característica sobresaliente la repetitividad...”

d. Interpretación de la resistencia: mostrarle al paciente las resistencias para que las elabore y las domine.

e. Atención flotante: Era la contraparte de la asociación libre

f. Contratransferencia: Llamó así a la transferencia que surgía en el médico ante el influjo del enfermo sobre su inconsciente.”

Cesio (1993:628) ubica evolutivamente primero la abstinencia y a partir de ella se puede producir la transferencia. “Al sostener la abstinencia propia del encuadre, el analista prohíbe las manifestaciones sexuales – las actuaciones- en último término el incesto. De esta manera, desde el inicio del análisis con la prohibición están activados en la transferencia-contratransferencia los contenidos incestuosos. [...]”

2.2. La abstinencia se encuentra unida a la neutralidad.

De este pool de conceptos técnicos utilizados por Freud, Cartolano detiene su análisis en la abstinencia y la neutralidad. La abstinencia y la neutralidad se conciben anudadas en la práctica al deseo del analista.

“Abstinencia y neutralidad ordenan el quehacer del analista son posiciones solidarias con un deseo de investigar.” (Cartolano, 2002: 72)

Cartolano aborda la construcción conjunta de abstinencia y neutralidad desde un planteo evolutivo.

“La creencia de que la función analítica se sostiene en tanto el analista logre cierta opacidad, en beneficio de una mayor neutralidad en el proceso, se tropieza con aquellas ocasiones donde el azar o las circunstancias de la vida cotidiana van a precipitar alguna manifestación de la realidad del analista. Neutralidad y abstinencia designan una posición que el analista irá construyendo en la práctica cotidiana, no como intencionalidad sino como “historización significativa” de su práctica, y que como tal sufrirá vacilaciones múltiples.” (Cartolano, 2002: 80)

La función analítica se lleva a cabo por un sujeto, el analista, ubicado también en la singularidad de su historia, abierto a las resonancias afectivas que el discurso del paciente genera.

Cartolano señala asimismo que: “La neutralidad y la abstinencia [...] ponen en juego la evaluación de la eficacia terapéutica del psicoanálisis”. Sin embargo, este nexo no es profundizado.

Galvez y Maldonado señalan que los resultados terapéuticos del análisis son: 1. levantamiento de las represiones, 2. reducción de las disociaciones y 3. la introyección del vínculo con el analista, que a nivel de la experiencia se hace ostensible mediante un incremento de la creatividad. (1993: 920)

2.3. Aspectos positivos y negativos de la abstinencia

La experiencia analítica se encuentra regulada por una ley, la regla de abstinencia.

En un sentido, la regla de abstinencia “regula las acciones del analista, preserva al analizado de la influencia sugestiva y de la arbitrariedad, indica el sentido de la acción terapéutica y delimita el significado de la comunicación.” (Galvez; Maldonado, 1993: 920)

Esta regla, sostienen los autores, ha enfatizado su vertiente negativa en tanto limita el accionar del psicoanalista, pero si se la considera en sus aspectos positivos, “faculta al analista para discernir las conductas que tienden al descubrimiento de la significación, de aquellas otras que se apartan de ese objetivo.”

Retomando la metáfora de los rayos X que usa Freud en 1937, (Galvez; Maldonado, 1993: 930) sostienen que “la regla de abstinencia funciona como una protección de plomo de las que se reviste el analista para realizar su tarea. Pero el plomo es muy pesado”. Los autores conceptualizan los aspectos negativos de la regla de abstinencia como el peso del plomo que frena la acción. Proponen entonces la regla de abstinencia como “aspiración ideal”, “la regla de abstinencia es un anhelo de representación. Esto es lo que llamamos alivianar la regla de abstinencia. Este anhelo de representación es el entramado entre las prohibiciones de la regla de abstinencia y los vitalmente necesarios afectos y acciones del analista en relación con su paciente”.

2. 4. La regla de abstención como ideal inalcanzable.

Galvez y Maldonado (1993) proponen entonces la regla de abstinencia como aspiración ideal, la regla de abstinencia es un anhelo de representación.

Cartolano (2002: 70) señala que “más allá de los preceptos concientes, neutralidad y abstinencia se inscriben en la mente del analista como premisas de su práctica, introduciendo ideales y creencias”.

Para Baranger (1957) esta regla es inaplicable e inaplicada de hecho por diversas razones. Sin embargo, la no aplicabilidad de la regla de abstención psicológica no significa que podamos prescindir de ella. “Por ella el analista tiende como hacia un ideal, a no tomar la posición de juez o de guía, ni en el terreno de la realidad,

ni en el de los valores. Pero en su función de interpretar, no puede aclarar una situación presente sin referirse a su pasado ni influir en su porvenir. Esto manifiesta la actuación de un factor ideológico y la dificultad de aplicar la regla.” (1957: 18)

Para Basch, la abstinencia es una práctica en desuso que Freud utilizó en su momento, pero en la actualidad es más bien un ideal inalcanzable. Los pacientes del tipo que Freud describió son escasos y separados en el tiempo, señala Basch, “...desde estos primeros días del psicoanálisis, se han hecho constantes intentos [...] por ayudar a estos pacientes menos maduros [...] dejando de lado el concepto de que la tarea del analista se limita a interpretar la transferencia y a la reconstrucción genética. En la práctica, esto significaba que el analista [...] dejaba de lado la actitud de abstinencia y actuaba como progenitor y/o educador en la relación con el paciente.”(Basch, 1989: 6-7)

La abstinencia, desde la perspectiva de los artículos consultados, se nos presenta como un concepto controvertido, que encuentra defensores y detractores.

Señalemos, en este sentido, que Galvez y Maldonado señalan que lo positivo de la abstinencia consiste en ser una aspiración ideal. De este modo, la clínica psicoanalítica se encuentra orientada en función de los ideales del analista. Esto parece inconciliable con una pretendida neutralidad. Por consiguiente, a partir de esta lectura lo que los autores presentan como positivo resulta que es negativo. Nos encontramos en un círculo vicioso sin poder salir de los dos sujetos confrontados entre los que los ideales de uno (el analista) resultan mejores que los del otro (paciente). Si conceptualizamos la abstinencia como un ideal inalcanzable el concepto mismo se vuelve inoperante. ¿Puede un analista operar desde los ideales en su clínica? ¿No es esta una posición reñida con la neutralidad?

2.5. La neutralidad como abstención ideológica

La neutralidad, entendida como abstención ideológica, está definida en términos morales ya que consiste en que el terapeuta no puede imponer ciertos preceptos ni ciertas ideologías suyas al paciente. Le Guen (1988:752) lo plantea en términos de manipulación, dice: “Por eso se insiste tanto en la neutralidad del analista, recaudo indispensable frente a la tentación, tan constante cuan a menudo olvidada, de la manipulación.” La manipulación consistiría en querer presentar una visión del mundo particular del analista como la única posible. Este análisis de la neutralidad no escapa del primer nivel de análisis, esto es la influencia de un individuo en otro, la imposición de unos valores sobre otros.

Baranger, M (1994:390) formula la abstención ideológica en estos términos: “La regla de abstención ideológica podría formularse: El psicoanalista debe abstenerse de toda influencia sobre el paciente en el campo ideológico, es decir, debe evitar que sus convicciones propias en el campo religioso, político, filosófico, ético, etc. Intervengan en el análisis de sus pacientes.”

Entendida en estos términos la neutralidad es ausencia de influencia o como lo plantea la autora, ausencia de adoctrinamiento. “Hablemos de la neutralidad del analista y de lo que se llamó la regla de abstención ideológica. El análisis no es adoctrinamiento. Pero el peor adoctrinamiento proviene [...] del adoctrinamiento al paciente que lleva implícito su propio esquema referencial. El proceso analítico no puede ser la sustitución de un discurso por otro. [...] Las palabras vehiculizan una ideología [...]”

El adoctrinamiento proviene no sólo del anhelo conciente de enseñar y formar al paciente a nuestra imagen y semejanza, sino de algo más sutil que consiste en reemplazar el discurso del paciente por nuestro propio discurso. Colocar en su boca significantes nuestros. Llenar con el significado del terapeuta los significantes del paciente. En este sentido la neutralidad como abstención ideológica se orienta en lo que llamamos el segundo nivel de la relación analítica involucrando al paciente y al psicólogo como sujetos del lenguaje.

Para clarificar algunas cuestiones Milmaniene (1994: 393) propone: “En primer lugar, creo que se impone una nítida delimitación entre un par de términos que se suelen confundir en la práctica: la neutralidad ideológica y la abstinencia ética.

Esta confusión [...] es correlativa de otras confusiones frecuentes: entre ética y moral; entre la Ley y las normas. [...] el analista debe resguardarse de infiltrar su discurso de valoraciones ideológicas, las que siempre suponen un universo moral de raíz superyoica [...] la interpretación debe apuntar a reducir el gradiente de goce de todo síntoma [...] la pérdida de la neutralidad ideológica aleja al paciente de la cura, dado que fuerza a este al sostenimiento de las convicciones narcisistas e imaginarias de su analista. [...]"

Esta neutralidad ideológica es a la que aludían anteriormente Le Guen, en referencia a la manipulación y parcialmente Madeleine Baranger llamándola adoctrinamiento. Queda clara en este sentido la vertiente narcicista que se juega en la imposición de los ideales del terapeuta sobre el paciente. Por ello, refuerza Milmaniene (1994: 393) "El esfuerzo terapéutico psicoanalítico no consiste de ningún modo, pues, en cambiar una ideología "enferma" por otra más "sana", aunque esta última sea más operativa, funcional, exitosa o adaptativa en relación al contexto normativo sociocultural prevaleciente en cada tiempo histórico. [...] el analista debe comprometerse éticamente [...] dado que su práctica debe tender a reducir el goce para conducir al paciente al territorio del placer que está delimitado por la ley del Padre. La ética se asienta sobre la ley del Padre. [...] cuando la dirección de la cura por parte del analista carece de presupuestos éticos [...] se refuerza el goce [...] la abstinencia ética suele desembocar en la complicidad del analista con los actings o actuaciones del paciente, a los que en definitiva propicia cuando aquel no se juega en la apuesta del acto analítico. [...] Un modo frecuente de abstinencia ética es el configurado por la actitud de ciertos analistas que en lugar de desalojar al sujeto del goce lo sostienen en el confort de su síntoma. [...]El analista se convierte en un mero cómplice de alguien que persiste en el desconocimiento de la causa de sus padecimientos. [...]Nadie sale del goce por sí mismo, la interpretación y el trabajo de transferencia del analista debe forzar una salida hacia el territorio del placer..." (Milmaniene 1994: 395)

En este sentido la abstención ética debe ser rechazada. El analista debe operar desde la ética. La ética tiene que ver con el deseo del analista. Mientras que la neutralidad ideológica se juega en el plano moral y en este sentido el setting

analítico no es el ámbito para dirimir posiciones morales diversas. El individuo, la persona del analista es libre de asumir el posicionamiento moral que desee pero nos desde allí desde donde opera como analista. En este sentido, la diferenciación de Milmaniene nos posiciona en la tercera dimensión de la relación analítica, ya que justamente el analista no es convocado en tanto individuo a la escena sino en tanto objeto de deseo del paciente. Si el analista se ubica en el lugar de objeto es imposible que confunda neutralidad ideológica con abstención ética.

Lamentablemente, no todos los analistas han llegado a este nivel de reflexión y es muy común la confusión entre aspectos éticos y morales. Este es el caso de Avenburg que en el mismo año sostiene “la ética mía como yo psicoanalista, no se diferencia de mi ética como ser humano, yo no la diferenciaría, yo soy yo, analizando, actuando, etc. De modo que no creo que haya una ética para el psicoanálisis, una ética para la vida: la ética del psicoanálisis es la ética que cada uno tiene en la vida [...] (Milmaniene, 1994: 401) Yo puedo tener mi sistema de valores, puedo tener mis categorías éticas. Creo, que ahí sí, eso hace a la ética del psicoanalista, es no imponer mi tabla de valores ni mis categorías éticas al paciente salvo situaciones extremas”. Aquí vuelve a referirse la abstención ideológica de la que originalmente hablaba Le Guen (1988). Pero inmediatamente se introduce otra cuestión que es la de las situaciones extremas. Sostiene Avenburg que “Hay una categoría ética que tiene que ver con defender la vida, tanto del paciente como del otro, es decir, en situaciones límites, crimen, suicidio, etc. Ahí es claro que yo voy a pelear por la vida frente a la muerte. Es mi categoría ética básica. [...]” ¿Podríamos decir que se trata en este caso de un enfrentamiento moral? ¿Se trata de la moral de la vida sobre la moral de la autodestrucción? ¿Se trata de imponer mi categoría ética por sobre la del paciente? Definitivamente no. Si encaramos la pulsión de muerte del paciente por el lado de los ideales “vamos muertos”. La preservación de la vida del paciente se puede sostener desde la ética del analista. Una ética que priva al sujeto de goce y lo conduce por la vía del deseo. La ética del psicoanálisis tiene como premisa que el sujeto hable y para ello debe estar vivo. No se trata entonces del valor de la

vida por sobre el valor de la muerte. No se trata de una lucha de ideales. Se trata de una posición ética desde donde sostener el decir del paciente.

2.6. La neutralidad como un concepto en desuso que es reemplazado por la contratransferencia.

Madeleine de Baranger (1994: 391) sostiene una frase polémica “La regla de abstención ideológica es inaplicable y sin embargo, imprescindible y definitiva del procedimiento analítico por oposición a otras terapéuticas”.

Los motivos que sostiene Baranger para la inaplicabilidad de la neutralidad, utilizada aquí como sinónimo de abstención ideológica son: “1. El analista está presente más que con sus solos conocimientos, como inconsciente en consonancia con el inconsciente del analizado. 2. Toda interpretación tiene un aspecto prospectivo. [...] 3. El psicoanálisis en sí es un ideología [...] (1994:392)”

Cabe señalar aquí diversas cuestiones. En primer lugar, como señalamos anteriormente no podemos igualar la neutralidad a abstención ideológica. La neutralidad tiene que ver con la ética del analista, la abstención ideológica con lo moral. En segundo lugar, la cuestión central aquí no radica en el psicoanálisis en tanto corriente de pensamiento o ideología sino en el acto analítico que no se mueve desde un cuerpo de saber teórico sino desde el hacer vinculado con el propio análisis. Cuando hablamos de un analista que opera desde su ideología, estamos introduciendo la dialéctica intersubjetiva en la escena. Mientras que si el analista toma una posición de objeto no hay una ideología propia en juego. La única ideología que tienen que aparecer en el análisis es la ideología del paciente.

Stern (1994:227) sostiene que la neutralidad es un concepto pasado de moda “Durante la primera parte de este siglo, prevaleció el criterio de que las técnicas del análisis y la psicoterapia tenían una relación polar [...] La abstinencia, la neutralidad y el anonimato del analista se consideraban esenciales para la técnica analítica, lo cual significaba que el analista debía abstenerse de revelar aspectos de su presencia personal y de su carácter. Con el correr del tiempo, un

espectro conceptual reemplazó la idea de una polaridad estricta entre la psicoterapia y el psicoanálisis. Criterios más nuevos, derivados de los conceptos de identificación proyectiva, el papel de la contratransferencia, la idea de que un proceso analítico es intersubjetivo e interpersonal, modificaron las nociones de abstinencia y anonimato”. Esta línea de pensamiento fue surgiendo e imponiéndose en las publicaciones de los analistas de la APA. En esta misma posición ubicamos a Renik quien propone que “deberíamos volver a examinar nuestra teoría con el objeto de reemplazar el concepto de neutralidad analítica. [...] Ya no se trata de un concepto imprescindible como lo definía Baranger sino totalmente prescindible.

