

En Carlos Tewel (comp.), *Psicoanálisis Escuela Inglesa, sus aportes a la clínica actual*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina): RV Ediciones.

# Elementos winnicottianos para una clínica de la contratransferencia.

del Olmo, Juan Daniel.

Cita:

del Olmo, Juan Daniel (2021). *Elementos winnicottianos para una clínica de la contratransferencia*. En Carlos Tewel (comp.) *Psicoanálisis Escuela Inglesa, sus aportes a la clínica actual*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina): RV Ediciones.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/juan.d.del.olmo/10>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pSPW/WpV>



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>.*

## Elementos winnicottianos para una clínica de la contratransferencia.

Juan D. del Olmo, 2021.

### El concernimiento.

En 1960, Winnicott retoma explícitamente sus ideas sobre la contratransferencia desarrolladas previamente, con la intención de cerrar la polivocidad de las definiciones que había ido tomando en aquellos tiempos. Rescata de su trabajo anterior, clásico, una conceptualización mínima y parcial: este fenómeno se trataría sobre *“la anormalidad en los sentimientos contratransferenciales y relaciones e identificaciones fijas reprimidas en el analista”* (Winnicott, 1947), lo cual requiere más análisis del analista.

Introduce la noción de *actitud profesional* como una instancia que media entre la subjetividad del paciente y la del analista. A esta misma actitud podría aludir dos años más tarde: *“al hacer psicoanálisis me propongo (...) ser yo mismo y comportarme bien”* (Winnicott, 1962). Esta disposición, en el mejor de los casos, constituiría una *“organización defensiva flexible que permite mantener cierta vulnerabilidad en el encuentro clínico”*, y simultáneamente proteger al paciente de lo humano del terapeuta, de lo *“inconfiables que somos en la vida privada”* (Winnicott, 1960). Así, podría ubicársela como una forma sana de falso self de la persona del terapeuta, que le permite operar en su práctica.

El autor inglés sugiere revisar este esquema propio de los análisis estándar de acuerdo con el diagnóstico presuntivo de la situación clínica. Una vez más, Winnicott señala al manejo (handling) como el modo de intervención adecuado para la tendencia antisocial, el análisis modificado para los pacientes *fronterizos*, en su vocabulario, y otros que se beneficiarían de una regresión. Estas excepciones abren el juego a una conceptualización alternativa de la contratransferencia, sin denominarla como tal, la cual consistiría en la propuesta positiva del autor: la respuesta total<sup>1</sup> del analista a las necesidades<sup>2</sup> del paciente<sup>3</sup>. Esta respuesta representaría *“el empleo que puede hacer el analista de sus propias reacciones conscientes e inconscientes ante el impacto del paciente psicótico y sobre la actitud profesional”*. Sin demasiado esfuerzo, podrían incluirse aquí las reacciones

---

<sup>1</sup> Intervención acorde a la dependencia (absoluta).

<sup>2</sup> Necesidad de regresión, en el marco de las necesidades del yo.

<sup>3</sup> Psicótico, en el texto winnicottiano.

contratransferenciales “objetivas” que conlleva el mismo trabajo clínico, que Winnicott pone en paralelo con el cuidado de un infans. Resaltemos, en esta cita, que los afectos en el analista pueden ser empleados.

En un artículo que comparte esta conceptualización, Little desagrega las definiciones que convergen en el concepto de contratransferencia vigentes hasta esos días en cuatro orientaciones:

*“a) la actitud inconsciente del analista hacia su paciente;*

*b) los elementos reprimidos no analizados en el analista mismo que él coloca en el paciente de manera idéntica a la que el paciente transfiere sobre su analista, sus afectos experimentados hacia sus padres o los objetos de su infancia;*

*c) cualquier actitud o mecanismo específico por el cual el analista descubre la transferencia de su paciente;*

*d) la totalidad de las actitudes y comportamientos del analista hacia su paciente; aquí se incluyen todas las actitudes conscientes y las que no lo son” (Little, 1957).*

Con esta enumeración, la autora plantea el conflicto histórico respecto de la utilidad del concepto y su operatividad clínica: si se trata de una intrusión (con todo el peso del término en Winnicott) de la subjetividad del terapeuta en el análisis, o si corresponde a una lectura de la transferencia, a un reflejo viviente de la vivencia del paciente.

