

## La soledad del psicoterapeuta<sup>1</sup>

**Sandra Buechler, Ph.D.**

*New York, USA*

Aunque el terapeuta no está solo, creo que a menudo nos sentimos solitarios. En esta exposición primero distinguiré el aislamiento de la soledad, tal como yo lo veo. Luego propondré algunas formas de pensar sobre la soledad. Por último, describiré los momentos en los que me he sentido sola como terapeuta y sugeriré algunas formas en las que la posición del terapeuta puede crear soledad, así como algunos de los antídotos contra la soledad que pueden estar disponibles para ambos participantes en el encuentro clínico.

**Palabras clave:** Soledad, Psicoterapeuta, Psicoterapia Psicoanalítica, Psicoanálisis Relacional

Even though the therapist is not alone, I believe we are often lonely. In this talk I will first distinguish aloneness from loneliness, as I see it. Then I will propose some ways of thinking about loneliness. Finally, I will describe times I felt lonely as a therapist, and suggest some ways the therapist's position can create loneliness, and some of the antidotes to loneliness that can be available to both participants in the clinical encounter.

**Key Words:** Loneliness, Psychotherapist, Psychoanalytic Psychotherapist, Relational Psychoanalysis

*English Title: Loneliness of the Psychotherapist*

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Buechler, S. (2023). La soledad del psicoterapeuta. *Clínica e Investigación Relacional*, 17 (2): 411-421. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2023.170206

---

<sup>1</sup> Traducción castellana por Rodolfo Pérez. Trabajo leído por la autora en las IX Jornadas Científicas IPSA-Levante celebradas el 21 de Octubre de 2023 sobre el tema "Los tabúes del psicoterapeuta (Miedos, necesidades y soledad en el terapeuta actual)".

## Aislamiento y soledad

Harry Stack Sullivan dijo que la soledad es muy difícil de comunicar. He aquí sus palabras:

Yo, comparto aparentemente con todos los habitantes del mundo de habla inglesa, el sentirme inadecuado para comunicar una impresión realmente clara de la soledad en su fuerza quinta esencial.

H. S. Sullivan, 1953, pp.260-261

Dado el gran interés de Sullivan por la vida interpersonal, su afirmación resulta especialmente interesante. Aunque consideraba que relacionarse era el núcleo de la supervivencia humana, Sullivan seguía sintiéndose incapaz de comprender y expresar el poder de la soledad. Es muy difícil describir el dolor de la soledad y lo que la diferencia de las experiencias benignas, o incluso satisfactorias, de aislamiento. La soledad es una experiencia de la que los seres humanos no pueden escapar, pero somos incapaces de entender por qué duele tan profundamente. Como analistas, sugiero que estamos en una posición excelente para observar su efecto, tanto en nosotros mismos como en nuestros pacientes.

En su autobiografía, Helene Deutsch definió la soledad como la sensación de ser el único que comprende tu experiencia. Creo que eso capta la esencia de la soledad. Tanto si estás solo como si estás acompañado, puedes sentirte solo si sientes que nadie te entiende. De hecho, en mi propia experiencia, me he sentido más sola cuando no estoy sola, sino con alguien que siento que nunca me entenderá.

En general, muchos han pensado que la soledad implica algún tipo de pérdida dolorosa. Así, por ejemplo, Rollo May (1953, pp. 23-30) escribe sobre la soledad como una respuesta a un sentido del yo amenazado. Dado que necesitamos las relaciones humanas para orientarnos y conocernos a nosotros mismos, el aislamiento interminable supone una amenaza para el sentimiento de cohesión del yo. Fromm Reichmann (1959) da un enfoque diferente a la pérdida que supone la soledad. Sus escritos enfatizan la falta de esperanza de conexión humana en la persona profundamente sola. Se centra en la importancia de la esperanza de futuras interacciones y en el significado subjetivo de la soledad para explicar su efecto. Explora posibles antídotos contra la soledad, como el sentimiento de que la soledad tiene un propósito, que está, por ejemplo, al servicio de una causa. También sugiere que la estimulación mental puede aliviar en cierta medida el sentimiento. Así, para Fromm-Reichmann, la soledad más profunda implicaría la

pérdida de esperanza, propósito y estimulación. Ésta es la soledad que mejor conozco. Es un sentimiento doloroso que conlleva la sensación de su permanencia.

