

**Análisis del discurso desde el ADL-AH: Entrampamiento y desentrampamiento del enactment en una sesión de psicoterapia.**

**ADL-AH Speech analysis: Ensnarement and unsnaring of enactment in a psychotherapy session.**

Luis Eduardo Salas Aldaba<sup>1</sup>, Evelyn Ariana Gómez Figueroa<sup>2</sup> y Antonio Sánchez Antillón<sup>3</sup>

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s18527310/d7riw8lvz>

**Resumen**

En este escrito se presenta el análisis de una sesión de psicoterapia desde el algoritmo David Liberman, modalidad actos del habla (ADL-AH). Se estudian los intercambios lingüísticos entre consultante y psicoterapeuta en tres episodios ocurridos durante la sesión, relacionados con el miedo de la consultante, la desconfianza en sus propias habilidades y el cómo las vivencias con la figura del padre se relacionan con su padecer actual. A través del análisis, se evidencia cómo la terapeuta da virajes en la forma y contenido de sus intervenciones: pasa de una posición enunciativa en la que busca persuadir a la consultante, a otra orientada a la escucha y la comprensión. El resultado es una modificación en los lenguajes y defensas de la consultante, que al inicio eran reiterados. Al final se discuten los resultados desde el concepto de *enactment* y el de contratransferencia. Además, se contrasta cómo la lectura que se hace del caso es

---

<sup>1</sup>. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Profesor de asignatura. Licenciado en Psicología, maestro en Psicoterapia y estudiante del Doctorado en Investigación Psicológica. Contacto: lesalas@iteso.mx

<sup>2</sup> Licenciada en Nutrición y Ciencias de los Alimentos. Maestría en Psicoterapia del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Nutrióloga clínica deportiva. Consultoría independiente. Prácticas profesionales como Psicoterapeuta en Centro comunitario Polanco, ITESO. Correo: evelyn.gomez@iteso.mx

<sup>3</sup> Lic. En psicología por la Universidad Iberoamericana Cd. De México; Mtria. En Teoría Psicoanalítica (CIEP), Ciudad de México. Doctorado en Psicología, por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires, Argentina. Profesor de tiempo completo en el Doctorado Interinstitucional en Investigación Psicológica. Participa en la línea de Investigación Psicología Clínica y de la Salud. Y en la sublínea: ética de las colectividades. En Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Tlaquepaque, Jalisco. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI 1). Contacto: antonios@iteso.mx

commensurable with another interpretative approach in psychoanalysis such as the one proposed by Miller from the theory of enunciation.

**Palabras clave**

Enactment, acts of speech, psychotherapy, intersubjectivity

**Abstract**

This work presents an analysis, using the David Liberman Algorithm, speech acts modality (ADL-AH), of a psychotherapy session. It examines the linguistic exchanges between the client and the psychotherapist in three episodes that occurred during the session, related to the client's fear, lack of confidence in her own abilities, and how her experiences with her father figure are related to her current suffering. Through the analysis, it becomes visible how the therapist changes the form and content of her interventions: moving from a position in which she seeks to persuade the client, to a listening-understanding approach. This results in a modification in the client's languages and defenses, which were initially repeated. At the end, the results are discussed in a dialogue between the concept of enactment and countertransference. In addition, it is contrasted how the reading of the case is commensurable with another interpretative approach in psychoanalysis, such as the one proposed by Miller from the theory of enunciation.

**Keywords**

Enactment, speech acts, psychotherapy, intersubjectivity.

Los antecedentes investigativos que se tuvieron en cuenta respecto al tema del *enactment* en el trabajo psicoterapéutico se centraron en reportes sobre los procesos intersubjetivos entre paciente y psicoterapeuta mediante el análisis del discurso. Se encontraron dos grandes desarrollos y producciones académicas devenidos del cono sur. En el primer grupo se localizan a Arístegui et al. (2004), quienes articulan la teoría de los actos del habla con la teoría del cambio. Se apoyan tanto en los estudios de Krause (1991) y Krause & Winkler (1995), así como en los supuestos sobre el cambio subjetivo de Groeben et al. (1988), a saber: que el cambio subjetivo implica complejas cogniciones que orientan la acción y valoración personal. Arístegui et al. (2004) enfatizan que el cambio se da por la transformación de significados que les permite a las personas comprender de otro modo las situaciones presentes, pasadas o futuras, así como las formulaciones de valoración sobre el sí mismo. Operativamente, se detectan cuando el hablante expresa un proceso reflexivo, en presente del indicativo, que permite inferir un cambio subjetivo. Identifican los episodios de cambio desde el análisis del discurso basado en la filosofía del lenguaje de Austin y Searle, y analizan desde la teoría de los actos del habla los intercambios entre psicoterapeuta y usuario, articulando estos procesos comunicacionales con los criterios comunes de la teoría del cambio subjetivo. Su propósito es precisar si ese intercambio implica procesos o despliegues de competencias reflexivas que producen insight. En sus resultados sostienen que el cambio se establece cuando la posición subjetiva se transforma dada su explicitación de procesos reflexivos y en las relaciones sociales. Asimismo, se evidencia el cambio cuando la percepción sobre los efectos devenidos de las vivencias traumáticas o de retos actuales se resignifican.

En estudios posteriores, Arístegui et al. (2009) reportan que los episodios de cambio se caracterizaron por una mayor autorreferencia y capacidad de los pacientes para construir una nueva teoría subjetiva del sí mismo. Precisan que los terapeutas que utilizaron una mayor cantidad de actos de habla directivos y de preguntas abiertas tuvieron una mayor influencia en el cambio de la teoría subjetiva del sí mismo de los pacientes. Su estudio es exploratorio y cualitativo, con un diseño emergente. Para el análisis

de la información utilizan la teoría de los actos del habla, el modelo del *self* dialógico y los Indicadores de Cambio Genéricos.

Otras pesquisas realizadas en esta misma línea son los reportados por Valdés et al. (2011), donde analizan la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas en episodios de cambio. Para ello, identifican patrones y diferencias en la comunicación verbal de ambos participantes, y cómo estos patrones pueden proporcionar información valiosa sobre los procesos sociales y las características de personalidad de los individuos. Destacan la importancia de analizar tanto el contenido como el estilo de la comunicación verbal en las sesiones de terapia para comprender mejor el proceso terapéutico y cómo puede contribuir al cambio psicológico. Los hallazgos del estudio sugieren que la comunicación verbal en las sesiones de terapia es un proceso complejo que involucra diferentes estrategias y técnicas por parte de pacientes y terapeutas.

Molina et al. (2013) analizan el vínculo terapéutico mediante el análisis del diálogo y de co-construcción de significados que se dan entre paciente y terapeuta. A través del análisis semiótico acceden a la cualidad temporal, dialógica y cultural de la práctica psicoterapéutica. En su reporte de caso, señalan que lo que se despliega en las sesiones está regulado por un campo de sentido mayor, regulado por la cultura. Como resultados, precisan que la tensión genera impulsos hacia la acción, enriqueciendo significados que empujan hacia el futuro, mientras que, si la tensión es muy alta, se entrapa y rigidiza el proceso dialógico efectuándose ambivalencia, desequilibrios y tensiones en el proceso semiótico.

Gaete et al. (2017) reportan cuatro prácticas conversacionales para propiciar un cambio de foco terapéutico. Basados en la filosofía del lenguaje de Wittgenstein y Austin, precisan que su análisis es cualitativo-pragmático. Buscan comprender los episodios de cambio en tanto secuencias que se despliegan en conversaciones en el contexto de la psicoterapia y cuyos intercambios pueden ser afortunados o desafortunados. Ello depende de si se da un encuentro comprensivo o no, además de si el acto performativo se realiza efectivamente y con ello se constituye una nueva posición del yo del consultante.

Ejemplifican estos conceptos cuando expresan que ante la propuesta del terapeuta de re-enfocar al yo expresivo en el aquí y el ahora (episodio de cambio), este es aceptado y se advierte una nueva posición del yo (momento de cambio). Mediante el trabajo conversacional, precisan la interacción de paciente y terapeuta, demarcando los episodios de cambio y teniendo en cuenta el contexto: los intercambios en el antes y después de estos. En sus resultados ejemplifican cómo se despliegan los cuatro recursos conversacionales (categorías) que emergieron del análisis, a saber: corte, desacuerdo débil, exhibición de entendimiento y gestión del asunto. Todos estos propician un cambio de foco, por lo que son afortunados. Se destaca la dimensión performativa en su análisis.

