

La teoría del trauma psíquico y el análisis del discurso en la investigación en psicoterapia

LUIS EDUARDO SALAS ALDABA

ANA NOEMA REYES ZAMORA

El concepto de trauma psíquico tiene sus orígenes en el psicoanálisis, una disciplina fundada por Sigmund Freud a finales del siglo XIX. Freud, inicialmente neurólogo, se enfrentó a una serie de casos clínicos que no podían ser explicados únicamente mediante la fisiología. A través de su casuística desarrolló la idea de que ciertos eventos de la vida del individuo podían generar una carga emocional tan intensa que el aparato psíquico no podía procesarla adecuadamente. Este exceso de estímulo, según Freud, conducía a la formación de un trauma y se manifestaba a través de síntomas diversos. Sus aportes respecto de la vida inconsciente del ser humano y el descubrimiento de la sexualidad infantil resultaron revolucionarios en el campo de la psicología.

Sin embargo, el estudio del trauma psíquico no queda limitado únicamente al ámbito del psicoanálisis. Aquí es donde el análisis del discurso se convierte en una herramienta con un gran potencial. El análisis del discurso, una metodología que emerge de la lingüística, la semiótica y la teoría crítica, se propone estudiar y comprender cómo los significados son construidos, negociados y transformados a través del lenguaje y la comunicación.

El análisis del discurso aporta una dimensión adicional al estudio del trauma psíquico al enfocarse en cómo se articulan y transmiten las experiencias traumáticas a través del lenguaje, esto en el contexto del dispositivo psicoterapéutico. Los estudios que parten del análisis del discurso incluyen el análisis de las palabras y frases utilizadas para describir el trauma, también las estructuras narrativas y los contextos socioculturales en los que estas narrativas se producen y se interpretan. A su vez, busca

entender cómo el lenguaje puede ser una vía de reelaboración de las experiencias traumáticas a través del intercambio intersubjetivo entre los participantes de las sesiones de psicoterapia.

En el presente capítulo se exploran fundamentos teóricos del trauma psíquico desde la perspectiva psicoanalítica, iniciando con los planteamientos teóricos desarrollados por Sigmund Freud y ampliando el análisis con las contribuciones de Sándor Ferenczi, Karl Abraham y Donald Winnicott. A su vez, se desarrollan los conceptos de transferencia y contra-transferencia, en tanto resultan decisivos para la comprensión de aquello que se juega en el encuentro intersubjetivo entre consultante y psicoterapeuta. Posteriormente, se propone el análisis del discurso como una metodología atinente para el estudio de sesiones de psicoterapia, destacando algunos métodos de análisis que surgen a partir de ese enfoque, y algunos ejemplos que se han utilizado para realizar investigaciones de procesos psicoterapéuticos. Al final se resumen los puntos clave discutidos en el capítulo y se reflexiona sobre la importancia de abordar el trauma psíquico desde una perspectiva multidisciplinaria, señalando futuras direcciones para la investigación y la práctica clínica.

EL TRAUMA PSÍQUICO

A finales del siglo XIX Sigmund Freud realizó una estadía en el hospital de la Salpêtrière, bajo la mentoría del médico francés Jean-Martin Charcot. Charcot empleaba la hipnosis como método de tratamiento para la histeria. Gracias al estudio de los casos atendidos en ese hospital comenzaba a emerger la posibilidad de la participación del elemento psicológico en la aparición de la histeria. No obstante, la etiología de esa neurosis se encontraba aún en el terreno de lo anatómico-fisiológico, o bien como una patología de carácter hereditario, tal y como sostenía Pierre Janet.

A su regreso a Viena, Freud, en colaboración con Josef Breuer, publica los *Estudios sobre la histeria*. En ese texto pueden rastrearse sus primeros planteamientos respecto del concepto de trauma. Se entendía como vivencia traumática aquella experiencia en la que la vida del sujeto se veía amenazada sin que existiera la posibilidad de escapar o neutralizar el peligro. Así, durante la vivencia, la persona experimentaba un afecto

de terror del cual no podía librarse, otorgando entonces el carácter traumático al acontecimiento.

Freud, influenciado por las ideas de Charcot en aquel momento de su desarrollo teórico, entendía al trauma desde un aspecto energético/fisiológico: un estímulo, ya fuera interno —como el hambre— o externo —como un accidente de tránsito—, consistía en ciertas cantidades de energía —excitación— que ingresaban al sistema nervioso a través de la percepción. El sistema nervioso, comandado por el principio de inercia —mantener la excitación en el mínimo posible—, buscaría deshacerse del influjo energético a través de una descarga motriz. No obstante, tal descarga no podía efectuarse en todos los casos, ya sea por prohibiciones provenientes de las normas sociales o por una parálisis ocasionada por el afecto del terror. Cuando esto sucedía la palabra podía fungir como sustituto de la acción a través de ligazones asociativas, provocando un paulatino cese del afecto.

Este último hallazgo movió a Freud a refinar su método de tratamiento de las neurosis: mudó del método hipnótico a uno en el que los pacientes hablaban sobre sus vivencias y los afectos relacionados con ellas. Una vez que esto sucedía, los síntomas disminuían.

Surgió luego la interrogante de por qué en algunos individuos la misma situación generaba un trauma, mientras que en otros no. Breuer recurrió a la siguiente explicación: para que un acontecimiento deviniera traumático era necesario encontrarse en un estado hipnoide. El estado hipnoide, similar a aquel inducido por la hipnosis, consiste en una escisión de consciencia: una vivencia no podía asociarse a otras representaciones, imposibilitando así su descarga tanto vía motriz como verbal; el acontecimiento formaba un grupo aislado de la conciencia y retornaba cada cierto tiempo, sin la necesidad de la presencia del estímulo.

De forma paralela, Freud propone el concepto de neurosis de defensa, que consiste en una vivencia no tramitable para el individuo a través de un trabajo de pensamiento, por lo que hará un esfuerzo por olvidar el acontecimiento. Sin embargo, el olvido de la vivencia no supone la supresión de la representación ni del afecto. Si el afecto encuentra su manifestación vía corporal se hablará de una histeria; si el afecto escindido de la representación original se liga a otra representación, se tratará de una neurosis obsesiva.

Hasta ahora es posible apreciar la diferencia de los posteriores desarrollos teóricos entre Breuer y Freud. Mientras Breuer propone los estados alterados de conciencia como la condición necesaria para la aparición de una neurosis, para Freud se trata de mecanismos psicológicos complejos y, como se verá más adelante, del papel que desempeña la sexualidad infantil en el decurso de la vida anímica del ser humano. La concepción freudiana del trauma experimentó una evolución significativa al pasar de la búsqueda de una explicación fisiológica a una que tomaba en cuenta la interacción de elementos psicológicos. A partir de los relatos que sus pacientes comunicaban durante las sesiones, Freud propuso luego la teoría de la seducción para abordar el concepto de trauma.

En la teoría de la seducción, Freud señalaba a las experiencias sexuales infantiles como origen de los síntomas neuróticos: los traumas eran recuerdos inconscientes de tales experiencias que no podían ser asimiladas por el niño, dados sus limitados recursos psíquicos. A esa experiencia sobrevénia un segundo acontecimiento en la época postpuberal, el cual, al entrar en conexión asociativa con el primero, producía un síntoma, en el que se actualizaba esa primera escena o vivencia sexual primaria: “no son las vivencias mismas las que poseen efecto traumático, sino solo su reanimación como recuerdo” (Freud, 1896, p.165). Es decir, que el trauma no se instala como tal en el momento de la ocurrencia del evento —que, en sí mismo, puede no tener especial intensidad.

Posteriormente, Freud propuso una explicación alternativa a la teoría de la seducción: los traumas no eran necesariamente eventos reales, sino fantasías o conflictos internos que se reprimen y luego se manifiestan en síntomas neuróticos, todo ello como producto de la sexualidad infantil.

Las fantasías, junto con otras expresiones de deseo, encuentran su origen en las primeras vivencias placenteras de un ser humano. El neonato, incapaz de defenderse de las amenazas del mundo exterior, e imposibilitado de colmar por su cuenta sus propias necesidades —la de nutrición, por ejemplo—, solo podrá encontrar la satisfacción a través de aquellas personas que estén a su cuidado. Esa satisfacción otorgará al individuo sus primeras vivencias placenteras, las cuales, obedeciendo al principio de placer, buscará repetir idénticamente. Tal búsqueda se verá imposibilitada por la realidad. Ante ello el infante encontrará, inicialmente,

sustitutos parciales en su propio cuerpo, lo que Freud denominará autoerotismo, y que luego buscará en el mundo exterior. Posteriormente, el niño se encontrará con otros escollos en su empresa de repetición de las vivencias de placer: las prohibiciones impuestas por los padres y la realidad, y que han sido interiorizadas vía identificación.

Como consecuencia de la identificación aparecerán afectos reguladores: el asco, la vergüenza y el sentido moral (Freud, 1905). Así, ante la emergencia de un deseo que pueda suscitar alguno de los afectos reguladores, se activarán diversos mecanismos de defensa, entre ellos la represión. Freud (1899), a través de este mecanismo, explica por qué no es posible recordar los primeros años de vida, o por qué solo se poseen recuerdos fragmentados de aquella época temprana. A esas memorias les llamó “recuerdos encubridores”, cuya función es lograr un desplazamiento de remembranzas afectivas hacia otras que están relacionadas, pero que carecen del factor afectivo.

El yo del individuo, endeble durante los primeros años, debe conciliar las demandas del ello, comandado por el principio del placer, y las del superyó, regido por las normas y exigencias provenientes, en un inicio, del exterior y luego interiorizadas. Así, una identificación con una figura muy severa y punitiva puede resultar en una fuerte represión de la vida desiderativa del ser humano, conduciendo la expresión del deseo hacia vías sintomáticas.

Posteriormente, Freud (1920) describirá el trauma como una perturbación en la economía energética del organismo: tanto las excitaciones externas como la emergencia de contenido inconsciente pueden superar las defensas psíquicas. Además, sugiere que los traumas están asociados con la pulsión de muerte y que tienden a repetirse compulsivamente (Freud, 1932). Freud se pregunta por qué existe una repetición compulsiva del trauma cuando la experiencia consistió en una vivencia desagradable; operación inconsistente con el principio de placer. El autor, a partir del ejemplo del fort-da, dirá que un acontecimiento doloroso vivido de manera pasiva buscará ser repetido en tanto permite revivirlo de manera activa. La persona “no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace” (Freud, 1914, p.151). Algunas personas

repiten estas reacciones a lo largo de su vida, en su propio detrimento, o parecen estar constantemente acosadas por un destino implacable (Freud, 1932).

Al respecto, Freud (1939) señala que “las reacciones negativas persiguen una meta contrapuesta; que no se recuerde ni repita nada de los traumas olvidados. Podemos resumirlas como reacciones de defensa [...] fijaciones al trauma [...] fijaciones de tendencia contrapuesta” (p.73). En este pasaje, el autor señala que las reacciones negativas al trauma evitan activamente el recuerdo y la repetición de los traumas que han sido, por decir así, olvidados. Freud sugiere que estas reacciones pueden entenderse como mecanismos de defensa, ya que buscan proteger al individuo de revivir experiencias dolorosas y potencialmente traumáticas. Además, al hablar de *fijaciones al trauma* y *fijaciones de tendencia contrapuesta*, Freud señala que estas reacciones pueden arraigarse en la psique de manera profunda y persistente, influyendo en el comportamiento y la percepción del individuo de manera significativa.

En *Moisés y la religión monoteísta* Freud (1939) afirma que los traumas son “esas impresiones de temprana vivencia, olvidadas luego, a las cuales atribuimos tan grande significatividad para la etiología de las neurosis” (p.70). En este texto aborda también las características del trauma.

- Todos esos traumas corresponden a la temprana infancia, hasta los cinco años, aproximadamente.
- Por regla general, las vivencias pertinentes han caído bajo un completo olvido, no son asequibles al recuerdo, pertenecen al periodo de la amnesia infantil que las más de las veces es penetrado por restos mnémicos singulares, los llamados “recuerdos encubridores”.
- Se refieren a impresiones de naturaleza sexual y agresiva y, por cierto, también a daños tempranos del yo (*mortificaciones narcisistas*) (p.71).

En síntesis, Freud sostuvo diferentes conceptualizaciones respecto del trauma y sus orígenes a lo largo de su obra. Inicialmente desde una perspectiva anatómico-fisiológica, y paulatinamente migró hacia una mirada psicológica. El tránsito entre esos abordajes implicó la búsqueda de una explicación neurológica relacionada con eventos en los que la vida pudo haber corrido grave peligro. Luego, focalizó en las experiencias

sexuales acontecidas en etapas pueriles de la vida: los traumas eran recuerdos tempranos de experiencias vividas en la infancia, que posteriormente son olvidados, y a los que les atribuyó una gran importancia en el desarrollo de las neurosis. Esos recuerdos caen en el olvido completo y son inaccesibles para la memoria consciente, formando parte del periodo de amnesia infantil, aunque a veces pueden ser recuperados por ciertos fragmentos de memoria, conocidos como *recuerdos encubridores*.

Posteriormente, Freud dio un paso hacia la consideración del trauma psíquico como fantasías o conflictos internos entre instancias psíquicas, teniendo su origen en la sexualidad infantil, y no necesariamente provenientes de eventos reales. En otro momento de refinamiento teórico formuló una explicación metapsicológica del trauma, añadiendo el factor económico —una cantidad de energía no tramitable por el aparato psíquico—, y que tendrá consecuencias en las diferentes instancias psíquicas. Para Freud, el trauma psíquico remite a aquellas vivencias manifestadas en el cuerpo propio originadas en lo que se ha visto y oído; es decir, vivencias o impresiones de estos estímulos.

EL TRAUMA PSÍQUICO DESDE AUTORES POSTFREUDIANOS

El estudio del trauma y su repercusión en el desarrollo humano constituye una piedra angular en el campo psicoanalítico. Se explorarán ahora algunas contribuciones a la conceptualización del trauma psíquico desde autores postfreudianos, a saber: Sándor Ferenczi, Karl Abraham y Donald Winnicott.