Con quién estamos cuando estamos solos afecta enormemente a la calidad de la experiencia. Si podemos acceder a objetos internos fundamentalmente buenos, si tenemos acceso a juegos curiosos, si la soledad es, en cierto sentido, deseada, y si no se siente permanente, el aislamiento puede ser un telón de fondo para una experiencia propia intensamente positiva.

Desde el punto de vista clínico, creo que todos nos hemos encontrado con una soledad agobiante y desesperada en algunos de nuestros pacientes. Por ejemplo, una paciente, desesperada por recibir atención de su marido, prefiere enzarzarse con él en una discusión desagradable que soportar su silencio. Pero esto hace que ambos sean profundamente infelices. Otra bromea y coquetea con otros hombres, utilizando la provocación sexual para perturbar la quietud.

O está la soledad casi insoportable de algunos adolescentes, que se sienten inferiores a sus compañeros socialmente más competentes. "Nunca le gustaré a nadie", gritan. Nada les tranquiliza, porque sienten que su soledad es merecida, y su estado propio, verdadero.

El trabajo de Winnicott sobre la capacidad de estar solo (1965) nos presenta una imagen de la situación del individuo más afortunado (p.32).

La relación del individuo con sus objetos internos, junto con la confianza respecto a las relaciones internas, proporciona por sí misma una suficiencia en la vida, de modo que temporalmente puede estar satisfecho, incluso en ausencia de objetos y estímulos externos.

Hasta cierto punto, el acceso al juego curioso puede mitigar el potencial aguijón de la soledad. En un artículo sobre la soledad en el psicoanálisis (Buechler, 1998) sugerí que la soledad tanto del paciente como del analista puede ser modulada por la curiosidad. Ambos juegan con ideas, en la presencia (esperemos que no intrusiva) del otro. Su mayor curiosidad equilibra algunos de los posibles sentimientos negativos que puede evocar el tratamiento.

¿Hasta qué punto es inevitable la soledad en el tratamiento, tanto para el paciente como para el analista? ¿Es un aspecto inherente a la condición humana? ¿El precio de evitar la soledad es arriesgarse a un encuentro inauténtico? Creo que nuestro error más frecuente, en relación con la soledad en el tratamiento, es no registrarla. Creo que estamos tan poco dispuestos a ver nuestra propia soledad como a darnos cuenta de la

del paciente. Puede que estemos alerta ante la presencia de dolor, pero a menudo lo llamamos de otra manera. Nos vemos a nosotros mismos cansados, ansiosos o, tal vez, agotados. No siempre reconocemos que, por ejemplo, nuestra postura inusualmente activa con algunos pacientes puede ser producto de nuestra propia soledad, más que el resultado de una estrategia terapéutica meditada.

Fuimos alertados de nuestras propias dificultades para reconocer nuestra soledad por Fromm-Reichmann (1959, p. 329) en su poético artículo publicado póstumamente.

El problema específico del psiquiatra en el tratamiento de pacientes solitarios parece ser que tiene que estar alerta y reconocer los rastros de su propia soledad o miedo a la soledad, no sea que interfiera con su aceptación sin miedo de las manifestaciones de la soledad del paciente. Esto es cierto, por ejemplo, cuando el psiquiatra, por mucho que se esfuerce, no puede comprender el significado de una comunicación psicótica. Entonces puede sentirse excluido de una experiencia "nosotros" con su paciente; y esta exclusión puede evocar una sensación de soledad o miedo a la soledad en el médico, lo que le produce ansiedad.

Creo que, al menos para algunos, la soledad permanente provoca una ansiedad claustrofóbica muy primitiva. Pensar en ella evoca el mismo terror a quedar atrapado que los escritores de ciencia ficción explotan con tanta facilidad. Del mismo modo, la soledad dolorosa puede extenderse infinitamente, como un mar sin medida.

### **Mi soledad como clínico**

No recuerdo que nadie en mi formación analítica me advirtiera sobre el potencial de soledad de la profesión. Tal vez en parte porque nunca estamos solos, el dolor de la soledad no se enfatiza como un peligro de la práctica analítica. Sin embargo, he llegado a considerarlo uno de los mayores peligros a los que nos enfrentamos y, probablemente, la mayor causa de agotamiento. Aunque nunca he suscrito la idea de que nuestro trabajo sea "imposible", sí pienso que es una profesión solitaria.

Una de las razones es que las pérdidas que se producen con regularidad suelen parecer permanentes. Brevemente, sugiero que con frecuencia nos sentimos atrapados en alguno, o en todos, los siguientes sentimientos.

Una de las razones es que las pérdidas que se producen con regularidad suelen parecer permanentes. Brevemente, sugiero que con frecuencia nos sentimos atrapados en alguno, o en todos, los siguientes sentimientos.

1. El paciente nunca entenderá lo que realmente intento hacer por él. Nunca reconocerá mis buenas intenciones. Siempre estaré solo con mi propio conocimiento de lo que estoy intentando en su nombre.

2. Este paciente siempre querrá que yo sea alguien que no puedo llegar a ser, y yo siempre sentiré lo mismo hacia él. Pasaremos el tiempo, infinitamente decepcionados, el uno del otro, intentando siempre conseguir la sangre que la piedra no puede dar.

3. Siempre temeré sus sesiones porque al entrar en la habitación mi cabeza zumba con todos mis antiguos supervisores diciéndome que estoy haciendo un mal trabajo con este paciente. Dicen que mi contratransferencia es demasiado intensa, que mis interpretaciones son incorrectas, que mi timing es poco empático y que estoy violando los principios de la técnica analítica.

4. Me aburro. Me siento somnolienta con este paciente, aunque estoy perfectamente despierta antes y después de su sesión. Pero con él mi mente se queda en blanco. Mientras espera una respuesta, intento pensar en algo. Ninguna teoría, no se me ocurre nada coherente, y los cuarenta y cinco minutos se alargan interminablemente.

5. Soy un fraude. Lo que hago no tiene ningún sentido para mí, ningún propósito, pero tengo que seguir cumpliendo con mi deber. Nunca podré conocer plenamente al paciente porque siempre tendré que ocultar estos sentimientos, no sea que el paciente se dé cuenta de ellos y abandone el tratamiento.

6. En mi esfuerzo por mantener la neutralidad analítica he perdido el contacto con todas mis propias pasiones. Me siento vacía y muerta.

7. Al atender selectivamente al paciente, y alejarme de mis propias preocupaciones, a menudo he pagado un alto precio por mi esfuerzo de ser desinteresada. Preocupaciones personales, malestares físicos, sentimientos no reconocidos siguen ocurriendo pero son reprimidos, haciéndolos a veces poderosamente evidentes para mí. Temiendo ser arrastrada por su intensidad, siento que no tengo más remedio que esconderme, esperando, deseando que pase la tormenta. Al esconderme, siempre estaré sola.

Por eso sugiero que nuestra profesión nos coloca a menudo en una posición singularmente solitaria, aunque rara vez en soledad. A menudo somos los únicos que sabemos lo que sabemos. No podemos compartir nuestra perspectiva con nadie, a veces por razones de confidencialidad, a veces por nuestra propia autoprotección. Este

aislamiento puede parecer permanente. Nuestra atención se centra en otra persona, por lo que hemos perdido el centro que puede proporcionarnos un lastre reconfortante. A veces, ni siquiera tenemos a nosotros mismos a quien recurrir, ya que, con este paciente, no nos sentimos nosotros mismos. Vicariamente podemos estar experimentando un trauma, pero puede que no seamos capaces de darnos ningún intervalo decente para recuperarnos, ya que suena el timbre de la siguiente cita y, como un buen sujeto pavloviano, respondemos.

Un hombre de negocios de éxito, de unos cincuenta años, acude a una consulta. Le gustaría recibir ayuda con su mujer, que parece infeliz pero no se plantea un tratamiento. Últimamente también tiene problemas con un socio con el que comparte los beneficios, pero con el que no comparte el trabajo. A veces se resiente, pero no quiere que se produzca una gran explosión. No cree que realmente necesite "terapia seria". Sólo le gustaría gestionar mejor las cosas. ¿Hay algo que pueda leer?

Mientras escucho a este hombre me siento mucho más sola de lo que me sentiría si estuviera a solas. No es que me caiga mal. Creo que es una persona perfectamente decente que, en otras circunstancias, podría ser mi amigo. Es un padre responsable con hijos adultos, un "pilar de la sociedad" que contribuye a obras de caridad y ayuda a su vecino cuando puede. Me gustaría mucho ayudarlo. Y, sin embargo, nos siento como mundos separados, océanos aparte, sin un lenguaje común, aunque parezcamos de la misma cultura. Me siento inalterablemente sola con mis propios pensamientos.

Así que me siento en la encrucijada. Por un lado está este desconocido, que me pide algunos consejos sobre cómo arreglar mejor las cosas interpersonalmente. Quiere una terapia light. No está interesado en desmembrar su estructura psíquica.