El otro grupo de investigaciones que se encontraron atinentes y acorde a la perspectiva del análisis lingüístico y semiótico son las publicaciones dirigidas o inspiradas por Maldavsky (2004; 2013), quien ha construido un algoritmo complejo (ADL) articulando la teoría psicoanalítica con los saberes de la semiótica del texto y la lingüística.

Se destaca entre los múltiples estudios realizados la compilación publicada en 2007, "La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica". Se define ahí que "la intersubjetividad implica procesos anímicos para tramitar las exigencias pulsionales propias y de los interlocutores recurriendo a defensas funcionales o patógenas" (Maldavsky, 2007, p. 16). Una de las formas de entender la subjetividad es la capacidad de sentir y cualificar los estados afectivos, las demandas de la realidad externa y los imperativos e ideales sociales. La subjetividad es un concepto que puede ser pensado por su configuración ontogenética o como su deconstrucción y reconfiguración a partir de procesos reflexivos producidos por dispositivos diversos, entre los cuales se destacan los educativos, los psicoterapéuticos y los religiosos. Desde el quehacer psicoanalítico siguen a Freud en su teorización sobre el devenir del niño al adulto, vía la erogenización y la complejización de un yo agente que interactúa en un ambiente facilitador del ello. En esta perspectiva epistemológica, propia de las ciencias de la subjetividad, se asume al sentir como la llave

de acceso a la conciencia originaria, que posibilita por medio de los otros, la conquista y tramitación de los impulsos internos y externos<sup>4</sup>.

Este autor y sus colaboradores, en sus últimos reportes de investigación, precisan cómo detectar diversos tópicos emergentes en el quehacer intersubjetivo de la clínica. Por ejemplo, el estudio de las perturbaciones contratransferenciales duraderas y no declaradas (Maldavsky, 2015), o el estudio de la mente del terapeuta en perturbaciones contratransferenciales (Maldavsky, 2017). En el reporte de sus estudios propone conceptos y un conjunto de operacionalizaciones mediadas por la teoría de los actos del habla para identificar también el pensamiento preconscious-consciente del paciente (Maldavsky, 2017; 2018). Algunos de sus alumnos, siguiendo su pauta y perspectiva de investigación, han producido diversas investigaciones estudiando episodios de alianza constructiva y obstructiva en las intervenciones del terapeuta en su trabajo con púberes (Goldberg, 2018). Finalmente, en miras de hacer dialogar las dos metodologías con enfoques distintos, desarrolladas anteriormente, Sánchez & De Santiago (2022) estudiaron el cambio y estancamiento terapéutico en pacientes con intento suicida. El análisis del discurso lo realizan desde el ADL-AH y el Sistema de Clasificación de la Actividad Terapéutica (SCAT). Ahí se precisan las coincidencias y diferencias aportadas por los métodos para la comprensión de los episodios de cambio y estancamiento.

Reconociendo la riqueza de las investigaciones recientes desde la filosofía del lenguaje, mediante el análisis discursivo sobre las diversas problemáticas emergentes en el trabajo psicoterapéutico, el presente escrito quiere aportar sus hallazgos secundando los presupuestos teóricos y metodológicos trazados por el algoritmo David Liberman en su modalidad de actos de habla (ADL -AH) desarrollado por Maldavsky (2004; 2013) y su equipo de colaboradores. Por lo que el propósito de este documento es

---

<sup>4</sup> En este orden de ideas, autores recientes como Rodríguez & Rodríguez Zoya (2021) refieren la representación intersubjetiva como la capacidad de comprender a los otros como semejantes y referentes del conocimiento sobre sí mismo. Proceso de representación intersubjetiva es el basamento del surgimiento del pensamiento simbólico y del humano en tanto cual. Esta perspectiva antropogenética asume que el sujeto se forma a través de relaciones intersubjetivas simbólicas basadas en la representación de la ausencia del otro.

mostrar el análisis de tres episodios pertenecientes a una sesión en psicoterapia mediante el ADL-AH, en miras de identificar cómo en el intercambio lingüístico con el terapeuta se reconfigura el campo de sentido del paciente sobre el tema-problema inicial de la sesión. Cada uno de los episodios tiene una temática central: los afectos de la consultante, la desconfianza hacia sus propias habilidades, y la voz internalizada a partir de las vivencias con su padre.

Se estudian tanto los extravíos del terapeuta como sus aciertos, los cuales son inferidos al identificar el tipo de intervenciones, así como el uso de los lenguajes y defensas.

### **Metodología**

#### **Método**

Hay una gran riqueza de refinamiento en los últimos estudios de Maldavsky (2007; 2015; 2017a; 2017b; 2018) referidos anteriormente. Sobre todo, pensando el enactment entendido como una expresión que se despliega en la relación intersubjetiva en el dispositivo psicoterapéutico. El obstáculo puede focalizarse en errores del terapeuta, dado los extravíos por carencia nocional o novatez sobre la técnica o por quedar enganchado en una repetición promovida por el paciente, dado que el primero actúa una escena y un personaje de la vida psíquica del segundo. O, por deseos que no han sido procesados por el terapeuta, y que, aunque no son declarados por este, pueden ser inferidos al analizar los deseos y defensas ejercidas.

Así pues, para hacer un estudio de los aspectos contra-transferenciales se analizan tanto los errores técnicos del terapeuta como los deseos no procesados que se evidencian en las defensas patológicas, funcionales o fracasadas. Para estudiar los errores del terapeuta, sea por carencias o límites de la teoría o la técnica, o por novatez en el ejercicio de la experiencia profesional. Maldavsky (2015) propone identificar dónde se da la falla y a qué se debe. En la Tabla 1 se muestra una síntesis de sus sugerencias metodológicas. En la primera columna, se precisan los tipos de intervenciones que se suelen hacer durante las sesiones; en la segunda se expresan ejemplos de fallas clínicas en cada tipo de intervención; la tercera



precisa el error por la formulación modal y en la cuarta se explicita mediante qué tipo de habla se identifica esta última.

**Tabla 1: Tipos de intervenciones terapéuticas y sus fallas**

| <b>Tipos de intervenciones</b>   | <b>Fallas clínicas por el tipo de intervención</b>  | <b>Modo de formular la intervención (inferencias)</b>  | <b>Actos del habla</b>  |
|--|---|--|---|
| 1.- Introdutorias: para recabar información, tendiente a detectar uno o más focos problemáticos          | Introdutorias: dispersión, falta focalizar  | Presenta contradicciones entre el decir y el hacer   | Identificar los tipos de frases u si estas fueron acordes o no a cada tipo de intervención.<br><br>Por ejemplo, en esta primera fase si se hacen pedidos de hechos concretos y descripciones o más bien hay frases que desorientan al hablante. |
| 2a) Intervenciones centrales de sintonía (sobre los estados afectivos y/u orgánicos del paciente) y foco | Intervención central de nexos prematura o discordancia lógica<br><br>Elección errada de foco                | Continúa con una línea argumentativa pese a las interrupciones del paciente, que quizá con ello está pidiendo otra perspectiva | Si hay frases propias para el reconocimiento y cualificación del sentir en miras de diferenciar entre sensaciones, estados orgánicos y afectos.   |
| 2b) Intervenciones centrales de establecimientos de nexo (causales, temporales, etc.)                    | Falta de sintonía afectiva: estado orgánico no explicitado abiertamente por el paciente ni por el terapeuta | Desplegar una escena que corresponde al mundo psíquico del paciente, o que sea relatada o desplegada por el paciente           | Realiza nexos causales coherentes enlazando el afecto con el contenido representacional o usa frases para trivializar sus relaciones  |



|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 3) Intervenciones complementarias de síntesis, aclaraciones, ejemplificaciones, etc. | Al tocar el conflicto central y tocar otro aspecto periférico, identificar qué secunda. | Intervención complementaria: la síntesis contradice lo central de las intervenciones previas | Secunda para profundizar en el proceso asociativo o comprensivo o realiza conexión de nexos causales no acordes con la realidad psíquica del paciente |
|--|---|--|---|

Si se sigue la lógica comprensiva expresada en este artículo por el autor, para detectar la pertinencia de la intervención ayuda responderse las siguientes preguntas correspondientes a los puntos establecidos en la tabla anterior:

- 1) ¿El terapeuta perdió o nunca logró una orientación al formular las intervenciones introductorias?, y ¿cuán extensa fue su desorientación en la búsqueda del foco problemático?
- 2) ¿El terapeuta omitió las intervenciones para sintonizar afectivamente con el paciente? ¿las formuló a destiempo? o ¿tendió a atribuir al paciente determinado estado cuando las manifestaciones del paciente indicaban que era otro?
- 3.- ¿Se erró en la elección del foco? o, habiendo acertado en la elección ¿formuló intervenciones de nexo discordantes de las manifestaciones del paciente?
- 4) ¿Realizó intervenciones complementarias con ejemplos contradictorios con lo que había expresado antes o síntesis en que omitía aspectos importantes de lo que previamente habían intercambiado?

A modo de ilustrar lo dicho en la tabla anterior a continuación se ejemplifica con material del caso aquí analizado. Como se ve, en el segundo fragmento analizado, a la terapeuta no le parece razón suficiente la expresión de deseo de la consultante al declarar su abatimiento por cortar el cabello. El *enactment* radica en la incongruencia del terapeuta entre su decir y su hacer. Ya que, aunque su primera frase es empática, termina regañando a la consultante imponiendo el deber sobre el deseo. La escena desplegada es una repetición del relato extratransferencial, donde la consultante es *retada* por la clienta

cuando se niega a querer cortarle el pelo. Se puede observar que la terapeuta se desorienta en la búsqueda del foco cuando después de formular la intervención central empática, pasa a tratar de convencer a la consultante sobre la importancia del deber sobre el querer. Esto hace que la intervención de nexos sea discordante ante la expresión de deseo no escuchada por la terapeuta, como ocurrió en el relato con la clienta. Ante la búsqueda de la terapeuta por una resolución práctica a los problemas de dinero de la consultante, descuida la posición y el contexto del dispositivo de escucha y omite la intervención de sintonía para indagar más acerca de los deseos expresados por la consultante, donde pareciera que ocurre una expresión del propio rasgo de carácter de la terapeuta que le impide una escucha fuera del ideal teórico, debido a su novatez.

### **Selección de la muestra**

Maldavsky (2018) advierte ciertos criterios para la selección de la muestra de análisis, a saber: elegir el segmento en donde se centra un malestar (problema personal), cómo se formula una pregunta acerca de este y cómo el consultante expone y argumenta su respuesta. Propone que en las investigaciones se precise si el análisis es sintagmático o paradigmático. Si tomamos en cuenta lo expresado por Maldavsky, el análisis del discurso puede ser abordado desde lo sintagmático (secuencia lógica del discurso) y lo paradigmático, precisando predominancias cuantitativas (Maldavsky, 2013) o perfiles reiterados y reconstruidos lógicamente en análisis de sesiones completas (Maldavsky, 2018). Este último tiene tres propósitos: primero: identificar lo representativo de los segmentos analizados; segundo: tener mayor claridad sobre interpretaciones dudosas de ciertos segmentos; finalmente: determinar si las interrogantes que expone el paciente son acordes con los hechos desplegados en la sesión.

Por otro lado, Maldavsky et al. (2017a) recomiendan que para el estudio de los procesos de pensamiento, se seleccione la muestra mediante un doble ejercicio. Inicialmente, el macro analítico; que permite patentar la sucesión de episodios largos de actos de habla, determinando con ello la extensión de la secuencia y cada una de las partes y la sucesión de actos que el hablante realiza. Luego, es posible

realizar un análisis microanalítico de esas escenas sectorizadas. Este enfoque se combina con un estudio paradigmático: la búsqueda de redundancias y analogías en el nivel de los relatos o en el de los actos de habla, desplegadas en cada uno de los segmentos seleccionados. El criterio implica precisar la afinidad de la meta (el deseo) y la escena de ese deseo. El propósito de ese estudio es sopesar la(s) secuencia(s) y su valor reiterado en un conjunto más amplio de escenas, relatadas o desplegadas en sesión. Advierte el autor que un:

“estudio paradigmático puede tener un carácter más o menos exhaustivo (en el sentido de tomar en cuenta todas las manifestaciones afines con la de una escena desplegada en los actos de habla o solo algunas de ellas, que resulten más ilustrativas de los matices de dicha escena, la rectifican o contradicen)” (Maldavsky et al., 2017a, p.41).

Siguiendo estas advertencias metodológicas, en el presente trabajo se estudia la transcripción de una sesión completa de psicoterapia. Si bien se estudió toda la sesión, la muestra se focaliza en tres fragmentos o episodios que se despliegan durante la sesión. El primero permite comprender el contexto del caso. En el segundo se identifica un extravío del terapeuta, y en el tercero se evidencia cómo la rectificación de éste permite también una modificación en el lenguaje y la defensa del consultante, lográndose con ello procesos asociativos atinentes al dispositivo de trabajo. Así, se puede el estudio dado que se fija en varias escenas de una misma entrevista es paradigmático de corte cualitativo.

El proceso de investigación que está en curso corresponde a un proyecto doctoral y de tesis de una maestrante. El proyecto doctoral aspira a realizar un estudio de caso único, en miras de precisar los momentos de alianza obstructiva y constructiva, para lo cual se están estudiando los lenguajes y defensas desplegados en esos episodios. Con ese objetivo, se han escuchado más de 20 sesiones con autorización de la consultante, mediante consentimiento informado. Se han transcrito 10 sesiones, algunas iniciales, que se realizaron de manera virtual, otras intermedias, y las más recientes que ocurrieron de modo presencial. Mientras se realizaba ese estudio, se identificó que la entrevista aquí estudiada, correspondiente a la sesión

número 47 en modalidad presencial, tenía desplegados varios momentos de extravío, los cuales se corrigieron por intervenciones afortunadas del terapeuta. Los investigadores centraron su atención en estudiar cómo se van realizando esas transformaciones durante la sesión. Así, el objetivo de este artículo es mostrar el análisis de los *enactments* desplegados por el terapeuta, en miras de precisar tanto los errores técnicos y contratransferenciales, además de las intervenciones que encaminaron al consultante a explicitar las escenas traumáticas que hacen de resistencia en el proceso terapéutico.

### **Presentación del caso**

La consultante es una mujer de 38 años, ama de casa y con varios trabajos ocasionales; pasaba por un proceso de divorcio al inicio de la terapia. El motivo de consulta: trabajar sobre sus inseguridades para poder afrontar el proceso de divorcio y sacar adelante a sus tres hijas.

La terapeuta, de 27 años, alumna de la Maestría en Psicoterapia, con licenciatura en Nutrición y Ciencias de los Alimentos.

La consultante acude al Seguro Social, donde fue medicada por segunda ocasión con ansiolíticos, los cuales toma ocasionalmente. No había estado en un proceso de psicoterapia anteriormente, mas fue tratada hace varios años por un psiquiatra del Seguro Social, y dejó de tomar la medicación antes de su primer embarazo. Ella refiere tener problemas para conciliar el sueño durante la noche, y dice pasar varias horas durante el día pensando en cómo podría solucionar sus problemas económicos y mejorar sus relaciones personales, situaciones que identifica como causantes de estrés. De acuerdo con su médico, ese estrés, junto con el cansancio físico, son condiciones que le provocaron tres microinfartos.

La terapia comenzó por consultas vía videollamada, y para la sesión 25 se cambió a la modalidad presencial. La entrevista aquí estudiada se realizó en febrero 2023, y corresponde a la sesión número 47.

La consultante autorizó el uso de los datos provenientes de las sesiones de psicoterapia, a través de la firma de un consentimiento informado. La información se encuentra bajo resguardo de los investigadores.

### **Tratamiento de la información**

Después de transcribir la sesión, se fragmentó toda la entrevista tomando como criterio los turnos entre terapeuta y consultante. Cada uno de ellos fue fragmentado por su estructura frase y se calificó de acuerdo con el deseo expresado en la misma, siguiendo la grilla propuesta en Maldavsky (2013; 84-85). Después de hacer esta fragmentación y calificación, se hizo una lectura panorámica para precisar cómo cada acto del habla hace una lógica discursiva. Es decir, identificar el sentido ilocutivo que el encadenamiento de las frases hace, a modo de argumento. Cada uno de los turnos se ordenó con una nomenclatura, por ejemplo: turno uno terapeuta (T1) o consultante turno 5 (C5). Dado que los turnos a su vez se fragmentaron y calificaron de acuerdo con el tipo de frase, se encontrará especificado el tipo de acto de habla citado e identificado, por ejemplo, C5.2. Al presentar los resultados en la reconstrucción del análisis también encontrarán las siglas A2 o FU, precisando con ello el tipo de acto de habla que se está desplegando en el turno correspondiente. Esta nomenclatura es la referida en el manual elaborado por Maldavsky (2013, pp. 82 y ss.).