FERENCZI Y EL TRAUMA PSÍQUICO

Para Ferenczi, existen dos tipos de traumas. Del primer tipo se dice que los traumas resultan “estructurantes, necesarios, inevitables o filogenéticos” (Favero & Rudge, 2009, p.170). Los del segundo tipo corresponden a acontecimientos que no pueden ser procesados e integrados por el sujeto.

Respecto del segundo tipo, Ferenczi (2008), en su texto *Sobre el efecto duradero de exigencias genitales activas y pasivas “obligatorias” impuestas a niños pequeños*, define el trauma como una “conmoción, reacción a un estímulo exterior o interior insoportable de manera autoplástica

(que altera el propio ser) en lugar de aloplástica (que altera el estímulo)” (p.245). Refiere que este sucede en dos tiempos: en el primero hay una “alteración de conciencia, fragmentación, atomización, angustia” (p.246). Es un momento de shock que sobreviene súbitamente, y es equivalente a una aniquilación de sí, de la capacidad para actuar y afirmarse. Además, hay un segundo momento del trauma, que denomina como desmentida.

En cuanto a la desmentida, Ferenczi (2008) refiere que “cuando el niño se repone de un acto de violencia [...] se siente sumamente confundido, de hecho, escindido —inocente y culpable al mismo tiempo— y se desmora su confianza en su propio juicio” (p.171), no puede decir nada de lo que ha sucedido, es a la vez inocente, pero se siente culpable. A pesar de esto, puede buscar a alguien de confianza, por ejemplo, la madre, pero lo que encuentra puede ser incompreensión, castigo o silencio. La actitud de los padres o cuidadores generalmente desautoriza la versión del menor, pues reaccionan como si “no pasara nada”, motivo por el que el relato de los niños termina siendo ignorado o menospreciado. Así, será justamente la desmentida la que vuelve al trauma patógeno, dado que el adulto niega el hecho, afirmando que no ha pasado nada, e incluso el niño llega a ser golpeado o reprendido.

Otra línea de desarrollo teórico acerca del trauma se encuentra en *El niño no deseado y su instinto de muerte*, en el que Ferenczi (1984a) refiere que el trauma puede originarse en aquellos que pierden precozmente el gusto por la vida y refiere que en estos sujetos “el pesimismo moral y filosófico, el escepticismo y la desconfianza se convirtieron en los rasgos de carácter sobresalientes” (p.1). Además, describe que hay en ellos una tendencia a enfermarse y luchar contra impulsos suicidas, y aparecen como seres carentes de capacidad de adaptación. Desde esta óptica, Ferenczi (1984a) propone que el trauma es impuesto al sujeto en el vínculo interpersonal por influencia de “los signos conscientes e inconscientes de aversión o impaciencia de la madre” (p.1).

En *Sobre el efecto duradero de exigencias genitales activas y pasivas “obligatorias” impuestas a niños pequeños* Ferenczi (2008) hace referencia a los efectos que derivan del sometimiento genital en la temprana infancia. Destacan los efectos en el carácter, que se manifiestan por la incapacidad para terminar los estudios, sensaciones histéricas y ocasionalmente ataques que se trasladan a varias partes del cuerpo. Por otro lado, se

manifiesta también la repulsión y el displacer ante el ataque, además de una total incapacidad para defenderse y la consecuente obligación de tolerarlo. Se manifiestan también una serie de reacciones que permiten proteger la personalidad, como desmayos, fantasías y división de la personalidad. Destaca además que, debido a que el trauma se presenta en el estadio en el que está establecida la moral, la niña queda en un estado de confusión, se siente sucia, tratada de manera indecorosa y además no está segura acerca de si debe rehusar la voluntad de la autoridad del adulto ante la incredulidad de la madre u otros adultos. Al respecto, Ferenczi (2008) señala que “en los varones que han sido forzados prematuramente a un quehacer sexual se presentan daños enteramente análogos a los antes citados” (pp. 129-130).

Cabe destacar también que Ferenczi (1984b) propone en *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión*, en el que señala que en la interacción entre un adulto y un niño puede ocurrir una seducción incestuosa del adulto hacia el niño. En el texto referido destaca que “un niño y un adulto se quieren mutuamente, el niño alimenta la fantasía lúdica de investir el papel de madre de dicho adulto. Este juego puede adoptar formas eróticas, pero se conserva, no obstante, en el plano de la ternura” (p.170). Es decir, en la relación entre un niño y un adulto, el niño tiene fantasías lúdicas, como, por ejemplo, desempeñar un papel maternal respecto al adulto. Sin embargo, esto no sucede en el caso de adultos en los que se ha perturbado el equilibrio y el autocontrol, ya que “sienten erróneamente el juego del niño como si se tratara de deseos de una persona sexualmente madura” (Ferenczi, 1984b, p.170).

Como describe Ferenczi (1984b), ante este tipo de sucesos la primera reacción del niño puede ser de “odio, asco y enérgico rechazo” (p.170), sin embargo, su reacción se ve inhibida debido a la enorme ansiedad que experimenta. Estos niños “se sienten moral y físicamente desvalidos, su personalidad no se halla suficientemente consolidada como para poder protestar, aunque solo fuera mentalmente, porque la fuerza y la autoridad excesivamente poderosas del adulto los entorpecen y les arrebatan el sentido” (Ferenczi, 1984b, pp. 170-171). En otras palabras, debido a la intensa ansiedad que experimentan, los niños que han sido víctimas de abuso sexual se ven orillados a someterse como autómatas a la autoridad aplastante del adulto. En este sentido el autor señala que “la consecuencia

de esto es forzosamente la confusión de lenguajes” (p.173), es decir, hay una confrontación entre dos lenguas que tienen cualidades distintas, una confusión que se deriva de la disimetría entre el mundo del adulto y el mundo del pequeño.

Ferenczi (1984b) sostiene que “no solo el amor excesivo e impuesto desde afuera, sino también los castigos que van más allá de lo soportable conducen a fijaciones” (p.173). Esto permite visualizar claramente el proceso traumático, considerando los efectos implicados en el desarrollo del niño. Si ha estado expuesto a diversas experiencias traumáticas aumenta “el número y la variedad de escisiones en la personalidad” (Ferenczi, 1984b, p.174). En síntesis, la confusión de lenguas entre el niño y el adulto puede tener efectos devastadores en el desarrollo emocional y psicológico del niño, como problemas de identidad, dificultades en las relaciones y una comprensión distorsionada del consentimiento y los límites. Además, la exposición reiterada a experiencias de abuso y la falta de reconocimiento o validación del sufrimiento del niño por parte de los adultos agravan aún más el daño.

LA PROPUESTA DE KARL ABRAHAM ACERCA DEL TRAUMA

En *La experimentación de traumas sexuales como una forma de actividad sexual* Abraham (1994) afirma que “en un gran número de casos el niño desea inconscientemente el trauma” (p.36). Según el autor, algunos niños resisten la tentación o la seducción, mientras que otros provocan activamente al adulto. En este sentido, refiere que el trauma es una forma de actividad sexual del niño y propone una clasificación de los traumas sexuales en dos grupos: “los traumas sexuales que toman al niño de improviso y aquellos que él mismo ha provocado” (Abraham, 1994, p.36). Una idea intrigante que Abraham (1994) plantea es que cuando un niño guarda en secreto el abuso sexual esto puede indicar que el niño se siente complacido por el ataque. Esta complacencia puede manifestarse más adelante en una tendencia a buscar experiencias similares, lo que Abraham describe como una especie de “*diátesis traumatofílica*” (Abraham, 1994, p.46). Lo anterior sugiere que aquellos que han experimentado un trauma sexual y han sido complacientes pueden desarrollar una tendencia a buscar experiencias similares en el futuro.