Pero sentados sobre mi hombro hay muchos antiguos supervisores, profesores, analistas míos. Me dicen que sería hipócrita parecer que sigo su agenda. Me preguntan si estoy tan mal de dinero como para tener que venderme de esta manera.

Y otra voz más se une al parloteo. Empiezo a preguntarme qué le pasaría a este hombre si le convenciera, de alguna manera, para que se sometiera a un tratamiento que afrontara su estructura de carácter. ¿Y si entrara en contacto con tremendas necesidades insatisfechas y dejara de funcionar tan superficialmente? ¿Cuántas vidas se verían alteradas, quizá de forma permanente, si no pudiéramos conseguir que el "Humpty Dumpty" volviera a su sitio? ¿Qué derecho tengo a tomar ese tipo de decisiones por otro ser humano? Sin embargo, ¿cómo puedo contar con su colaboración en este momento, cuando su forma de pensar sobre el problema y la mía están tan alejadas?

No es de extrañar que me sienta sola. Estoy sola, probablemente de forma permanente, con lo que siento que sé, y con la sensación de que mis intenciones son honorables, aunque esté confusa sobre qué hacer. Ni siquiera me tengo a mí misma conmigo, ya que no me siento mi yo habitual (algo más lúcida). Los objetos críticos internos me atacan y me siento indefensa. Tengo la tentación de pasar la consulta sin más, diciendo cosas sin sentido pero razonables. Pero entonces me doy cuenta de que eso sería sucumbir a mis propios aspectos esquizoides. Estaría actuando como una gestora interpersonal, ¡en lugar de liberar al paciente de este estilo de afrontamiento compulsivo!

Me siento sola porque no tengo mi habitual sentido del propósito y convicción, así que no me siento yo. Me he perdido a mí misma, así como cualquier esperanza de comprometer a este hombre como paciente. No tengo la buena opinión de mis supervisores (internos). Mi aislamiento parece permanente, ya que no veo forma de salir de él. No puedo justificar el rechazo del paciente, que sólo pide ayuda en términos que él puede entender. Sin embargo, estoy de acuerdo con las conclusiones de la conferencia (interna) sobre el caso. No puedo ofrecerle "sugerencias" que eludan la cuestión de su estructura de carácter. ¿Y si pospongo todo el asunto y trabajo para "comprometerle" en el tratamiento? Tal vez pueda convencerme de que esto es adecuado desde el punto de vista terapéutico. Pero, en el fondo de mi corazón, seguiré sintiendo que lo estoy seduciendo, aparentando seguir su agenda, pero planeando tratar de convencerlo para que se inscriba en un tratamiento "real". Ahora siento que estoy traicionando a todo el mundo, incluido el paciente, mi formación y a mí misma. No hay mayor soledad, diría yo, que tener una mala opinión de uno mismo.

### **El analista solitario actúa**

Una de las razones por las que somos capaces de ignorar nuestra propia soledad es lo hábil que es para disfrazarse. A veces adopta la forma de un nivel de actividad inusualmente alto. Sentimos que este paciente "necesita" más de nosotros, por lo que interpretamos con frecuencia. O podemos proyectar nuestra propia soledad en el paciente, viéndole aislado y necesitado de conexión. Nos vemos a nosotros mismos ayudando a que el paciente se sienta más cómodo interpersonalmente. De este modo, racionalizamos un comportamiento del que no nos damos cuenta, que proviene, al menos en parte, de nuestra propia soledad en busca de atención.

Otros signos de soledad analítica pueden incluir el uso excesivo de jerga con el paciente. El analista solitario puede querer inconscientemente relacionarse con el

paciente como un colega profesional. A veces la soledad nos lleva a enfatizar demasiado las semejanzas del paciente con nosotros mismos. Prestamos una atención selectiva a las diferencias, para que el paciente no se sienta como un extraño.

Tal vez sea aún más común que el analista que sufre de soledad se muestre impaciente hacia el carácter del paciente, como si éste fuera un obstáculo que los mantiene separados.

Un ejemplo es un supervisado, que se encontró inusualmente activo al trabajar con el sueño de un paciente deprimido. Interpretación tras interpretación, todas apenas consiguiendo la silenciosa atención del paciente. Pregunté para quién eran las interpretaciones, sugiriendo un poco juguetonamente que cuando hacemos un regalo solemos pensar en lo que quiere el destinatario, más que en lo que nosotros queremos dar. Tal vez el juego fuera mi intento de mitigar la soledad tanto en el supervisado como en mí misma. El paciente empobrecido y deprimido puede haber evocado el potencial de soledad que cada uno de nosotros lleva consigo, incluso cuando va a trabajar.