Siguiendo las advertencias dichas arriba sobre la selección de la muestra, la entrevista completa se fragmentó en tres episodios ceñidos por la temática desarrollada en cada uno de ellos. Al identificar la saturación de las secuencias desplegadas, se pudieron inferir ciertas consistencias en el uso de los lenguajes, así como los entrapamientos del terapeuta. Para determinar los errores técnicos se usó lo expresado anteriormente en la Tabla 1, y para identificar la contratransferencia se detallaron los lenguajes prevalentes y la defensa concomitante. Finalmente, se hace una lectura del último episodio detallando cómo a raíz de una serie de intervenciones afortunadas realizadas por la terapeuta, la consultante hace un proceso de asociación que la remite a una incógnita con la que inicialmente llegó a la sesión, venciendo las resistencias expresadas como revivencias en las que se entrapó el terapeuta.

### **Resultados**

A continuación, se presenta el estudio de tres fragmentos de la sesión. Como se indicó en el apartado anterior, las siglas corresponden a los turnos (T, en el caso de la terapeuta; y C, para efectos de los turnos de la consultante) y su lugar (1,2,3) del terapeuta (T2) o de la consultante (C2), así como del tipo de acto de habla referido (A2, A1, O2...), usando para ello la nomenclatura propia del ADL-AH. La discontinuidad en la numeración del turno que se halla entre el episodio dos y tres se debe a que hay otro episodio entre ellos en la sesión analizada, el cual no se tomó como parte de la unidad de análisis, dado que es redundante del segundo episodio de análisis, según la recomendación referida anteriormente (Maldavsky, 2018).

#### **Primer episodio**

El turno uno (T1) de la sesión inicia con una justificación de la paciente sobre su llegada tarde, la cual es recibida empáticamente por la terapeuta, quien además le hace una pregunta sobre su estado de salud. En el turno dos (C2) la paciente responde con un cliché, y entra inmediatamente con el tema. Trae unas incógnitas (A2) y miedo (O2). La terapeuta, mediante una intervención introductoria (T3), trata de clarificar la representación del afecto y pregunta: "¿miedo a qué?" (A2). La paciente empieza a exteriorizar su diálogo interno, con descripciones concretas (A2) sobre intentar hacer o no hacer una actividad: cortar el pelo. Y después de algunas auto interrupciones (FU) sentencia un dicho: "más pierde el que no lo intenta" (4C). La terapeuta hace una intervención central apresurando el nexa (T4): "¿eres más flexible a hacerlo?" (A2). La paciente responde afirmativamente, y hace una acotación en la que reconoce el afecto del miedo (FU). Luego contrapone un adversativo, y termina con una toma de decisión (A2): "dije, sé cómo hacerlo, me da miedo, pero sé cómo hacerlo... dije, lo voy a hacer" (C5.1). Después de presentar esta contraposición entre saber hacer-tener miedo, y sin embargo atreverse a hacerlo, inicia con un relato sobre una experiencia anterior. Esta anécdota (C5.2) hace las veces de descripción concreta de hechos: "una vecina le pide que le haga luces en el pelo" (A2). Después expresa un pensamiento dubitativo, en el que sopesa el acto y supone consecuencias no deseables: "¿y si se lo quemó?" (C5.3). Después expresa que ese

procesamiento de pensar le provoca alteraciones corporales (C5.4) como palpitación y pérdida de sueño (LI). La terapeuta hace una intervención (T5) complementaria de síntesis iniciando con un adversativo (A2) en contra de la especulación que la hace padecer. Expresa: "Pero si estudiaste para eso". La consultante no responde al contenido de la pregunta, pero sí reacciona al adversativo que le impuso la terapeuta, el cual contrarresta usando otro: "pero no me gusta" (C6). Ante el titubeo posterior de la consultante, la terapeuta hace una intervención complementaria parafraseando la afirmación hecha previamente, la cual contrapone al nuevo dilema (A2): "no te gusta, pero sabes hacerlo" (T6). Frente a lo cual ella matiza la afirmación del terapeuta con un atenuador, negación y autointerrupción: "tengo noción, pero no sé... no soy una experta" (C7.1), lo cual se entiende como una aceptación parcial y ambivalente (FU). Luego ofrece un relato a modo de información concreta (A2), explica cómo en otro momento resolvió su inseguridad sobre cómo pintar el cabello. Le llama a "la experta, su hermana" y le pregunta cómo debería hacer *las luces* en el pelo (C7.2). Escucha las indicaciones de la hermana, y despliega en la sesión una dramatización de triunfo (FG) reconociendo su saber (A2): "todo lo que me dijo lo sabía" (C7.3). Y termina con una deducción a modo de sentencia (FU): "entonces dije, no estoy tan pendeja" (C7.4). Esta frase es un eco discursivo de contra argumentación a una voz que a la altura de la sesión no sabemos a quién se la dedica; quién es el destinatario.

Se hipotetiza aquí que la estrategia de la terapeuta es, por un lado, explorar la causa del miedo, y por otro, contrarrestar las ideaciones precautorias de contenido trágico, las cuales, de acuerdo con la consultante, la limitan en su quehacer laboral. En este episodio, la terapeuta realiza una intervención introductoria pidiendo información y clarificando. Efectúa luego una central sintonizando con el cambio de actitud, lo cual le permite a la consultante sentenciar que a pesar del miedo lo hará. Posteriormente, ésta narra una experiencia previa, dando información de cómo la ideación le provoca alteraciones corporales. Ante la narrativa, la terapeuta no articula el contenido del relato con la determinación declarada previamente ni atiende la relación entre el pensar y las alteraciones corporales, sino que contrapone a la



ideación un adversativo: "pero sí sabes hacerlo". La consultante se defiende de la proposición "pero no me gusta". La terapeuta hace una intervención central, donde usa el adversativo para contrastar el contenido descrito contraponiendo no gustar con saber hacer. La respuesta de la consultante es matizar la afirmación del terapeuta y describir hechos concretos donde experimenta que sí logró vencer el miedo.

Este primer fragmento termina con un acto de habla de exaltación del saber de la consultante, una frase proconclusiva de afirmación: "no soy tan pendeja". Se continúa con el análisis del segundo episodio.

### **Segundo episodio**

La frase proconclusiva de la consultante con la que termina el fragmento uno analizado es reforzada por la intervención complementaria de la terapeuta, haciendo eco (A2): "entonces sí sabes" (T7). A lo que la consultante contrapone (C8.1) ahora la resistencia tímida: "pero, me da miedo" (O2); "tengo inseguridad" (FU). La terapeuta vuelve a su intervención introductoria de esta sesión: "¿te da miedo qué?" (T8). Y se vuelve a desplegar el mismo proceso de pensamiento del turno quinto: "miedo a echarle a perder el pelo" (C9; FU). La terapeuta, mediante una intervención central (T9), trata de validarla en su saber (A2), haciendo un nexo de hechos: "y lo ibas a hacer igual que tu hermana". Declara la consultante que hará los rayos ese día (C10.1) e insiste (C10.2) con una dramatización de su temor (FG-FU), dando legalidad a su imaginación: "¿y si le quito el gorro y ya no tiene pelo?" (C10.3). La terapeuta hace una intervención complementaria (T10); la regresa a la descripción concreta con una pregunta: "¿y la señora sabe que tú tienes mucho tiempo sin hacer esas cosas?" (A2-FU). La consultante reconoce (C11) que sí le ha dicho, e insiste "pero, no me gusta" (A2-FG). La terapeuta hace una intervención complementaria a modo de síntesis de lo dicho (FG): "O sea, sí le has sido sincera de: «yo lo sé hacer, pero no me gusta»" (T11). Esta intervención interrumpe el discurso de la consultante. La consultante vuelve a su tenor argumentativo mediante anécdotas (FG). En la escena extra transferencial se coloca ella como no sabiendo, y su clienta animándola a realizar el trabajo en tanto que vio que lo hizo con su propia hija (C12). La terapeuta hace una intervención central haciendo nexos de hechos, e infiriendo un nuevo sentido afectivo mediante una

pregunta: "¿Tienes miedo de no cumplir la expectativa de la señora?" (T12). La consultante responde afirmativamente (C13). La terapeuta hace una intervención complementaria, regida por el campo lógico del sentido común de lo relatado, si la señora ya sabe las condiciones de su trabajo, pregunta a qué tiene miedo (T13). Esta intervención le provoca risa a la paciente y responde con un "no sé" (C13).