En este sentido, desde la perspectiva de Abraham, el trauma sexual se entiende como una forma anormal de actividad sexual infantil, impulsada por un deseo inconsciente del niño. Esta concepción del trauma desafía las concepciones tradicionales del trauma como una vivencia puramente negativa y pasiva, sugiriendo en cambio una interacción más dinámica entre el niño y su entorno. Además, Abraham contrasta su perspectiva con la teoría freudiana, argumentando que “los traumas sexuales no desempeñan ningún papel en la etiología de la histeria y la demencia precoz” (Abraham, 1994, p.47). En cambio, sugiere que estos traumas pueden indicar una disposición a la neurosis o psicosis en el niño. No hay en el trauma una *significación etiológica*, sino una *significación formativa*.

Desde la visión de Abraham, el trauma no es considerado como un factor determinante en la etiología de las neurosis, sino como una forma de actividad sexual infantil en la que el niño puede participar activamente o padecer el trauma adoptando un papel pasivo en el juego de seducción del adulto, y su comprensión va más allá de ser simplemente un factor desencadenante, implicando una compleja interacción entre los deseos inconscientes del niño y su respuesta a las experiencias traumáticas. La perspectiva de Abraham ofrece una visión matizada y compleja del trauma sexual infantil al considerar que hay una intrincada interacción entre los deseos inconscientes del niño, las experiencias traumáticas y el desarrollo de la psique infantil, desafiando así las concepciones convencionales sobre el trauma y su impacto en la salud mental.

LA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA ACERCA DEL TRAUMA

Desde la perspectiva de Winnicott (2006), “El trauma es una falla relativa a la dependencia” (p.178), y este varía de acuerdo con la etapa de desarrollo del niño. Al principio, el trauma conlleva una ruptura en la fiabilidad del entorno, previsible durante la etapa de dependencia casi absoluta. Además, inicialmente el ambiente se ajusta a las necesidades individuales y luego se desajusta. El cambio de la adaptación a la desadaptación está estrechamente relacionado con el crecimiento personal de cada individuo y, por lo tanto, con el gradual desarrollo de los complejos procesos psíquicos que eventualmente le permiten transitar de la dependencia a la independencia.

En este sentido, Winnicott (2006) propone que “hay [...] un aspecto normal del trauma. La madre está siempre ‘traumatizando’ dentro de un marco de adaptación, y así el bebé pasa de la dependencia absoluta a la dependencia relativa” (p.179). Desde esta perspectiva, cuanto más integrado esté el niño, más profundamente puede ser afectado por un trauma. Así, la respuesta del otro definiría si la perturbación psíquica se transforma en algo nocivo y se inscribe el trauma en el psiquismo del niño. Desde la perspectiva de este autor, el trauma hace referencia a las experiencias perturbadoras que pueden afectar el desarrollo del individuo dentro de su ámbito familiar. En este sentido, aborda las experiencias que pueden impactar significativamente el proceso de crecimiento y formación de la identidad en el contexto familiar. Estas experiencias pueden manifestarse como eventos o situaciones que perturban el sentido de integración, seguridad, confianza y conexión emocional que el niño necesita para desarrollarse de manera saludable.

Al respecto, Winnicott sugiere que el trauma deriva de la negligencia emocional, el abuso físico o psicológico, entre otros, debido a que estas experiencias pueden interferir con la capacidad del individuo para desarrollar un adecuado sentido de sí y establecer relaciones seguras y satisfactorias. En este contexto, “el trauma implica el derrumbe de la fe” (Winnicott, 2006, p.180). Aunque el niño ha desarrollado la capacidad para confiar y enfrentar los desafíos del ambiente, advierte que la dependencia excesiva podría obstaculizar el proceso de desarrollo emocional genuino, ya que el individuo podría evitar enfrentar la realidad que le resulta intolerable mediante la creación de ilusiones.

El autor resalta la importancia de equilibrar la capacidad para crear ilusiones con la capacidad para enfrentar la realidad de manera adaptativa y promover así un desarrollo emocional saludable. Al respecto, Winnicott (1984) señala que “es posible agrupar en tres categorías la función de una madre suficientemente buena en las primeras etapas de vida de su hijo: sostenimiento (*holding*), manipulación, mostración de objetos” (p.33). El *holding* hace referencia a la forma en que la madre toma al bebé en sus brazos, habla de la capacidad de la madre para identificarse con él y proporcionarle un entorno emocionalmente seguro y contenedor que permita al niño sentirse protegido. Cualquier deficiencia en este aspecto puede desencadenar intensas angustias en el niño, como la sensación

de desintegración, la percepción de caer interminablemente, la sensación de que la realidad externa no puede proporcionar seguridad y otras ansiedades comúnmente descritas como psicóticas.

En cuanto a los efectos del trauma en el desarrollo, cuando hay una falla en la capacidad de la madre para proporcionar un entorno emocionalmente seguro y contenedor puede haber efectos profundos en el niño. En primer lugar, el niño podría experimentar dificultades para establecer relaciones seguras y confiables en el futuro, ya que su confianza básica en el mundo y en los demás se ve comprometida. Además, la falta de una base emocional sólida puede llevar a dificultades en la conducta o para manejar el estrés. También es posible que el niño desarrolle una baja autoestima y una sensación de inseguridad, ya que no ha tenido la experiencia de ser cuidado de manera consistente y amorosa. Estos efectos pueden persistir hasta la edad adulta y afectar la calidad de las relaciones interpersonales y el bienestar emocional del individuo.

Las perspectivas sobre el trauma aquí presentadas plantean importantes divergencias conceptuales, lo que revela su complejidad. Sin embargo, es posible formular que los eventos traumáticos no son enteramente hechos objetivos, sino que el impacto está determinado por la constitución subjetiva del individuo. Es decir, la manera en la que la persona experimenta y da sentido a una vivencia traumática.

En las sesiones psicoterapéuticas los traumas psíquicos pueden manifestarse de diversas maneras, por ejemplo, síntomas somáticos, lapsus o en la repetición de patrones de conducta y relaciones disfuncionales. A su vez, también a través de los silencios, las repeticiones, y la forma de comunicarse con el psicoterapeuta. Desde una conceptualización psicoanalítica, es en el terreno de la transferencia y de la contratransferencia donde se juega la reelaboración de las experiencias traumáticas del consultante.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

Los conceptos de transferencia y contratransferencia fueron acuñados por Sigmund Freud y se refieren a los fenómenos psicológico-relacionales que acontecen en el encuentro paciente-terapeuta. El desarrollo teórico de Freud avanzó a partir de su casuística. Entre los elementos que estudió se encuentran las narrativas que producían los consultantes durante

las sesiones de psicoterapia; sujetos que hablaban de algo y lo hablaban a alguien (Sánchez & Lozano, 2018); en esos relatos era posible detectar “personajes y sus redundancias [...] indicadores claros de cómo la llamada transferencia neurótica se reviviría al interior del proceso analítico” (Sánchez, 2016, p.258).