Probablemente cada uno de nosotros tiene limitaciones personales en su capacidad para conocer verdaderamente a otras personas. No conozco otra advertencia tan sucinta como la de Rilke (1934, pp. 23-24).

Porque en el fondo, y justo en las cosas más profundas e importantes, estamos indeciblemente solos, y para que una persona pueda aconsejar o incluso ayudar, es preciso que sucedan muchas cosas, que todo vaya bien, que toda una constelación de cosas deben salir bien para tener éxito.

El tratamiento nos exige estar emocionalmente vivos y receptivos muchas horas al día. Puede que el último paciente se haya llevado todo lo que teníamos para dar, justo cuando llega el siguiente. Estamos en bancarrota, pero puede que sintamos que no podemos anunciar que no tenemos nada que dar hoy. Se supone que debemos estar emocionalmente disponibles para la siguiente persona cuando suene el timbre. Resulta inaceptable decir que se nos ha acabado la compasión o que estamos demasiado agotados para responder a más traumas por hoy. Sin embargo, nuestros recursos emocionales, como los de cualquier otra persona, tienen un límite.

Ante la falta de pasión, por la razón que sea, el analista puede intentar "superar" la sesión. Esto puede resultar especialmente desalentador para ambos participantes. En una relación que se supone íntima, no hay nada más agotador que pasar por el aro. Esas horas pueden ser la sentencia de muerte del tratamiento. La desilusión resultante puede ser muy difícil o incluso imposible de reparar. Sugiero que la avidez es imposible de fingir.



Si el analista no manifiesta cierta pasión por el trabajo, y trata de deslizarse a través de los cuarenta y cinco minutos mecánicamente ambas personas lo saben, y la "expectativa de beneficio" que Sullivan (1954) consideraba esencial para el tratamiento, será insuficiente. En esta situación, sin una conexión sincera, es probable que ambos participantes se sientan dolorosamente solos.

## **Antídotos contra la soledad para el paciente y el analista**

### *Colaboración analítica*

El análisis puede ser un encuentro verdaderamente vivo entre dos personas emocionalmente presentes y receptivas. Puede haber momentos emocionantes. Otros momentos pueden inquietarnos, aterrorizarnos, enfurecernos, conmovernos. Considero que la relación posible en el tratamiento es similar a la poesía en su destilada plenitud. Todo el potencial de sentimientos del ser humano puede estar intensamente presente. Nuestra condición humana se manifiesta en estado puro, en este abrazo absurdamente limitado y gloriosamente ilimitado.

Juntos, siento que el analista y el paciente crean una relación de colaboración al estar dispuestos a aportar todo lo valioso que puedan dar, al servicio de su trabajo. Si tengo una idea, si puedo hacer que la hora sea más conveniente cuando el paciente tiene poco tiempo, si puedo dedicar algo de tiempo a estudiar la historia del paciente, o un concepto teórico potencialmente útil, creo que hacer estos esfuerzos puede animar al paciente a participar plenamente. Estoy comunicando que merece la pena esforzarse por el interés del trabajo. Estoy diciendo que importa a través de mis acciones, más que con palabras que pueden no ser muy convincentes. Una forma en que he entendido la esperanza en ambos participantes en el tratamiento (Buechler, (1995, 2002, 2004) es que es un producto del autoconocimiento. Si sé que haré todo lo que pueda para ayudar a un paciente, tengo motivos para estar esperanzada con el tratamiento.

Dos aspectos concretos de esta colaboración son la voluntad de esforzarse y el sentido del propósito. Cada uno de ellos desempeña un papel crucial en el proceso de forjar una relación terapéutica. La dedicación al trabajo no debe ser un principio abstracto, sino un valor manifestado con pasión. La voluntad de esforzarse se manifiesta en el empeño que ponemos en comprender lo que dice el paciente. ¿Estamos dispuestos a admitir que nos hemos distraído y a pedir al paciente que repita lo que ha dicho? ¿Dedicamos tiempo y atención a conocer la historia de la paciente, a comprender sus antecedentes culturales cuando difieren de los nuestros? ¿Nos esforzamos por utilizar