Vuelve la terapeuta a realizar una pregunta sobre la actitud: "¿qué te quieres probar?" (T14). Lo que desorienta a la consultante (C14), "no ubico tu pregunta" (FG). La terapeuta le da una orden (A2): "piénsalo" (T15). La consultante en el T16 responde con descripción de hechos, donde vuelve a ejemplificar (FG) qué sucede con su clienta cuando ella se niega a realizarle algún tratamiento para el pelo. En esta secuencia la escena narrada extra transferencialmente se despliega en la misma sesión entre terapeuta y consultante. Es decir, la consultante cuenta cómo su clienta, quién le pide el corte de pelo, trata de convencerla de que le haga el trabajo, dado que necesita dinero y de que sí sabe, frente a lo cual la consultante le dice que no le gusta, por lo que es *retada* por la clienta (C16.20). Del mismo modo, la terapeuta trata de convencerla de que tenga confianza en que sabe hacerlo (A2/FU), frente a lo cual la consultante rompe la fuerza del convencimiento con una expresión de deseo: "no me gusta" (FG) protegiendo con ello el realizar la demanda de trabajo y quizá su propia subjetividad frente a la imposición de deberes. La terapeuta en una intervención complementaria expresa que no a todos les gusta lo que hacen (T17). La consultante revira aludiendo hechos concretos: "mi hermana sí se apasiona por su trabajo" (C17). La terapeuta responde con un pedido de cuentas interpelando a la consultante (T18), con una pregunta: "oye, pero ¿qué pasó con no compararte con tu hermana y, que ibas a pensar diferente?" (A2).

Si comparamos los dos episodios, podemos identificar cuáles son las fallas técnicas de la intervención, así como los lenguajes y defensas desplegadas en los enactments. En este segundo episodio, el extravío del terapeuta inicia en el turno 10, ya que frente a la dramatización que hace la consultante sobre los posibles efectos negativos de su hacer, por un lado, trata de ser exculpada anticipatoriamente de esas imaginéris. Mandando el mensaje de que si la clienta sabe que es su primera vez, es una

responsabilidad compartida. Por lo tanto, no tendría por qué sentir miedo. Y aunque en su intervención central hace una reformulación empática de lo dicho por la consultante (T11), la terapeuta inserta campos de sentido discordantes con las manifestaciones de la consultante, como cuando pregunta si teme no cumplir con las expectativas de la clienta (T12.2) o si se está tratando de probar algo a sí misma (T14). En estos turnos pierde el foco y desestima la frase reiterada por la consultante: "pero no me gusta". Pareciera que a la terapeuta no le parece razón suficiente esa expresión de deseo (FG). Es tan así, que vuelve a una intervención introductoria buscando causas del miedo. El foco problemático sí lo localiza inicialmente en el episodio 1, sin embargo, la terapeuta falla cuando es incongruente al no secundar lo expresado en la frase empática (T11), y termina imponiendo deberes (T15) y *retando* (TC18) a la consultante por seguir contrargumentando a favor del gusto contra el deber (FG/A2). En este final del episodio, la terapeuta termina actuando (*enactment*) el papel de la clienta.

Dado que en este segundo fragmento la escena narrada se repite en la escena desplegada en sesión, se puede conjeturar que hay cierto enganche contratransferencial. Frente a lo cual emerge la pregunta: ¿qué es aquello que no está escuchando el terapeuta de la consultante? Ya que, si bien el terapeuta tiene una intervención inicial correcta al explorar y buscar las idealidades que sostienen el afecto negativo del miedo y de desconfianza, pasa de escuchar a tratar de convencer y dar órdenes. Como primera hipótesis se puede decir que en la resistencia de la consultante a ser convencida hay una expresión de deseo no escuchado (no me gusta). Esta es desestimada tanto en los relatos extratransferenciales por la clienta, como por la terapeuta. Lo no escuchado, es reiterado en el turno C19 en otra expresión de deseo: "a mí me gusta mucho estar en la tienda" (FG). Pareciera que la terapeuta no escucha ni autoriza la expresión de deseo "no me gusta" porque parte de un supuesto, que hace de prejuicio: la consultante se queja, pero no resuelve su problema práctico de dinero. Y la terapeuta se incluye dentro de la escena tratando de responder a ese problema práctico en lugar de analizar la posición subjetiva de la consultante, de secundar los enlaces entre suscitación afectiva e ideación (C5.4) o de dar cabida al deseo de la

consultante (C11, C14,2, C19). Este extravío implica un descuido de la posición y contexto del dispositivo de escucha. El cual puede ser atribuido a la novatez del terapeuta, pues el error en el pensar práctico puede ser por la falta de la experiencia. Además de los extravíos técnicos inferidos aquí, se puede sostener que hay una priorización de la terapeuta por el ideal contenido en el lenguaje A2, como imposición de deberes y objeciones por sobre la expresión de deseo (FG). Esto permite inferir que hay ciertos deseos no procesados por parte del terapeuta, por lo que la sofocación del deseo por sobre los deberes (represión) puede ser una marca del propio rasgo de carácter. La falta de escucha de este último lenguaje (FG) por más objeciones reiteradas que hace la consultante, evidencia que hay una insistencia del terapeuta. La hipertrofia del terapeuta se evidencia como un error del pensar (exceso de objeciones) detectado en el uso de adversativos e imposición de deberes. El no dar cabida a la mostración de deseo y la imposición de deberes permite inferir una falla en la represión con rasgo caracterológico, es decir somete la singularidad del escucha a favor de alguna voz superyoica o ideal teórico. El estado de la defensa del terapeuta no es funcional sino patógena, en tanto que va en contra del contexto y por su reiteración, hace de obstáculo al procesamiento de la vivencia y del pensar discerniente de la consultante.

La contratransferencia si bien puede ser pensada como un prejuicio<sup>5</sup> del terapeuta como refiere Lacan, también se puede considerar como una marca de las propias vivencias del consultante que hacen de influjo en el terapeuta como refiere Maldavsky (2017). Estudiar los casos concretos permite evidenciar con

---

<sup>5</sup> Esta idea es usada en los escritos de Lacan de varias maneras. Está expresado como una pregunta retórica que formula para discutir el tema de la transferencia y la contratransferencia, refiere que: ¿No puede aquí considerársela como una entidad totalmente relativa a la contratransferencia definida como la suma de los prejuicios, de las pasiones, de las dificultades, incluso de la insuficiente información del analista en determinado momento del proceso dialéctico? (Lacan, J. 2007; 219). En otro escrito de la misma época refiere la contratransferencia como sinónimo del prejuicio del analista, cuando expresa: "La interpretación de Freud, cuyo procedimiento dialéctico aparece tan claramente en la observación de Dora, no presenta estos peligros porque, cuando los prejuicios del analista (es decir, su contratransferencia, término cuyo empleo correcto en nuestra opinión no podría extenderse más allá de las razones dialécticas del error) lo han extraviado en su intervención, paga inmediatamente su precio mediante una transferencia negativa". (293-294). Lacan, J. (2007). "Intervención sobre la transferencia", En Escritos 1, México, Siglo XXI editores, 2007, Tercera edición)

mayor claridad la intersubjetividad inevitable en el trabajo psicoterapéutico. El análisis del siguiente episodio permite pensar con mayor claridad este aspecto.

### **Tercer episodio**

En el tercer episodio que seleccionamos en la muestra, la terapeuta responde humorísticamente (FG) con un argumento sobre la valentía de su clienta, que a pesar de saber que es la primera vez que hará ese trabajo de peinado, se expone al tratamiento (T36). La terapeuta mueve el foco de atención del campo de la responsabilidad hacia la confianza que le dan los demás (A2/FU). Le cuestiona si alguna vez ha defraudado la confianza de alguien (T37). Con ello se abre un nuevo nodo de sentido sobre el cual se empieza discurrir, bajo el modo habitual que tiene la consultante de argumentar, a saber, por medio de ejemplificaciones (FG) mediante anécdotas (C39). El significante que despierta la asociación de las vivencias es: "tienen confianza en ti". Después de su argumentación narrativa, la terapeuta vuelve a centrar el diálogo mediante una intervención introductoria; una pregunta cerrada (A2): "¿te estas preguntando por qué la gente te tiene confianza ciega en ti, sin comprobar que es lo que puedes hacer o no?" (T38). La consultante acepta la proposición, y la terapeuta ofrece una nueva formulación a la pregunta dubitativa, la cual se enuncia como alternativa (A2) (intervención central): "será ¿porque tú no puedes ver lo que puedes o no puedes?" (T40). El siguiente turno es un intercambio de reformulaciones complementarias de lo narrado que ofrece la terapeuta y la consultante acepta. Es de destacar que en este episodio las formulaciones de la terapeuta cambian la intención ilocutiva: pasa de quien procura convencer o imponer ciertos deberes, a interpelar al sujeto del enunciado mediante preguntas dubitativas. Ejemplo de ello son las siguientes frases: "¿será qué tú no puedes ver lo que puedes hacer?" (T40); "¿eso es lo que te dices a ti misma?" (T44). Acompaña estas preguntas con intervenciones centrales empáticas tales como: "O sea, sabes que lo puedes hacer" (T42); "como nunca lo has hecho" (T42); "no tienes la certeza, pero sabes que lo puedes hacer" (T43). Ella responde de nuevo insertando las consabidas frases de imposibilidad (miedo, desconfianza, no puedo; FU), declara: "a veces me es fácil decirlo...pero cuando estoy encharcada, siento