La transferencia, inicialmente considerada por Freud como un escollo para el trabajo psicoterapéutico, consiste en el proceso mediante el cual los sentimientos, emociones y patrones de relación inconscientes del paciente son proyectados en la figura del terapeuta, lo que significa que el paciente puede percibir al terapeuta de manera similar a como ha percibido a figuras significativas en el pasado de su vida amorosa (Freud, 1912; 1915; 1917; 1940) como la imago paterna, materna o de un hermano.

La transferencia que el consultante dirige hacia el terapeuta puede ser positiva o negativa, dependiendo de si los sentimientos depositados en él son tiernos y amistosos u hostiles, respectivamente. Una transferencia negativa implica la presencia de resistencias, esto es, dificultades en el logro del trabajo psicoterapéutico. Por ejemplo, el consultante difícilmente aportará producciones verbales o hará uso de ciertos modos de enunciación con los que busca, consciente o inconscientemente, desorientar al terapeuta. Por otro lado, la transferencia positiva implica una actitud colaborativa por parte del consultante. Sin embargo, los sentimientos tiernos y amistosos de la transferencia positiva pueden exacerbarse, por una regresión, a tal grado de que el consultante desarrolle un enamoramiento hacia el terapeuta —que, si no es correspondido, podría dar lugar a un sentimiento de despecho, posible motivo para el abandono de la psicoterapia. Otra posibilidad que puede suscitarse cuando se da un exceso en los sentimientos tiernos en la transferencia es que el consultante, como manifestación de la resistencia, adopte una posición sumisa frente a su terapeuta —en ese caso se corre el peligro de que el terapeuta ocupe el lugar de amo.

En cuanto a la contratransferencia, Freud (1910) la definió como “el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente” (p.136) y la consideraba como un elemento que los terapeutas debían reconocer y controlar, ya que reflejaba sus propios complejos y resistencias internas

desencadenadas por la transferencia (Freud, 1910d, citado en Maldavsky, 2015).

Después de Freud, el concepto de contratransferencia ha transitado por diferentes perspectivas. Por ejemplo, Segal (1993) argumenta que los sentimientos experimentados por el terapeuta son una expresión de la psicopatología del paciente. En una perspectiva inicial se creía que el paciente proyectaba sus sentimientos en el terapeuta, quien actuaba como un espejo donde el individuo reflejaba sus propias experiencias internas y reaccionaba a ellas. Segal sugiere que el paciente coloca la transferencia en el terapeuta, no solo percibiéndolo de manera distorsionada y comunicándose con él desde esa percepción, sino también influyendo en la mente del terapeuta de una manera que lo afecta. La autora sugiere que el terapeuta se permita experimentar “emociones flotantes”. Es decir, entiende la atención flotante no solo como la capacidad de no concentrarse en algo en el plano cognitivo, sino también como una disposición a experimentar emociones surgidas del contacto con el paciente; algo que no es común en la vida cotidiana (Segal, 1993). El terapeuta debe observar esas emociones desde una posición externa. Si bien se trata de un ideal imposible de alcanzar (Segal, 1993), lo importante es que la contratransferencia puede ser utilizada como una herramienta para comprender al paciente y no como base para hacer juicios de atribución.

Reich realiza una distinción entre: 1) la contratransferencia aguda, que consiste en una identificación del terapeuta con el consultante, y en la que busca satisfacciones personales, y 2) la contratransferencia crónica, en la que se despliega un reflejo de las necesidades del terapeuta; parte de su personalidad (Gelso & Hayes, 2002).

Dare et al. (1992) sintetizan algunas otras propuestas teóricas en torno al concepto de contratransferencia. Entre ellas es posible encontrar aquellas que la conciben como el producto del campo comunicativo intersubjetivo entre consultante y terapeuta; perturbaciones en la comunicación propiciadas por la ansiedad del terapeuta; todo el conjunto de actitudes conscientes e inconscientes del terapeuta hacia sus pacientes, o la respuesta emocional normal o apropiada del terapeuta hacia sus pacientes.

Maldavsky (2017b) señala que perspectivas más contemporáneas conciben a la contratransferencia como un aspecto ineludible del vínculo

terapéutico, y es un terreno en el que pueden aparecer *enactments*, los cuales se refieren a “cuando el terapeuta despliega en sesión alguna escena que repite la de algún personaje de la vida psíquica o del paciente mismo (Maldavsky, 2017c, p.136). Los *enactments* pueden tener un carácter funcional —cuando este es acorde a las metas clínicas— o resistencial —cuando no es armónico con las metas clínicas. La contratrtransferencia posee elementos inconscientes y no observables, a diferencia del *enactment*, que es observable a través de la interacción entre los interlocutores.

ANÁLISIS DEL DISCURSO EN EL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

Hasta este punto se han revisado algunas perspectivas teóricas acerca del trauma psíquico y su relación con el sufrimiento humano: cómo es que el concepto evolucionó en la obra de Freud, recurriendo a diferentes explicaciones conforme fue refinando su teoría. Luego, se presentaron las propuestas referentes al trauma psíquico que elaboraron algunos autores postfreudianos. Se expusieron luego los conceptos de transferencia y contratrtransferencia.

Como se mencionó previamente, fue a través de los análisis de sus casos clínicos como Freud refinó constantemente su teoría respecto del psiquismo humano; se percató de la función de la palabra como vía de descarga de procesos anímicos en tanto esta es un “sustituto de la acción” (Freud, 1893, p.38) que encuentra su cauce a través de caminos asociativos.

Las vivencias adquieren un carácter traumático por dos vías posibles: situaciones que ponían en riesgo la pervivencia del individuo, o bien, por la significación —otorgada por el otro— a vivencias acontecidas anteriormente y que tendrían como efecto una represión de los deseos. El proceso represivo aparecía en tanto, desde la moral introyectada —en unos casos más severa que en otros—, no sería admisible buscar la realización desiderativa en la realidad. Como posibles consecuencias del fracaso de la represión, lo inconsciente se manifestaría a través de síntomas corporales, patrones de relación y de conducta irracionales y perjudiciales para el individuo.

En el proceso psicoterapéutico el consultante puede colocar al terapeuta como uno de los personajes que han formado parte de su vida afectiva

—transferencia. A través de los relatos el consultante lleva a la consulta la historia que se cuenta a sí mismo sobre sí mismo (Freud, 1913); qué ha vivido, con quiénes y dónde lo ha vivido, y cómo lo ha vivido. Su modo de relacionarse con su terapeuta estará determinado por el lugar en el que lo haya colocado, reproduciendo allí pautas de relación, algunas veces consciente, otras veces inconsciente. Lo anterior tendrá, inevitablemente, algún efecto en el terapeuta —contratransferencia— y podría condicionar sus intervenciones. Es decir, el terapeuta podría, de manera inadvertida, retomar el papel que el consultante le adjudica —aceptar la identificación con alguna de las figuras de la vida del consultante— y actuar desde esa posición, poniendo en riesgo el logro de las metas terapéuticas. A partir de las premisas previas se propone el análisis del discurso como una herramienta para el estudio de las sesiones psicoterapéuticas.

El planteamiento tradicional del lenguaje indicaba que este solo poseía una función constatativa; que “reduce al mismo a una función de designación de una referencia presente en un mundo extra o pre-lingüístico” (Levy, 2018, p.210) y que constituía un “elemento neutral” (Forastieri, 2015, p.383) para denominar la realidad. Sin embargo, durante el siglo XX, tras algunos movimientos epistemológicos, el lenguaje comenzó a concebirse como un lugar que permite el advenimiento de individuos en tanto este los antecede. Si bien el cuerpo humano tiene, en un sentido biológico, condiciones estructurales para poder adquirir el lenguaje, tal adquisición solo se da a partir de la convivencia con otros individuos que lo insertan en una comunidad lingüística. Esto es, un conjunto de seres humanos que comparten un determinado conjunto de signos y prácticas, a través de los cuales constituyen realidades. Es decir, los individuos son producto de la interacción social; de consensos entre diferentes seres humanos (Echeverría, 2003).

Formar parte de una comunidad lingüística tiene dos implicaciones: la primera es que los individuos heredan conjuntos de signos lingüísticos, y con ello se hace posible el mantenimiento de determinadas realidades sociales. La segunda es que a través del lenguaje se abre la posibilidad de transformar y crear nuevas realidades sociales. Por lo tanto, es posible hacer cosas al hablar (Echeverría, 2003; Íñiguez & Martínez, 2011; Santander, 2011; Urra et al., 2013).

El lenguaje, por no ser solo constatativo, implica conjuntos de significados, costumbres, formas de relación y comportamientos que no necesariamente son explícitos en el acto de hablar. Una expresión lingüística contiene un sentido, que a su vez pertenece a un campo de sentido mayor, a un discurso. Es decir, que si bien “el lenguaje muestra, también distorsiona y oculta, que a veces lo expresado refleja directamente lo pensado y a veces solo es un indicio ligero, sutil, cínico” (Santander, 2011, p.208). Los discursos pueden aparecer de diferentes formas, como imágenes, textos, conversaciones, gestos.

Dado el carácter opaco y multívoco del lenguaje, junto a su capacidad creadora de realidades sociales, resulta pertinente el uso de métodos de análisis que permitan diferentes aproximaciones a los discursos y que tomen en cuenta la “interacción con otros textos, con los diferentes discursos en que ellos se conforman, y con la naturaleza de su producción, diseminación y consumo” (Urrea et al., 2013, p.52).

Una de las formas de expresión discursiva son las narrativas —también llamados relatos. Para Barthes (1970), un relato contiene el sentido de un discurso mayor en el cual se re(produce). Un análisis estructural de los relatos permite responder a: ¿qué se quiere decir? ¿cómo se dice? Es decir, va un tanto más allá de una mera descripción, que resulta cuando uno se pregunta ¿qué se dice?

Echeverría (2003) señala que una de las funciones del relato es que un individuo pueda sostener una identidad: permite tanto la creación de una historia que tenga coherencia como el poder sostener un sentido. Los relatos son “cristalizaciones de cada hablante y [...] cuentan cómo es el mundo desde lo vivido y, al narrar, hay voluntad de verdad, de hacer creíble la vivencia” (Sánchez, 2022, p.62). Ricoeur (2013) indica que el relato permite al hablante posicionarse entre el tiempo histórico y el tiempo de la ficción. El tiempo histórico se refiere a toda la temporalidad medible, mientras que el tiempo de la ficción es construido por cada individuo, según sus experiencias y lo que recuerda de ellas, ordenadas de manera lógica.

En el marco del dispositivo psicoterapéutico, los consultantes despliegan narrativas. Para White (1994), a través de los relatos es como las personas interpretan y dotan de significación a sus propias vidas y las de los demás; son generadoras de sentido de las experiencias. El autor realiza una síntesis de la propuesta de Jerome Bruner en torno a las historias:

señala que estas están constituidas, por un lado, por un panorama de acción y uno de conciencia. El primero consiste en hechos concatenados por el tiempo: pasado, presente y futuro, y obedece a líneas temáticas específicas. A través del panorama de acción es como el narrador puede informar a su interlocutor cómo es que los acontecimientos se despliegan en el tiempo. Por el otro lado, indica que el panorama de conciencia se conforma por “las interpretaciones de los personajes en la narración y las del lector cuando este entra en la conciencia de esos personajes” (White, 1994, p.32). Es decir, se refiere a un contenido de carácter reflexivo y que incluye percepciones, especulaciones y conclusiones. White (1994) señala que si se acepta la premisa de identidad entre la estructura textual y la histórica, los panoramas de acción y conciencia permiten comprender cómo es que las personas viven sus vidas.

De manera paralela, Greimas (1970) propone que en las narrativas se distinguen diferentes personajes (o actantes) que pueden clasificarse según el papel que desempeñan dentro del relato desplegado. Partiendo de las aportaciones de Freud y Greimas, Maldavsky (2013) propone la siguiente clasificación: la voz narradora (el sujeto del relato), el objeto del deseo (aquello con lo que la voz narradora pretende cumplir su deseo), modelos (lo que el sujeto aspira a ser), ayudantes (cosa, idea o persona que otro actante usa para consumir su deseo) y otros hostiles (otro que desea lo mismo que el sujeto). Sucede a veces que los otros hostiles pertenecen a un estrato personal cercano al de la voz narradora, por ejemplo, el familiar.

White (1994) señala que en el proceso de narrar, de *externalizar*, las personas se permiten describir sus situaciones emocionales, laborales, sociales, y cómo es que esas influyen en sus vidas. Una vez que logran identificar esos elementos los individuos pueden tomar distancia de esas historias, “las personas quedan en libertad de explorar otras ideas preferidas sobre lo que ellas mismas podrían ser, otros conceptos preferidos que las personas podrían incorporar en su vida” (p.33). Otra forma de realizar análisis del discurso en el contexto de la investigación de procesos psicoterapéuticos es a través del análisis de la intersubjetividad, en específico, de los actos del habla implicados en los intercambios lingüísticos entre los interlocutores.

Austin propuso la teoría de los actos del habla. Para el autor, al hablar se realizan tres tipos de actos: los actos locutivos (aquello que se dice),

los actos ilocutivos —lo que se hace al hablar, como declarar, felicitar, afirmar—, y los actos perlocutivos —cuáles son los efectos de los dos actos anteriores: luego de un saludo, el interlocutor responde también con un saludo (Arístegui et al., 2004).

Un proceso psicoterapéutico individual es un contexto en el que se da un fenómeno intersubjetivo, un marco en el que se pretende generar una colaboración entre consultante y psicoterapeuta para el logro de los objetivos terapéuticos. Los participantes se influyen mutuamente en diferentes niveles: verbal, paraverbal y no verbal. El encuentro que sucede en psicoterapia puede tener una de dos desembocaduras: se genera un contexto armonioso en el que el sujeto puede elaborar sus vivencias traumáticas, o pueden existir entrampamientos que dificulten el logro de los objetivos terapéuticos (Stoppiello, 2021). Lo anterior implica algo que se señaló anteriormente respecto de los *enactments*: La contratransferencia es un fenómeno ineludible e implica, de manera general, las respuestas inconscientes del terapeuta hacia la figura del consultante.