Empero, tal como muchos investigadores lo han señalado (Greenberg, 1991; Hoffman, 1996; Singer, 1977, Stolorow, 1990), la neutralidad del analista es mera “ficción”. Como se desprende de esta afirmación es el carácter ficcional señalado aquí como algo negativo. Sin embargo, sabemos que la realidad psíquica es de carácter ficcional y esto no le quita eficacia a su influencia.

El concepto que estos autores, y otros⁴¹ ubican como el que vienen a ocupar el lugar de la neutralidad es el de contratransferencia.

En la línea superadora se encuentran también Turillazi, y Ponsi (1999:480) “Una vez caído el mito del analista anónimo y neutral (Renik, 1995; Stolorow y Atwood, 1997) nos preguntamos: si el psicoanalista no puede sustraerse de participar en el proceso de psicoanalítico con la propia subjetividad...”

Describiendo su evolución histórica señalan que “En la literatura psicoanalítica norteamericana contemporánea hay una gran cantidad de escritos referentes a la subjetividad del psicoanalista y a la intersubjetividad del proceso psicoanalítico. No sucede lo mismo en Europa, donde hay una desconfianza manifiesta hacia aquello que Green (1997) ha llamado la `respuesta intersubjetiva´. En efecto, el intersubjetivismo se presenta a menudo con la característica de una respuesta al modelo que ha gobernado el psicoanálisis norteamericano, un modelo que se identifica con la teoría pulsional y con la psicología del yo, y, clínicamente, con

⁴¹ Ya se ha discutido en numerosas ocasiones que mantenerse neutral es imposible para el analista (Ejemplos: Greenberg, 1991; Hoffman, 1996; Renik, 1995; Singer, 1977; Stolorow, 1990).

una concepción de la relación analítica basada en la neutralidad, la abstinencia, el anonimato y la garantía de objetividad por parte del psicoanalista” [...] el concepto de intersubjetividad [...] es un desafío epistemológico y clínico al paradigma clásico que se considera, con más o menos razón, fundado sobre una orientación clínica positivista.”(Turillazi, y Ponsi 1999:480/481)

Quedan así divididas las aguas entre:

Norteamérica	Europa
Intersubjetivismo	objetivismo
Creación y análisis de la realidad intersubjetiva	Neutralidad, abstinencia y anonimato. Estudio de la realidad del paciente.
Paradigma de la complejidad	Paradigma positivista
Analista y paciente dos sujetos que interactúan desde sus afectos y fantasías y no sólo desde la razón.	Hegemonía de la razón y de la racionalidad. Hay un sujeto: el paciente.
Objetivo: entender el funcionamiento de la mente del paciente	

Desde los autores el modelo intersubjetivista supone en diversos sentidos una superación del paradigma positivista del que se nutre el psicoanálisis freudiano.

2.7. La contratransferencia como concepto central del psicoanálisis

Según Guiter (1992) Entre los requisitos técnicos de la terapia psicoanalítica señala en tercer lugar: “La transferencia. [...] De manera que una psicoterapia que no tome en cuenta y utilice de manera significativa el fenómeno de la transferencia, no puede llamarse psicoanalítica. De la misma manera incluimos el fenómeno de la contratransferencia.

La consideración de la contratransferencia es muy especialmente patrimonio del psicoanálisis. Es improbable que en otras psicoterapias se tome en cuenta este factor.”

Cesio (1993) realiza una descripción histórica del origen del concepto de contratransferencia y su desarrollo en Buenos Aires.

La contratransferencia es definida por Racker como “la reacción total del analista al paciente y distinguió, en sus expresiones máximas, la contratransferencia concordante y la complementaria. La primera consiste que en el yo, el superyo y el ello del analista se reproducen las mismas estructuras que en el paciente-que explica la formulación de Freud acerca de que el autoanálisis resulta la vía regia para el conocimiento y la comprensión de la estructura y contenidos del aparato psíquico del paciente-. En cuanto a la segunda, la contratransferencia complementaria, resulta de la identificación como otro deseado, odiado o extrañado por el paciente y viceversa.” (628)

Simultáneamente en Londres, Paula Heimman desarrollaba el concepto acerca de la contratransferencia (Cesio, 1993)

Según León de Bernardi (2000) “La noción de contratransferencia se ubica en el centro de la reflexión sobre las características de la comunicación establecida entre analista y paciente en sus aspectos verbales y no verbales [...] Este tema tuvo un desarrollo más específico a partir de los aportes de P. Heimann y H Racker durante del a década del 50”.

La prehistoria del concepto, sostiene Cesio (1993) la encontramos en la obra de Freud, en particular en Las Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. Nos dice: “nos hemos vistos llevados a prestar atención a la contratransferencia que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine [...] cada psicoanalista solo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida medida que hace sus experiencias en los enfermos”.

Posteriormente M. Klein con sus trabajos sobre las relaciones de objeto y la identificación proyectiva abrió el camino a la elaboración del concepto. [...]”

Racker creó en Buenos Aires toda una escuela sobre contratransferencia que junto con la inglesa, la incorporaron en la teoría y en la práctica del psicoanálisis como un elemento fundamental.

Según León de Benardi (2000) en la actualidad se ha incrementado la tendencia a hacer un uso amplio del término contratransferencia. Green (1975:3) Coincidiendo con Neyraut (1974) señalan cómo “la contratransferencia no solo incluye sentimientos positivos y negativos provocados por la transferencia del paciente sino también todo el funcionamiento mental del analista, incluyendo sus lecturas y discusiones con los colegas.” Luisa de Urtubey (1944, citado por Green, 1975) postula la necesidad de un trabajo de elaboración constante sobre la contratransferencia.

“El uso del término en sentido amplio ofrece ventajas y desventajas. Veo como consecuencia inconveniente una posible superficialización de la noción, en la medida en que se pueden incluir en el término una multiplicidad de fenómenos en forma no discriminada. Sin embargo, un uso global de la noción de contratransferencia facilita, en mi visión, un reconocimiento y atención más permanentes hacia la respuesta latente del analista”. (León de Benardi, 2000:76)

2.8. La neutralidad vs. La contratransferencia

Cesio (1993) ubica el concepto de contratransferencia como superador de la neutralidad.

“El psicoanálisis ha pasado de la revelación a la negociación, de la imagen de un analista distante que promueve la emergencia de un material inconsciente a la mutualidad que requiere una teoría nueva para explicar el modo en que dos personas se afectan una a la otra. Esta teoría no puede ni debe ser tal que desdeñe nuestra capacidad de ver más allá de explicaciones que mantienen la negociación en un nivel consciente [...]”

La contratransferencia interviene en el proceso analítico “en cuanto que el analista es intérprete” (Racker, 1948: 183) En su visión, una de las funciones de

la contratransferencia es que contribuye al proceso interpretativo. Pero también la contratransferencia puede aparecer como obstáculo, interfiriendo en el proceso de análisis. (León de Benardi, 2000)

La contratransferencia concordante supone para Racker la capacidad del analista de identificarse con diferentes objetos del mundo interno del analista en forma refleja, ya sea, por ejemplo, con el Ello, el Yo o el Superyo del paciente.

Racker incluye en la contratransferencia los procesos implicados en la escucha analítica.

La Guen (1988:750) sostiene que “Un doble riesgo amenaza de continua: o la ineficacia por exceso de neutralidad o el condicionamiento por abuso de intervención. [...] la explotación de la transferencia/contratransferencia se sitúa en el corazón mismo de nuestra práctica: es el eje de toda técnica psicoanalítica, en tanto condición de su validez.”

Stern también se encuentra entre los que ubican la neutralidad como un concepto en desuso.

Renik, O (1996) sostiene que “¡la única forma en la que un analista puede ser neutral, es siendo inactivo!. Por tanto, no parece que aspirar a la neutralidad analítica como objetivo técnico tenga sentido alguno. Sin embargo, Raphling [1995, citado por Renik (1996)] no sugiere que abandonemos el concepto de neutralidad analítica y que repensemos nuestra concepción de la posición analítica ideal. En lugar de ello, se limita a constatar que el concepto de neutralidad analítica es muy poco realista. En este sentido, Raphling secunda los comentarios que Shapiro hizo una década antes y según los cuales: “las personas que son psicoterapeutas se alejan algunas veces (incluso frecuentemente) de la neutralidad perfecta; a Freud también le ocurrió, al fin y al cabo, eso es humano.” Raphling y Shapiro, como muchos otros clínicos perspicaces, anteriores y posteriores a ellos, informan de la existencia de algunos fallos en el concepto clásico de neutralidad analítica; sin embargo, no recomiendan que prescindamos de él.”

Renik es más categórico que Raphling y Shapiro ya que apuesta a abandonar el concepto de neutralidad. “Tengo la impresión, de que nuestra reticencia a

abandonar el concepto de neutralidad analítica, en cualquiera de sus formas y de una vez por todas, está motivada por dos preocupaciones principales. La primera es, que si reconocemos que no somos neutrales—que defendemos nuestras posiciones vitales y nos implicamos con pasión—comprometemos nuestra reivindicación de que estamos ofreciendo una terapia basada científicamente. Tememos que nuestra posición de no neutralidad nos convierta esencialmente en consejeros, incluso en clérigos seculares. Pues bien, creo que como analistas defendemos, de hecho, nuestras creencias personales. Al defender sus creencias personales, un analista no pretende necesariamente, como haría un clérigo, que se le considere una autoridad, como tampoco aprueba la atribución de autoridad que los pacientes le otorgan por dichas creencias cuando las defiende. No estoy de acuerdo con Hoffman (1996) cuando sugiere que, como analistas, deberíamos aceptar la posición de “autoridad moral” en la que los pacientes nos colocan. Más bien al contrario, creo que es mejor que reconozcamos que la ausencia de neutralidad constituye la esencia de nuestro método clínico, precisamente porque el hacerlo nos anima a declinar una autoridad a la que no tenemos derecho (se trata de ofrecer nuestra comprensión subjetiva con una actitud de apertura mental y cuestionar cualquier tendencia que los pacientes pudieran tener de recibirla como auto de fe). Paradójicamente, la ciencia psicoanalítica se ve más comprometida, y nos comportamos de forma más dogmática, cuando fingimos frente a nosotros mismos y nuestros pacientes que somos capaces de permanecer neutrales y que nuestras intervenciones son verdades reveladas. [...] La aceptación de la naturaleza no neutral de nuestra actividad destaca la idea de que la intención del analista (afectivamente dirigida) de influir personalmente, es inseparable de nuestro método clínico. Creo que nos engañamos si no estudiamos el psicoanálisis clínico como un proceso dialéctico entre dos participantes que no son neutrales. Al estudiar de forma sistemática y rigurosa la dialéctica existente entre dos participantes que no son neutrales, convertimos al psicoanálisis en una ciencia y a la clínica psicoanalítica en una terapia basada científicamente. Considero que la segunda preocupación a la que me refería es, que si aceptáramos que la técnica analítica no es neutral

podríamos estar abriendo la puerta a un “todo vale” en psicoanálisis clínico, facilitando la explotación de los pacientes. Aunque es completamente legítimo que nos preocupemos por esta explotación potencial, hemos de saber que la técnica no la previene. Por ejemplo, no es la teoría de la técnica la que nos disuade de tener relaciones sexuales con nuestros pacientes, como tampoco se debe a razones basadas teóricamente el que los pediatras no tengan relaciones sexuales con sus pacientes o los padres con sus hijos, si fuese este el caso. Lo que ocurre, es que las personas responsables no desean comerciar egoístamente con las esperanzas y temores de aquellos que han puesto su confianza en ellos. Las normas éticas que establecemos en nuestras comunidades profesionales (que son bastante independientes de nuestras teorías de la técnica), son las que protegen a nuestros pacientes.”

Sin embargo, desde otras escuelas de psicoanálisis el concepto de neutralidad sigue siendo central y la desviación de las ideas freudianas se establece por el concepto de contratransferencia. En esta segunda vía ubicamos a los seguidores de Lacan nucleados en la Escuela de orientación lacaniana que sostienen la plena vigencia del concepto de neutralidad y ubican la contratransferencia como un error en la operatoria del analista.

3. Las representaciones de los terapeutas

Dentro de cada actividad profesional hay modos propios de comunicarse y formas específicas de conocimiento que incorporan los individuos desde la interacción y en relación con sus saberes previos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979 pp. 17-18) Cuando se les propone a los terapeutas que digan “¿qué deberían hacer frente a esta situación?” El imperativo genera una necesidad de responder desde sus saberes previos, las representaciones sociales aparecen cuando los individuos debaten temas de interés mutuo, temas de la propia profesión. Existe un corpus de representaciones deontológicas

dentro del ejercicio de la psicología que constituyen intuiciones acerca de lo que “está bien” y lo que “está mal hacer”. Dentro de estas representaciones está arraigada la idea de que no se puede tener un vínculo amoroso con un paciente, pero esta idea puede ser sólo una intuición prereflexiva, ajena a todo nivel de problematización. Lo que tendrá un valor distintivo es el conjunto de argumentaciones que un terapeuta es capaz de desplegar para justificar su decisión.

3.1. Involucramiento sexual con un paciente actual (situación 7)

Si abordamos la cuestión del involucramiento sexual entre un profesional y su paciente todos los terapeutas sostienen la imposibilidad de concomitancia entre el vínculo amoroso y el profesional. Esta incompatibilidad no escapa a lo que llamamos el primer nivel de la clínica o del contrato terapéutico. Esta incompatibilidad no es privativa de la psicología sino que se encuentra presente en los Códigos Éticos de distintas profesiones. En este punto cabe preguntarse ¿Alcanza con esta prohibición en el ámbito de la terapia psicológica?

¿Frente a esta prohibición que camino hay que seguir?

¿Qué se debe privilegiar: el amor genuino o la terapia psicológica?

Algunas de estas cuestiones son expuestas magistralmente por Freud en *Nuevas puntuaciones sobre el amor de transferencia*⁴².

Si retomamos el planteo Freudiano a la luz de las representaciones de los terapeutas encontramos que el nivel de problematización del las relaciones amorosas y/o sexuales con los pacientes se acaba en muchos casos para los terapeutas encuestados en el primer nivel de relación terapéutica. Los terapeutas plantean la incompatibilidad de ambos vínculos pero no hay una mayor reflexión acerca del problema. Así por ejemplo, encontramos respuestas del tipo:

“Uno de los dos: o lo charla y la deja como paciente, quedando así abierta la otra instancia, o que se asuma como terapeuta con todo lo que ello implica: abstinencia, etc.” (7/022)

⁴² Ver Marco teórico.

“Antes que nada informarle a la paciente e interrumpir el tratamiento. (Después se verá qué ocurre entre ellos). Porque el proceso analítico no es compatible con la relación interpersonal.” (7/60)

Sin embargo, algunos terapeutas avanzan un paso más y responden cuál de los vínculos privilegiar, el amoroso o el profesional.