miedo y a veces pienso y digo ¿si no puedo?" (C44). La terapeuta, en el mismo tono de reformulación empática en forma de pregunta (intervención central), ofrece una alternativa de pensamiento (A2): "pero ¿no te contestas también con un sé hacer eso?" (T46). La consultante responde afirmativamente y ofrece un ejemplo de cómo se contrargumenta a sí misma en su pensamiento. Y de nuevo, la terapeuta coloca la fuerza ilocutiva en la consultante: "¿y eso que te dices no te ayuda?" (T47). Contesta afirmativamente y hace una acotación "de momento" (FU), hace eco de su frase la terapeuta, y deviene un proceso crítico de la consultante sobre su propio proceso de pensamiento (A2): "pero viene mi cabeza tonta a sabotear..." (C48). La terapeuta hace una intervención complementaria (T48), preguntando si esa creencia es desde la infancia. Ante la respuesta afirmativa, vuelve a interrogar (intervención central) en miras de anular la creencia de ser tonta y por lo tanto no poder (T49). De manera complementaria, la terapeuta hace referencia a un saber común sobre la historia de la consultante: "¿y no pasaba que tus papás te advertían desde antes que pasaran las cosas... diciéndote que no podías?" (T51). La consultante responde afirmativamente, y mediante relatos históricos ejemplifica (A2) cómo ella desde niña ante cualquier advertencia de sus padres se sentía que era a ella que le estaban recriminando algo malo (C51). En ese momento se da una intervención central ofreciendo una conjetura: "(...) es porque tus papás te acostumbraron, te pasaron, ese miedo de: todavía ni lo hace, pero ya tiene miedo de errar". Acepta cautelosamente la propuesta (FU): "por ahí va" (C52). La terapeuta la regresa a su narración: "tú lo has puesto en tu ejemplo, como el de las copias" (52T). Responde entusiasta la consultante, continuando el final de ese evento narrado en una sesión previa, completando que la petición del padre ella la resolvió (C54 y C55). La terapeuta hace una intervención complementaria de síntesis con la intención ilocutiva de afirmarla en su saber: "pero sí ves que lo aprendiste entonces..." (T54). Además, la terapeuta ofrece una conjetura reiterando la vinculación entre el presente y su historia: "será entonces que es algo aprendido, porque nunca has comprobado que no has podido" (T55). Esta intervención la podemos considerar como complementaria de la central (T51). Y permite consolidar un proceso de pensamiento expresado en la

ejemplificación de la consultante, exponiendo el contraste entre la creencia de autodesprecio (no puedo, soy una pendeja-tonta) y las vivencias de logro. La interpretación de la terapeuta suscita otra descripción de hechos concretos. En ellos aparecen frases de desestimación del padre hacia ella, tales como: "parecía que no matabas ni una mosca" (reprobación) (C57 y C58). La terapeuta abre un campo de sentido con una frase incompleta (T59) buscando que el enunciador exprese un sentido sintético de lo contado: "te das cuenta..." A lo que la consultante responde dramatizando: "siempre, siempre me han dicho: pos es que estas bien pendeja" (C60). Como se ve esta frase advertida ya en el turno C8, finalmente adquiere una encarnación en la vivencia del pasado; se atribuye al padre como fuente de ese mensaje.

En este último episodio se puede ver que las intervenciones fueron afortunadas, cuando el terapeuta corrige su posición al jugar con el lenguaje (T36) desdramatizando la ideación precautoria (FG-FU) de la consultante que le permite sostener la evitación (FU). A nivel de las intervenciones, no apresura como en el episodio dos, haciendo nexos de contenidos, sino que primero centra el foco de análisis al sintonizar afectivamente con el decir del consultante. El uso del lenguaje FG permite atravesar el miedo y la desconfianza. Y después de sintonizar afectivamente, las intervenciones centrales de nexo ya no las precisa sobre los personajes del relato actual, sino sobre la biografía de la consultante. Se puede inferir que, gracias a estas intervenciones, se enlaza el afecto de confianza-desconfianza (FU) y la creencia de no poder, no saber se asocia a un destinatario familiar; que inicia bajo un genérico impersonal "siempre me han dicho" especificando después quién se lo reiteraba. El padre, aparece como voz del destino desestimando su existencia en el hacer. Las frases con las que este patrón se refiere a la consultante precisan las escenas traumáticas de descalificación vividas. Y con ello, se gesta la operación automática que aliena al sujeto al discurso del otro, el padre, quien queda al menos identificado en este episodio como causa eficiente. La censura del recuerdo displacentero finalmente cede y quizá con ello se ataja el automatismo inconsciente de la repetición. Parece ser que después de los extravíos iniciales del terapeuta en esta sesión el trabajo de análisis de las vivencias traumáticas toma centralidad.



En resumen, se puede sostener que el *enactment* deja de sucederse cuando los errores del terapeuta son corregidos, cambia su posición de escucha acorde al contexto. Y esto se identifica en el uso de los lenguajes FG y A2, los cuales funcionan eficientemente, el primero al desdramatizar la ideación y el segundo al provocar que el consultante haga sus enlaces entre la vivencia presente y el pasado. Promoviendo así, el terapeuta, procesos de discriminación entre lo vivido y el juicio de atribución dado por el modelo al consultante. Teóricamente se puede sostener con Maldavsky (2017b) que este tercer episodio es indicio del procesamiento de los errores de pensamiento del consultante, propios del yo placer purificado, en la medida en que se despliegan descripciones de hechos, que permiten clarificar lo vivido gracias al uso del juicio discerniente y el juicio de atribución. Es decir, frente al exceso de autoobservación y condenación del yo, localizar la falla en el otro de autoridad, el padre, permite ejercitar distancia entre los juicios de atribución dados por el otro y la vivencia personal de logro actual, ejerciendo con ello el pensamiento discerniente, propio del yo realidad.

Finalmente, se declara que, aunque las intervenciones se vuelven afortunadas cuando cambia la técnica y la defensa que se realiza es acorde a fines, queda pendiente el análisis de los relatos del consultante lo cual permitirá inferir de manera más clara cómo las defensas propician el influjo en el terapeuta. Dado el objetivo de este trabajo y los límites propios de la publicación, queda pendiente el reporte y contraste de los dos análisis.

### **Análisis y discusión**

Moreno (2000) reseña el concepto de enactment, tomando en cuenta la intervención de varios analistas en un panel publicado en The Journal Of Clinical Psychoanalysis. Sobre la primera pregunta que se les realizó a los panelistas, asevera Moreno (2000) que el elemento común entre los exponentes es que el enactment es una acción que se sucede en un contexto analítico y que puede estar comandado por uno o ambos participantes. Expone además que, el concepto ha tenido varios matices en su teorización histórica: inicialmente como una repetición en transferencia de un episodio del pasado o de una relación de objeto

arcaica, aunque recientemente se asume como un evento que sucede en interacción. Hay ciertos matices que hacen los expositores, por ejemplo, para Chused, ese fenómeno se despliega cuando el paciente trata de hacer real una fantasía sobre el analista. Reink releva que el enactment puede tener diversos efectos prácticos, en momentos a favor del tratamiento, en otros como obstructor y otros simplemente como eventos inocuos al proceso. Para Chused, hay cierta coincidencia en que este fenómeno es ineludible en la práctica clínica, inclusive asevera que está presente en todo intercambio humano.

Freud (1910) define a la contratransferencia como el "influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconciente" (p. 136). Propuso que se trataba de un elemento ineludible en la relación analítica, y que merece especial atención por parte del psicoterapeuta, en tanto que es un reflejo de sus propios complejos y resistencias; suscitados a partir de la transferencia (Freud, 1910d, citado en Maldavsky, 2015). Maldavsky (2018) señala que algunos enfoques actuales conciben a la contratransferencia como un elemento de la relación terapéutica que puede brindar información sobre el paciente. La contratransferencia influye en el modo de relación que el psicoterapeuta establece, de manera consciente o no, con el paciente. Ello puede adquirir un carácter tanto positivo como negativo. En la relación terapéutica, por el influjo de la contratransferencia, se puede desplegar un *enactment*, que se define como la situación en la que "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). El *enactment* puede ser funcional, es decir, acorde a las metas clínicas, o resistencial (no acorde a las metas clínicas). La contratransferencia posee elementos inconscientes y, por lo tanto, pueden ser no observables. Por otro lado, es posible dar cuenta empíricamente de los *enactments*, pues se despliegan en la interacción entre los interlocutores: su estudio se vuelve posible a través del análisis del discurso. Es bajo esta óptica que el presente trabajo emprendió el análisis aquí presentado.

