

# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

# 45



## INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

*Duhalde / Fernández Álvarez / García  
Hagelin / Hirsch / Huerin / Lardini  
Leibovich de Duarte / Roussos / Rutzstein  
Torricelli / Zukerfeld*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XII - Nº 45 Setiembre - Octubre - Noviembre 2001

Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**

#### Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Baremlit (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), F. Caroli (París), M. Cetcovich Bakmas (Bs. As.), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (S. Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. Heerlein (Sgo. de Chile), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), F. Lolás Stepke (Sgo. de Chile), H. Lôo (París), J. Mari (S. Pablo), M. A. Matterazzi (Bs. As.), J. Mendlewicz (Bruselas), A. Monchablon Espinoza (Bs. As.), R. Montenegro (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), E. Probst (Montevideo), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), S. Resnik (París), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), L. Salvarezza (Bs. As.), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), T. Tremine (París), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

#### Comité Editorial

Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Aníbal Goldchluck, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Daniel Matusevich, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Silvia Wikinski.

#### Corresponsales

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); J. Faccioli (Hosp. Italiano); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); E. Matta (Bahía Blanca); L. Milano (Hosp. J. Fernández); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldobsky (La Plata). **CORDOBA:** J. L. Fitó, H. López, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** G. Bazán. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

#### Corresponsales en el Exterior

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

#### Informes y correspondencia:

**VERTEX**, Moreno 1785, 5° piso  
(1093), Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 – 54(11)4382-4181  
E-mail: editorial@polemos.com.ar  
www.editorialpolemos.com.ar

#### En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,  
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22  
Fax.: (33-1) 43.43.24.64  
E-mail: wintreb@easynet.fr

Diseño  
Coordinación y Corrección  
Mabel Penette

Composición y Armado:  
Omega Laser Gráfica  
Moreno 1785, 5° piso  
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:  
Adagraf Impresora  
Salmún Feijó 1035 (1274) Ciudad de Bs. As.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nº 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XI Nº 45, SETIEMBRE – OCTUBRE – NOVIEMBRE 2001

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

\* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

## SUMARIO

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Comorbilidad Psiquiátrica en Poblaciones Clínicas con Síndrome de Gilles de la Tourette, M. B. Moyano pág. **165**

### DOSSIER

#### INVESTIGACIONES EN PSICOTERAPIA

- Investigación empírica en Psicoterapia en la Argentina. Panorama actual, métodos y problemas, A. J. Roussos pág. **179**
- Investigación empírica en psicoterapia, A. Hagelin pág. **188**
- Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis, A. Leibovich de Duarte, C. Duhalde, V. Huerin, G. Rutzstein, F. Torricelli pág. **194**
- Investigación en psicoterapia: un puente entre teoría y clínica, F. S. García, H. Fernández Alvarez pág. **204**
- Alianza terapéutica y encuadre analítico. Investigación empírica del proceso y sus resultados, R. Zukerfeld pág. **211**
- Resultados en psicoterapia: ¿qué opinan nuestros consultantes?, H. Hirsch, A. Lardani pág. **221**

#### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Estado actual de la psicoterapia en la Argentina, por R. Horacio Etchegoyen pág. **226**

#### CIVERTEX

pág. **238**

#### SEÑALES

- "Señales" pág. **239**
- "Lecturas" pág. **240**

*Ilustración de tapa*  
*"Mujer I"*  
*Maria Ines Walter, 1981*  
*oleo sobre tela, 50 x 60 cm.*

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una revista científica de aparición trimestral, en marzo, junio, setiembre y diciembre de cada año, con dos Suplementos anuales, indizada en el acopio bibliográfico "Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud" LILACS y MEDLINE.

**EDITORIAL****U**

na de las ventajas tradicionales que presentó nuestro país desde hace décadas ha sido el nivel cognitivo, el grado de alfabetización y el gran número de sus habitantes con formación secundaria y terciaria. Pero, más allá de los logros académicos alcanzados, ese estándar de capital intelectual se vio también reflejado en las capacidades de nuestros técnicos y obreros especializados. Sin ningún lugar a duda, en un mundo que privilegia de más en más la acumulación de inteligencia y la capacitación técnica y científica de sus recursos humanos, aquel país que las descuida hipoteca su futuro. Como psiquiatras, ocupados en el desarrollo normal y armónico de la persona, no podemos menos que alarmarnos ante ciertos datos que se han dado a conocer últimamente. En efecto, según una reciente investigación sobre capacidades cognitivas efectuada por la Unidad de Neurobiología Aplicada del CEMIC-CONICET, el coeficiente intelectual de los chicos pobres es un 20% inferior al de los de clase acomodada (92 y 110 respectivamente) y la pertenencia a hogares pobres se asocia con una deficiencia en los mecanismos cognitivos. El estudio incluyó a 300 niños de 6 a 14 meses de edad y 200 de 3, 4 y 5 años de la ciudad de Buenos Aires y del conurbano, la mitad de los cuales provenía de hogares con capacidades básicas insatisfechas. Los datos adquieren una gravedad aún mayor si se tiene en cuenta que las estadísticas oficiales arrojan para la Capital Federal y el Gran Buenos Aires una cifra de 4.000.000 de personas pobres lo cual representa el 31,5% de los habitantes de esa región, una de las menos desfavorecidas del país. Es de imaginar el panorama en las que están más azotadas por la desocupación y la crisis económico-social. Infinidad de trabajos locales e internacionales han demostrado los efectos devastadores de la alimentación insuficiente sobre el desempeño intelectual y mental en general. Ya sea debido a los déficits nutricionales crónicos durante el desarrollo, que producen un daño irreversible en las estructuras neurales, como por la imposibilidad de aprovechamiento del aprendizaje que tiene un alumno con hambre, nuestros chicos pobres están en las peores condiciones para prestar atención y aprender y progresar en sus tareas escolares. Súmese a esto el alto nivel de repitencia y deserción escolar, también generado por razones económicas y desorganización familiar, y el panorama se vuelve más sombrío. El discernimiento y las capacidades mentales y cognitivas no solamente permiten crear y producir para la comunidad, también están en la base de la posibilidad de pensar, autodeterminarse y por esa vía participar democráticamente en la vida política de un país. Como médicos y especialistas de la Salud Mental (la de los adultos y la de los niños, futuros adultos) estamos particularmente preocupados por este grave problema y por su prevención ■