los sueños? ¿Nos esforzamos por ser conscientes de la contratransferencia y revelamos lo que creemos que puede favorecer el tratamiento, nos haga parecer competentes o no? ¿Qué hacemos cuando hay que elegir a quién herir en el ego? Por ejemplo, si hay un malentendido sobre los horarios, ¿qué asumimos? La disposición a ser un "tonto por amor" (Buechler, 2004, págs. 58-60) es una de las bondades más esenciales que podemos ofrecer en terapia. Adoptamos una postura sobre lo que cuenta en el tratamiento y, de forma más general, en la vida, cuando exponemos voluntariamente nuestras propias limitaciones intelectuales y emocionales. Más que cualquier otra cosa, creo que esta voluntad anima al paciente a preocuparse menos por su aspecto y a invertir más en conocerse a sí mismo y en ser plenamente conocido.

Distingo el sentido del propósito de cualquier objetivo de tratamiento concreto. Es una textura que impregna el trabajo (Buechler, 2004, pp. 85-101). A través de cómo se enfoca, más que de cualquier otra manera, el analista expresa sus expectativas sobre el tratamiento. Un sentido de propósito significa para mí que este trabajo es tremendamente importante, que puede cambiar la forma en que se llevan dos vidas. Mejorar la calidad de una vida vale cualquier cantidad de trabajo. La vida es finita, preciosa, demasiado rica en potencial para desperdiciarla. El tratamiento puede ayudarnos a saborearla. Para mí tiene mucho sentido que la palabra "sabiduría" derive de "sapere" (en latín, gustar, tener gusto, ser sabio: sage, sapid, sapient, sapor, savant, savor, savvy. American Heritage Dictionary, 1969, p. 1537). Al igual que un gourmet aprecia los detalles con matices, el sabio saborea la vida. Incluso el dolor, si se siente con agudeza, nos dice que estamos vívidamente vivos. Un tratamiento que ayuda a las personas a saborear la vida tiene un propósito intrínsecamente valioso. Y, como Frieda Fromm-Reichmann sugirió hace tiempo, el propósito es un gran antídoto contra la soledad. Más que ninguna otra cosa, el propósito es lo que me motivó, fortaleció y acompañó en muchos de mis encuentros clínicos.

## REFERENCIAS (de los principales trabajos de S. Buechler)

- Buechler, S. (2012). *Still practicing. The heartaches and joys of a clinical career*. New York: Routledge
- Buechler, S. (2013). El psicoanálisis interpersonal, tal como yo lo veo. Cap. 12 (pp. 497-542) en A. Ávila Espada (Ed). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Buechler, S. (2015). Alegría, vergüenza, arrepentimiento y tristeza en el Tratamiento Psicoanalítico. *Clínica e Investigación Relacional*, Vol. 9 (2).

- Buechler, S. (2015). Desarrollando mi enfoque terapéutico personal. *Clínica e Investigación Relacional*, Vol. 9 (2).
- Buechler, S. (2015). *Marcando la diferencia en las vidas de los pacientes. Experiencia emocional en el ámbito terapéutico*. Madrid: Ágora Relacional. [V. original: *Making a difference in patients' lives*. New York: Routledge, 2008]
- Buechler, S. (2017). Inspirada por Erich Fromm. En *Hacia Una Ciencia Humana: La Relevancia de Erich Fromm en La Actualidad*. ed. Rainer Funk & Neil McLaughlin, Mexico: Demac, 2017, pp. 187-200.
- Buechler, S. (2018). *Psychoanalytic Reflections. Training and Practice*. Astoria, NY: IP Books.
- Buechler, S. (2018). *Valores de la Clínica. Emociones que Guían el Tratamiento Psicoanalítico*. Madrid: Ágora Relacional [V. original: *Clinical values: Emotions that guide psychoanalytic treatment*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 2004]
- Buechler, S. (2019). Comprender y tratar a los pacientes en el psicoanálisis clínico: Lecciones desde la literatura. Madrid, Ágora Relacional. (V. original: *Understanding and Treating Patients in Clinical Psychoanalysis. Lessons from Literature*. New York: Routledge, 2015)
- Buechler, S. (2019). *Psychoanalytic approaches to problems in living*. New York: Routledge.
- Buechler, S. (2021). *Poetic Dialogues*. Astoria, NY: IP Books.
- Buechler, S. y Ávila, A. (2013). La formación y la supervisión desde la perspectiva interpersonal y sociocultural. Cap. 13 (pp. 543-594) en A. Ávila Espada (Ed). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.

Original recibido con fecha: 10/9/2023

Revisado: 6/10/2023

Aceptado: 30/10/2023