Entre intrusión y espejo, suelen oscilar la escena psicoterapéutica y la de crianza. No obstante, y para complejizar el asunto, Piera Castoriadis Aulagnier ha señalado a la violencia primaria en términos de una intrusión necesaria para moldear en un formato a la experiencia informe del infans. Asimismo, el sólo reflejo de la vivencia no representa mayor respeto hacia el infans o paciente, dado que existen urgencias subjetivas que exceden las capacidades del sujeto, que lo conducen a la búsqueda de un otro asimétrico que le confiera organización y sentido, siendo fundamental que lo encuentre. Parece haber formas no maniqueas: intrusiones necesarias y espejos que no propician soporte.

Es posible recurrir a los desarrollos de Winnicott respecto de la crianza para enriquecer las observaciones sobre la contratransferencia y su trayecto sinuoso entre el reflejo y la intrusión.

Winnicott describe a la preocupación maternal primaria como un estado en la madre de replegamiento y de sensibilidad exaltada respecto de lo que ocurre en la unidad de madre - bebé (Winnicott, 1956). Consiste en un momento de suma atención (tensión, por momentos, también) en los que ésta mira, (de)codifica, ejerce la función de reverie, en el intento de realizar una adaptación viva a las necesidades del infans. La preocupación emerge como un estado afectivo, la ocupación como un acto, un encargarse (handling). Si bien el término utilizado por Winnicott para referirse al fenómeno es *preoccupation*, encontramos en *concern* (concernimiento) un sinónimo atractivo que no posee el mismo halo sombrío, pero sí de intensidad; la preocupación, en términos generales, se asocia a la expectativa sobre una situación problemática. Este estado podría asociarse a varios atributos del estar analista ante un paciente: la escucha, la atención y la teorización paralelamente flotante, conforman una atmósfera con densidades singulares, entre las cuales las definiciones de la contratransferencia referidas por Little cobran importancia, dado que el terapeuta se ve involucrado en lo que allí ocurre: le concierne.

Le concierne dado que la figura del analista, soportada en su cuerpo, es la depositaria de la transferencia. Le concierne dado que le corresponde encargarse de su manejo, lidiando con la demanda, en particular de mirada; le concierne porque deberá expedirse y actuar sobre la naturaleza predominante de la misma: si remite al campo pulsional, o si procede de una necesidad de apuntalamiento yoico.

En los años sucesivos, Winnicott continuó nutriendo el concepto de preocupación maternal primaria, entre otros detalles, con la descripción de la mutualidad entre madre e hijo (1969), ubicándola como una experiencia de comunicación, dependiente de las identificaciones cruzadas. En esta mutualidad, cada uno participa asimétricamente: difieren claramente en historia, capacidades, y función. A partir de la elaboración de las

contingencias<sup>4</sup> de su propia vida, la madre se predispone de manera singular a la adaptación a las necesidades del infans y la comunica mediante actos, en una continuidad, silenciosamente (no verbal, en lo esencial).

La comunicación silenciosa (Winnicott, 1963) manifiesta la disposición del otro que se encuentra en función de cuidado a volverse confiable, y también la disposición del sujeto de hacer uso de esa confiabilidad, como soporte de los fenómenos dinámicos que se despliegan en un espacio analítico. Podría pensarse como una comunicación de presencias.

A partir de este modo de estar presente, ocurre que cuando un bebé mira el rostro de la madre se ve a sí mismo (Winnicott, 1967). Radica allí una función de espejo: la mirada del otro adjudica existencia (*“cuando miro se me ve, y por lo tanto existo”*), reflejando el gesto espontáneo a través de un acto que lo recibe. Spurling (Spurling, 1995) realiza una observación interesante respecto de la diferencia conceptual entre Lacan y su estadio del espejo, y Winnicott con su rostro como espejo, ambos como escenarios fundantes, en el primer caso del yo, en el segundo del self. Para Lacan el reflejo es efectuado por un objeto inanimado, rígido, que devuelve imágenes objetivas, fidedignas y nítidas. La identificación se asume en la relación con un objeto en un acto individual, en la cual otro humano aparece como garante y testigo del júbilo. Con Winnicott, el espejo se trata de un objeto viviente, un otro humano: el reflejo devuelto no está determinado por la imagen del infans, sino por la superficie misma: el rostro por el cual se es mirado/reflejado. La imagen en la que el sujeto se encuentra está intervenida, *photoshopeada*, por la “participación emocional” (Winnicott, 1970) del otro. Se desprende del texto winnicottiano que ésta se vuelve más visible en tanto disruptiva, reconociendo la angustia (Winnicott, 1970), la ansiedad (Winnicott, 1988), la distancia (Winnicott, 1967) y el fastidio u odio (Winnicott, 1947)<sup>5</sup>, con sus manifestaciones corporales: la temperatura, la tensión en el abrazo, la inseguridad o

---

<sup>4</sup> Contingencias que no auguran destino, sino que se presentan como material a significarse, validándolo o rectificándolo.

<sup>5</sup> Señalemos que esta dimensión afectiva suele expresarse de manera frecuente, por supuesto con variaciones en su intensidad, incluso considerando la misma persona, entre otras cosas en función del agotamiento y las vicisitudes singulares por el trabajo de sostener a alguien que se halla en relación de dependencia absoluta de tales cuidados. Afortunadamente en los últimos años viene tomando relevancia la importancia de sostener a quien sostiene (Winnicott ubicó de esa manera la primera función paterna), cuidar a quien cuida.

inestabilidad en el agarre, el ritmo cardíaco, la dureza al tacto y en los gestos. No obstante, creemos importante reconocer los sentimientos, sensaciones y emociones que acompañan y facilitan silenciosamente el desarrollo, tales como la experiencia de mutualidad ya mencionada y el placer por / en / del encuentro (Castoriadis Aulagnier, 1975).

Sitúa Winnicott algunas condiciones para un espejo que se pretenda agente de sostén: la disponibilidad a reflejar (*“lo que la madre parece se relaciona con lo que ve en el sujeto”*), la espontaneidad (la capacidad de brindar una respuesta no prefabricada, no burocratizada, sino en sintonía, cada vez, al gesto del infans y dispuesta a jugar); permitir la apercepción, la creación de uno mismo por el bebé, facilitando la ilusión; *“recoger pedacitos”* de las experiencias, cuya recolección conduciría a la integración y la concomitante construcción de la continuidad existencial (Winnicott, 1945). Todo ello parece apuntar a lo fundamental de un ahuecamiento en el viviente que sostiene: una postergación yoica, un ponerse entre paréntesis, provisorio, en el momento del cuidado. La *demasiada* presencia del otro maternante en el reflejo provisto (en oposición a lo *suficiente* -good enough-) opera como una intrusión, que obliga a una reacción defensiva.

### **Consecuencias clínicas.**

La contratransferencia, intrínseca al proceso terapéutico aún en silencio, viene siendo un fenómeno múltiplemente descrito desde las observaciones freudianas. Suele considerársela una de las resistencias del analista, digna de eliminarse, al advertir exclusivamente la dimensión de obstáculo al análisis. Sin embargo, Racker y otros, desde la década de 1940, señalaron que al igual que la transferencia, también era motor de éste.

El exceso de presencia de la subjetividad íntima del terapeuta, la sensibilidad o la actividad mental exacerbadas a raíz del encuentro clínico, reconocerían al menos dos fuentes: la neurosis de contratransferencia (Racker, 1948) y la contratransferencia objetiva (Winnicott, 1947).

De la primera, cabe decir que se trata de una conceptualización clásica del asunto, resumida en el punto b de la reseña de definiciones de Little: los elementos reprimidos no analizados en el analista y proyectados sobre el paciente, los puntos identificatorios, la

espejularización del vínculo. En estas coordenadas prima como solución la aplicación de dos de los vértices del trípode freudiano: supervisión y análisis del analista.