El *enactment* ocurre cuando el terapeuta ocupa el lugar de uno de los personajes de la historia del consultante, y puede tener un carácter no favorable para el logro de las metas clínicas (resistencial), o puede ser acorde a los objetivos terapéuticos. El análisis de los actos del habla en el contexto terapéutico permite identificar no solo lo que dicen los interlocutores en las sesiones de psicoterapia, sino cómo lo dicen. En ese sentido, es posible identificar los momentos en los que se despliega un *enactment*; un momento específico de la conversación en el que el terapeuta, en el caso del *enactment* resistencial, se coloca de manera involuntaria como una figura que aparece como traumatizante en las narrativas del consultante.

ALGUNOS MÉTODOS EMPLEADOS EN EL ESTUDIO DE PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS

En años recientes se han hecho varios esfuerzos por realizar investigaciones de procesos psicoterapéuticos desde el análisis del discurso, lo que ha dado lugar a la emergencia de algunos métodos de análisis. Se presentan en este apartado dos de esos métodos: el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT), desarrollado por Mariane Krause, Nelson

Valdés y Alemka Tomicic, y el Algoritmo David Liberman (ADL), desarrollado por David Maldavsky.

El SCAT tiene como objetivo codificar las acciones comunicativas enunciadas en las interacciones dentro de las sesiones psicoterapéuticas. El proceso de análisis contempla tres dimensiones: 1) la forma básica, que distingue entre aseverar, negar, preguntar y dirigir; 2) la intención comunicacional, que contempla el explorar, sintonizar y resignificar, y 3) la técnica empleada, que se refiere al reflejo, interpretación, confrontación e información. Se lleva a cabo una segmentación en turnos de palabra, que puede subdividirse para codificar diferentes formas básicas e intenciones comunicacionales. La utilidad de este método es que permite comprender cómo es que el cambio psicológico se va co-construyendo a través de las interacciones verbales (Krause et al., 2009).

Diversas investigaciones han hecho uso del método para investigar diferentes fenómenos en los procesos psicoterapéuticos, por ejemplo Ferrel y Roque (2021), a través del SCAT, se enfocaron en el análisis de una sesión de psicoterapia: la externalización durante la fase de bautizo del problema en una sesión de terapia de pareja. Rodríguez (2024) analizó los momentos de cambio en un proceso de psicoterapia de una consultante con síntomas de ansiedad; De Santiago (2023) indagó sobre los momentos de cambio y estancamiento en dos casos de psicoterapia de mujeres con intento suicida.

Por su parte, el ADL es un método que articula los aportes de la teoría psicoanalítica y elementos del análisis del discurso. Su propósito, en el marco de la investigación de procesos psicoterapéuticos, es la identificación de deseos inconscientes y mecanismos de defensa que se expresan a través del discurso y la conducta de los consultantes. Proporciona un inventario de siete deseos, además de clasificar los mecanismos de defensa en dos: funcionales y patológicos; también permite detectar el estado de la defensa, si este es exitoso, fracasado o mixto. Con el ADL es posible realizar análisis del discurso en diferentes modalidades (relatos, actos del habla, palabras, motricidades).

El método de análisis ha sido empleado en varias investigaciones de procesos psicoterapéuticos. Goldberg (2016; 2021) analizó sesiones de psicoterapia con pacientes púberes con el objetivo de detectar escenas de

alianza constructiva y de alianza obstructiva, a través del ADL en su modalidad de actos del habla; Maldavsky (2017a) realizó un estudio de las primeras sesiones de varios casos de psicoterapia, cuyo objetivo era identificar cuáles eran las estrategias empleadas por el terapeuta cuando este lograba o no la sintonía con el paciente a través del análisis de los actos del habla presentes en las intervenciones. En el caso de las narrativas, Sánchez et al. (2019) investigaron sobre las narrativas de vivencias traumáticas, tanto de origen sexual como moral.

CONCLUSIONES

En este capítulo se ha explorado el trauma psíquico desde una perspectiva psicoanalítica y cómo el análisis del discurso puede enriquecer la comprensión y el abordaje de este en la labor clínica. Se revisaron los fundamentos teóricos del trauma psíquico en el psicoanálisis, destacando las contribuciones de Freud, Ferenczi, Abraham y Winnicott. Sus aportes han permitido comprender los mecanismos inconscientes y las complejas dinámicas internas que están implicados en las vivencias traumáticas.

El análisis del discurso se ha presentado como una herramienta con mucho potencial en la investigación psicológica, con metodologías y técnicas que permiten desentrañar cómo las experiencias traumáticas son narradas y procesadas a través del lenguaje. Este posee la ventaja de que permite identificar y comprender la profundidad y complejidad del lenguaje en el contexto de la psicoterapia.

La integración del psicoanálisis y el análisis del discurso ofrece una perspectiva enriquecedora en tanto que combina una visión detallada de los procesos intrapsíquicos con una exploración de cómo estas dinámicas se manifiestan y se transforman a través del lenguaje. A su vez, también tiene implicaciones prácticas significativas, en tanto ofrece la posibilidad de desmenuzar los intercambios lingüísticos durante las sesiones de psicoterapia, y permite comprender las posiciones psíquicas que el terapeuta refuerza a través de sus intervenciones. Los terapeutas pueden utilizar estas herramientas para identificar y abordar de manera más efectiva los patrones de lenguaje y las narrativas que perpetúan el trauma, facilitando así el proceso de reelaboración.

Es decisivo continuar con el desarrollo de enfoques multidisciplinarios para el abordaje del trauma psíquico. La investigación empírica puede proporcionar evidencia robusta sobre la efectividad de las intervenciones. Además, es importante innovar y refinar herramientas y métodos que permitan una integración más fluida y efectiva de ambas disciplinas en la práctica clínica. La formación y educación de los terapeutas y profesionales de la salud mental podrían incluir estos enfoques integrados, promoviendo una práctica informada y más competente. Fomentar la colaboración interdisciplinaria entre investigadores y clínicos de diferentes disciplinas también es esencial para desarrollar enfoques integrados y comprensivos.

REFERENCIAS

- Abraham, K. (1994). Capítulo 1. La experimentación de traumas sexuales como una forma de actividad sexual. En K. Abraham, *Psicoanálisis clínico* (pp. 35-47). Lumen-Hormé. (Trabajo original publicado en 1907).
- Aristegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., de la Parra, G., Ben, P., Dagnino, P., Echávarri, O., & Valdés, N. (2004). Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 22(2), 131-143.
- Barthes, R. (1970). Introducción al análisis estructural de los relatos. En R. Barthes. *Análisis estructural del relato* (pp. 9-44). Tiempo Contemporáneo.
- Favero, A. B., & Rudge, A. M. (2009). Trauma y desmentida. *Psychologica* (50), 169-180. https://doi.org/10.14195/1647-8606_50_8
- Dare, C., Dreher, A., Holder, A., & Sandler, J. (1992). *The Patient and the Analyst*. Routledge.
- De Santiago, V. (2023). *Cambio terapéutico y estancamiento en pacientes con intento suicida: comparación de metodologías de análisis del discurso* [tesis de doctorado]. ITESO.
- Echeverría, R. (2003). *Ontología del lenguaje*. Comunicaciones Noreste.
- Ferenczi, S. (1984). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión. En S. Ferenczi, *Obras completas: Tomo IV*. Espasa-Calpe.