**J. C. Stagnaro – D. Wintrebert**

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, Y de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página, tipografía Arial, cuerpo 12, en caso de utilizar procesador de texto.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del

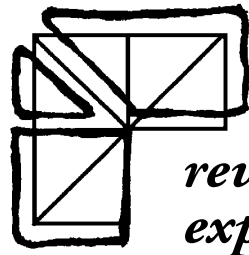
trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:

Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).

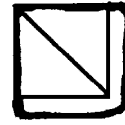
Bibliografía: 1. Adams, J., ...

4. De López, P., ...

- a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
- b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) Los artículos para la sección "Cartas de lectores y comunicaciones breves" consistirán en presentaciones de caso/s, efectos poco frecuentes de drogas, comentarios sobre artículos ya publicados o sobre temas de interés de la especialidad, etc. Deberán ser breves y concisos, evitando información complementaria. Con una extensión máxima de 2 páginas, con las características de edición del punto 2) y una breve bibliografía complementaria, según el punto 3). Salvo extrema necesidad y a criterio del Comité Editorial se podrán incluir tablas o ilustraciones.
- 7) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 8) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 9) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 10) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.



revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias



# Comorbilidad Psiquiátrica en Poblaciones Clínicas con Síndrome de Gilles de la Tourette

**María Beatriz Moyano**

*Médica Especialista en Psiquiatría. Coordinadora del Equipo Multidisciplinario de Investigación Clínica del Trastorno de Tourette.*

*Servicio de Psiquiatría. Centro Neurológico. Hospital Francés de Buenos Aires.*

*Colaboradora Docente en la UDH del Servicio de Psiquiatría del Hospital Francés en Buenos Aires.*

*Ugarteche 2842. PB"2".(1425) Buenos Aires. Argentina. Capital Tel: 48047732. beatrizm@fibertel.com.ar*

## Introducción

El Síndrome de Gilles de la Tourette o Trastorno de Tourette (TT) es una afección de prevalencia significativa subdiagnosticada por su falta de difusión en la comunidad médica y por factores culturales e históricos que tienden a atribuir, aún hoy, erróneamente los tics a exclusivos factores psicogénéticos o madurativos(20). *Se caracteriza por la irrupción en edad infantojuvenil de tics motores (movimien-*

*tos repetitivos, gestos) y fónicos (emisión de sonidos, ruidos o palabras) típicamente variables y fluctuantes que tienden a persistir en el tiempo por un período mayor de 1 año(2). Característicamente los tics van cambiando de tipo y localización dejando paso unos a otros y fluctuando en intensidad a lo largo del tiempo. Los tics pueden ser supresibles por breves períodos de tiempo por lo cual pueden pasar desapercibidos en evaluaciones clínica de rutina, presentándose además en oleadas de exacerbaciones y remisiones. Am-*

---

## Resumen

Clásicamente concebido como una rara afección, esencialmente neurológica, los pacientes con Trastorno de Tourette (TT) suelen asociar con frecuencia alteraciones psicopatológicas como el déficit de atención, el trastorno obsesivo compulsivo y problemas en el control de impulsos, que son capaces de producirles mayor deterioro en su calidad de vida que los tics en sí mismos. Su falta de difusión en la comunidad médica y la errónea atribución de sus tics persistentes a exclusivos factores psicogénéticos favorecen en nuestro medio su subdiagnóstico, a pesar de que los estudios epidemiológicos demuestran su prevalencia significativa especialmente en población infantojuvenil. A partir de su experiencia como investigadora clínica, la autora realiza una revisión de la clínica del ST y el curso evolutivo de sus posibles comorbilidades finalizando el trabajo con la exposición de una experiencia multidisciplinaria de investigación acerca de la Importancia de la Detección Precoz de los Trastornos Psicopatológicos asociados en una Muestra Clínica de 51 pacientes argentinos con TT.