Sin llegar a esta dimensión de dificultad, Winnicott ha planteado a la contratransferencia como las *“identificaciones y tendencias correspondientes a las experiencias personales del analista y a su desarrollo personal, que aportan el marco positivo para su labor analítica y que “hacen” a la singularidad del analista”*: aparecen así la formación, la trayectoria, las preferencias clínicas de cada uno. A estos enunciados sobre la intimidad y la singularidad, importa añadir la disponibilidad para aceptar o no las transferencias (entrar en mutualidad, ofrecerse y actuar como espejo, o no<sup>6</sup>) de algunas situaciones clínicas en particular (lo cual representa una interrogación genuina sobre el deseo de sostener determinado análisis en singular) y la disposición de éste a transferir en la escena analítica.

La contratransferencia puede considerarse, asimismo, una lectura de la transferencia, la cual reconoce como algunas de sus definiciones:

- a) la actualización de las relaciones de objeto;
- b) la puesta en acto del inconsciente;
- c) la inclusión del analista en la serie de objetos del paciente;
- d) la actualización de la situación de conflicto o déficit desplazada sobre el terapeuta.

Leer instaura un tiempo previo a la emisión de una respuesta, conducta ésta segunda que abarca un amplio abanico que incluye desde actuaciones impulsivas, especulares, irreflexivas, incluso pasionales, hasta un acto analítico pertinente. La lectura impone un trabajo psíquico: recibir y registrar lo significativo (verbal y no verbalizado, y no pocas veces, no verbal); decodificarlo y “ensoñarlo” (función de reverie de Bion), luego intervenir a través de un acto. Este proceso interno del analista permite diferenciar cuáles

---

<sup>6</sup> Las entrevistas denominadas de admisión, primeras, o preliminares, requieren tomarse como una verdadera evaluación respecto de si están dadas las condiciones para iniciar ese tratamiento en cuestión, tomando especial nota de la capacidad, disponibilidad mental, libidinal y logística del terapeuta. Palabras más, palabras menos, Winnicott ha mencionado que un paciente puede aceptar un *no*, pero no una traición: no una aceptación, y luego un rechazo.

de los fenómenos percibidos (sensaciones corporales, afectos, asociaciones) son objetivos -proyectados por el paciente- y cuáles subjetivos, de acuerdo con una escueta pero esclarecedora clasificación de Winnicott. Especialmente en los casos graves, el material de análisis se presenta informe o inenarrable, con escenas fantasmáticas precarias que se actualizan en la escena analítica a través de la irrupción de los mencionados fenómenos, con una intensidad y asedio significativos en el estar analista: se tratan de contenidos objetivos, no subjetivos, para el terapeuta.

En esta versión de la contratransferencia, el concernimiento del analista como isomórfico de la preocupación maternal primaria, y la función de espejo del rostro del terapeuta, adquieren valor con toda nitidez. En el ámbito clínico, sobre todo en situaciones graves tanto por estructura como por momentos de agravamiento, el reflejo implica objetivar con palabras una imagen: esto es, nombrar afectos, puntuar enunciados, construir bordes, iluminar enunciaciones, reconocer la urgencia del sufrimiento psíquico. Propiciar la transformación de la cantidad en cualidad, recurriendo a intervenciones afirmativas (Killingmo, 1989).

Sea cual fuere la fuente de estas percepciones, resulta indispensable no negarlas. Little reconoce que *“lo que constituye el mayor peligro y una de las dificultades de la contratransferencia es la actitud paranoide o fóbica del analista acerca de los propios sentimientos”* (Little, 1951), por las repercusiones en el trabajo analítico: distanciamientos, impasses, actuaciones; la caída del lugar del analista. En este sentido, la aceptación de los afectos y su puesta a trabajo permite identificar su procedencia e intervenir de manera pertinente, dándole al César lo que es del César y a Dios lo que es de Dios.

### **La contratransferencia frente al vacío: variedades clínicas.**

Es conocida la experiencia de fastidio que un terapeuta puede sentir en algunos momentos del tratamiento de pacientes con una precariedad narcisista que los obliga a sobreinvertirse continuamente. Esta compensación se produce en un doble frente: una sensibilidad exagerada respecto de su mundo interno, y la persistente convocatoria al



terapeuta, con resabios histéricos. Justamente, se trata de ello: el sujeto busca alojarse como objeto de amor del otro, a veces con modos tan radicales que lo conducen a situaciones riesgosas.

Con frecuencia el tratamiento del vacío se vuelve un campo de batalla entre las tendencias tanáticas y desobjetalizantes con ribetes melancolizados y el laborioso trabajo de libidinización del sí mismo y del objeto. Impresiona un campo minado: el clima transferencial - contratransferencial impone considerar una serie de cuidados clínicos para el paciente, y técnicos para el analista, para asegurar la supervivencia del espacio.

Ya Balint (Balint, 1979) había señalado las demandas desesperadas de reparación dirigidas al otro, efectuados desde el anclaje en el nivel de la falta básica. En el vocabulario de Winnicott, estos sujetos cursarían una regresión hacia niveles significativos de dependencia en los que prima la necesidad imperiosa de sostén, uno de cuyos índices se expresa en la susceptibilidad respecto de las fallas del analista, involuntarias o no, en su adaptación a la pauta del sujeto. Estos desajustes se vivencian en carne viva, con reproches más o menos intensos, con críticas más o menos explícitas hacia el comportamiento del tratante y del tratamiento en general. La desvalorización de ambos aparece como la contracara del analista idealizado, conformándose la polaridad oscilante en la que se desarrolla el vínculo terapéutico: objeto bueno - objeto malo.

La respuesta contratransferencial, dependiendo incluso de la capacidad histriónica del sujeto, varía entre la angustia ante el desamparo al cual se abandona al paciente por lo que uno no realiza, y el odio a veces fulgurante dirigido a quien todo le resulta insuficiente. Ambas circunstancias conducen, si permanecen irreflexivas, a actuaciones del terapeuta.

Pueden ubicarse tres fenómenos generalizados a los que suelen conducir estas situaciones clínicas: la fantasía mesiánica, la sensación de vaciamiento y el sentimiento de inutilidad.

Es factible que la transferencia del desamparo del paciente alimente el furor curandis del terapeuta. Movilizado por su afectación, éste puede ofertar intervenciones no necesarias (es decir, que no responden a una necesidad de apuntalar a un yo agujereado, ni a poner en forma la pulsión -necesidad del yo, necesidad del ello, en clave winnicottiana)

alimentando una aún mayor tendencia a la fusión. Esta fantasía mesiánica arraiga en el narcisismo del analista, quien puede pretender una correspondencia entre su ideal del yo con el del objeto bueno ideal con el que el paciente se dispone a identificarlo provisoriamente (no huelga repetirlo: siempre provisoriamente). Las teorías de la clínica borderline contribuyen a esta visión: el análisis en estos casos surge como una oportunidad para editar o corregir experiencias subjetivas fundamentales que no hubieron encontrado lugar en la primera infancia. ¿Quién no querría facilitar que un sujeto comience a existir? El peligro radica en la fantasía de que el sujeto existe a raíz de lo que el terapeuta hace.

El arduo trabajo rinde siempre frutos parciales. El paciente lo recuerda constantemente, hambriento de amor. El terapeuta puede sentirse por momentos vacío, vaciado, agotado, sin nada más para hacer ni dar. Esta impotencia se vive con angustia o con odio. La sensación de vaciamiento encuentra su causa en la vivencia del sujeto respecto a un estado de vacío permanente, que lo lleva a incorporar con voracidad, en toda la magnitud kleiniana de la expresión, lo que venga del otro, incluso hasta vaciar y explotar al objeto (Fairbairn, 1940).

Este estado, también patognomónico de la clínica borderline, pone en relieve el resultado de las escisiones del yo. La experiencia de lo no continuo, lo fragmentado evidencian los agujeros en las funciones yoicas de adaptación, integración y continente. En términos del primer Freud, los estímulos externos o internos que aporten una cantidad (Freud, 1895) que exceda la capacidad funcional del yo, son descargados a cero mediante una acción específica motora (actuaciones, tan comunes), sin intermediación necesaria de simbolización. Así, en determinados momentos de un tratamiento, el analista percibe que el paciente parece impermeable a sus intervenciones. La ligazón entre representación y afecto, degradada en estos casos, constituye la materia prima del trabajo analítico, por lo cual no poder contar con su eficacia podría conducir a un extravío del terapeuta en su quehacer, la pérdida del sentido y un cuestionamiento a su identidad profesional.

**Conclusiones: usos posibles de la contratransferencia.**

Idealización del objeto - fantasía mesiánica, vivencia crónica de vacío - sensación de vaciamiento, compromiso de las funciones yoicas - sentimiento de inutilidad, constituyen algunos pares de experiencias transferenciales - contratransferenciales. Con frecuencia, el segundo término suele ser el observable para el terapeuta, pudiendo descubrir desde allí al primero. Esta elucidación ocurre a causa de una lectura de la situación clínica, que propicie la escucha justa de la afectividad del analista. Estos afectos, leídos, interpretados y eventualmente comunicados como intervención, presentan en reflejo la vivencia subjetiva del paciente y su modalidad vincular predominante. Incluso la neurosis de contratransferencia, una vez observada y contenida por el analista, constituye una advertencia respecto del trabajo psíquico propio que aún queda por realizar.

Importa entonces poder realizar una clínica diferencial de la contratransferencia a fin de discriminar si el fenómeno que toma al terapeuta devela un elemento a reservar para sus espacios personales - análisis, autoanálisis, supervisión - o si, por el contrario, se vuelve indicado introducirlo como material en el tratamiento. Estas observaciones intentan señalar el aspecto no verbal y escasamente simbolizado que operan simultáneamente al proceso secundario en el espacio psicoterapéutico.

### **Una viñeta clínica.**

Alba, con alrededor de 30 años, se encuentra en el tratamiento actual hace 3, con un analista hombre, en un contexto hospitalario. El desamparo que la habita se presenta de diversas maneras, sufriendo especialmente el designio de puta que su madre ha enunciado sobre ella. Cuenta con varios abusos sexuales intrafamiliares y de personas conocidas en su haber, y mantiene esporádicamente relaciones sexuales con un conocido, sin entender bien por qué. Avanzado ya el tratamiento, con toda seriedad y circunspección le dice al terapeuta que está embarazada de él. Éste se ve atravesado por la incertidumbre, no sabe qué está ocurriendo, duda si algún dato diagnóstico se le ha escapado. Tampoco sabe qué devendrá, ni qué responder. Pocos y eternos segundos. Alba suele jugar con imaginaciones, pero se nota cuando lo hace, y nunca con el analista. No parece éste el caso.

Habla el terapeuta, para ganar tiempo, para recuperar su capacidad de pensar: “¿sí?”. Ella asiente, redoblando la apuesta: “¿y ahora qué hacemos?” Qué podemos hacer, le devuelve la pregunta. “Lo abortamos”. “No, lo tenemos”, afirma el terapeuta aún con temor, respondiendo con la sensación difusa de estar incursionando en un territorio impredecible, incluso con connotaciones morales y superyoicas respecto de qué sería lo políticamente correcto para ser dicho como agente de salud<sup>7</sup>; pero detrás de estos pensamientos más o menos claros, palpita la intuición de que hay algo allí que no debe dejarse pasar, algo que no debe abortarse. Recordará poco después que la paciente en su adolescencia había realizado un aborto, luego del cual comienza a cursar una endometriosis severa cuyo dolor inconsolable se ha vuelto uno de los pilares de su vida, una de sus identificaciones: la femineidad dolorosa.

¿Qué ocurrió antes, el apremio moral o la intuición clínica: la intrusión o el reflejo? La primera vía conduce a una respuesta que obtura de sentido la enunciación de la paciente, responde puntualmente al problema de la fantasía planteado, sin alojar la situación clínica. La segunda posibilidad habilita una asociación en el analista, y un acto que no sólo sale al encuentro del garabato de Alba, sino que ubica una diferencia en la relación con esos otros hombres del goce sexual. Allí, el aborto no aplica: allí habrá que enfrentar y construir sobre *el dolor de ser mujer*, y el del amor.

### **Bibliografía.**

**Balint, M.** (1979): La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión. Buenos Aires: Paidós. 1982.

**Castoriadis - Aulagnier, P.** (1975): La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Buenos Aires: Amorrortu. 2001.

**Fairbairn, W. R.** (1940): Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.

**Freud, S.** (1895): “Proyecto de una psicología para neurólogos”. En Obras Completas. Buenos Aires: Biblioteca Nueva. 1997.

---

<sup>7</sup> Al momento de esta escena, faltaba aún una década para que la interrupción legal del embarazo alcanzara la agenda de políticas públicas

**Freud, S.** (1912): “La dinámica de la transferencia”, en Sigmund Freud Obras Completas. Buenos Aires: Biblioteca Nueva, 1997. Tomo 12.

**Killingmo, B.** (1989): “Conflict and deficit: implications for technique”. *Int. J. Psychoanal.*, 70 : 65 – 79.

**Little, M.** (1951): “La contratransferencia y la respuesta del paciente”, en *Transferencia neurótica y transferencia psicótica*. Santiago de Chile: Pólvora Editorial, 2017.

**Little, M.** (1957): “R: la respuesta total del analista a las necesidades del paciente”. En *Transferencia neurótica y transferencia psicótica*. Santiago de Chile: Pólvora Editorial, 2017.

**McDougall, J.** (1978): “La contratransferencia y la comunicación primitiva”, y “La comunicación primitiva”. En *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós, 2012.

**Racker, H.** (1948): “Estudio V. La neurosis de contratransferencia”, en *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós. 1979.

**Spurling, L.** (1995): “Winnicott y el rostro de la madre”, en *Psicoanálisis APdeBA - Vol. XVII - Nº 3 – 1995: 665-673*.

Winnicott, D. (¿1963?): “Miedo al derrumbe”. En *Exploraciones psicoanalíticas 1*. Buenos Aires: Paidós. 2006.

**Winnicott, D. W.** (1945): “Desarrollo emocional primitivo”, en *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

**Winnicott, D. W.** (1947): “El odio en la contratransferencia”, en *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

**Winnicott, D. W.** (1956): “Preocupación maternal primaria”, en *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

**Winnicott, D. W.** (1960): “La contratransferencia”, en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 2005.

**Winnicott, D. W.** (1962): “Los fines del tratamiento psicoanalítico”, en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 2005.

**Winnicott, D. W.** (1963): “El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estudio de ciertos opuestos”, en Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós, 2005.

**Winnicott, D. W.** (1967): “Rol de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño”, en Realidad y Juego. Buenos Aires: Gedisa, 2003.

**Winnicott, D. W.** (1969): “La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé”. En Exploraciones Psicoanalíticas 1. Buenos Aires: Paidós, 1991.

**Winnicott, D. W.** (1970): “Bases del self en el cuerpo”. En Exploraciones psicoanalíticas 1. Buenos Aires: Paidós. 2006.

**Winnicott, D. W.** (1988): “Integración”. En La naturaleza humana. Buenos Aires: Paidós. 1993.

**Juan Daniel del Olmo.**

Licenciado en Psicología (UBA). Residencia y jefatura de residentes completa en Psicología Clínica (GCABA). Diplomatura Universitaria Superior en Clínica Psicoanalítica Contemporánea (UAI). Staff profesional en el hospital de día, y coordinador del área de Docencia en Proyecto Suma (CABA). Docente invitado en las residencias de Salud Mental. Autor de trabajos y capítulos publicados en congresos, revistas y libros.  
Correo: juanddelolmo@gmail.com