En el primer grupo encontramos respuestas del tipo:

“En primer lugar derivar a la paciente, y si luego de esto se dan las condiciones, pienso que no hay impedimentos para que se concrete la relación.” (7/142)

“Suspender el tratamiento, derivarla y abordar la situación sentimental como cualquier otra dada” (7/21)

- 1) “El terapeuta debería ver en su propio análisis qué le pasa (primero y principal).
- 2) Si esto perjudica a la paciente derivarla.
- 3) Si los dos resuelven que se gustan disolver el vínculo terapeuta-paciente.” (7/39)

“Tiene que hablar de esto con su paciente y a causa de esto dejar de ser su terapeuta y ver la posibilidad de derivar el paciente a otro espacio para dar lugar a que este sentimiento pueda tener otro estatuto.”(7/76)

En estas respuestas, se observa que el hecho de suspender el contrato terapéutico habilita el comienzo de una relación amorosa. El terapeuta y el paciente se presentan como dos individuos en similitud de condiciones para abordar una relación amorosa. De hecho si leemos las respuestas 2 y 7 de los terapeutas comparativamente encontramos que muchos de los terapeutas que plantean la no contemporaneidad del vínculo terapéutico y amoroso, no tienen objeciones a la hora de comenzar una relación amorosa con un expaciente, inclusive con uno que haya sido inmediatamente derivado por motivo de la mutua atracción. Así observamos comparativamente algunas respuestas representativas de esta postura:

	Ex paciente	Paciente actual
204	2 No encuentro inconvenientes en que siga adelante ya que no es su paciente y se supone que la transferencia se ha disuelto.	Abstenerse, interrumpir el tratamiento y después seguir adelante. Caso contrario estaría pervertido el vínculo.
256	Considero que es una <u>EX</u> paciente; esto significa que fue pasado y no hay nada profesional que los ligue por ende no hay razón para coartar esa situación.	No se puede perder la objetividad del tratamiento si ya no existe el mismo. No se puede ser terapeuta dentro de cuatro paredes del consultorio y amante fuera. Es una disociación imposible. Lo mejor para el paciente es la derivación.
272	Seguir adelante, porque la relación terapéutica ya se había interrumpido.	Interrumpir el tratamiento y seguir adelante la relación. (Por haberse roto la relación terapéutica adecuada para un buen y objetivo tratamiento).
289	Se trata de un "ex paciente", ya no lo es. Debería tratarlo casi, como a cualquier otra persona (aunque no creo que esto sea tan sencillo)	Supervisarlos en primer lugar. Hacer la diferenciación si esto forma parte del tratamiento o pasa al plano de lo personal. En el primer caso se observa si es posible continuar con el trabajo terapéutico. En el segundo caso, se debe finalizar la relación terapéutica y continuar con lo que ambos dispongan.

Como señalamos en *Resultados* hay cincuenta y cinco respuestas que postulan la interrupción del tratamiento. Sin embargo, de ello no se concluye que el terapeuta abandone la relación con la paciente sino que se interrumpe el tratamiento, como veíamos en las respuestas anteriores, en función de la relación amorosa. Esta decisión va decididamente en contra de lo que plantea Freud. Ya que el terapeuta debe velar por lo que resulte un beneficio para el tratamiento y no para lo que suponga un beneficio para su persona.

La mera interrupción temporal de la relación terapéutica no es garantía de la finalización de la transferencia amorosa. Freud caracteriza el amor de transferencia con los siguientes rasgos:

- A. Es provocado por la situación analítica.
- B. Es empujado por la resistencia
- C. Carece de miramiento con la realidad objetiva, es menos prudente, más ciego.

Este amor provocado por la situación analítica no concluye con ella. Ya que no comenzó con ella. La situación analítica actualiza un amor que nos remonta a los fundamentos infantiles. Los fundamentos infantiles del amor y su actualización en el setting analítico no concluyen por el mero hecho fáctico de cortar los vínculos actuales.

En el segundo grupo, encontramos los terapeutas más próximos a la recomendación freudiana. Quien no sólo sostiene la importancia de no actuar la relación amorosa, sino también postula la necesidad de utilizar esa transferencia amorosa insatisfecha como motor del análisis.

De las enseñanzas de Freud podríamos diferenciar:

- ❖ Los terapeutas que proponen evitar la actuación y derivar a la paciente. Esta recomendación es incompleta, ya que Freud sostiene que la derivación no es el mejor camino pues lo que el paciente actúa con un terapeuta tenderá a repetirlo con otro y derivar al paciente es solo pasarle una brasa caliente a otro terapeuta. La cura debe ser continuada a pesar y a través de la transferencia de amor. Si se interrumpe el tratamiento la paciente reacciona a nivel de una amante despechada. Esto supone una consolidación de la transferencia imaginaria. La intervención del analista debe reubicar la transferencia imaginaria a simbólica. Para ello es preciso reenviar al sujeto sobre su propia historia. La consolidación de la transferencia imaginaria provoca la interrupción del tratamiento. La recomendación de evitar la actuación es correcta y responde a los principios de la técnica que Freud desarrolla en *Recordar, repetir y reelaborar*, entre otros escritos.

Aquí encontramos las siguientes argumentaciones de los terapeutas:

“El terapeuta debería abstenerse, y si no le fuera posible tendría que interrumpir ese tratamiento y derivar al paciente.” (7/31)

“En principio no actuar el sentimiento. Si en su análisis y supervisiones no lo puede resolver, derivar la paciente a otro profesional.” (7/33)

La exigencia de derivar se encuentra contemplada en algunos códigos deontológicos. Esta exigencia responde entonces, a prescripciones morales y no a principios técnicos freudianos. Enlistados en esta posición se encuentran 88 de los 302 terapeutas encuestados, lo que constituye el 29% de la muestra.

Esta respuesta es un claro ejemplo de respuestas desde intuiciones morales que desconocen el estado del arte en esta cuestión.

- ❖ Los terapeutas que sostienen que el fenómeno de la transferencia es habitual y el terapeuta debería operar desde allí. Por consiguiente, no disolver el vínculo terapéutico y mantener al paciente en estado de privación.

“Analizarlo, Una propuesta amorosa, destruiría el proceso analítico, cuyo cuidado es el módulo de la ética analítica. Para preservar el proceso analítico dos reglas son fundamentales: neutralidad y abstinencia (esta última quedaría abolida en el caso de que el analista actúe su atracción por su paciente).”(7/23)

“Si el terapeuta puede controlar la situación, en el sentido de entenderla y utilizarla para el tratamiento, puede continuar. Si no debe interrumpir el tratamiento, pues actuar una situación amorosa con el paciente es peligrosa para la salud mental del mismo. Es importante que el paciente inicie un nuevo tratamiento.”(7/33)

“Para el psicoanálisis, en la cura analítica el amor de transferencia es un elemento clave de la misma. Depende del deseo del analista, no de sus deseos, la posibilidad de atravesar la dimensión engañosa del amor, sosteniendo el imperativo ético freudiano. "Donde eso era, yo (como sujeto del inconsciente) debe advenir". (7/58)

Estas últimas respuestas no son las más comunes. Se observa mayor recurrencia de las respuestas tendientes a la derivación del paciente. Como señalamos en *Resultados*, sólo hay 8 respuestas de este tipo, lo que constituye el 0,026% de la muestra.

3.2. Involucramiento sexual con un ex paciente. (Situación 2)

En este punto las opiniones se encuentran divididas entre los que sostienen el no involucramiento sexual con los expacientes y los que lo aceptan sin ningún tipo de reparo.

En el primer grupo encontramos una serie de justificaciones de los terapeutas que hemos ordenado a partir de los siete factores que considera el código

norteamericano de ética. Hemos tomado este código pues en él recibe la cuestión un tratamiento sumamente pormenorizado de los factores que tendría que tener en cuenta un terapeuta para comenzar una relación amorosa con un expaciente. En nuestro país, como hemos señalado en *Resultados* los códigos prohíben las relaciones amorosas con pacientes actuales pero existe un vacío deontológico en torno a los ex pacientes. Se sostiene la imposibilidad de comenzar una relación terapéutica con compañeros sexuales anteriores, sin embargo, no se analiza la situación inversa. Salvo en el código del Misiones en el que ante la mutua atracción se sugiere la derivación a otro profesional pero sin aclarar qué ocurre luego de la derivación. En el Art. 6 se plantea que “c) si surgiere una relación afectiva importante entre paciente y terapeuta, este deberá realizar una derivación del paciente a otros profesionales.” Esta posición es también la más sostenida entre las respuestas de los profesionales. Sin embargo, es opuesto a lo que plantea Freud en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (1914 a) como fue señalado anteriormente.

En el código de la American Psychological Association (2003) se plantea el problema de comenzar una relación amorosa con un expaciente, se establece un tiempo mínimo de dos años de finalización del vínculo profesional. Sin embargo, luego de esos dos años se presentan siete factores para tener en cuenta que permiten habilitar o no una relación de otra índole con un ex paciente que resultan sumamente interesantes para este debate.

“4.07 Intimidad Sexual con Ex-Pacientes

(a) Los psicólogos no se involucran sexualmente con un ex-paciente o cliente hasta por lo menos dos años después de la interrupción o finalización de los servicios profesionales.

(b) Debido a que habitualmente la intimidad sexual con un ex-paciente o cliente es muy nociva para él, y a que tal intimidad socava la confianza pública en la psicología como profesión, desalentando al público de los servicios necesarios, los psicólogos no se involucran sexualmente con ex-clientes o pacientes aún después del intervalo de dos años, salvo circunstancias excepcionales. El psicólogo que se involucra en tal situación

después de los dos años posteriores a la interrupción o finalización del tratamiento, se hace cargo de demostrar que no ha sacado provecho, teniendo en cuenta todos los factores relevantes, que incluyen (1) el lapso de tiempo que ha transcurrido desde la finalización de la terapia, (2) la naturaleza y duración de la terapia, (3) las circunstancias de finalización, (4) la historia personal del paciente o cliente, (5) la condición mental actual del paciente o cliente, (6) la probabilidad de impacto negativo sobre el paciente o cliente y sobre otros, y (7) cualquier declaración o acción promovida por el terapeuta durante el curso de la terapia, sugiriendo o invitando a una posible relación sexual o amorosa con el paciente luego de finalizado el tratamiento. (Ver también Norma 1.17, Relaciones Múltiples).

Veamos ahora si han sido contemplados estos factores por los encuestados:

1- Tiempo

Es la categoría más tenida en cuenta. Existen 24 referencias al tiempo de finalizado el tratamiento lo que representa el 8% del total.

“No debe llevarse a cabo ningún tipo de relación extraprofesional con pacientes, aunque podría tenerse en cuenta el tiempo transcurrido entre la terapia y el encuentro.” (2/006)

“Concurrir a análisis, analizar su centro-transferencia; de..... la situación a..... de esto, derivar a la paciente, perder contacto con ella; estableciendo un tiempo prudencial, que introduzca cambios en ambos.”(2/008)

“Es difícil contar pocos elementos..... esto pero se puede deducir que no debe haber sido suficientemente analizada la transferencia - contratransferencia ya que han quedado esos restos. Sobre la base de esta situación se pueden dar los encuentros eróticos, si no, creo que sería conveniente abstenerse o en el peor de los casos darse un tiempo para conocerse en un plano igualitario y si es posible desidealizarlo. Pero igual me parece algo que no conviene llevar adelante.” (2/24)

“Depende del tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento. Si cree que hubo tiempo suficiente para la disolución de la transferencia es menos riesgoso para el paciente iniciar una relación. Pero es siempre una situación complicada por el lugar de poder que puede mantener el terapeuta.”(2/36)

1. “Analizar su contratransferencia, tanto en autoanálisis como con la ayuda de otro analista.
2. Si del análisis surge un amor genuino por la persona del paciente, pactar una interrupción del análisis y dejar pasar un tiempo prudencial. Desde luego que la paciente debe ser derivada para la prosecución del análisis.
3. La situación analítica reaviva las transferencias amorosas en la dupla paciente - analista como una expectativa de elementos edípicos infantiles vigentes en el psiquismo de ambos. De cualquier modo pienso que el futuro de la relación estaría comprometido por la "carga histórica".
(2/68)

“Darse tiempo y plantearlo en su propia terapia.” (2/71)

“Si están dadas las condiciones y pasó un tiempo desde que fue su paciente pueden iniciarlo ya que estaría fuera del ámbito del análisis.”(2/72)

“Considero que depende la situación. Existe la posibilidad de derivación a otro terapeuta dando luego de un tiempo prudencial para que la paciente aclare sus ideas y luego tomar la conducta que desee. En caso contrario abstenerse.”(2/96)

“1) Si la relación se cortó hace poco tiempo, los lazos transferenciales y contratransferenciales no han sido disueltos, por lo tanto, los sentimientos son "ficticios" y no es aconsejable la relación.2) Si ha pasado muchos años el terapeuta debería tomar unas cuantas sesiones de análisis, antes de ejercer cualquier tipo de acción.” (2/100)

“Depende cuánto tiempo haya pasado desde que se interrumpió la cura.

En el caso que fueron varios años, creo que lo mejor que pueden hacer si es que la relación tiene visos de seriedad es tratar de conocerse mejor. A fin de que la relación no sea un fracaso.”(2/107)

“Analizarse y no hacer uso de la transferencia, salvo que sea indefectiblemente una relación amorosa que requiere de mucho tiempo de consideración ya que podría destruir el análisis realizado y la ética de ese análisis.”(2/150)

“Tendría que conocer otros datos por ejemplo si el paciente ha tenido tratamientos posteriores, cuánto tiempo después de haber terminado el tratamiento vuelven a encontrarse etc. Pero en líneas generales debería preguntarse si no existió una ..(atracción).. durante el tratamiento en el terapeuta que le impidió interpretar adecuadamente tendiente a disolver una posible transferencia erótica, o no haberlo llevado a la des-idealización del analista al fin del análisis. Revisaría el análisis del terapeuta” (2/158)

“Aquí habría por lo menos dos actitudes distintas según la persona y la formación profesional (y el tiempo transcurrido desde que cesó la terapia).

Hay quienes piensan que jamás debería mezclarse el analista con alguien que fue su paciente. Por mi parte creo que si ha pasado suficiente tiempo como por ejemplo más de un año pueden considerarse otras actitudes posibles según la historia personal y terapéutica.”(2/182)

“Si se habla de un ex paciente, y en un contexto social, se habla de dos personas que se vinculan como otras. Es necesario para responder con mayor precisión conocer el tiempo transcurrido desde la relación profesional. De todos modos, este tipo de situación, requiere a mi criterio una consideración especial, ya que no parten de una relación neutral. Es necesario desidealizar los lugares y poder llegar al vínculo de las personas.”(2/189)

“A partir de la percepción de la primer situación: "intensa atracción" No me parece fácil suponer la segunda ya que trataría de tomar la distancia útil para evaluar la situación desde las dos vertientes.

De llegar de todas maneras a esa situación me sentiría inhibida de toda realización sino no consigo con tiempo y sin compulsión convencerme de la real conveniencia mutua de seguir adelante en esa situación a mí se me hace difícil pensar que la pudiera continuar en ese caso trataría de ser entendido por la otra parte aunque no compartiera la decisión.”(2/192)

“En ese caso conviene que el terapeuta (o ex terapeuta) y su paciente se tomen un tiempo para elaborar la situación. Dejar que "bajen las aguas" y reflexionar si la atracción no es debida a alguna situación analítica remanente.

Aclarado esto; considero que son libres y pueden comportarse como indiquen sus inclinaciones.” (2/194)

“Debería plantearlo, no negarlo y por supuesto suspender dicha relación paciente - terapeuta. Dado que este tipo de pulsiones no se pueden desplazar con facilidad y sería inútil reprimirlas y negarlas, deben exponerse a tiempo para no obstaculizar la tarea de análisis y cuidar en el espacio terapéutico planteando la imposibilidad de continuar con el tratamiento. A posteriori orientar para una derivación a otro profesional.”(7/208)

“Depende el tiempo que haya transcurrido entre la finalización del tratamiento y el encuentro.

Si dicha finalización fue reciente creo no conveniente la continuación de la relación ya que puede ser perjudicial tanto para el paciente como para el terapeuta.”(2/209)

“Depende del tiempo transcurrido desde el tratamiento.

Se considera un tiempo mínimo de dos años para que sea aceptable una relación personal con un ex paciente. Hacer terapia (el terapeuta).” (2/212)

“Pienso que debería abstenerse, ya que la transferencia no tiene un tiempo tope, en el cual se extingue de un día para otro. La abstinencia es una de las reglas fundamentales que va junto al dispositivo, que permiten que esa persona pueda ser escuchada como tal.”(2/229)

“Tendría que analizarlo, supervisar el caso, llevarlo a su propio análisis si está en análisis, en caso de que no lo pudiese resolver debiera interrumpir el tratamiento o recomendando a su paciente que tome otro análisis y transcurridos los tiempos y todas estas medidas, y la cosa continúa quizás podría empezar una relación con esa persona.”(7/247)

“Dependerá del tiempo que es "ex" paciente. Dado que toda relación es transferencial y las relaciones amorosas y de "intensa atracción" también lo son, se deberá pasar lo conveniente o inconveniente por el bienestar de

ambos. No hay buenas parejas en los que no juegue un componente erótico y pre-edípico. (Lo que equivale a decir transferencial)” (2/250)

“Pienso que aunque la relación terapéutica haya finalizado, la "abstinencia" debe ser tomada en cuenta ya que los residuos transferenciales se prolongan durante mucho tiempo después de la terminación del tratamiento. En todo caso la situación plantea un conflicto y el analista debe tomar cuenta del mismo y entender su sentido en su propio análisis (al que nuevamente debería acudir).”(2/279)

“Creo que si el terapeuta en su propio análisis no puede resolver esta situación lo que debería hacer es derivar a su paciente y tomarse un tiempo para dilucidar si la atracción no es un producto del análisis.”(7/287)

“Pienso que debería abstenerse, ya que la transferencia no tiene un tiempo tope, en el cual se extingue de un día para otro. La abstinencia es una de las reglas fundamentales que va junto al dispositivo, que permiten que esa persona pueda ser escuchada como tal.”(2/229)

2- Naturaleza y duración de la terapia

Forma parte de la naturaleza de la terapia analítica operar a partir de la transferencia. Sólo cuando la transferencia se ha establecido podemos sostener el análisis, sólo allí podemos hablar de interpretación y a partir de allí puede producirse el comienzo del análisis. Esta situación debe hacernos pensar en la importancia de la transferencia en el análisis. Pero no sólo en la terapia analítica hay que ubicar el rol central de la transferencia sino que todas las terapias por la palabra se apoyan en la transferencia. Sin embargo, la terapia analítica reviste la transferencia de la actualidad y eficacia propia de los fenómenos inconscientes lo que hace muy difícil situar el fin de la transferencia. Y más aún hacer corresponder el fin de la transferencia con el fin del análisis. Este es un tema sumamente polémico dentro de las escuelas y asociaciones de psicoanálisis que se halla ligado a lo que en el punto siguiente se sitúa como circunstancias de finalización.

Algunas de las justificaciones que dan los analistas consultados para no dar comienzo a una relación amorosa con un ex paciente tienen que ver con los llamados restos o residuos transferenciales o los que otros ubican como sentimientos transferenciales y contratransferenciales. Estas cuestiones son propias de la naturaleza misma del tratamiento. Cuanto mayor es la duración del tratamiento mayores son las posibilidades de que se desarrollen vivencias transferenciales.

Veamos algunas citas que remiten a estos problemas:

“Pienso que aunque la relación terapéutica haya finalizado, la "abstinencia" debe ser tomada en cuenta ya que los residuos transferenciales se prolongan durante mucho tiempo después de la terminación del tratamiento. En todo caso la situación plantea un conflicto y el analista debe tomar cuenta del mismo y entender su sentido en su propio análisis (al que nuevamente debería acudir).”(2/279)

“Tendría que conocer otros datos por ejemplo si el paciente ha tenido tratamientos posteriores, cuánto tiempo después de haber terminado el tratamiento vuelven a encontrarse etc. Pero en líneas generales debería preguntarse si no existió una ..(atracción).. durante el tratamiento en el terapeuta que le impidió interpretar adecuadamente tendiente a disolver una posible transferencia erótica, o no haberlo llevado a la des-idealización del analista al fin del análisis. Revisaría el análisis del terapeuta” (2/158)

“1) Si la relación se cortó hace poco tiempo, los lazos transferenciales y contratransferenciales no han sido disueltos, por lo tanto, los sentimientos son "ficticios" y no es aconsejable la relación.2) Si ha pasado muchos años el terapeuta debería tomar unas cuantas sesiones de análisis, antes de ejercer cualquier tipo de acción.” (2/100)

1- “Analizar su contratransferencia, tanto en autoanálisis como con la ayuda de otro analista.

2- Si del análisis surge un amor genuino por la persona del paciente, pactar una interrupción del análisis y dejar pasar un tiempo prudencial. Desde luego que la paciente debe ser derivada para la prosecución del análisis.

3- La situación analítica reaviva las transferencias amorosas en la dupla paciente - analista como una expectativa de elementos edípicos infantiles vigentes en el psiquismo de ambos. e cualquier modo pienso que el futuro de la relación estaría comprometido por la "carga histórica".

“Es difícil contar pocos elementos..... esto pero se puede deducir que no debe haber sido suficientemente analizada la transferencia - contratransferencia ya que han quedado esos restos. Sobre la base de esta situación se pueden dar los encuentros eróticos, si no, creo que sería conveniente abstenerse o en el peor de los casos darse un tiempo para conocerse en un plano igualitario y si es posible desidealizarlo. Pero igual me parece algo que no conviene llevar adelante.”(2/24)

3- Circunstancias de finalización

El final del tratamiento es un tema sumamente complejo y como lo señalan los mismos terapeutas hay pacientes y terapeutas que suspenden el tratamiento por distintos motivos que no conllevan en si mismos la finalización de la transferencia. Hay tratamientos que se desarrollan en instituciones con plazos semestrales de tratamiento, etc. Pero este punto del código remite a que las circunstancias en las que se produce la finalización no sean justamente por una mutua atracción. Si la atracción surge en el tratamiento y se suspende éste para dar cabida a una relación amorosa estaríamos yendo en contra de lo que plantea el código deontológico.

Sin embargo, dentro de las respuestas de los terapeutas algunas proponen esto:

“Suspender el tratamiento, derivarla y abordar la situación sentimental como cualquier otra dada.” (7/21)

“Interrumpir el tratamiento para "a posteriori" confirmar la posibilidad de la relación.” (7/205)

4- Historia personal del paciente

El paciente viene con una historia vincular. Hay ciertos patrones de relación que repite desde sus primeros años y que se actualizan con las personas con las que interactúa. Si hablamos de transferencia, sostenemos que esa actualización se da sobre la persona del analista. Sobre él recaen los amores incestuosos hacia los padres y los hermanos. Es por consiguiente, muy difícil poder sostener que la historia personal del paciente no influye en el establecimiento de una relación amorosa. Es imposible decir que en la transferencia erótica, aún con nuestra pareja, nuestra historia personal no determine la elección de objeto. ¿Qué elementos permitirían salir ilesos de esta cuestión? ¿Qué podría argumentar un terapeuta para sostener que la historia personal del paciente no ha influido en la constitución de un vínculo amoroso?

“Aquí habría por lo menos dos actitudes distintas según la persona y la formación profesional (y el tiempo transcurrido desde que cesó la terapia).

Hay quienes piensan que jamás debería mezclarse el analista con alguien que fue su paciente. Por mi parte creo que si ha pasado suficiente tiempo como por ejemplo más de un año pueden considerarse otras actitudes posibles según la historia personal y terapéutica.”(2/182)

5- Condición mental actual del paciente

Dentro de esta cuestión encontramos las siguientes consideraciones:

“Tomar en cuenta cuidadosamente las características de su ex paciente respecto de los restos de una relación transferencial con el terapeuta y los sentimientos que esta misma relación transferencial no resuelta despierta en el terapeuta.” (2/294)

“La conducta del ex terapeuta dependerá de la patología de la ex paciente. Si es una histeria, una psicopatía, una border-line, una psicótica, etc. El ex

terapeuta debería autoanalizarse para ver que le pasa a él. Si ese no fuera el caso y la paciente fuera "normal" (la neura común porteña), el ex terapeuta hará lo que le venga en gana ya que no existe contrato terapéutico y están en igualdad de condiciones. Conozco exitosísimos matrimonios que han empezado así." (2/177)

Esta última respuesta es claramente una consideración moral y no basada en el estado del arte. Como quedó expresado anteriormente, el amor de transferencia se diferencia de lo que Freud llama amor legítimo.

6- Probabilidad de impacto negativo sobre el paciente

El impacto negativo sobre el paciente es largamente considerado por Freud⁴³. Quien señala que el triunfo de la relación amorosa constituye el fracaso del tratamiento. La actualización de un vínculo amoroso con un paciente es nociva para la terapia.

Freud aconseja retener la transferencia de amor, pero tratarla como algo no real, como una situación por la que se atraviesa en la cura, que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes y de éste modo ayudar a llevar a la conciencia lo más escondido de la vida amorosa de la enferma, para así gobernarlo. De este modo, la paciente traerá a la luz sus fantasías sexuales, los caracteres singulares de su condición enamorada, abriendo así el camino hacia los fundamentos infantiles del amor.

"Depende de lo que aquí se llaman las condiciones para iniciar una relación. Si esto se refiere a las condiciones externas, la situación es para el ex terapeuta como cualquier otra situación de su vida. El tema está en las que llamaríamos "condiciones internas". Creo que se le impone evaluar en qué lugar se halla ante su ex paciente, revisar las condiciones de finalización de ese tratamiento; en otras palabras considerar el cuidado de su ex paciente, y el suyo propio. Los riesgos de una actuación, en definitiva lesiva para el paciente deben ser tenidos en cuenta. Por supuesto que iniciar una relación amorosa es tan

⁴³ Cfr. *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (1914 a)*.

posible en esta situación como cualquier otra, quiero decir que la vinculación de análisis requiere consideraciones particulares, pero no se basa en reglas y prohibiciones sobre la conducta, ni mucho menos está por encima de la vida cotidiana”.

- 7- Cualquier declaración o acción promovida por el terapeuta durante el curso de la terapia, sugiriendo o invitando a una posible relación sexual o amorosa con el paciente luego de finalizado el tratamiento.

En las respuestas de los terapeutas no hay referencias a esta situación.

Estas siete consideraciones resultan sumamente fecundas para propiciar un debate acerca de los límites en las relaciones con ex paciente. Asimismo, pone al descubierto la naturaleza del sujeto inconsciente para quien la ausencia de cronología constituye uno de los principios que rige su funcionamiento. Si la clínica supusiera sólo el contrato por servicios entre dos individuos nunca nos encontraríamos ante ésta situación. Como responden algunos terapeutas, acabado el contrato no hay impedimentos para comenzar una relación amorosa. Nos resulta llamativo que estos mismos terapeutas se inscriban teóricamente en la línea del psicoanálisis. Aquí podemos observar una separación entre teoría y práctica, entre el ser y el deber ser. Un divorcio tan común en el ámbito deontológico. Éstos terapeutas, ante una situación dilemática para la que no cuentan con las reflexiones que aporta el estado del arte, responden desde intuiciones morales suponiendo que las consideraciones morales que valen para otras profesiones son correctas para el ámbito clínico. Desconociendo, en sus respuestas el corazón mismo de la práctica clínica, a saber, la transferencia (atemporal por definición).

Conclusiones

Triangulación de resultados

En la conclusión realizaremos un esfuerzo tendiente a diferenciar los tres niveles de la clínica que referimos en el comienzo y establecer cómo se cruzan los resultados de los tres instrumentos de medición utilizados. La triangulación nos permitirá responder a la hipótesis planteada al comienzo.

Podemos retomar en este punto algunas consideraciones que han venido quedando esbozadas en los últimos capítulos.

La respuesta a la hipótesis requiere de un análisis de diferentes niveles de complejidad que se encuentran presentes en la clínica. Dichos niveles se producen a lo largo del tratamiento. Algunas propuestas terapéuticas se mantienen en alguno de estos niveles. Otras pueden pasar por los tres.

Nivel 1 Relación entre individuos	Prescripciones deontológicas positivas.	Responsabilidad jurídica y moral	Ámbito moral y deontológico
Nivel 2 Relación entre sujetos	Principios técnicos del psicoanálisis	Responsabilidad subjetiva	Ámbito ético
Nivel 3 Relación sujeto - objeto	Deseo del analista. Formalización de la relación analítica	Responsabilidad subjetiva	Ámbito ético

1. Operar en el primer nivel de la relación terapéutica: de individuo a individuo.

1.1 En este nivel ubicamos las **prescripciones deontológicas** relacionadas con el respeto de las personas y lo que llamamos protección y resguardo de los derechos humanos. La actividad psicológica nunca puede atentar contra el individuo y sus derechos. Los derechos de los pacientes que hemos ubicado en los códigos consultados son: el derecho de ser tratado como un ser humano, el derecho de libre elección del profesional y el derecho de recibir un correcto tratamiento sin importar su raza, credo, ideología política, clase social, etc.

Asimismo en los códigos, en este nivel es preciso ubicar la prohibición explícita de acoso y hostigamiento sexual a los pacientes, de comenzar una relación amorosa o mantener relaciones sexuales con los pacientes y de mantener relaciones múltiples.

Veamos a continuación algunos ejemplos del tratamiento que hacen los códigos.

1.1.1. Derecho del paciente de elección del profesional

“Artículo 19º del Código de la Provincia de Buenos Aires - El psicólogo debe propender a que los pacientes gocen del principio de libertad de elección del profesional.”

Misiones. Artículo 1 – “Los servicios de la psicología y sus ramas auxiliares deben basarse en la libre elección del profesional por parte del consultante ya sea en el ejercicio privado o en instituciones públicas.”

Neuquén. Art. 14 Artículo 14º - Es deber del psicólogo:

“a) Garantizar que en toda asistencia psicológica exista la libre elección del Psicólogo por parte del consultante, ya sea en el ejercicio privado o en la atención realizada en instituciones privadas o estatales, dentro de las disponibilidades que están ofrezcan.”

San Juan. “Art. 2 - LIBRE ELECCIÓN: El Psicólogo deberá propender a que toda asistencia se realice en base a la libre elección del profesional por el paciente.”

1.1.2. Derecho del paciente a ser tratado con respeto por su condición humana.

Código de Chaco. Artículo 4 - En el ejercicio profesional, el psicólogo deberá:

a) cuidar a sus pacientes atendiendo a su condición humana. No utilizara sus conocimientos contra las leyes de la humanidad.

b) En ninguna circunstancia le es permitido emplear cualquier método que disminuya la resistencia física o mental del ser humano.”

Jujuy. Art. 11 “Los psicólogos están obligados a denunciar:

b) El maltrato de pacientes o el mantenimiento de los mismos en condiciones de insalubridad, falta de asistencia, desnudes, hambre u otras análogas.”

Mendoza “Artículo 3º- a) En toda actuación el Psicólogo cuidará de sus pacientes, ateniéndose a su condición humana.”

San Juan. Art. 4 - EFICIENCIA - FALTAS: Es deber del psicólogo presentar sus servicios profesionales eficientemente. Se considera falta contra esa eficiencia:

1 - Formas de atención contrarias al respeto a la persona.

Tucumán “Artículo 4 - Es deber del psicólogo, prestar sus servicios profesionales eficientemente. Se considerara falta contra esta eficiencia:

1) Formas de atención contrarias al respeto de las personas.”