**Palabras clave:** Trastorno de Tourette y comorbilidad psiquiátrica – TDAH-TOC – Problemas académicos – Problemas de Conducta – Población infantojuvenil – Subdiagnóstico – Prevención e Indicaciones en Salud Mental

## PSYCHIATRIC COMORBIDITY IN CLINICAL TOURETTE SYNDROME'S SAMPLES

### Summary

Classically conceived essentially as a rare neurological disorder, Tourette Syndrome (TS) is frequently associated with comorbid disorders such as attention deficit, obsessive-compulsive disorder, impulse control problem and a variety of other behavioral symptoms that can clearly have an impact on cognitive, educational and psychosocial function and can be more debilitating than the cardinal motor features. The full spectrum of TS is often not recognized in our medical community while its usual attribution to exclusive psychogenic causes leads to underdiagnosis. Meanwhile epidemiological studies shows its increasingly prevalence and its potentially multiple deficits, specially on pediatric clinical population. Through her experience as a tourette's clinical researcher the author review Tourette syndrome's clinical features and its natural course, sharing the results and conclusions of an interdisciplinary clinical research about The Importance of an Early Diagnosis of Comorbidity in a Clinical Sample of 51 Argentine patients with TS .

**Key Words:** Dementia and behavioral symptoms – Dementia and psychological symptoms – Caregivers and dementia – Clinic and dementia.

## **Importancia de la Detección Precoz de los Trastornos Psicopatológicos Asociados al Trastorno de Gilles de la Tourette**

### **María Beatriz Moyano**

*Médica Especialista en Psiquiatría. Coordinadora del Área Psiquiatría del Equipo Multidisciplinario de Investigación Clínica del Síndrome de Tourette. (Hospital Francés) Ugarteche 2842. PB"2". (1425) Capital Tel: 48047732. beatrizm@fibertel.com.ar*

### **Cecilia Peralta**

*Médica Neuróloga. Fellow en Movimientos Anormales. Callao 1586.3ºP"7" (1024) Capital. Tel: 48012229. ceciliaperalta@yahoo.com.ar.*

### **Silvia Figiacone S.,**

*Licenciada en Psicopedagogía. La Rioja 951 (1021) Capital. Tel: 45743860. srf@sion.com.ar*

### **Oscar Gershanik**

*Médico Neurólogo. Director de la Sección de Enfermedades Extrapiramidales del Centro Neurológico del Hospital Francés. La Rioja 951.(1021) Capital. Tel: 49576984. gersh@movi.com.ar*

### **Miguel Márquez**

*Médico Especialista en Psiquiatría. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Francés. 11 de septiembre 2130.(1428) Capital. Tel: 47800462. miguelmarquez@arnet.com.ar*

**Equipo Interdisciplinario de Investigación Clínica del Síndrome de Gilles de la Tourette - Centro Neurológico - Hospital Francés de Buenos Aires - Argentina**

Los hechos favorecen su *subdiagnóstico*. Se *exacerban con la ansiedad y el estrés*, pudiendo persistir aún durante el sueño. Comenzando con parpadeo, carraspeo o resoplidos nasales que desaparecen en semanas o meses, los tics motores suelen involucrar luego gestos faciales, muecas bucales u oculares, movimientos en el cuello, hombros y brazos pudiendo involucrar otros grupos musculares y complejizarse(17). Pueden aparecer junto a los tics *conductas repetitivas* tales como necesidad de tocar el piso, agacharse, acomodar los hombros, olfatear, morder que parecen estar más del lado de lo compulsivo que de lo obsesivo. En ocasiones los pacientes describen una necesidad de realizar dichos tics complejos reiteradas veces "hasta sentirse bien" (también llamado *fenómeno just right*)(21), denominándoselos entonces "*tics compulsivos*". Esto inaugura dificultades en el diagnóstico diferencial, más aún si se tiene en cuenta que los pacientes con TT pueden padecer también TOC, cuestión de la que se derivan importantes implicancias terapéuticas(30, 42).

En la historia natural de la enfermedad la sintomatología ticsa suele debutar a una edad promedio de 7 años con los tics motores que son seguidos por los fónicos pudiendo acompañarse de *ecolalia* (repetición de las palabras de otros), *ecopraxia* (repetición de los gestos de otros), *coprolalia* (emisión de palabras obscenas), *copropraxia* (realización de gestos obscenos) y conducta autoinjurante(4). *Los tics suelen ami-*

*norarse en forma significativa en la mayoría de los pacientes al llegar a la vida adulta*, aunque hay un grupo de pacientes que mantienen una intensidad moderada o severa de los tics a lo largo de toda su vida con el consiguiente desgaste que implica esta cronicidad.

Son generalmente bien tolerados, a excepción de circunstancias vitales que suelen exacerbarlos o de ciertas localizaciones más severas (tics de latigazo cervical, tics respiratorios). Sin embargo ocurre una mayor estigmatización cuando los padres adoptan una actitud punitiva, avergonzante o culpógena ante los mismos así como ante la falta de un adecuado apoyo escolar por desconocimiento de la enfermedad, malinterpretando muchas veces los maestros sus síntomas como intencionales o como producto de una mala educación(29). Intervienen también en la tolerancia hacia los tics, factores individuales que determinan diferencias de resiliencia y vulnerabilidad entre los diferentes pacientes(21).

Antes considerado un síndrome raro y bizarro, estudios epidemiológicos recientes fueron demostrando cifras de prevalencia más elevadas que las consideradas inicialmente llegando en la actualidad a estimarse la misma entre 1-8/1000 en varones y 0.6-6/1000 en mujeres. Las cifras se elevan aún más cuando se considera población infantojuvenil donde llega a un 2.9%(3, 6).

Clásicamente concebido como un problema exclusivamente neurológico(2) el TT ha demostrado asociar con frecuencia alteraciones psicopatológicas y conductuales que suelen producir a los pacientes que consultan (poblaciones clínicas), mayor deterioro personal, familiar y social que los tics aislados. En contraste las formas leves predominan en población general(7). Esta característica fenomenológica ha ocasionado que algunos expertos hayan propuesto incorporar a la definición del trastorno las afecciones psicopatológicas que con mayor frecuencia se asocian a los tics, a saber, las dificultades atencionales con impulsividad e hiperactividad y los fenómenos obsesivo-compulsivos(7, 8, 9, 15).

Una amplia gama de trastornos psicopatológicos han sido referidos en poblaciones clínicas de pacientes con TT abarcando éstos casi toda la psicopatología(7, 10, 21, 23, 24, 33, 38, 42). Hay profusa referencia en la bibliografía a estudios que demuestran una alta prevalencia de Trastornos como el Déficit Atencional Hiperactivo(7, 14, 29, 39), el Obsesivo Compulsivo (7, 11, 21, 23, 30 y 42), del Control de Impulsos del tipo de ataque de rabia, crisis explosivas intermitentes, tricotilomanía, cleptomanía(10, 41) y autoinjuria(38).

Trastornos de Conducta (Negativismo Desafiante, Disocial), de Aprendizaje (7, 23, 25, 41), de Ansiedad diferentes al TOC (Ansiedad de separación, Ansiedad Excesiva, Fobias específicas. Fobia Social, Pánico)(ver Tabla I) del Estado de Ánimo(7, 18, 21, 24), de Personalidad(26, 28) y de otros trastornos del espectro impulsivo y compulsivo (trastornos alimentarios, dismórfico corporal, autoinjurias).

El curso natural de la enfermedad permite advertir que la psicopatología también mantiene un cierto orden evolutivo tendiendo a persistir aún cuando los tics desaparecen. Habitualmente los tics motores son precedidos de dificultades atencionales, hiperactividad e impulsividad las cuales se van incrementando hasta la adolescencia pudiendo persistir aún hasta la edad adulta. La sintomatología obsesivo-compulsiva suele hacerse evidente en plena etapa prepuberal(7, 12 y 21) pudiendo consistir en rasgos que no alcanzan a interferir al paciente (Comportamiento obsesivo compulsivo o COC) Sin embargo en ocasiones los síntomas OC adquieren severidad (Trastorno Obsesivo Compulsivo o TOC) contribuyendo a otorgar al paciente una vivencia de falta de control y extrañeza que ya de por sí inauguran sus tics e impulsividad crecientes(11, 30).

Diversos autores describen la presencia de déficits de aprendizaje asociados al TT (4, 7, 21, 24, 38, 41), Muchos pacientes con TT y comorbilidad psiquiátrica asociada tienen historia de fracaso académico, aún no presentando trastornos específicos de aprendizaje. La asociación entre Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, y problemas de aprendizaje también ha sido documentada por diversos autores, con concurrencias descritas entre 10 y 90% según diferentes estudios. La alta prevalencia de TDAH en muestras clínicas de pacientes con TT favorece de problemas académicos en dichos pacientes(28).

Los padres y maestros de niños con TT describen como una de las tareas más arduas el manejo del comportamiento de estos niños(5, 21, 24, 32, 41) que presentan con frecuencia. Oposición desafiante, ataques de rabia, agresividad y en ocasiones, conducta disocial, provocándoles los mismos severas dificultades interpersonales y pudiendo evolucionar hacia abuso de sustancias, problemas con la ley y consolidación de estos rasgos en trastornos del personalidad antisocial(29). Ha sido destacada también la influencia de factores ambientales ya sea protegiendo u otorgando riesgo en la determinación de la severidad del TT(21).

La importancia del trabajo interdisciplinario en el abordaje de éstos pacientes, aportando cada cual sus instrumentos específicos para el diagnóstico de sus posibles múltiples déficits y confeccionado estrategias terapéuticas integradas que los benefician ha sido referida en trabajos anteriores de los que se derivaron sugerencias de indicaciones psiquiátricas y psicopedagógicas diagnósticas y terapéuticas apuntando a delinear posibles estrategias de intervención temprana para la prevención de la severidad de este verdadero trastorno neuropsiquiátrico del desarrollo(24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32).

Interrogados por la naturaleza, gravedad y prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica en estos pa-

Tabla I

Comorbilidad	Probandos con TT N=86	Controles N=113
Ansiedad (menos TOC)	16,3%	8%
Depresión (DM, Dt)	40,7%	14,2%
TOC	36%	1,8%
Pánico	12,8%	2,7%
Fobia Social	5,8%	0,9%
Fobia Simple	18,6%	4,4%

Autora: Dra. María Beatriz Moyano

cientes, un equipo interdisciplinario de neurólogos, psiquiatras y psicopedagogos que trabajamos en la investigación clínica de este trastorno en el Hospital Francés de Buenos Aires desde marzo de 1999, nos propusimos analizar una serie de datos protocolizados en una muestra clínica de 51 pacientes con trastorno de Tourette. El resumen de este trabajo de investigación fue presentado en forma de Poster en el último Congreso de Psiquiatría organizado por APSA (mayo de 2001)(29). En él se referían los datos actualizados de esta experiencia interdisciplinaria intensiva de 2 años y medio de investigación entre la Sección de Enfermedades Extrapiramidales y el Área de Investigación Clínica del Síndrome de Tourette del Servicio de Psiquiatría del Hospital Francés. A continuación luego de referir los datos obtenidos se realizará un análisis de los resultados y conclusiones a que arribamos en dicha experiencia.

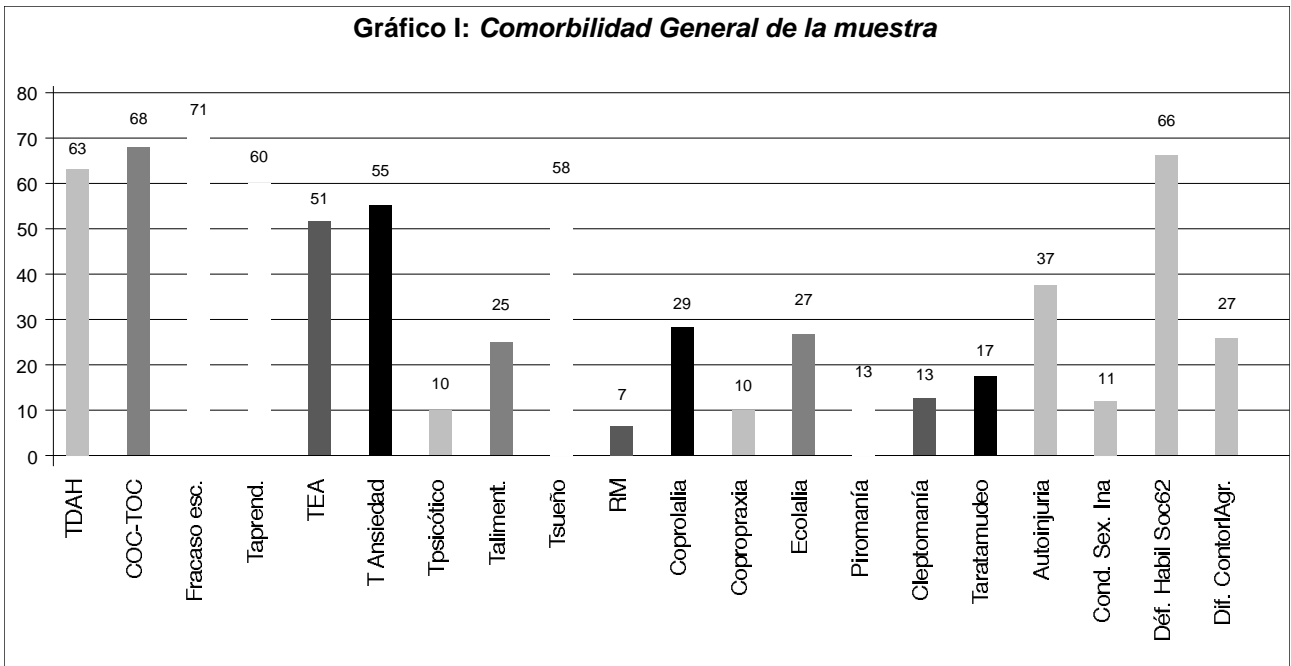
## Objetivos

- Analizar los datos obtenidos a través de evaluaciones neurológicas, psiquiátricas y psicopedagógicas estructuradas de 51 pacientes con TT en orden a establecer el tipo de trastornos comórbidos presentes, su prevalencia, complejidad y evolución como desórdenes crónicos de inicio infantojuvenil.
- Determinar la existencia de factores psicosociales de riesgo y protectores capaces de influir en el tipo o gravedad de los trastornos psicopatológicos hallados en nuestros pacientes.
- Explorar el curso natural de la comorbilidad del TT y la influencia de los factores psicosociales en el mismo, con el objeto de establecer pautas de intervención temprana para prevenir la aparición de algunas de sus condiciones comórbidas como el fracaso académico y/o laboral, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de la personalidad.

## Material y Métodos

Todos los pacientes derivados de la Sección Movimientos Anormales con diagnóstico de TT, randomizados en una selección por orden de llegada, y posteriormente evaluados en el Servicio de Psiquiatría del Centro Neurológico del Hospital Fran-





cés en Buenos Aires por profesionales ciegos de la primera evaluación, durante el período marzo 1999/marzo 2001 que cumplieron criterios del DSM IV para TT.

Se excluyeron los pacientes con ST probable admitiéndose solamente los casos con diagnóstico seguro de ST realizado por neurólogos expertos.

Se utilizaron todas las fuentes disponibles de información para realizar el diagnóstico incluyendo la Entrevista Clínica Estructurada del DSM IV (MINI), y otra adaptada a niños (Cuadernillo de evaluación para Niños Desafiantes de Barkley), una serie de entrevistas clínicas, informantes familiares y registros médicos. De los 113 pacientes que reúne la base de datos, **51** fueron evaluados por profesionales de ambas disciplinas a través de formatos estructurados, cues-

tionarios de autoevaluación y una batería de escalas específicas para medir la severidad de cada trastorno comórbido.

Las escalas utilizadas fueron la escala de Ansiedad de Hamilton, el inventario de Depresión de Beck, el listado de síntomas OC y la escala de Yale Brown para Trastornos Obsesivo Compulsivo, la escala de medición de Montgomery Asberg para Depresión el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, la Child Behavior Check List, el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon o el Inventario Clínico Multifásico -3, el Cuestionario de Personalidad de Eynsenk y los Cuestionarios de Conners para Maestros y Padres Para evaluar la presencia de problemas de aprendizaje y déficits cognitivos todos los pacientes fueron evaluados con el Test Gestáltico Visomotor de Ben-

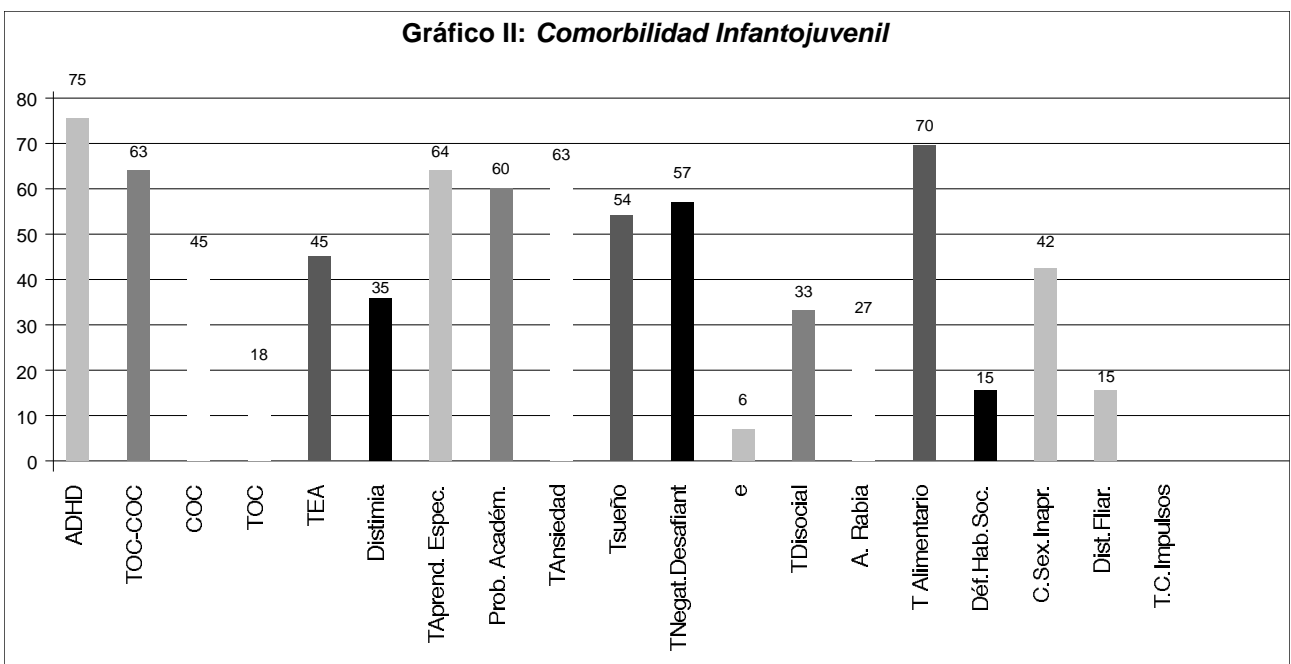


Tabla II: Factores Psicosociales en el Trastorno de Tourette

**Factores psicosociales de riesgo**

- Separación o ausencia paterna
- Padres laxos
- Falta de acuerdos básicos
- Sobreprotección por la enfermedad
- Baja tolerancia a la enfermedad, castigo
- Alta comorbilidad
- Crisis económica familiar
- Bajo nivel sociocultural
- Falta de red social
- Falta de apoyo escolar
- Desescolarización o desempleo
- Enf. psiquiátrica familiar (frec)
- Burla, castigo (tics bizarros)

**Factores psicosociales protectores**

- Medio familiar continente (tolerancia)
- Sólidos acuerdos parentales
- Ausencia de justificación por el ST
- Adecuada puesta de límites
- Acceso a Información
- Buen nivel sociocultural
- Acceso a tratamientos
- Soporte social (familia, escuela, amigos)
- Precocidad del diagnóstico
- Precocidad del tratamiento
- Apoyo escolar
- Resiliencia

Autora: Dra. María Beatriz Moyano

der, WISC III/WAIS y una evaluación clínica de lectoescritura y cálculo.

El estudio evolutivo de los síntomas en los pacientes fue posible a partir de las múltiples fuentes de información obtenidas y de la generosa colaboración de los pacientes y sus familiares a lo largo de múltiples entrevistas clínicas, los que en su conjunto permitieron advertir el curso natural de la enfermedad. Este mostró el curso evolutivo de la comorbilidad permitiéndonos comparar nuestros datos con los de otros autores y arribar a una hipótesis evolutiva de las comorbilidades

## Resultados

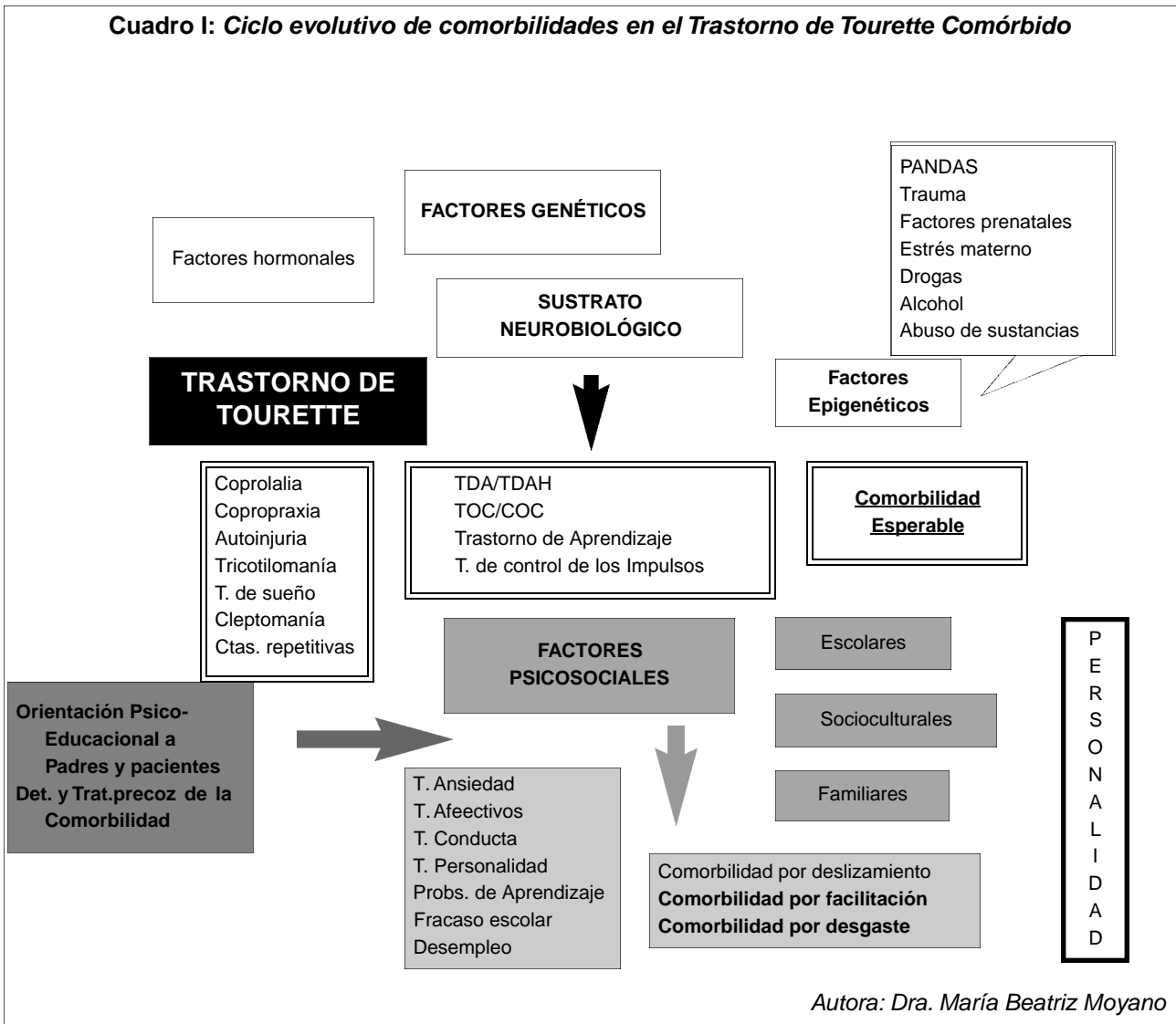
En los 51 pacientes se observó una alta prevalencia de comorbilidad con sintomatología OC (68%), de Trastorno por Déficit Atencional (63%) y de fracaso escolar (71%), con significativa prevalencia de Trastornos del sueño, Ansiedad diferentes al TOC (fobias específicas, ansiedad de separación, ansiedad generalizada y ansiedad social) y del Estado de Ánimo. También se observó una alta incidencia de trastornos alimentarios, con predominio de la compulsividad y dificultad en el control de la cantidad de ingesta alternando con períodos de excesivo control y adelgazamiento (TANE). Hubo significativos déficit en las habilidades sociales y dificultad en el control de los impulsos en la mayoría de los pacientes. Se constató la existencia presente o pasada de síntomas característicos aunque no patognómicos de TT tales como ecofenómenos (ecolalia 27%) y coprofenómenos (coprolalia 29%, copropaxia 18%) autoinjuria (37%) y conducta sexual inapropiada (11 %) (Gráfico I).

Diferenciando las muestras por edad encontramos una muy alta prevalencia de TDAH, formas leves pero características de COC con predominio de obsesiones de simetría, orden, agresivas y sexuales, existencia de conductas repetitivas, compulsividad ritualística, T específicos del aprendizaje y problemas académicos (Gráfico II) en nuestra población in-

fantojuvenil (menores de 18 años). Fue muy alta la frecuencia de problemas de Ansiedad con predominio de Ansiedad de Separación, Excesiva y Fobias múltiples así como de cuadros Distímicos. A partir de la experiencia clínica con estos pacientes con TT comórbido o "TT plus" fue posible advertir la vivencia de descontrol y extrañeza que les proporcionan sus síntomas (tics, coprolalia, compulsiones, obsesiones, rabietas, rituales, etc) la que, desde etapas tempranas, genera en estos pacientes una precoz afectación de su autoestima en un período clave de la configuración de la propia identidad, así como importantes dificultades en la sociabilización que abarcan los ámbitos familiar, interpersonal, escolar, académico y laboral. Algunos niños inventaron personajes imaginarios a quienes responsabilizan de sus actos impulsivos y compulsivos. Se comprobó asimismo la presencia de rasgos patológicos en los parámetros de externalización e internalización del CBCL resultantes de las múltiples y precoces comorbilidades, considerándolos indicadores de riesgo para futuros trastornos de personalidad de persistir las comorbilidades no asistidas.

Los niños con TT resultaron ser niños inquietos, impulsivos, obsesivos, compulsivos y dispersos, de difícil manejo para padres y maestros por sus precoces problemas de conducta y aprendizaje y sus trastornos del sueño, no siempre coincidente con trastornos del estado de ánimo (somni loquios, sonambulismo, pesadillas, insomnio de conciliación, rodeos y rituales a la hora de dormir), con frecuentes ataques de rabia especialmente ante la presencia de depresión, TDA y/o TOC. Estos niños mostraron una tendencia a la inestabilidad anímica y a la depresión, en especial ante ciertas situaciones psicosociales que se fueron listando, por la evidencia de su influencia en el pronóstico y gravedad del TT y que denominamos "factores psicosociales de riesgo en el TT" (Tabla II). En los niños con TT asociado a TDAH se comprobó alta incidencia de negativismo desafiante y de conducta disocial de difícil manejo en algunos casos donde se apreciaron los factores de riesgo antes mencionados. Los Trastornos de aprendizaje abarcaron formas

**Cuadro I: Ciclo evolutivo de comorbilidades en el Trastorno de Tourette Comórbido**



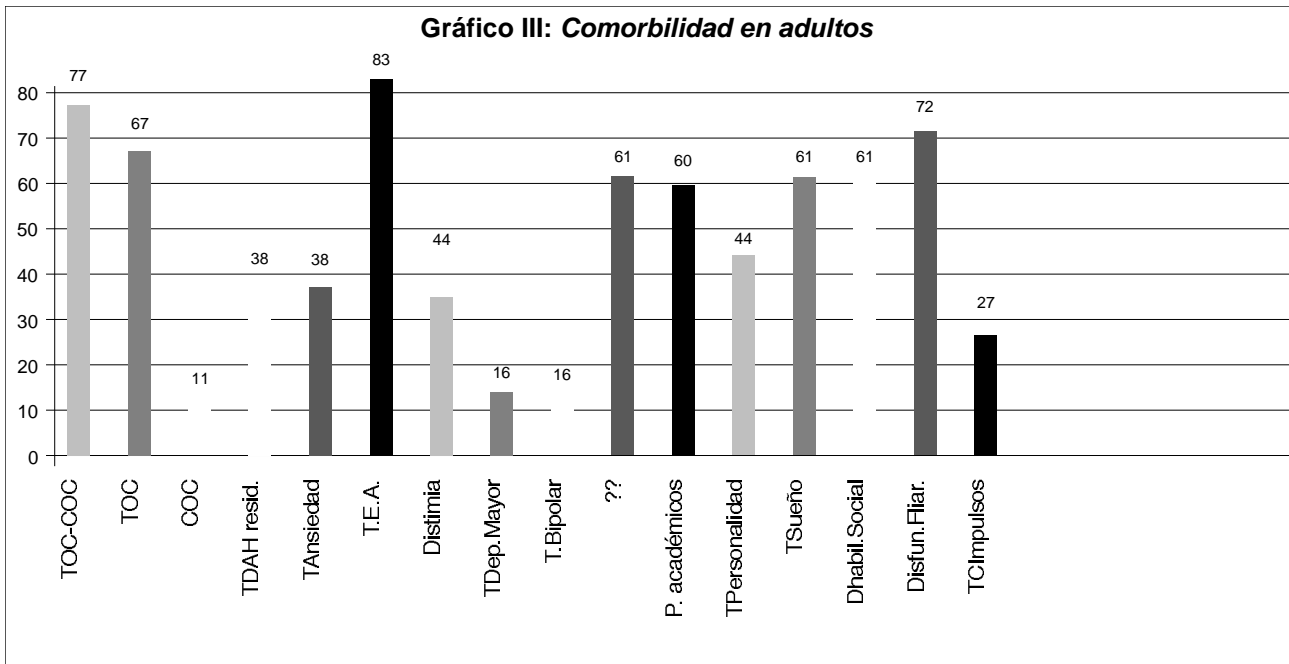
específicas así como dificultades académicas derivadas de la Comorbilidad (Cuadro III). En todos los casos de TT comórbidos se comprobó la repercusión de sus déficits en la dinámica familiar observando un agotamiento paterno, proporcional a la comorbilidad en combinación con los factores de riesgo antes referidos. Los niños con frecuentes ataques de rabia mostraron una repercusión emocional de las mismas muy negativa con tendencia a la desescolarización y la retroalimentación de sus trastornos afectivos requiriendo urgentes intervenciones terapéuticas que debieron necesariamente incorporar a sus familias. Comprobamos la rápida eficacia de una orientación psicoeducacional temprana a los pacientes y sus familiares desmitificando falsa creencias y fantasías de locura o de incurabilidad.

En lo referido a la población adulta comprobamos la alta prevalencia de síntomas OC con predominio de formas severas de TOC y de Trastornos del Estado de Ánimo a predominio de distimia así como una alta prevalencia de trastornos bipolares, ya referida por otros autores (ref. Kovacs). Asimismo se comprobó la existencia previa de problemas de aprendizaje desde edades infantil no asistidos, así como de TDAH en coincidencia con frecuentes dificultades académicas, laborales e interpersonales. