

CONCEPCIÓN Y DIRECCIÓN DE LA CURA EN FREUD: ¿CONTINUIDAD O DISCONTINUIDAD A TRAVÉS DE SU OBRA?

M.Sc. Tania Tintorer Silva¹, M.Sc. Celia Zaldivar Odio²

1. *Universidad de Matanzas – Sede “Camilo Cienfuegos”,
Vía Blanca Km.3, Matanzas, Cuba.*
tania.tintorer@umcc.cu

2. *Universidad de Matanzas – Sede “Camilo Cienfuegos”,
Vía Blanca Km.3, Matanzas, Cuba.*
celia.zaldivar@umcc.cu



Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo destacar los diferentes momentos que tuvo la concepción de la cura y el proceso para llevarla a cabo durante el quehacer terapéutico de Sigmund Freud. Se hace un recorrido a través de la producción científica freudiana con el propósito de dilucidar sobre la continuidad técnica de su obra. Se describen las diversas variaciones teóricas desarrolladas por Freud durante su fructífera carrera profesional, que abarcan desde los trabajos con el método catártico hasta el desarrollo del psicoanálisis. Este artículo constituye el primer acertamiento a la labor psicoterapéutica en las diferentes escuelas o corrientes psicológicas, a fin de sistematizar y organizar el conocimiento teórico que permite hacer coherente la práctica clínica que se realice.

Palabras claves: Sigmund Freud; concepción de la cura; proceso psicoterapéutico.

El por qué del trabajo:

¿Por qué el paciente enferma? ¿Qué es lo que cura? ¿Cuál es el camino para llegar a ella? ¿Qué es lo que debe hacer el paciente y qué el terapeuta? Estas son interrogantes que deben formular y responder los psicoterapeutas para garantizar el carácter científico de su práctica clínica, de lo contrario se estaría incurriendo en empirismo, que si bien en ocasiones les ha resultado efectivo a malos terapeutas, echa por tierra la ética profesional.

Este constituye el inicio de un extenso trabajo investigativo que pretende abarcar la mayor cantidad de escuelas y corrientes psicoterapéuticas, con el fin de comprender a qué apunta la práctica clínica de cada una de ellas, e incrementar así los conocimientos para un mejor enfrentamiento a la práctica clínica.

Por ahora, se presentará la revisión de la obra técnica de un autor que es bien conocido por su producción teórica acerca de la concepción, dirección y dinámica de la cura, entre otras cuestiones: Sigmund Freud.

El método catártico:

Los primeros trabajos de Freud como terapeuta los realizó junto a José Breuer, y estuvieron dirigidos, fundamentalmente, hacia la cura de la histeria. Para hablar de qué es lo que cura, primero tenemos que remitirnos a qué es lo que enferma.

A partir del análisis hecho por ambos del caso de Ana O. (a quien Breuer había atendido entre 1880 y 1882) surgió la teoría sobre la patogénesis histérica, tal y como fue expuesta por Freud en *El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*, en 1893. Aquí hace corresponder lo que enferma a la insuficiente descarga por reacción (en actos y palabras) de los afectos correspondientes a sucesos emocionalmente desagradables para el sujeto. Tales afectos aprisionados fueron objeto de una utilización anormal: en parte perduraron como



traumas psíquicos (restos de recuerdos en la memoria y fuentes de continua excitación anímica) y en parte sufrieron transformaciones en inervaciones e inhibiciones somáticas anormales (síntomas físicos). De ahí que la concepción de la cura fuera conseguir la liberación de estos afectos represados, por medio de la elaboración consciente del suceso que les dio origen, a fin de eliminar el síntoma.

En el proceso terapéutico hacia la cura utilizaron el método catártico de Breuer, el cual consistía en hacer que el enfermo centrara su atención directamente sobre la escena traumática que dio lugar a la aparición del síntoma, para hacer que el paciente recordara y produjera tal suceso (catarsis), a fin de liberar el afecto por él provocado. Como lo más frecuente es que sean varios traumas psíquicos los que provoquen el síntoma, la cadena de recuerdos patógenos tiene que ser recordada y reproducida en orden cronológicamente inverso al que ocurrieron. Para lograr este conocimiento de los sucesos patógenos, se sumaría al enfermo en una profunda hipnosis.

La aplicación de la hipnoterapia resultaba ser cómoda para el terapeuta y de pocas molestias para el paciente; pero resultaba, por un lado, que un gran número de enfermos no resultaban hipnotizables y, por otro, que esta técnica adolecía de centrarse en el síntoma en sí mismo, sin variar para nada la posición o actitud del sujeto frente a la producción de este; de manera que a la conclusión del tratamiento podía seguirle una recaída o la aparición de otros síntomas que a su vez serían suprimidos sin garantías de que no aparezcan otros, según describe Freud en *Psicoterapia de la histeria*, de 1895. El frecuente sometimiento a este método hacía que el enfermo corriera el peligro de anular su independencia, creando en él un hábito semejante a las drogas o al alcohol.

Producto de la engorrosa situación que se le presentaba en la aplicación de la hipnosis (cuentan que no poseía buenas dotes para hipnotizar), Freud decidió hacer una variación técnica al método de Breuer: utilizar el método catártico sin hacer uso de la hipnosis. Entonces comenzó a trabajar con sujetos en estado *normal*, aunque utilizaba la sugestión en el punto en que el paciente manifestaba no saber ya más sobre los sucesos traumáticos que debía recordar. Entonces le aseguraba que cuando él le hiciera una ligera presión sobre la frente, surgiría ante su visión interior una imagen, o una ocurrencia en su pensamiento que debía comunicar independientemente de que tuviera la convicción de que no tenía relación alguna con el suceso buscado, y de resultar desagradable para él. Inmediatamente aplicaba la mano sobre la frente del enfermo durante unos segundos y, al retirársela le preguntaba qué era lo que había visto o se le había ocurrido.

Su afiliación a este método respondía a su hipótesis de que el rompimiento de la ignorancia del histérico estaba respaldada por la voluntad misma del sujeto, quien solo tendría que hacer un pequeño esfuerzo para recordar. Pero esta creencia no duró demasiado tiempo, ya que eran muchos los que se oponían a tal conocimiento: en primer lugar, no siempre era un recuerdo olvidado lo que surgía bajo la presión de la mano. De ahí que Freud planteara en su *Psicoterapia de la histeria*, en 1895 lo siguiente: “Los recuerdos realmente patógenos rara vez se encuentran tan próximos a la superficie. Lo que generalmente emerge es una



representación, que constituye un elemento intermedio entre aquella que tomamos como punto de partida y la patógena buscada, o es, a su vez, el punto inicial de una serie de pensamientos y recuerdos, en cuyo otro extremo se encuentra la representación patógena”. (Freud, 1895; p. 147) Y en segundo lugar, aún cuando el paciente comenzaba a colaborar, era muy frecuente que perdiera el hilo que lo conduciría al encuentro de la representación patógena. Este hecho se hacía más regular cuanto más cercanas se encontraban las asociaciones del núcleo patógeno. (Con esto ya no era posible pensar que la colaboración de los pacientes en el tratamiento fuera dependiente de la volición de los mismos).

La técnica de la presión sobre la frente, si bien hacía depender la práctica clínica del umbral de sugestionabilidad del enfermo, y se limitó –al igual que la hipnosis– al tratamiento del síntoma, contribuyó grandemente a la construcción de la teoría freudiana del inconsciente y al establecimiento de la técnica posterior.

El Psicoanálisis:

Este nuevo método psicoterapéutico dejó atrás la sugestión y ya no se limitó a centrarse en el síntoma, sino que estableció como regla fundamental la asociación libre, según la cual el paciente debe manifestar todas las ideas que le vengan a la mente, sin ocuparse en absoluto de ejercer crítica alguna sobre sus ocurrencias, aunque las considere inexactas, sin conexión alguna con la cuestión tratada o faltas de sentido, e incluso, desagradables.

A partir de 1900 (*La interpretación de los sueños*), el fin de la labor terapéutica no era ya volver a los caminos normales los afectos extraviados por una falsa ruta, sino descubrir las represiones (procesos que tenían como función producir olvidos, expulsando los sucesos intolerables para las aspiraciones éticas y estéticas de la personalidad del sujeto, de su conciencia) y suprimirlas mediante un juicio que aceptase o condenase definitivamente lo excluido de tales representaciones; pero ¿cómo se lograba este saber en el paciente?

Un primer momento de la terapia psicoanalítica comprendía que estos contenidos fueran comunicados por el analista al analizado. Este conocimiento sobre lo inconsciente del analizado el terapeuta la lograba a través de su propia actividad inconsciente: dejaba que su atención flotase, sin hacer ninguna reflexión o hipótesis consciente acerca del material que le presentaran las asociaciones del sujeto.

Esta interpretación hecha de esta manera por el terapeuta al paciente, no constituía un medio efectivo para que este último conociese de la existencia de sus representaciones reprimidas, a menos que se la utilizara como sugestión, repitiéndole la información insistentemente. Pero Freud, que trataba por todos los medios de mantener su nuevo método terapéutico lo más alejado posible de las técnicas sugestivas, no tardó en comprender que no bastaba descubrir lo inconsciente del paciente y ponerlo ante su vista. Freud no tardó en darse cuenta de que el conocimiento que tiene este sobre su inconsciente no es el mismo que el que el analista ha llegado a adquirir, y cuando este último se lo



comunica, el enfermo “no lo sustituye al suyo, sino que lo sitúa al lado del mismo”. (Freud, 1916-17; p.2394).

Por esta razón es que Freud señala que para tal comunicación era imprescindible que el enfermo tanteara con sus ocurrencias lo más próximo posible al núcleo reprimido.

Pero, ¿cómo saber cuál es el momento preciso para interpretar? ¿Cuál es la unidad de medición de “lo más próximo posible”? Estas son cuestiones que Freud no esclareció en su obra.

Estas interpretaciones puramente intelectuales formaron parte del análisis solo por un tiempo, pues los resultados demostraron que el fin del análisis debía recorrer un camino más profundo: vencer las resistencias para hacer accesible a la conciencia lo inconsciente (Freud, 1904). Por otra parte, en su obra *Psicoanálisis silvestre*, de 1910 plantea: “Hace ya mucho tiempo que se ha superado la idea, basada en una apariencia puramente superficial, de que el enfermo sufre a consecuencia de una especie de ignorancia, y que cuando se pone fin a la misma, comunicándole determinados datos sobre las relaciones causales de su enfermedad con su vida y sobre sus experiencias infantiles, etc., no tiene más remedio que curar. El factor patógeno no es la ignorancia misma, sino las resistencias internas de las cuales depende, que la han provocado y la hacen perdurar. La labor de la terapia es precisamente combatir estas resistencias. La comunicación de aquello que el enfermo ignora, por haberlo reprimido, no es más que una de las preparaciones necesarias para la terapia. Si el conocimiento de lo inconsciente fuera tan importante como suponen los profanos, los enfermos se curarían solo con leer unos cuantos libros o asistir a algunas conferencias”. (Freud, 1910, p.1573)

En su trabajo *Recuerdo, repetición y elaboración*, de 1914, Freud enfatizó: “El vencimiento de la resistencia se inicia revelando el médico al analizado la existencia y condición de las mismas, ignoradas siempre por el sujeto (...), pero la revelación de la resistencia no puede tener por consecuencia inmediata su desaparición. Ha de dejarse tiempo al enfermo para ahondar en la resistencia, hasta entonces desconocida para él, elaborarla y dominarla, continuado a su pesar, el tratamiento conforme la regla analítica fundamental. Solo al culminar esta labor llegamos a descubrir, en colaboración con el analizado, los instintos reprimidos que alimentaban la resistencia. En todo esto, el médico no tiene que hacer más que esperar y dejar desarrollarse un proceso que no puede ser eludido ni tampoco apresurado”. (Freud, 1914; p.1687-88)

El avance de la técnica analítica ha contribuido al estudio profundo de las resistencias y, con ello, a su diferenciación. Entre los tipos fundamentales, Freud señaló las intelectuales y la resistencia de la transferencia. Entre ambas, la transferencial era absolutamente considerada como la peor. En ella “el analizado no recuerda nada de lo olvidado o reprimido; sino que lo vive de nuevo. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto; lo repite, naturalmente, sin saber que lo repite”. (Freud, 1914, p.1684)