1.1.3. Derecho del paciente de no ser discriminado por su raza, religión, nacionalidad, religión, clase social, etc.

Dentro de este nivel ubicamos lo que llamamos neutralidad ideológica: respeto por la ideología, la religión y las creencias de los pacientes.

Chaco Art. 4 “g) debe respetar las creencias religiosas de sus pacientes y no oponerse al cumplimiento de sus preceptos religiosos.”

Mendoza Art. 3. “b) No hará distinción de: nacionalidad, religión, raza, de partido político o clase; solo verá al ser humano que lo necesita.”

Misiones. Artículo 2 - El profesional debe respetar las creencias religiosas o de otra índole de sus clientes y no oponerse al cumplimiento de la práctica de los

mismos, siempre que esto no redunde en perjuicio de su estado de acuerdo a la evaluación técnica realizada por el terapeuta.

San Juan. Art. 4 - EFICIENCIA – FALTAS. 6 - No respetar las creencias religiosas o la ideología de sus pacientes en su trato con ellos.

Tucumán Art. 4 “5) No respetar las creencias y las ideologías de los consultantes.”

1.1.4 Obligación del terapeuta de no realizar acoso u hostigamiento sexual de sus pacientes

American Psychological Association (1995/ 2003), Asociación de Psicólogos de Buenos Aires y Colegio de Psicólogos de la Provincia de Chubut.

1.11 Acoso Sexual

“Los psicólogos no se involucran en situaciones de acoso sexual. El acoso sexual consiste en requerimientos sexuales, avances físicos o conducta verbal o no verbal de naturaleza sexual, vinculados con las actividades o roles del psicólogo como tal, y que: (1) no es bienvenida, es ofensiva o crea un ambiente de trabajo hostil y el psicólogo lo sabe o fue informado de ello; o (2) es suficientemente grave o intensa como para ser abusiva para una persona razonable en ese contexto. El acoso sexual puede consistir en un solo acto intenso o grave, o en múltiples actos persistentes o reiterados.

Los psicólogos tratan con dignidad y respeto a quienes reclaman o responden en una corte por acoso sexual. Los psicólogos no impiden el ingreso o promoción académica, empleo, cargos vitalicios, u otros tipos de promociones, a una persona por el sólo hecho de que haya presentado o sido objeto de cargos por acoso sexual. Esto no impide realizar acciones basadas en el resultado de tales procedimientos o considerando otra información adecuada.”

1.19 Relaciones de Explotación

Los psicólogos no se aprovechan de las personas sobre las cuales tienen autoridad de supervisión, evaluación o de otro tipo, tales como estudiantes, supervisados, empleados, participantes de investigación y clientes o pacientes.

Los psicólogos no se involucran en relaciones sexuales con estudiantes o supervisados en proceso de capacitación sobre los cuales tienen autoridad directa de evaluación, porque es altamente probable que tales relaciones disminuyan la capacidad de juicio o sean de explotación.”

1.1.5 Obligación del terapeuta de no mantener relaciones sexuales con sus pacientes.

American Psychological Association (1995/ 2003) “4.05 Intimidad Sexual Con Clientes o Pacientes Actuales. Los psicólogos no se involucran sexualmente con clientes o pacientes actuales.”

Código de FEPPA 3.1.6.- Los psicólogos no se involucrarán sexualmente con consultantes actuales de sus prácticas profesionales.

1.1.6 Obligación del terapeuta de no atender familiares, amigos o ex parejas.

American Psychological Association (1993/2003)

“4.06 Terapia Con Partenaires Sexuales Anteriores.

Los psicólogos no aceptan como pacientes o clientes a personas con las cuales han estado involucrados sexualmente.”

1.17 Relaciones Múltiples.

(a) En muchas comunidades y situaciones puede no ser posible o razonable que los psicólogos eviten contactos sociales u otros no profesionales con personas tales como pacientes, clientes, estudiantes, supervisados, o participantes de investigación. Los psicólogos deben ser siempre sensibles a los potenciales efectos dañinos que otros contactos tengan sobre su trabajo y sobre aquellas personas con quienes tratan. Un psicólogo se abstiene de prometer o entrar en otra relación personal, científica, profesional, financiera, o de otro tipo con tales personas, si parece probable que tal relación podría debilitar su objetividad o interferir de otra forma en el desempeño efectivo de sus funciones como psicólogo o podría dañar o explotar a la otra parte.”

American Psychological Association (2003) 3.05 Relaciones múltiples

(a) Existe una relación múltiple cuando un psicólogo desempeña un rol profesional con una persona y: 1) al mismo tiempo desempeña otro rol con la misma persona; 2) al mismo tiempo tiene una relación con una persona relacionada o muy allegada al individuo con el cual el psicólogo mantiene la relación profesional; o 3) promete establecer en el futuro otra relación con la persona con la cual mantiene la relación profesional, o con otra allegada o relacionada con ella.

Un psicólogo se abstiene de establecer una relación múltiple si pudiera razonablemente esperarse que tal relación disminuya la objetividad, competencia o eficacia en el desempeño de sus funciones como psicólogo, o bien ponga en riesgo de explotación o daño a la persona con la cual existe la relación profesional.

No constituyen una falta ética las relaciones múltiples de las que no sería razonablemente esperable que deterioren la relación o generen riesgo de explotación o daño.

(b) Si un psicólogo encuentra que, debido a factores imprevistos, se ha originado una relación múltiple potencialmente dañina, toma las medidas razonables para resolverla con el debido respeto por los mejores intereses de la persona afectada y el máximo cumplimiento del Código de Ética.

(c) En caso de que las leyes, la política institucional o circunstancias extraordinarias convoquen a un psicólogo a prestar servicios en más de un rol en procedimientos judiciales o administrativos, éste determina, al inicio, lo que se espera de su rol y el alcance de la confidencialidad y, de allí en adelante, los cambios a medida que éstos sucedan.

Asociación de psicólogos de Buenos Aires y Colegio de Psicólogos de Chubut

1.11. Relaciones múltiples

a. En muchas comunidades y situaciones puede no ser posible o razonable que los psicólogos eviten contactos sociales u otros no profesionales con personas tales como pacientes, clientes, familiares o allegados a pacientes. Los

psicólogos deben ser siempre sensibles a los potenciales efectos dañinos que otros contactos tengan sobre su trabajo y sobre aquellas personas con quienes tratan. Un psicólogo se abstiene de prometer o entrar en una relación personal, científica, profesional, financiera, o de otro tipo con tales personas, si parece probable que tal relación podría debilitar su objetividad o interferir de otra forma en el desempeño efectivo de sus funciones como psicólogo o podría dañar o explotar a la otra parte.

b. Del mismo modo, cuando sea posible, un psicólogo se abstiene de asumir obligaciones profesionales o científicas cuando las relaciones preexistentes crearían el riesgo de tal daño.

C Si un psicólogo encuentra que, debido a factores no previstos, una relación múltiple potencialmente dañina se ha originado, intenta resolverla con el debido respeto hacia los mejores intereses de la persona afectada y el máximo cumplimiento del Código de Ética.

Código de FEPPRA 3.1.5.- Los psicólogos no iniciarán ninguna relación profesional con sus familiares, amigos, colaboradores cercanos u otros cuando esto pudiera evitarse. Si por razones especiales (como las que pudieran resultar de la urgencia o de que no hubiera otros psicólogos en la región) la intervención profesional no pudiera delegarse, se reducirá al mínimo necesario y sólo hasta poder efectuar la derivación conveniente.

3.1.7.- Los psicólogos no aceptarán como consultantes a personas con las cuales han mantenido vínculos sexuales, afectivos, comerciales, laborales o de otra índole que pudieran afectar de manera negativa el objetivo primordial de su práctica.

3.1.8.- Si no obstante los recaudos tomados surgiera una relación afectiva importante entre consultante y psicólogo, que obstaculizara el alcance de las metas profesionales, el psicólogo deberá realizar una derivación del consultante a otros profesionales.

Artículo 9º - El psicólogo deberá abstenerse de entablar relaciones terapéuticas con quien tenga vínculo de autoridad, familiaridad, o de estrecha intimidad, debiendo en todos los casos restringir su relación al área estrictamente

profesional, salvo cuando la técnica a emplear no afecte ni sea afectada por este tipo de vínculos.

Jujuy Artículo 20 - Los psicólogos deben abstenerse de emitir informes o certificaciones que estén destinados a terceros en los siguientes casos:

- a) Cuando tengan relación de dependencia con las personas sobre que versa el informe o la certificación.
- b) Cuando se trate de cónyuge, pariente por consanguinidad en línea recta, colaterales hasta cuarto grado inclusive y afines dentro de segundo plano.
- c) Cuando tengan intereses económicos comunes con el paciente, o sean deudores, acreedores garantes del mismo, por montos significativos en relación al patrimonio del paciente o del suyo propio.

Tucumán Artículo 21 - El psicólogo deberá evitar establecer relaciones terapéuticas cuando exista con el paciente vínculos de otra naturaleza que puedan interferir desfavorablemente sobre las primeras.

Misiones Artículo 4 - El psicólogo no deberá tomar en tratamiento a personas con quienes mantenga relaciones de parentesco, amistad o trabajo. Podrá sí, optar de acuerdo a sus fundamentos teórico-técnico el tomar un tratamiento o no a personas que mantengan relación entre si. En todos los casos podrá acceder a una consulta.

1.2. Dentro de las **publicaciones de la Asociación Psicoanalítica Argentina** encontramos diversos artículos referidos a este tipo de neutralidad⁴⁴.

En los artículos consultados se identificaron cuatro elementos distintivos de la neutralidad. A saber:

- ❖ La neutralidad como abstención ideológica
- ❖ La neutralidad como un concepto en desuso que es reemplazado por la contratransferencia.
- ❖ La contratransferencia como concepto central del psicoanálisis
- ❖ La neutralidad vs. La contratransferencia

⁴⁴ Cfr. Punto 2.5. La neutralidad como abstención ideológica en el capítulo *Discusión*.

Como lo señalamos anteriormente, la neutralidad en términos freudianos estaría ubicada en lo que señalamos como un segundo nivel de análisis en la clínica. Sin embargo, con el nombre de posición neutral o abstinencia ideológica diversos psicoanalistas sitúan el respeto por las ideologías y creencias de los pacientes y las dificultades que conlleva esta posición neutral. Le Guen (1988) lo plantea en términos de manipulación. Milmaniene (1994: 393) lo conceptualiza como neutralidad ideológica. La neutralidad ideológica se juega en el plano moral y en este sentido el setting analítico no es el ámbito para dirimir posiciones morales diversas. El individuo, la persona del analista es libre de asumir el posicionamiento moral, la creencia religiosa o la ideología política que desee, pero nos desde allí desde donde opera como analista. Baranger, M (1994:390) sostiene la neutralidad como ausencia de influencia o como ausencia de adoctrinamiento. Como referimos en la discusión, este tratamiento abre la entrada al segundo nivel de análisis, ya que el ser humano en tanto sujeto del inconsciente está estructurado como un lenguaje. En este sentido, llenar con el significado del terapeuta los significantes del paciente sería un modo de atentar contra lo que situamos como abstinencia ideológica. Para situar la abstinencia ideológica aquí necesitamos del supuesto de un sujeto estructurado por el lenguaje.

En los artículos consultados se identificaron cuatro elementos distintivos de la abstinencia. A saber:

- ❖ La abstinencia es ubicada como un elemento distintivo de la terapia psicoanalítica.
- ❖ La abstinencia se encuentra unida a la neutralidad.
- ❖ La abstinencia presenta aspectos positivos y negativos.
- ❖ La regla de abstinencia como ideal inalcanzable

Un primer nivel de análisis desde el que nos proponemos abordar la abstinencia en el vínculo terapéutico: como contrato de servicios entre dos individuos. Supone lo que los códigos deontológicos plantean en términos de “límites de la relación”. En este sentido, le está prohibido al psicólogo como a otros profesionales de la salud mantener relaciones sexuales con sus pacientes

o utilizar el vínculo terapéutico como instrumento de acoso sexual. En este sentido se refiere a la abstinencia Guiter (1992). Pero este no es el único ni el principal modo en que es abordado el tratamiento de la abstinencia en los artículos consultados. Los artículos de la APA abordan fundamentalmente la abstinencia desde el segundo nivel de análisis, esto es desde la vinculación del inconsciente del terapeuta al inconsciente del paciente.

1.3. En cuanto a las **representaciones de los terapeutas** tenemos que situar en relación con los límites de la relación las respuestas tendientes a señalar la imposibilidad de concomitancia entre el vínculo terapéutico y el vínculo amoroso. Esta incompatibilidad es señalada por todos los terapeutas ya que conlleva una situación de “abuso de poder” situación que es presentada como la matriz de las relaciones de acoso y aprovechamiento sexual. No sólo en el área clínica sino en todas aquellas situaciones en las que se vinculan personas que se encuentren en una situación de asimetría. Aquí ubicamos lo que los códigos llaman relaciones de explotación: “a. Los psicólogos no se aprovechan de las personas sobre las cuales tienen autoridad de supervisión, evaluación o de otro tipo, tales como estudiantes, supervisados, empleados, participantes de investigación y clientes o pacientes.” (APBA) “3.1.1.- Los psicólogos deberán ser conscientes de la posición asimétrica que ocupan frente a sus consultantes y no podrán hacer uso de su influencia más que con fines benéficos para estos.” (FEPPA)

La cuestión de la posición asimétrica puede ser abordada desde dos ángulos diferentes. Por un lado, desde el punto de vista de lo que llamamos el primer nivel de análisis en donde dos individuos se involucran en un contrato cumpliendo en el mismo diferentes roles. La asimetría de roles es en este caso propia del tipo de vínculo profesional que se establece. Esta relación asimétrica no es privativa de la terapia sino que se da en diferentes profesiones como la medicina, la docencia, entre otras. En las respuestas de los psicoterapeutas encontramos dos posiciones claramente opuestas. Por un lado, quienes sostienen que paciente y terapeuta son dos personas que pueden suspender

el vínculo terapéutico que los une y en su lugar dar rienda suelta a la mutua atracción. Lo que supondría abandonar la posición asimétrica propia de contrato terapéutico. Esta posición se exagera aún más en el caso de que se trate de un ex paciente, caso en el que disuelto el contrato terapéutico de hecho no hay otro impedimento para comenzar la relación. No hay en este sentido diferencia entre la transferencia analítica y la de otras profesiones. Esto supone que la suspensión formal del contrato deja sin efecto las obligaciones a las que suscribieron los contrayentes.

En la otra vereda se encuentran los terapeutas que señalan que la cuestión no se dirime en este nivel y apelan a lo que ubicamos en el segundo nivel de análisis en el que se involucran otras cuestiones como la transferencia y la contratransferencia. En este caso la suspensión del contrato terapéutico no deja sin efecto las obligaciones contraídas, ya que luego de abandonado el tratamiento hay restos transferenciales que siguen actuando aunque se suspenda el tratamiento. Esto supone involucrar en el tratamiento al paciente y al terapeuta en tanto sujetos del inconsciente. Supone asimismo delimitar la responsabilidad subjetiva del terapeuta y del paciente. La responsabilidad subjetiva excede la responsabilidad legal y moral de los individuos que suscriben el contrato. La responsabilidad legal se desprende de las obligaciones que emergen del contrato formal. En virtud de ellas el terapeuta puede ser imputado por mala praxis si no cumple con sus obligaciones. La responsabilidad subjetiva es el llamado a responder por nuestros deseos inconscientes, en tanto pacientes y en tanto terapeutas. Es en este nivel en el que podemos responsabilizarnos en tanto terapeutas por el comienzo de una relación amorosa con un ex paciente.

Veamos algunos ejemplos de las respuestas que reducen el vínculo terapéutico a un contrato profesional.

“Si no hay relación profesional no hay impedimento.”(2/271)

“Seguir adelante, porque la relación terapéutica ya se había interrumpido.”(2/272)

“Mientras no se establezca en ese momento una relación analista - paciente, no creo que haya inconvenientes en que se formalice una relación amorosa.”(2/293)

El individuo del Nivel 1 supuesto en la neutralidad y la abstinencia

El individuo del primer nivel reviste las características señaladas en el *Marco teórico*. Tanto el terapeuta como el paciente se encuentran posicionados respectivamente en el lugar de individuo.

- ⇒ Es conciente. Esto supone la posibilidad del terapeuta y del paciente de suscribir un contrato de servicios.
- ⇒ Individuo que responde al cálculo: El terapeuta desde esta perspectiva debe realizar intervenciones calculadas. El paciente responde al cálculo o se aleja en cierto grado de la respuesta buscada. Según el tipo de terapia arbitrada se pueden fijar el número de sesiones que se destinarán para resolver el problema que trae el paciente- cliente a la consulta.
- ⇒ Busca una finalidad (teleología) Las intervenciones prevén ciertos fines terapéuticos. El paciente concurre al tratamiento con la pretensión conciente de resolver un determinado problema.
- ⇒ Autónomo: El sujeto autónomo es aquel que se da a si mismo su propia ley y es capaz de ejercitar su voluntad para cumplirla. El individuo autónomo es el sujeto sobre el que se apoyan los deberes y obligaciones. Al “auto” imponerse el deber tiene la responsabilidad de cumplirlo. El individuo autónomo es el sustrato sobre el que se apoya la responsabilidad jurídica.
- ⇒ Es un yo estable. El rasgo más destacado del yo es su persistencia en el cambio. Es esta estabilidad lo que permite construir la propia identidad. El yo es idéntico a si mismo, es considerado de este modo como un objeto de la realidad que responde a la lógica de los tres principios lógicos. En esta línea de trabajo en la clínica se suele presentar al yo del terapeuta como un yo más maduro o libre de conflictos. Cuanto más libre de conflictos y contradicciones se encuentra, mayor estado de salud.

- ⇒ Responsable moral: El paciente es responsable de mejorar su calidad de vida. El terapeuta desde la moral de los bienes coloca la salud como un bien más al que el paciente puede acceder. El paciente, devenido cliente paga un bien más de consumo que en este caso constituye una prestación de servicios profesionales que garantiza recomponer la salud perdida. El terapeuta se compromete a calcular las estrategias más beneficiosas para lograr la mejoría y el alivio.
- ⇒ Responsable jurídico: Tanto el paciente como el terapeuta son sujetos de derechos y obligaciones. El terapeuta que no cumple con las exigencias jurídicas que amparan al paciente puede ser acusado de mala praxis. Existen, en esta temática que nos aboca –límites de la relación- suficientes antecedentes jurídicos de juicios por mala praxis ya sea, por abuso sexual, por manipulación y uso indebido de influencia, etc. La responsabilidad jurídica está claramente tipificada en el Código Civil y Penal de la República Argentina. Asimismo, contamos con la Ley de Ejercicio Profesional de la Psicología N° 23277⁴⁵ (Nacional) Sancionada el 27-09-85. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentra en vigencia el Decreto 905/95 que reglamenta la Ley 23277 y Ley 448 Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (27-07-2000). En la provincia de Buenos Aires la Ley 10.306 (21/08/85) y modificatorias.

En el siguiente cuadro se enlistan las Leyes Provinciales que regulan el ejercicio de la Psicología:

	Entre Ríos	Ley 5336
06-09-74	Río Negro	Ley 972 (Dto. 1216 derogada en 04-80. Restituida por Dto. 1856 en 1984
14-06-78	Sgo. del Estero	Ley 4629
10-10-80	Misiones	Ley 1306

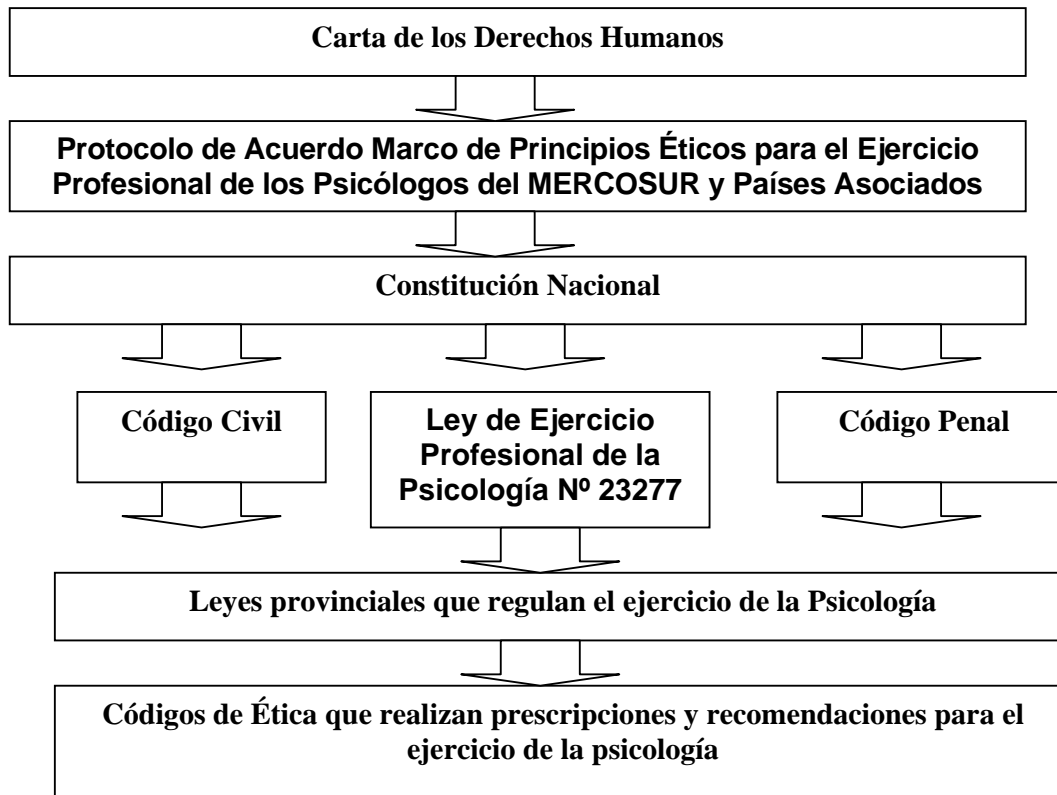
⁴⁵ Ver Anexo 7: Corpus Normativo

11-02-83	Salta	Ley 1063
25-02-83	Tucumán	Ley 5467
28-10-83	Catamarca	Ley 4024
28-10-83	San Luis	Ley 4511
13-09-84	Córdoba	Ley 7106
17-10-84	Formosa	Ley 461
08-11-84	Santa Fe	Ley 9538
22-11-84	La Pampa	Ley 818
27-11-84	Santa Cruz	Ley 1709
11-12-84	Jujuy	Ley 4124
25-04-85	La Rioja	Ley 4503
21-08-85	Buenos Aires	Ley 10306
05-09-85	Corrientes	Ley 4025
19-09-85	San Juan	Ley 5436
20-09-85	Mendoza	Ley 5024
27-09-85	Capital Federal	Ley 23277
09-10-85	Chubut	Ley 2585
17-11-86	Neuquén	Ley 1674
10-12-86	Chaco	Ley 3203
27-09-96	Tierra del Fuego	Ley N° 318

Al siguiente listado se le suman los Códigos de Ética Profesional que no tienen la obligatoriedad de las Leyes pero que suponen un compromiso para aquellos Psicólogos que suscriben a los respectivos Colegios Profesionales.

Las acciones del terapeuta se encuentran determinadas por múltiples normativas de distinto alcance.

De este modo:



A todo esto en su accionar el psicólogo le debe agregar lo que se considera propio de la cura del paciente. Todas aquellas decisiones que ponderan la dimensión subjetiva involucrada en el tratamiento. Lo que da lugar a las consideraciones que ubicamos en el segundo nivel de la relación clínica.

2. Operar en el segundo nivel de la relación clínica: de sujeto a sujeto.

Siguiendo la línea argumentativa anterior, en este apartado están los que recurren al concepto de transferencia y los llamados restos transferenciales. Freud y sus seguidores han señalado que en la relación analítica el terapeuta opera a partir de la transferencia. El concepto de transferencia acuñado por Freud no es exclusivo de la terapia analítica es conocido y utilizado por otras

escuelas psicoterapéuticas. La relación psicoterapéutica como señalamos anteriormente, es consecuencia del tipo de vínculo que se establece entre el analista y el paciente y no puede ser disuelta por el hecho empírico de suspender el tratamiento. La relación terapéutica trasciende la contemporaneidad del vínculo y la mera pauta contractual y por ello, como decíamos anteriormente no puede ser equiparada con la transferencia presente en otras profesiones.

Veamos algunas respuestas en las que se apela a los restos transferenciales:

“Tomar en cuenta cuidadosamente las características de su ex paciente respecto de los restos de una relación transferencial con el terapeuta y los sentimientos que esta misma relación transferencial no resuelta despierta en el terapeuta.”(2/294)

Si operamos desde el supuesto del sujeto del inconsciente tenemos que señalar que el principio que rige su funcionamiento es lo que Freud llama proceso primario. El proceso primario tiene como una característica central la ausencia de cronología, lo que supone que el sujeto no se rige por la cronología como el individuo. Los afectos sentidos hacia los padres, los hermanos, etc. y transferidos al analista no tienen un fin temporal como un contrato terapéutico. Desde esta posición se puede prever que la simple finalización de un contrato no habilita la desaparición del vínculo transferencial.

En este sentido podemos ubicar las **prescripciones de los códigos** tendientes a la emergencia del sujeto del inconsciente. No podemos hablar de prescripciones positivas sino de cláusulas negativas. Es decir, todo aquello que ponga límites. Medidas propiciatorias de la emergencia del sujeto.

En este camino se encuentra la negativa de comenzar una relación amorosa con un ex paciente. Caso que se especifica en el código de American Psychological Association (1993 / 2003). Es justamente un código norteamericano el que abre el tratamiento de ésta cuestión. En los códigos de nuestro país (llamado por muchos el país del psicoanálisis y de los psicoanalistas) no hay prescripciones en los códigos de ética sobre esta situación. Este planteo eleva el tratamiento del problema a otro nivel pues

vehiculiza cuestiones relacionadas a la transferencia, la contratransferencia, la finalización del análisis, la naturaleza de la terapia. Específicamente en lo que denominamos los siete factores, presentes en la *Discusión* de esta tesis encontramos una problematización del vínculo terapéutico posibilitada a partir de una serie de normativas deontológicas. Dichas normativas justamente describen una serie de factores a ponderar a la hora de comenzar una relación amorosa con un ex paciente, tendientes a complejizar el análisis de la situación posibilitando la reflexión del terapeuta.

En este segundo nivel ubicamos también las **prescripciones de los códigos** acerca de la primacía del tratamiento sobre los intereses del terapeuta. Señalan que ante conflicto de intereses el criterio que oriente la intervención debe ser priorizar la cura del paciente. Los fines que guían al psicólogo deben ser los fines del tratamiento. La cura es la que marca el imperativo no las necesidades personales, afectivas o económicas de terapeutas⁴⁶.

Los intereses priorizados no son los del paciente como individuo sino como sujeto del inconsciente y por ello son los de la cura. Muchas veces lo que manifiesta el paciente en términos de necesidades conscientes no coinciden con la dirección de la cura.

Proponemos en este punto volver sobre un ejemplo que presentan Galvez y Maldonado (1993): El paciente le comunica al terapeuta que las acciones de la compañía Estrella iban a rendir buenos dividendos. El terapeuta usa información para invertir en la bolsa. Luego, el terapeuta queda con la sensación de que había introducido una falla en su procedimiento. “En lo que se refiere a la compra en sí, ni el paciente ni la compañía resultaban perjudicados por el uso de esa información. El eje del problema no pasa por la compra en sí ni por el beneficio que el analista obtiene de esa información”. Este es un ejemplo que resulta sumamente ilustrativo para mostrar que la sensación que el terapeuta tiene de haber introducido una falla en su procedimiento es totalmente correcta. A diferencia de lo que sostienen Galvez y Maldonado (1993) el terapeuta incurrió en

⁴⁶ Cfr. En *Resultados* análisis cualitativo de los Códigos.

mala praxis pues su accionar va directamente en contra de lo que plantean los Códigos de Ética, ya que con su operatoria privilegia su interés personal y no la cura de su paciente. En el primer nivel de la relación terapéutica ha introducido una acción decididamente contraria a lo que plantea el Código deontológico.

Galvez y Maldonado (1993) sostienen que: “El problema consiste en que el analista no pudo advertir el interjuego de identificaciones. Que el paciente omnipotente alimentaba al analista con información, de las acciones “Estrella”. Esa representación es significativa de la madre.” Aquí aparece el segundo nivel de análisis, ¿Qué asociaciones inconscientes se encuentran anudadas al significativo “estrella”? Decididamente la intervención del terapeuta que se encuentra interesado por invertir en la bolsa utilizando la información del paciente, atenta contra este segundo nivel. El psicólogo convocado, en este segundo nivel, para leer más allá de las palabras del yo, queda preso en el significado de la información brindada.

2.2. Los **artículos de la APA** abordan fundamentalmente la abstinencia desde el segundo nivel de análisis, esto es desde la vinculación del inconsciente del terapeuta al inconsciente del paciente. En este nivel podemos localizar el abordaje freudiano de la cuestión de la abstinencia. La opacidad del analista, es abordada por Raggi (1989) en términos de “anonimato” del terapeuta. La fuerza de la privación como motor de la cura en el tratamiento. (Raggi, 1989: 394). Llevar al paciente a recordar lo que tiende a repetir. (Raggi, 1989: 395). Y finalmente, una cuestión que excede el planteo freudiano, la tematización de la abstinencia como prohibición del incesto. (Cesio, 1993)

Hasta aquí, todos son elogios para la abstinencia que junto a la neutralidad se construyen en el rasgo distintivo de la clínica psicoanalítica (Cartolano, 2002)

Desde la lectura de Galvez y Maldonado (1993) la abstinencia debe ser también conceptualizada de forma negativa: como una posición que frena la acción del analista y que aleja al analista de la manifestación de todo afecto y sentimiento.

Más allá de Freud, la abstinencia es presentada como un ideal del analista, como un ideal más allá de la conciencia. (Cartolano, 2002) Es justamente la abstinencia como ideal que teleológicamente tracciona el accionar del analista lo que hace inaplicable la regla. Si la interpretación es calculada con anterioridad y en función de un ideal la función del analista no difiere de la de un titiritero.

Es en este punto en el que cae la neutralidad. La neutralidad definida en términos de ausencia de manipulación (Le Guen, 1988) y ausencia de adoctrinamiento (Baranger, 1994) chocan con la propuesta de la abstinencia como ideal que regula la práctica.

Justamente la primera de las cuestiones trabajadas por Freud sobre la neutralidad es la neutralidad entendida como ausencia de ideales del analista⁴⁷. Lo que inhabilita al analista para trabajar desde los ideales se encuentra en consonancia con el segundo de los aspectos señalados por Freud, la ausencia de finalidad educativa. Los ideales que direccionan teleológicamente las intervenciones son los ideales del analista. Los únicos ideales que se tienen que desmontar en el análisis son los del paciente. La neutralidad en este punto es abordada desde el primer nivel de análisis, si consideramos dos individuos con similitud de derechos, no hay motivos para considerar que los ideales de uno sean mejores que los del otro. Hablar de neutralidad como abstención ideológica no es algo privativo de la práctica clínica. Un docente tampoco puede expresar a sus alumnos ideas políticas o religiosas. Forma parte de las obligaciones que las partes asumen en el contrato de trabajo.

Paralelamente a la desestimación de la transferencia se da una crítica al concepto de neutralidad. Son cuatro de los seis autores consultados los que consideran a la neutralidad como un concepto en desuso superado por la contratransferencia.

En el segundo nivel de análisis se juega la posibilidad o no de aceptar la influencia que el paciente tiene sobre el terapeuta y hacer uso de ella en el

⁴⁷ Cfr. Artículo “La neutralidad en la obra de Freud” (2004) en el que se desarrollan los aspectos trabajados por Freud a lo largo de su obra.

tratamiento. La respuesta a esta problemática polariza la comunidad psicoanalítica entre los que sostienen la neutralidad del analista que supone operar más allá de la transferencia – contratransferencia y por otro lado, los que sostienen que operar sin incluir la contratransferencia es inadecuado y constituye un error en la práctica.

En el primer grupo encontramos a Lacan quien sostiene “ante las expresiones de moda referentes a la contratransferencia” que “es una impropiedad intelectual [...] el mostrarnos en nuestra arcilla como hechos de la misma que aquellos a quienes amasamos.” (1958, 565) En contra de la manifestación de los sentimientos del analista dice: “los sentimientos del analista solo tienen un lugar posible en este juego, el del muerto.” (1958, 569) El muerto no pone en juego sus sentimientos. Desde esta posición se revaloriza la neutralidad en tanto el analista no es un sujeto que pone su inconsciente en juego, sino un objeto del deseo del paciente. Esto nos impulsa a pensar en un tercer nivel de análisis: la relación de un sujeto (paciente) con un objeto (analista).

En el otro extremo, encontramos los analistas que en esta época (década del 50´) se ponen de moda y sostienen el abandono de la neutralidad y el auge de la contratransferencia que consiste justamente en dar cabida a los sentimientos que el paciente suscita en el médico. Y no sólo darle cabida sino comunicarlos al paciente y hacer de ello una parte sustancial del análisis. En esta línea se encuentran la mayoría de los artículos de la Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

La declinación de la abstinencia y la neutralidad a favor de la contratransferencia se encuentra dentro de los resultados más importantes a los que arriban los artículos de la Revista de Psicoanálisis consultados.

2.3. En relación con las **respuestas de los terapeutas** éstas están se ubican mayoritariamente en este nivel.

Como señalamos en la *Discusión* las respuestas de los terapeutas apuntan a pensar en las cuestiones inconscientes que se juegan en el análisis.

3. Operar en el tercer nivel de la relación analítica: de sujeto a objeto.

En este punto no hay prescripciones deontológicas que puedan considerarse. La teoría que mejor describe la relación del analista con el paciente en tanto relación de objeto – sujeto es la lacaniana. Como señalamos en el marco teórico desde esta perspectiva la neutralidad y la abstinencia se sostienen como principios de la clínica y se ponen de manifiesto en el acto analítico. El acto tiene la estructura del presente. No puede ser anticipado sólo puede ser reconocido una vez que se ha producido. Esta estructura resulta incompatible con la exigencia de anticipar teóricamente la operatoria del analista en su lugar de objeto.

El sujeto del inconsciente como supuesto de la neutralidad y la abstinencia.

- ⇒ No es consciente. El sujeto del inconsciente está sobre determinado por la estructura del lenguaje. La lógica que comanda las representaciones no es la lógica de los tres principios. Por consiguiente podemos observar fenómenos tales como coexistencia de los contrarios, atemporalidad y ausencia de identidad permanente.
- ⇒ Atemporalidad. El vínculo transferencial que establece el paciente con el terapeuta es atemporal. Esto explica porque , desde el punto de vista ético no es correcto entablar relaciones de otra índole, con los ex pacientes. Como señalamos anteriormente, la atemporalidad reviste a las relaciones transferenciales y contratransferenciales de una persistencia que supera los límites temporales de la terapia.
- ⇒ Coexistencia de pulsiones antagónicas. A nivel del sujeto inconsciente se dan sentimientos contrarios e incluso opuestos. Vivencias de amor y odio son las matrices que describe Freud para la constitución del Complejo de Edipo.

- ⇒ Exigencia pulsional. Es imposible el cálculo de probabilidades a nivel pulsional. Las representaciones pueden entrar en un entramado simbólico, en términos Lacanianos el gran Otro es el tesoro de los significantes. Un significante convoca a otro y es así como se despliega el aparato significante. Lo pulsional queda en un dentro - fuera de este entramado.
- ⇒ El sujeto como imposibilidad lógica. En términos lógicos el sujeto es el resto que queda por fuera del conjunto "A" de todos los significantes. Si el conjunto cumple con la exigencia de completud, el sujeto queda forcluido. Si el conjunto cumple con la exigencia de consistencia queda abierto, o sea, incompleto⁴⁸.
- ⇒ El analista como objeto a. Superando la posición del analista como sujeto que está afectado contratransferencialmente por el paciente, se encuentra la descripción del analista como objeto a. El objeto "a" es el objeto de deseo que el analista encarna para ese paciente. De este modo el analista ocupa el lugar de un objeto que moviliza al paciente al despliegue de significantes. El esfuerzo de despliegue es provocado por la presencia de ese objeto real. Si el analista se coloca en esta posición no puede intervenir en el análisis en tanto sujeto, con sus sentimientos, representaciones, temores, etc. Sino que posibilita que el sujeto central del tratamiento sea el paciente. Como señalamos en el *Marco Teórico* la posición neutral está garantizada por el analista por el analista movido por lo real. Movimiento no teleológico, ya que la teleología es propia del cálculo de estrategias, medios y fines. Sino movimiento causal, el analista opera causado por el deseo de analista.
- ⇒ Interpretación sin teleología. La interpretación no responde a un cálculo yoico sino a un acto que a posteriori y por los efectos resulta correcta. El acto analítico es un salto sin garantía.

⁴⁸ Cfr. Artículo de la Revista Universitaria de Psicoanálisis, de mi autoría, titulado *Un sujeto paradójal*. En donde se desarrolla el lugar del sujeto como producto de una operatoria lógica.

Volviendo sobre la hipótesis

Para responder a la hipótesis acerca del grado de conocimiento que presentan los terapeutas sobre el estado del arte, se hace necesario ubicar los tres niveles con los que venimos trabajando vinculándolos con la abstinencia y la neutralidad. A modo de resumen de lo dicho anteriormente:

	Abstinencia	Neutralidad
Nivel 1	Involucra el planteo deontológico. Límites de la relación: acoso sexual, hostigamiento, relaciones sexuales con pacientes actuales, relaciones múltiples.	Neutralidad ideológica
Nivel 2	Implica la consideración de los restos transferenciales. Analizados en detalle en lo referente a la involucración con ex pacientes.	Contratransferencia.
Nivel 3	Abstinencia en acto	Neutralidad en acto

El tercer nivel, en tanto que hace referencia a la relación sujeto objeto en el acto analítico es imposible de situar en la normativa o en las publicaciones de la APA que de hecho van desvalorizando ambos conceptos reemplazándolos por el de contratransferencia.

El grado de conocimiento de los terapeutas puede ser ponderado a partir de sus respuestas. Sin embargo, que los terapeutas respondan de modo similar o idéntico a lo que dicen por ejemplo los códigos no garantiza que los conozcan. Sin embargo, consideraré que la identidad de respuesta supone haber alcanzado ese grado de conocimiento. Podemos entonces señalar que la mayoría de las respuestas se encuentran en el primer nivel de la relación clínica. Esto supone que hay un conocimiento de los *mínimos* exigibles al profesional.

Si ahondamos en el segundo nivel, encontramos que el grado de conocimiento es ínfimo. Aquí hay que discriminar entre el tratamiento teórico que reciben los

conceptos de contratransferencia en las revistas de la APA y lo que efectivamente aparece en las respuestas de los profesionales.

Considero por tanto que el profesional opera desde intuiciones morales, propias del primer nivel. Esta afirmación se apoya en los *Resultados* y el apartado de la *Discusión*. Las respuestas de los terapeutas no pueden ser analizadas en base a las exigencias del tercer nivel, pues esto supone la actualidad y singularidad del acto analítico.

Algunas reflexiones finales

En el marco de la realización de un Código de Ética de los Psicólogos de la República Argentina debemos defender una posición pluralista que permita que los psicólogos de distinta formación teórica puedan adherir a las prescripciones deontológicas. Como señalamos anteriormente, en el primer nivel de la relación clínica pueden presentarse algunas dificultades para lograr el consenso. Sin embargo, los elementos presentes en el estado del arte son aceptados por todas las orientaciones teóricas. Ellos constituyen los **mínimos deontológicos** en materia de abstinencia y neutralidad. Los terapeutas encuestados respondieron desde estos mínimos. La lógica que comanda la acumulación de saber es la lógica de lo general. Desde esta lógica se compila el saber existente y se incluyen como hipótesis de trabajo de los redactores del código las posibles situaciones que estarían contempladas en las prescripciones formuladas.

Las mayores dificultades se suscitan en el segundo y tercer nivel. Los conceptos de abstinencia y neutralidad tienen en sí mismos una fuerte carga teórica psicoanalítica. La abstinencia en tanto psicólogos que operamos con la transferencia y la contratransferencia es aceptada por diferentes líneas teóricas. No así la neutralidad. Vemos que en el seno mismo del psicoanálisis, como señalamos en *Resultados* y *Discusión*, hay quienes defienden la neutralidad y quienes la consideran un concepto caduco reemplazado por el de

contratransferencia. La operatoria desde la neutralidad en la clínica tampoco es aceptada por las terapias no analíticas.

En el segundo nivel de análisis, se presenta fuertemente la consideración de la transferencia y la contratransferencia, cuya ponderación queda posibilitada en el tratamiento que reciben las relaciones amorosas entre terapeutas y ex pacientes. En tanto planteo abierto a la consideración y resolución de cada profesional permite que cada psicólogo según la evaluación que haga de los siete principios pueda resolver la situación de la forma más conveniente. Sin embargo, hemos observado en las justificaciones que realizan los terapeutas de los siete factores para tener en cuenta que permiten habilitar o no una relación de otra índole con un ex paciente, el que más ha sido considerado es el tiempo. Pero la frecuencia con la que se considera (8%) es muy baja. El caso de la involucración sexual con un ex paciente es un claro ejemplo del escaso nivel de problematización y el acotado conocimiento que presenta la muestra sobre el estado del arte.

En este punto no hablamos de prescripciones deontológicas mínimas sino de **puntos de debate** surgidos en el seno del estado del arte que dan cuenta de la tensión misma en el desarrollo del conocimiento. La presencia de debate nos habla de un avance en el estado del arte. Como señalamos en la *Discusión* no debemos olvidar el aspecto dinámico de los códigos, en tanto que deben estar abiertos a nuevas consideraciones. La lógica que comanda la producción de los códigos es la lógica de la singularidad en situación. Los códigos en este sentido se encuentran abiertos a la experiencia cotidiana y son un espacio de pensamiento crítico y productivo. La singularidad aquí aludida no es la del sujeto singular, sino la potencia de desborde de situaciones singulares que se producen en la realidad cotidiana y que en un esfuerzo de homogenización dan lugar a una nueva pauta o prescripción deontológica.

Pensar la abstinencia y la neutralidad en el tercer nivel de análisis supone considerar ciertos lineamientos teóricos propios de un grupo de la comunidad de psicólogos que no pueden formar parte del corpus deontológico.

Finalmente, los **máximos éticos** aparecen en el segundo y tercer nivel en la consideración del sujeto singular que es propio de la clínica psicológica. Y justamente su singularidad es lo que impide su generalización a través de los Códigos, como lo señalamos en la *Discusión*.

Bibliografía

Leyes y Códigos

- American Psychological Association: "Principios éticos de los Psicólogos y Códigos de Conducta" (1993) Traducción al español de Juan Jorge Fariña, Ediciones CEP, 1993. Versión actualizada, 2003. Traducción de Juan Jorge Fariña y Gabriela Z. Salomone.
- Ley 23.277 de ejercicio profesional de la psicología. Reglamentación.
- Resolución 2447 (85) del Ministerio de Cultura y Educación sobre incumbencias, títulos de psicólogo y Lic. en Psicología.
- Protocolo de Acuerdo Marco de Principios Éticos para el Ejercicio Profesional de los Psicólogos del MERCOSUR y Países Asociados (1997)
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, Ejercicio profesional de la psicología.
Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito X. Código de Ética.
- Colegio de Psicólogos de la Prov. de CHACO. Código de Ética de la Provincia de Chaco.
- Colegio de Psicólogos de la Prov. de CHUBUT. Código de Ética de la Provincia de Chubut.
- Colegio de Psicólogos de la Prov. de CÓRDOBA. Código de Ética de la Provincia de Córdoba.
- Colegio de Psicólogos de la Prov. de JUJUY. Código de Ética de la Provincia de Jujuy
- Colegio de Psicólogos de la Prov. de MISIONES. Código de Ética
- Colegio de Psicólogos de la Prov. de NEUQUÉN. Código de Ética y disciplina.
- Colegio de Psicólogos de la Prov. de SAN JUAN. Código de disciplina de San Juan.
- Colegio de Psicólogos de la Prov. de SANTIAGO DEL ESTERO. Código de Ética de la Provincia de Santiago del Estero.

- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (FePRA) (1999) Código de Ética.

Bibliografía citada

AVENBURG, R; BARANGER, M; DUNAYEVICH, M; MILMANIENE, J. (1994) Mesa redonda: La ética en psicoanálisis; punto de encuentro entre la teoría y la clínica. En *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires Vol.51 n. 3, p. 387-419.

BADIOU, A. (1993) *L'Éthique: Essai sur la conscience du mal*, París: Hatier.

BANDLER, R. GRINDER, J. (1980) *La estructura de la magia*. Chile, Cuatro vientos.

BARANGER, Willy (1957) "Interpretación e ideología: sobre la regla de abstención ideológica". En *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, vol.14 n. 1 -2, p. 13-22

BASCH, M (1989) "Publicaciones previas al 36 Congreso Psicoanalítico Internacional: Adonde va el método psicoanalítico?" En *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1989: vol.47 n. 1, p. 5-9.

BENJAMIN, D. (2008) *La posición del analista y la eficacia del Psicoanálisis*. Homo Sapiens: Rosario, Argentina

BESPALI, Y. (1993)"Percepción de los profesionales uruguayos sobre la ética y las relaciones sexuales con pacientes". Resúmenes de las II Jornadas Científicas en Psiquiatría, octubre 1993: 17-18.

BRUNETTI, J. Y ORMART, E. (2003) "La cuestión del inconsciente en Freud y en Husserl". *Anuario del Instituto de investigaciones*. Número XI. P. 429 – 438.

BRUNETTI, J. Y ORMART, E. (2005)" Más allá del sujeto epistémico." En *Revista del Instituto de Investigaciones de Psicología* Año 10 N° 1. Págs. 97-115.

BONILLA, A. (1995)"La neutralidad axiológica de la ciencia como problema" En Rovaletti, ML (ed) *Ética y psicoterapia*. Buenos Aires, Biblos.

CÁRCAMO, Celes E. (1944) "Impotencia psíquica y neurosis actuales". En *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1944: vol.1 n. 3, p. 382-402.

CARTOLANO DE MANDET, E. (2002) *Problemáticas clínicas: neutralidad y abstinencia*. Vol. 59 n. 1, 67-85.