- Ferenczi, S. (2008). Sobre el efecto duradero de exigencias genitales activas y pasivas “obligatorias” impuestas a niños pequeños. En *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*. José L. Etcheverry (Trad). Amorrortu.
- Ferrel, F., & Roque, B. (2021). Prácticas de externalización en terapia de pareja. *Redes*, (43), 49–64.
- Forastieri, R. (2015). La historia de la historiografía y el desafío del giro lingüístico. *Revista Internacional de Teoría e Historia de la Historiografía*, 8(17), 377–395.
- Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. En S. Freud, *Obras completas: Vol. III. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893–1899)* (pp. 25–40). Amorrortu.
- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En S. Freud, *Obras completas: Vol. III. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893–1899)* (pp. 157–184). Amorrortu.
- Freud, S. (1899). Sobre los recuerdos encubridores. En S. Freud, *Obras completas: Vol. III. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893–1899)* (pp. 291–316). Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En S. Freud, *Obras completas: Vol VII. “Fragmento de análisis de un caso de histeria” (caso “Dora”), Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras (1901–1905)* (pp. 109–224). Amorrortu.
- Freud, S. (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En S. Freud, *Obras completas: Vol. XI. Cinco conferencias sobre psicoanálisis, Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci, y otras obras (1910)* (pp. 130–142). Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras completas: Vol. XII. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras (1932–1936)* (pp. 93–106). Amorrortu.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. En S. Freud, *Obras completas: Vol. XII. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras (1932–1936)* (pp. 121–144). Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En S. Freud, *Obras completas: Vol. XII. “Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente” (caso*

- Schreber), *Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras (1911-1913)* (pp. 145-158). Amorrortu.
- Freud, S. (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). En S. Freud, *Obras completas: Vol. XII. "Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente" (caso Schreber), Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras (1911-1913)* (pp. 159-174). Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis. 27ª conferencia. La transferencia. En S. Freud, *Obras completas: Vol. XVI. Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III) (1916-1917)* (pp. 392-407). Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En S. Freud, *Obras completas: Vol. XVIII. Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras (1920-1922)* (pp. 1-62). Amorrortu.
- Freud, S. (1932). 32ª conferencia. Angustia y vida pulsional. En S. Freud, *Obras completas: Vol. XXII. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras (1932-1936)* (pp. 75-103). Amorrortu.
- Freud, S. (1939). Moisés y la religión monoteísta. En S. Freud, *Obras completas: Vol. XXIII. Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis, y otras obras (1937-1939)* (pp. 1-132). Amorrortu.
- Freud, S. (1940). Esquema del psicoanálisis. En S. Freud, *Obras completas: Vol. XXIII. Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis, y otras obras (1937-1939)* (pp. 133-210). Amorrortu.
- Gelso, C., & Hayes, J. (2002). The Management of Countertransference. En J. C. Norcross (ed.). *Psychotherapy Relationships that Work* (pp. 267-283). Oxford University Press.
- Goldberg, J. (2016). Conclusiones de una investigación acerca de alianza terapéutica y cambio clínico en pacientes púberes. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, XX (1), 100-109.
- Goldberg, J. (2021). La alianza terapéutica en debate: los aportes de David Maldavsky. En C. Tewel (Dir.). *Teoría y clínica en la obra de David Maldavsky* pp. 137-144. Ricardo Vergara Ediciones.
- Greimas, A. (1970). Elementos para una teoría de la interpretación del relato mítico. En R. Barthes. *Análisis estructural del relato* (pp. 45-87). Tiempo Contemporáneo.

- Íñiguez-Rueda, L., Martínez-Guzmán, A., & Flores-Pons, G. (2011). El discurso en la psicología social: desarrollo y perspectiva. En Ovejero, A. & J. L. Ramos (Coords.). *Psicología Social Crítica* (pp. 98–116). Biblioteca Nueva.
- Krause, M., Valdés, N., & Tomicic, A. (2009). *Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT): Manual de Procedimiento*. Proyecto Fondecyt No.1080136, Psychotherapy and Change Chilean Research Program.
- Levy, E. (2018). El trauma de Freud a Lacan: una relectura teórica a partir del “giro lingüístico”. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 208–212.
- Maldavsky, D. (2013). *ADL Algoritmo David Liberman: Un instrumento para la evaluación de las defensas en el discurso*. Paidós.
- Maldavsky, D. (2017a). Sobre el establecimiento de la sintonía en la primera sesión y la defensa del paciente. *Summa Psicológica*, 14(2), 35–46. 10.8774/suma-vol14.num2-334
- Maldavsky, D. (2017b). Aportes al método de estudio de la mente (deseos y pensamientos) del terapeuta en la sesión, en particular en las perturbaciones contratransferenciales. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21(1), 84–104.
- Maldavsky, D. (2017c). Investigación empírica de la contratransferencia con el algoritmo David Liberman (ADL): Operacionalización del concepto, síntesis del método, hallazgos y conclusiones. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 21(2).
- Ricoeur, P. (2013). *Escritos y conferencias 3*. Siglo XXI.
- Rodríguez, D. (2024). *Momentos de cambio en una consultante con síntomas de ansiedad. Análisis desde la perspectiva de un psicoterapeuta en formación* [Tesis de maestría]. ITESO.
- Sánchez, A. (2016). El análisis del relato y su qué ver en el método del Algoritmo David Liberman, bajo un epílogo: problematización desde la experiencia. En T. Zohn, E. Gómez & R. Enríquez (Coords.). *Psicoterapia y problemas actuales. Debates y alternativas* (pp. 257–282). ITESO.
- Sánchez, A. (2022). Teoría y aplicación del análisis narrativo en material transcrito: actantes, atributos y transformaciones. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 28(55), 57–78.

- Sánchez, A., & Lozano, E. (2018). Estudio de las narraciones de un sujeto joven en miras de evidenciar los pensamientos preconscientes, identificando los lenguajes y defensas mediante el Algoritmo David Liberman. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 22(2), 105-125.
- Sánchez, A., Gutiérrez, O. & Macías, L. (2019). Análisis de las narrativas de sujetos traumatizados por abuso. *Avances en Psicología*, 27(2), 153-165.
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso. *Cinta moebio*, (41), 207-224.
- Segal, H. (1993). Countertransference. En A. Alexandris & G. Vaslamatzis (Eds.), *Countertransference. Theory, technique, teaching* (pp. 13-20). Karnac Books.
- Stoppiello, L. (2021). La subjetividad y la intersubjetividad como condiciones necesarias para el advenimiento del sujeto. *Subjetividad y Procesos cognitivos*, 25(1), 1-8.
- Urra, E., Muñoz, A., & Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria*, 10(2), 50-57.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1984). La relación inicial de una madre con su bebé. En D. W. Winnicott, *La familia y el desarrollo del individuo* (pp. 29-35). Hormé. (Trabajo original publicado en 1960).
- Winnicott, D. W. (2006). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. Fusión de dos versiones similares de un ensayo escrito en marzo y mayo de 1965. En D. W. Winnicott, *Exploraciones psicoanalíticas I* (pp. 161-181). Paidós. (Trabajo original publicado en 1965).