Este criterio de la negatividad de la transferencia al curso hacia la cura pronto se desvaneció cuando se la reconoció como un elemento imprescindible de la misma: “Mientras el sujeto permanece sometido al tratamiento, no se libera de esta compulsión de repetir, y acabamos por comprender que este fenómeno constituye una manera especial de recordar”. (Freud, 1914; p.1685)

A partir de la publicación de *La dinámica de la transferencia* (Freud, 1912) solo fueron consideradas como resistencias las transferencias que evitaban que fluyeran sin interrupción las asociaciones del paciente; encontrándose en este caso la transferencia hostil y la positiva de ideas eróticas reprimidas.

Para la eliminación de esta resistencia de transferencia –al igual que con los otros tipos–, se necesita hacerla consciente, lo cual se logra mostrándole al enfermo “que sus sentimientos no son producto de la situación del momento ni se refieren, en realidad, a la persona del médico, sino que repiten una situación anterior de su vida”. (Freud, 1916-17, p. 2399)

Aquí tampoco Freud deja claro cómo se le muestra tal inadecuación temporal de sus afectos, al paciente. ¿Este es capaz de elaborarlo a partir de las interpretaciones? ¿Cómo saber que una interpretación va a ser efectiva y cuándo hacerla?

Con el abandono del método catártico y la aplicación del psicoanálisis fue la vía que Freud obtuvo para descubrir tales resistencias, ya que la hipnosis no permitía que estas se manifestaran como tal, sino que las reprimía. El paso al psicoanálisis permitió que estas fueran encontradas, lo cual contribuyó a un esclarecimiento de la dinámica del aparato psíquico y, por tanto, a una mejor orientación en el proceso curativo.

Pero la transferencia no es solo una barrera en el análisis, sino que existe también una transferencia positiva referida a sentimientos amistosos o tiernos, susceptible de conciencia y no chocante, que si es bien manejada por el analista, constituye el elemento portador del éxito terapéutico:

“Es innegable que domeñar los fenómenos de la transferencia depara al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar que justamente ellos nos brindan el inaceptable servicio de volver actuales y manifestadas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes”. (Freud, 1912, p.1649) El analista puede hacer un buen uso de esa transferencia a favor de la cura, dejándola actuar y desarrollarse con libertad casi completa con tal de que cumpla la función de “hacer surgir ante nuestros ojos todas las pulsiones patógenas ocultas en la vida anímica del analizado. Cuando el paciente nos brinda la mínima cooperación, consiste en respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos siempre dar a todos los síntomas de la enfermedad una nueva significación basada en la transferencia y sustituir su neurosis vulgar por una neurosis de transferencia, de la cual puede ser curado por la labor terapéutica. La transferencia crea así una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, y a través de esta zona va teniendo efecto la transición de la primera a la segunda. El nuevo estado ha acogido todos los caracteres de la



enfermedad, pero constituye una enfermedad artificial, asequible por todos lados a nuestra labor interventiva (...) De las reacciones repetitivas que surgen en la transferencia parten luego los caminos ya conocidos para la evocación de los recuerdos, los cuales surgen sin esfuerzo aparente una vez vencidas las resistencias”. (Freud, 1914, p.1687)

Para el levantamiento de las resistencias, la persona del terapeuta aprovecha la transferencia para “infundirle la convicción de la falta de adecuación de las represiones desarrolladas en la infancia y la imposibilidad de vivir conforme a las normas del principio del placer”. (Freud, 1918, p. 2457)

Este último planteamiento evoca a la sugestión, de la que tanto Freud se empeñó en separar su técnica analítica. Aunque la sentencia indica la utilización por parte del analista de su figura para ejercer cierta influencia sobre sus pacientes en el análisis, la sugestión directa “encamina contra la manifestación de los síntomas, y constituye un combate entre nuestra autoridad y las razones del estado patológico” (Freud, 1916-17, p.2402), mientras que la sugestión que supone la transferencia solo constituye un elemento del proceso analítico; no la cura en sí; además, no intenta sojuzgar autoritariamente ningún fenómeno psíquico del paciente.

El interesante descubrimiento de la existencia de la transferencia en el análisis nos esclarece grandemente lo que sucede entre el analista y el analizado durante el tratamiento. Pero aún no quedan claras algunas ideas; por ejemplo: ¿por qué la transferencia resulta tan intensa sobre la persona del analista, quien supuestamente se mantiene neutro en la relación? ¿La resolución de la neurosis de transferencia supone que la persona elimine completamente sus imagos infantiles? Si es así, ¿una persona analizada ya no volverá jamás a repetir situaciones y relaciones pretéritas como si fueran actuales? ¿Hasta dónde se hace imprescindible el establecimiento de una transferencia positiva en el análisis si en el tratamiento analítico de las psicosis se obtienen ciertos resultados sin su presencia? ¿Por qué vía se realiza tal intervención terapéutica?

Hasta el momento que se recapitula, el fin de toda la labor terapéutica de Freud lleva una congruente continuidad, donde cada nivel de análisis de la transmutación de lo inconsciente a lo consciente lleva implícito el anterior; variando solo la profundidad en cuanto al modo de acercamiento al inconsciente. Pero, ¿qué significa hacer consciente algo inconsciente? Ello implica, primeramente, que ese contenido inconsciente se transforme en preconscious, o sea, en representaciones verbales. Estas, según Freud, son susceptibles de ser conscientes una vez alcanzada la fuerza necesaria para aflorar a la superficie del aparato anímico. ¿De dónde sale esa fuerza? ¿Lo que ofrece el sujeto como material de la asociación libre son propiamente ideas inconscientes? ¿No pudieran ser contenidos preconscious que no tienen la suficiente fuerza para ser plenamente conscientes?

Hasta el momento, se presenta en la obra freudiana una teoría de la práctica clínica bien coherente en el paso de una concepción a otra, de los métodos para llevar a cabo la cura, manteniéndose constante la idea del fin terapéutico: hacer consciente lo inconsciente. Pero



a partir de los años ´20s hay un viraje marcado en la técnica de Freud; todo como consecuencia de la elaboración de la segunda tópica. En tal caso están sus artículos técnicos *Análisis profano* (1926), *Análisis terminable e interminable* (1937) y *Compendio del psicoanálisis* (1938).

En cuanto a la teoría de la enfermedad Freud plantea: “la neurosis es la consecuencia de un conflicto entre el Yo y el Ello (...) no es este conflicto mismo el que crea la condición de enfermedad (...), sino la circunstancia de haberse servido el Yo para resolver el conflicto de un medio –la represión– totalmente insuficiente, circunstancia debida a que el Yo, en la época en que le fue planteada esta labor, no había llegado a su pleno desarrollo y total potencia”. (Freud, 1926, p. 2923)

De ahí que el fin terapéutico resulte “construir el Yo, libertarlo de sus limitaciones y devolverle su dominio sobre el Ello, perdido a consecuencia de sus pasadas represiones. Este y solo este es el fin del análisis, y toda nuestra técnica se halla orientada hacia él. Hemos de buscar las represiones efectuadas y mover al Yo a corregirlas con nuestra ayuda, resolviendo los conflictos de una forma más adecuada que el intento de fuga” (Freud, 1926, p.2924). Lo mismo ocurre en el *Análisis terminable e interminable*, en el que declara que la labor del analista consiste en reforzar el Yo del paciente para que logre “sustituir por una solución correcta la inadecuada decisión de la primera época de su vida”. (Freud, 1937, p.3342)

Pero, ¿en qué consiste este reforzamiento del Yo? Pues en que el analista aprovecha la transferencia para aliarse al Yo del paciente con el fin de dominar las partes de su Ello que se hallan incontroladas. Para esto el terapeuta hace que se le transfiera la autoridad del Superyó de su analizado, y lo alienta a aceptar la lucha contra cada exigencia del Ello y a vencer las resistencias.

Esta nueva concepción y dirección de la cura basada en la segunda tópica del aparato psíquico tiene como ventaja que se le atribuye al Yo del paciente un papel importante dentro de la cura, pues Freud reconoce que siempre fue el Yo el que mostró el material inconsciente, pues es él quien lo ordena y lo convierte en discurso (todo el material pasa por la elaboración del Yo). Pero otra cosa es lo que ocurre con el Yo del analista: cuando el fin del análisis es declarado como la identificación del paciente con el Yo del analista (Freud, 1938). Este último es el que da el criterio de sanidad, si se parte de la concepción de que el proceso hacia el fin del análisis consiste en apoyarse en la parte sana del Yo para “ayudar” a la parte enferma a adaptarse a la realidad. ¿Acaso aquí el analista está suponiendo que si el paciente viene a verlo es porque el analista puede ayudarlo a adaptarse al medio y que para esto el sujeto tiene que identificarse con un Yo que él presume que esté adaptado? ¿Es bajo esta presunción que el analista ofrece su Yo para que se convierta en ideal del Yo del paciente? ¿Y cómo lo logra? ¿Qué sucedió con la atención flotante del analista con el paso a esta nueva tópica? Esta concepción teórica sobre la terminación del análisis establece crudamente que la identificación del sujeto con el Yo del analista está respaldada por el hecho de que ese Yo es el que lo analiza.



Todas estas interrogantes llevan a plantear que hay algunas cuestiones, en lo que a la cura se refiere, que Freud no dejó claras en su obra, y que existen algunas lagunas en su teoría con el paso de una posición a otra, pero sí lleva a una noción bastante amplia de lo que es la cura en la teoría freudiana. Ya él mismo lo decía en 1909: “las teorías completas no caen llovidas del cielo y hay que desconfiar más justificadamente aún cuando alguien nos presenta, desde los comienzos de sus investigaciones, una teoría sin falla ninguna y bien redondeada”. (Freud, 1909, p. 1561)

Conclusiones.

Como pudo observarse, cada variación del modelo de abordaje de Freud en el curso de la cura constituyó una evolución en la profundidad de sus descubrimientos.

Dentro de la técnica freudiana pueden distinguirse dos grandes momentos en cuanto a la concepción de la cura: el primero desde la utilización del método catártico hasta 1918. En él explica el proceso en función de lo que en 1900 concibió como la primera tópica: hacer consciente lo inconsciente. Y un segundo momento en el que aparece la segunda tópica (a partir de los años 20's), donde el fin del análisis se concibe como fortalecer al Yo para que domine las partes del Ello que se hallan incontroladas.

En cuanto a la técnica utilizada durante el tratamiento, pueden destacarse dos etapas: la prepsicoanalítica, con el uso de la sugestión directa, y la psicoanalítica, con el establecimiento de la asociación libre.

A lo interno de la práctica pre-psicoanalítica se diferencian dos momentos: la utilización de la hipnosis y la presión sobre la frente.

La primera etapa del psicoanálisis se puede subdividir en tres, de acuerdo con los procedimientos utilizados para dar el criterio de fin del análisis: la comunicación al paciente del contenido de su inconsciente, el levantamiento de las resistencias, y la interpretación de la transferencia (cada nueva etapa contienen a la anterior).

Existen muchos postulados respecto a la cura analítica que no son bien explicitados por Freud, impidiendo una comprensión completa y cabal de lo que constituye este proceso. Todo parece indicar que hasta este conocimiento le negó a los profanos, no siendo posible el entendimiento total del proceso terapéutico psicoanalítico mientras si no se ha sido analizado. ¡Buen resguardo técnico!

Bibliografía:

FREUD, S. *El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*, 1893. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.



FREUD, S. *Psicoterapia de la histeria*, 1895. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *El método psicoanalítico de Freud*, 1904. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*, 1909. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Psicoanálisis silvestre*, 1910. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *La dinámica de la transferencia*, 1912. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Recuerdo, repetición y elaboración*, 1914. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Lecciones introductorias al Psicoanálisis*, 1916-17. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Los caminos de la terapia psicoanalítica*, 1918. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Análisis profano*, 1926. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Análisis terminable e interminable*, 1937. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.

FREUD, S. *Compendio del psicoanálisis (parte II)*, 1938. En: Multimedia Obras Completas de Sigmund Freud.