- CESIO, F. (1993) "Heinrich Racker; el descubrimiento de la contratransferencia; evolución del concepto". En *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1993: vol.50 n. 3, p. 627-636.
- CALO, O. Y HERMOSILLA, A. (2000) *Psicología, ética y profesión: Aportes deontológico para la integración de los psicólogos del MERCOSUR*. Mar del Plata, UNMP.
- CALO (2002) "La interacción del profesional con los códigos". En *Revista Argentina de Psicología*. Año XXXIV nº 45 pp. 22-26. Bs. As. Apba.
- CARPINTERO, E. (2000) Con la interpretación no alcanza. En *Subjetividad y Cultura*. Número 15. México: Plaza y Valdes
- FERRERO, A. "La importancia de los derechos humanos en los códigos deontológicos de Psicología en la Argentina". En *Revista Argentina de Psicología*. Año XXXIV nº 45, pp 51-58. Bs.As. Apba
- FISCH, R. WEAKLAND, J. Y SEGAL, L. (1984) *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona, Herder.
- FREUD, S. (1905 a [1904]) "Sobre psicoterapia" En *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu, 1991. T.VII.
- (1905 b [1901]) "Fragmento de análisis de un caso de histeria". En *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu, 1991. T VII.
- (1911) "El uso de la interpretación de los sueños en psicoanálisis". En *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu, 1991. Tomo XII.
- (1912 a) "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico". En *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu, 1991 T XII.
- (1912 b) "Sobre la dinámica de la transferencia" ". En *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu, 1991 T XII.
- (1913) Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu, 1991 T. XII.
- (1914 a) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III) En *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu, 1991. T XII.

- (1914 b) "Recordar, repetir y reelaborar". En *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1991. Tomo XII
- (1915) "Lo inconsciente". En *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1991, Tomo XIV
- (1917) "Conferencias de introducción al psicoanálisis (continuación), Parte III. Doctrina general de las neurosis. 27ª conferencia: La transferencia. La Conferencia 28: La terapia analítica". En *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu, 1992. T XVI.
- (1919 [1918]) "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica". En *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1991. T XVII.
- (1923 [1922]) "Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido" En *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1992. T XVIII.
- (1926) "¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis?": Diálogos con un juez imparcial. En *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1992. T XX.
- (1937) Análisis terminable e interminable. En *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu., 1992. Tomo XXIII
- (1940 [1938]) "Esquema del psicoanálisis. Parte II. La tarea práctica, VI. La técnica psicoanalítica". En *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1992 T XXIII.
- Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (1984) *La táctica del cambio, Cómo abreviar la terapia*. Ed. Herder. Barcelona, 1994
- GARCÍA, R. (1986) "Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos". En *Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo*. Siglo XXI
- GOLDEMBERG, M. (2004) "Hay una axiomática psicoanalítica?" En *El caldero de la escuela*. # 91. Bs. As, 2004.
- GUITER, M. (1992) "Diferencias entre psicoterapia y psicoanálisis". En *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1992: vol.49 n. 2, p. 297-311.
- GÁLVEZ, M.; MALDONADO, J. (1993) Cambio en el analista; acción y regla de abstinencia. En *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1993: vol.50 n. 4 -5, p. 919-932.

- HALEY, J. (1993) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HANKINS, G., VERA, M., BARNARD, G & HERKOV, J. (1994) "Patient-Therapist Sexual Involvement: A Review of Clinical and Research data" *Bull Am Acad Psychiatry Law*, vol. 22(1): 109-126.
- HEIMANN, P (1950) "On countertransference". En *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 31. Traducido por Adriana Rubistein En *El caldero de la escuela*. # 91. Bs. As, 2004.
- HERMOSILLA, A. (1998) "Secreto profesional: algunas consideraciones sobre sus límites y alcances" En *Revista del Colegio de psicólogos de la Provincia de Buenos Aires*. Distrito X. Año 1. nº 1.
- HIERRO SANCHEZ-PESCADOR, L. (1993). "Deontología. Aproximación a los problemas éticos del ejercicio profesional" (pags. 319-341). En *Manual de psicología forense*.- Siglo XXI de España Editores S.A. Madrid.
- HORNE, B. (2004) "Más allá de la neutralidad: primeras ideas". En *El caldero de la escuela*. # 91. Bs. As, 2004.
- LACAN, J. "Psicoanálisis y medicina" en *Intervenciones y textos*. Buenos Aires Manantial, 1993.
- (1953) *Seminario I*. Buenos Aires, Paidós, 1996
- (1953) "Variantes de la cura tipo". En *Escritos 1*, siglo XXI, Bs. As., 1985.
- *Le Séminaire*, Livres IV, XI (Paris, Seuil) y Livres X, XIII, XV, XXIII (inéditos). [Traduc. al castellano: Seminario 4. Clase del 20 de marzo de 1957. Seminario 11. Clases 6/5/64, 15/4/64. Seminario 13, clase 11. Seminario 15: Clases del 11/01/67, 20/3/68 y 27/3/68 .Seminario 23.]
- (1955) "El Seminario sobre la carta robada" En *Escritos 1*, siglo XXI, Bs. As., 1992.
- (1956) *Seminario 3* Clase 10. Buenos Aires. Paidós, 1988.
- (1959) *Seminario 7*. Buenos Aires. Paidós, 1987.
- (1960) "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano". En *Escritos 2*, siglo XXI, Bs. As., 1992.
- (1963) *Seminario 10*. Buenos Aires. Paidós. Clases 6/3/63, 13/3/63, 15/5/63 ,22/5/63

- (1964) "Del trieb de Freud y del deseo del psicoanalista". En *Escritos 2*, siglo XXI, Bs. As., 1992.
- (1966) "La ciencia y la verdad". En *Escritos 2*, siglo XXI, Bs. As., 1992.
- (1967) "Del psicoanálisis en sus relaciones con la realidad". *Intervenciones y textos 2*. Manantial, 1993.
- (1970) *Radiofonía*. Anagrama, 1996
- (1974) *Televisión*. Anagrama, 1996
- LAPLANCHE, J Y PONTALIS, J. (1968) *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona, Labor, 1981.
- LAURENT, E. (1993) *Entre transferencia y repetición*, Bs. As., EOLIA.
- (2002) *Los objetos de la pasión*, Bs. As., Ed. Tres Haches
- LE GUEN, Claude. (1988) *Necesidades y riesgos del control de la regresión*. Vol.45 n. 4, p. 749-754.
- LEON DE BENARDI, B. (2000) "Contratransferencia, Comunicación analítica y neutralidad" En *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. Bs As. SAP
- LOMBARDI, G. (1991) *La resistencia como máscara del deseo*. Buenos Aires Puntosur.
- (1993a) *La clínica del psicoanálisis 1. Ética y técnica*. Buenos Aires, Ed. Atuel.
- (1993b) *La clínica del psicoanálisis 2. El síntoma y el acto*. Buenos Aires, Ed. Atuel.
- (1994) "Una nueva certidumbre" en *Uno por uno*, 38. Barcelona, Eolia, pág. 76-97.
- MANFREDI TURILLAZI, S; PONSÍ, M. (1999) *La subjetividad del psicoanalista entre la autorrevelación y la autocontención*. Vol.56 n. 3, p. 479-499.
- MENDEZ, M. "Ética sistémica", En *Momentos cruciales de la experiencia analítica*. Buenos Aires, Manantial
- MILLER, J.A. (1986). "Genio de psicoanálisis". En *El Analicón 1* Santiago de Compostela.
- (1987) "No hay clínica sin ética". En *Matemas I*. Bs. As. Manantial,

- (1991) "Patología de la ética". En *Lógicas de la vida amorosa*, Manantial, Buenos Aires, 1991
- (1993) "Psicoanálisis y psicoterapia" en *Revista Registros N° 3* pp5-11, Impreso General Español, Madrid, 1993.
- (1998) "Tres conferencias brasileñas sobre el síntoma" en *El síntoma charlatán*, ed. F. del Campo Freudiano, Bs. As.
- Y LAURENT, E. (2005) E. *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós
- NACHT, S (1959) "La terapéutica psicoanalítica", en *El psicoanálisis Hoy*, Ed. L. Miracle, Barcelona.
- ORMART, E. (2000) "Un sujeto paradójal". En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*. Facultad de Psicología. N° 2, 2000 p. 33-46. ISSN: 1515 – 3894.
- (2003) "Abstinencia en la obra de Freud" En *Memorias de las X Jornadas de investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo*. Tomo II. Págs. 334- 337.
- (2004) "La neutralidad en la obra de Freud". En *Memorias de las XI Jornadas de Investigación en Psicología*. Tomo III. Buenos Aires: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires
- (2005 a) "El aprendizaje de la Ética en las instituciones de educación superior". En *Revista de la Organización de Estados Iberoamericanos*. [En línea: <http://www.campus-oei.org/revista/deloslectores/>]
- (2005 b) "La neutralidad: de lo imaginario a lo real". En *Memorias de las XII Jornadas de Investigación en Psicología*. Tomo III (137-139) Buenos Aires: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- (2005 c) "¿Qué dicen los analistas sobre la abstinencia? Estudio de las publicaciones de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) desde 1943 a 2004 acerca de la abstinencia en la clínica psicológica." En *Memorias del II Congreso Marplatense de Psicología*. Mar del Plata, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- (2006) "Abstinencia y neutralidad: un análisis de los Códigos de Ética de las Asociaciones de Psicólogos de la República Argentina". En *Revista*

Perspectivas en Psicología y Ciencias Afines. Universidad Nacional de Mar del Plata. Número 3.

PERINOT, W (1994) "La regla fundamental del psicoanálisis; sus fundamentos; la regla de abstinencia; la asociación libre (AL); la atención libremente flotante (ALF); el material; el observable". En *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1994: vol.51 n. 1 -2, p. 295-313

Raggi de Leonetti, M. (1989) Así curaba Freud. En *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, vol. 46 n. 2 -3, p. 384-400.

RABINOVICH, D. (1999) *El deseo del psicoanalista*. Buenos Aires: Manantial.

RENIK, O. (1996) El poder del paciente. Vol. Internacional n. 5, p.137-147.

RUBISTEIN, A (2004) "La contratransferencia: una crítica fallida a la "neutralidad benevolente" del analista." En *El caldero de la escuela*. # 91. Bs. As, 2004.

SALOMONE, G. Z. (2003). "Consideraciones sobre la Ética profesional: dimensión clínica y campo jurídico-normativo". En *XI Anuario de Investigaciones*. Buenos Aires: Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. (391-398)

STERN, G; COOPER, A (1994) Una psicoterapia como comienzo del análisis. Vol. Internacional n. 3, p. 225-246.

VIVES ROCABERT, J. (Comp) (1997) El proceso psicoanalítico. México: Plaza y Valdes

WALLWORK, E. (1991). "Psychoanalysis and Ethics". Yale University Press, New Haven & London, 1991. 344 p.

WPA.(1993) Section Symposium "Almost always unethical?: Sex with patients. 9th World Congress of Psychiatry Abstracts, Rio de Janeiro, June 12, 1993: 514.

ZACK, O. (2004) "¿Dónde hay un analista neutral?" En *El caldero de la escuela*. # 91. Bs. As.

ZLOTNIK, M. (2004) "Orientación frente a la neutralidad" En *El caldero de la escuela*. # 91. Bs. As.

WATZLAWICK (1980) El lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapéutica. Herder Barcelona.

Bibliografía ampliatoria

- APEL, K. (1991) *Teoría de la verdad y ética del discurso*, Buenos Aires, Paidós.
- ARANGUREN, J. (1985) *Ética*. Madrid. ALIANZA. 1985
- (1987) *Moral de la vida cotidiana*. Madrid. TECNOS. 1987
- ARISTÓTELES (1969) *Ética Nicomaquea*, Méjico, Porrúa
- BAINES, J Y PINCH, G. (1993) "Egipto". En Roy, W. *Mitología*, Madrid: Debate
- BASANTA ET AL (2000) *Ética y Universidad*, C&C. Buenos Aires.
- BASANTA y otros. (1999) "La ética en la educación universitaria" En *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. Año 4, N° 2
- BASANTA, BRUNETTI, ORMART (2002) "La psicología del desarrollo moral" En *Revista Argentina de Psicología*. Año XXXIV n° 45. Buenos Aires, apba.
- BASANTA, BRUNETTI, ORMART Y SANTORSOLA (2003) "El impacto de la Ley de Educación Superior en la formación ética de los psicólogos de la Universidad de Buenos Aires". En *Revista del Instituto de Investigaciones de Psicología* Año 8, N° 2. Págs. 7 a 25.
- BASANTA, BENBENASTE, ORMART (2004) "Interacciones argumentativas sobre dilemas éticos en grupos de pares". En *Revista del Instituto de Investigaciones de Psicología* Año 9 N° 2. Pág. 25 a 40. ISSN 0329-5893.
- CANTO-SPERBER, M. (2002) *La inquietud moral y la vida humana*. Barcelona: Paidós.
- CACCIARI, M. (1982) *Krisis. Ensayo sobre la crisis del pensamiento negativo de Nietzsche a Wittgenstein*. México, Siglo XXI.
- CANTO-SPERBER, M. (2000) *Filosofía griega*. Buenos Aires: Editorial docencia. Tomos 1 y 2.
- COPLESTON, F. (1985) *Historia de la Filosofía*. Madrid: Ariel.
- CORTINA, A. (1994) *La Ética en la Sociedad Civil*. Madrid. ANAYA.
- CRAGNOLINI, M. (1998) *Nietzsche, camino y demora*, Eudeba, Bs. As., 1998.
- CRUZ VELEZ. (1970) *Filosofía sin supuestos: de Husserl a Heidegger*. Buenos Aires, Sudamericana.

- HEIDEGGER, M. (1954) "La pregunta por la técnica". En *Conferencias y artículos*. Odós, Barcelona, 1994.
- (1992) *Carta sobre el humanismo*. Ediciones del 80. Bs.As.
- FERRATER MORA, J. (2004) *Diccionario de Filosofía*. Tomo I Sudamericana
- FRAILE, G. (1971) *Historia de la Filosofía*. Madrid, 1971
- GUARIGLIA, O., (2002), Una ética para el siglo XXI (Ética y derechos humanos en un tiempo posmetafísico), Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- KANT, I. (1960) *Crítica de la Razón Pura*. Tomos 1, 2 Y 3. Trad. García Morente. Librería Victoriano Suarez. Madrid, 1960.
- Crítica de Razón Práctica
- MALIANDI, R. (1991) *Ética: conceptos y problemas*. Buenos Aires. BIBLOS.
- NIETZSCHE, F. (1883) *Así habló Zarathustra*, Ed. Orbis, trad. J. C. García Borrón, 1982
- (1889) "¿Por qué soy tan inteligente?" En *Ecce Homo*. Alianza, Madrid.
- (1889) *Crepúsculo de los ídolos*, Alianza, trad. Andrés Sánchez Pascual, Madrid, 1997.
- (1880-1882) *El nihilismo: Escritos póstumos*, trad. y selección de G. Mayos, Barcelona, Península, 1998, pp. 25-42.
- ORMART, E. (1998). "El Otro Institucional (Mitos y Utopías)". En *Primer concurso de monografías*. Buenos Aires: UBA.
- (2001). *Lógica y argumentación*. Elaleph.com. Buenos Aires.
- OTFRIED HÖFFE, DE (1994). *Diccionario de Ética*. Barcelona. CRÍTICA. 1994
- PARMEGGIANI, M. (2002) *Crítica y proyecto desde el nihilismo*. Ed. Agora. España.