Asumir que el trabajo psicoterapéutico no es sin extravíos explicitados en el *enactment*, es reconocer que el campo de la intersubjetividad es ineludible, y que, aunque se aspira como ideal a

participar desde la neutralidad o bajo la imagen del muerto<sup>6</sup> propuesto por Lacan (2007), es innegable que por algún lado se expresa la posición subjetiva del terapeuta. Por lo que su estudio y el informe aquí presentado es atinente a la pesquisa sobre el quehacer psicoterapéutico. Si bien, el concepto de *enactment* contratransferencial nace en la experiencia psicoanalítica, recientemente se han llevado a cabo estudios sobre este particular desde varios enfoques. Cuando este fenómeno emerge, se infiere que la alianza de trabajo se ve obstaculizada. Por ejemplo, desde el cognitivismo se reporta que

“un paciente resistente y con un estilo de afrontamiento internalizador se beneficiaría más de un terapeuta poco directivo y dirigido al *insight* [...] los clientes a los que les cuesta establecer una buena relación terapéutica pueden beneficiarse más de técnicas específicas [...] los que han establecido buena alianza con el terapeuta pueden beneficiarse de intervenciones menos técnicas y más exploratorias” (Corbella & Botella, 2003, p. 213).

Por otro lado, Coelho & Figueiredo (2003) y Cornejo (2004) (citados en Molina et al., 2013) asumen que el material resultante del proceso relacional y la experiencia emocional co-creada entre los participantes en el dispositivo psicoterapéutico, se desarrolla mediante dinámicas de intersubjetividad, tales como: “lo compartido, mutualidad y reciprocidad” (Molina et al., 2013, p. 16). Este proceso intersubjetivo, lo definen como “inestable y parcial” (Molina et al., 2013, p.16), ya que se ve aquejado por variaciones de comprensión y acuerdo entre los participantes de la terapia. En concordancia con estos autores, el análisis de nuestra muestra identifica que los entrapes contratransferenciales, si bien se estudian en ocasiones buscando las recurrencias de su aparición, cuando se analizan sesiones completas se evidencia que la estabilidad de la alianza es inestable, por lo que los extravíos se pueden comprender como parte del ejercicio de ensayo y error propio de cualquier hipótesis de trabajo, como se demostró en el análisis de sesión aquí presentado.

---

<sup>6</sup> Se entienda la importancia que tiene esta metáfora a nivel estratégico para Lacan, ya que como refiere en la dialéctica del análisis es importante “cadaverizar su posición...sea por el silencio donde es el Otro... ya sea anulando su propia resistencia allí donde es el otro, con un (a) minúscula” (Lacan, 2007; 405).

Como ya se refería en la presentación del tema de este escrito, los trabajos más sistemáticos, corresponden en Chile a los esfuerzos de Gaete et al. (2019) quienes precisan micro-prácticas conversacionales emergentes en episodios de alianza, en los que se identifican también indicadores genéricos de cambio en tres niveles: entrada, proceso, y salida. La ventaja que tiene el estudio de sesiones de psicoterapia desde el ADL es que tiene dos metodologías que juntas trazan con mucha fineza el análisis del caso como de los intercambios lingüísticos en las sesiones: el ADL- AH y el ADL-R. Estos además están articulados a la teoría psicoanalítica, dando mayor congruencia a la comprensión del fenómeno, mientras que los otros estudios articulan la teoría de los actos del habla con la teoría del cambio subjetivo (Castro et al., 2015), la cual deviene de teorizaciones que provienen de diversos campos disciplinares no propios de la práctica clínica.

En el presente estudio, se tuvo como criterio de análisis detectar los lenguajes y las defensas en los intercambios intersubjetivos mediante el ADL-AH, lo cual permitió identificar los extravíos técnicos del terapeuta y los deseos y defensas no procesadas expresados en los episodios del enactment. Un producto más que se obtuvo al analizar la sesión completa fue identificar además un episodio donde las intervenciones fueron afortunadas. Con ello se coincide con lo dicho arriba, a saber: que el fenómeno es ineludible de la práctica clínica. A lo cual se agrega que no hay logros sin extravíos. Una ganancia colateral de nuestro estudio es que se pudo identificar las singularidades lingüísticas que despliega cada uno de los participantes. Por ejemplo, a nivel de la singularidad discursiva, de manera descriptiva se puede decir que el consultante tiene una forma específica de procesar sus pensamientos en la interacción con el terapeuta. Suele usar las anécdotas como una forma de ilustrar sus creencias de incapacidad y sus afectos de desconfianza y miedo. En el episodio dos, después de comparar entre la idealidad pesimista y la experiencia práctica exitosa (optimista), termina no dándole fianza a la experiencia vivida, sino que da más peso a la voz del destino. Mientras que el terapeuta en el primer episodio, si bien centra el foco de análisis, en el segundo, pareciera que se precipita en hacer nexos tratando de convencer a la consultante de sus

competencias. Este énfasis en la comprensión racional y en la resolución de los enigmas vía un acto práctico, lleva a desestimar un campo de sentido que está en el acto sintomático de repetición del auto descrédito. Y cuando el consultante no acepta sus indicaciones, termina adoptando un personaje dentro de la escena haciendo indicaciones ya no desde la escucha terapéutica sino como representante de alguna imagen de autoridad. Por lo que se concluye en este análisis, que coincide el terapeuta con el consultante, en que sintomatizan a favor de alguna figura identificatoria que en el caso del segundo se revela como el padre, mientras que queda como una interrogante en la historia del terapeuta. Además, técnicamente se conjeturó cierta adhesión a buscar soluciones prácticas dada su falta de experiencia en el campo profesional.

Por otro lado, poniendo en consideración estos patrones de intercambio desde la teoría general, se infiere que cuando la terapeuta intervino tratando de convencer a la consultante de sus aptitudes o bajo imposición de deberes, agudizó la resistencia de la consultante, sosteniéndose así la defensa patógena de represión. Sin embargo, cuando se abrió la terapeuta usando el lenguaje que desdramatiza la ideación obsesiva y acompañó empáticamente con preguntas dubitativas que hicieron las veces de acercamiento cauteloso, provocó la emergencia del sujeto de la enunciación, la consultante bajó la resistencia y pudo asociar el conflicto actual de inseguridad con su vivencia relacional con su padre. En el último episodio analizado aparece éste como fuente de esa voz de desestimación y descrédito de sí. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, si los actos sintomáticos no son enlazados con las fijaciones infantiles, el sujeto no podrá acceder a la vida de satisfacción. Por lo que, en el proceso analítico, satisfacer la demanda de satisfacción como sofocarla, es ser vencido por la resistencia del paciente (Freud, (1989b; 1989c). Es decir, no se trata de desestimar el deseo del paciente, pero tampoco de compensar su inseguridad convenciendo (acto moralizador). Respaldados en la teoría se puede concluir que en el tercer episodio analizado se pudo identificar el cambio de lenguaje del terapeuta, así como los modos de intervención, gestando con ello un

proceso de pensamiento que trae a cuento el recuerdo posibilitando así la elaboración de lo vivido. A continuación, se discute desde otra posición en psicoanálisis el hallazgo de estos resultados.

Miller (2016), desde el psicoanálisis lacaniano, advierte la importancia de las entrevistas preliminares, las cuales permiten calibrar para aceptar o no al paciente, así como para orientar la cura. El objetivo de estas es localizar la posición subjetiva. Para ello advierte que primero se escucha la evaluación con la que llega el consultante; luego, se identifica su deseo explícito y el que está escondido; finalmente, se infiere la localización subjetiva para así acceder al inconsciente. Si bien recomienda identificar estos tres momentos en el inicio del trabajo, reconoce que este proceso se puede dar en sesiones posteriores. Este trabajo se hace mediante la escucha del decir del paciente, que se identifica entre la descripción de los hechos y los dichos. Propone que perseguir la modalización del decir es posibilitar la emergencia del sujeto del inconsciente. Esta teorización es coincidente con los resultados aquí presentados en tanto que es gracias a la localización de la posición subjetiva que la resistencia cede, pues se traza en el discurso una diferencia entre el decir impersonal "soy pendeja" que funciona en el automatismo de sus actos provocando inseguridad y el decir del otro (el padre) quien es la fuente del dicho. Lo valioso de este análisis es la precisión en la identificación de los modos de intervención y los lenguajes usados por el terapeuta para hacer emerger al sujeto del enunciado, accediendo con ello a las vivencias infantiles inconscientes.

Para Miller (2016), el obsesivo aspira afiliarse al discurso del Amo, por lo que trae a cuento su decir para justificar su posición existencial. Esta idea pensada desde la teoría de los lenguajes y las defensas en el caso aquí estudiado coincide con esa aseveración teórica. Ya que la consultante se afianza en el decir del otro (FU), el padre de las vivencias familiares previas y quien suscita los afectos de inseguridad y desconfianza por la desestimación de su quehacer y lugar existencial. Estos afectos son desplazados a vivencias actuales en dilemas aparentemente insulsos, como es cortar el pelo, en donde aparecen los afectos de displacer vivenciados, en ello se identifica el retorno de lo reprimido, por lo que se puede inferir

que el estado de la defensa es patógeno. El análisis del tercer episodio es fundamental para sostener esta interpretación, pues es ahí que la resistencia cede e inicia el acceso a la vivencia inconsciente.

Miller (2016), siguiendo a Freud, sostiene que el contradicho, signado por la negativa es el síntoma propio del obsesivo. Por lo que hay ciertos binomios que entran en juego: "decir y negar; no decir y repetir; decir y confirmar" (p. 49). Asume también con el fundador del psicoanálisis que la negación es indicio de lo inconsciente, proponiendo que el neurótico acepta el deseo previa negación de éste. Poder precisar entre el primer dicho y su acotación, posibilita inferir "en qué sentido el sujeto habla en su propio nombre" (Miller, 2016, p.49). Ilustra con un caso, cómo alguien con neurosis obsesiva, al hacer la demanda de análisis, transita por tres momentos: petición, anulación de la petición y anulación de la anulación. Se trae a cuento esta explicación teórica en tanto que permite pensar discurso del caso analizado. Llama la atención cómo la terapeuta queda desorientada frente a la retórica argumentativa de la consultante. Por ejemplo, en el episodio uno, esta inicia con una incógnita sobre el por qué de su miedo y desconfianza, el cual dirime en su proceso de pensamiento con experiencias pasadas, sancionando que finalmente sí lo hará o sí lo sabe hacer. Luego, cuando es confirmada por el terapeuta en su atrevimiento, contrapone a lo afirmado un relato, apelando a un obstáculo que hace de negación de lo dicho. Este contraste argumentativo, tiene implícito una sanción que produce desconfianza y falta de valentía para realizar la acción de cortar el pelo, pero cuando relata que sí logró realizar el acto, emerge una voz frente a la cual está contrargumentando "no estoy tan pendeja". Así, mientras el consultante va procesando ciertos procesos de comprensión inconsciente, la terapeuta busca el ordenamiento consciente de los hechos buscando soluciones prácticas; de ahí el entrampamiento que se despliega en la segunda secuencia. Sin embargo, cuando la estrategia del terapeuta busca la voz del personaje (el sujeto del enunciado del dicho), a nombre del cual se sanciona tan duramente, la consultante puede darse cuenta a sí misma de esa voz que la habita y de la cual expresa: "no sé cómo sacármela de la cabeza". Así, la causa eficiente de su inseguridad y miedo deviene del campo de lo desplazado hacia la figura que da razón de su pensamiento recurrente y de su fluctuación del sentir



(confianza-desconfianza), abriendo la posibilidad de que advenga como sujeto del enunciado: apropiándose su decir por sobre lo dicho. A la altura de esta entrevista aún no se da este proceso, ya que sólo identifica pasivamente el pensamiento internalizado que la hace padecer. En el estudio más profuso que se está haciendo de las entrevistas será interesante verificar si este campo de tramitación se da o no.

## Referencias

- Arístegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J., Krause, J., Krause, M., Vilches, O., Tomicic, A. & Ramírez, I. Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 277-289.
- Arístegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., de la Parra, G., BenDov, P., Dagnino, P., Echávarri, O. & Valdés, N. (2004). Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 22(2), 131-143.
- Castro, P. J., Krause, M. & Frisancho, S. (2015). Teoría del Cambio Subjetivo: Aportes desde un Estudio Cualitativo con Profesores. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(2), 363–379.
- Corbella, S. & Botella, L.(2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Freud, S. (1989a). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica (1910). O. C. T. XI. Amorrortu.
- Freud, S. (1989b). Sobre la iniciación del tratamiento (1913). O. C. T. XII. Amorrortu.
- Freud, S. (1989c). Recordar, repetir y elaborar (1914). O. C. T. XII. Amorrortu.
- Gaete, J., Arístegui, R. & Krause, M. (2017). Cuatro prácticas conversacionales para propiciar un cambio de foco terapéutico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 220-231.
- Gaete, J., Arístegui, R. & Krause, M. (2019). Clarificar para Otro: Seis Prácticas Conversacionales Generativas de Cambio Terapéutico desde la Teoría del Cambio Subjetivo. *Terapia psicológica*, 37(3), 255-270.
- Goldberg, J. (2018). Propuestas para el estudio del pensar del analista de pacientes púberes. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 22(2), 23-37.
- Maldavsky, D. (2004). Un enfoque sistemático de las investigaciones desde la perspectiva de la subjetividad y la intersubjetividad en psicología y ciencias sociales. *Nómadas*, 21, 219-229.
- Maldavsky, D. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*. Lugar.
- Maldavsky, D. (2013). *ADL. Algoritmo David Liberman. Un Instrumento Para la Evaluacion de los Deseos y las Defensas en Discurso*. Paidós.
- Maldavsky, D. (2015). Investigación empírica con el algoritmo David Liberman de la contratransferencia no declarada: método y aplicaciones. *Investigaciones en Psicología*, 20(3), pp. 61-75.

- Maldavsky, D. (2017a). Investigación empírica de la contra-transferencia con el algoritmo David Liberman (ADL): Operacionalización del concepto, síntesis del método, hallazgos y conclusiones. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 21(2), 132-145.
- Maldavsky, D. (2017b). Investigación empírica del pensamiento preconsciente-consciente del paciente: conceptos y método. *Investigaciones en Psicología*, 22(1), pp. 33-44.
- Maldavsky, D. (2017c). Sobre el establecimiento de la sintonía en la primera sesión y la defensa del paciente. *Summa Psicológica*, 14(2), 35-46.
- Maldavsky, D. (2018). Nuevos aportes al método de investigación del proceso secundario (ADL-PS) y sus fallas en el discurso del paciente: instrumentos, procedimientos, aplicaciones. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 22(1), 65-83.
- Maldavsky, D., Álvarez, L. H., Neves, N. & Stanley, C. (2017). Construcción de la alianza terapéutica durante la sesión: conceptos e instrumento para la investigación empírica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 21(2), 146-161.
- Maldavsky, D., Scilletta, D., Perez Zambón, S., Álvarez, L. H. & Sneiderman, S. (2011). Investigación de los aportes positivos y negativos de paciente y terapeuta a la alianza terapéutica. Un estudio con el algoritmo David Liberman (ADL). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 146-176.
- Miller, J.-A. (2016). *Un esfuerzo de poesía*. Paidós.
- Molina, M. E., Ben-Dov, P., Diez, M. I., Farrán, Á., Rapaport, E. & Tomicic, A. (2013). Vínculo terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(1), 15-26.
- Moreno, E. (2000). A propósito del concepto de "enactment". *Aperturas Psicoanalíticas*, 4(2000).  
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000111>
- Rodriguez, R., Rodríguez, L. & Rodriguez, P. (2021). Antropogénesis de la intersubjetividad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 25(1), 123-148.
- Lacan, J. (2007). *Escritos 1*, México, Siglo XXI, Tercera edición.
- Sánchez, A. & De Santiago, V. (2022). Cambio y estancamiento terapéutico en pacientes con intento suicida desde dos metodologías de análisis de discurso. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 26(2), 58-79.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES

Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos  
ISSN electrónico: 1852-7310  
Vol. 28, Nro. 1 "Investigaciones en Salud Mental y Clínica"  
(Enero-Junio, 2024)  
Fecha de Recepción: 31 de enero del 2024  
Fecha de Aceptación: 16 de abril del 2024

Valdés, N., Krause, M. & Álamo, N. (2011). ¿Qué dicen y cómo lo Dicen?: Análisis de la comunicación verbal de pacientes y terapeutas en episodios de cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 15-28.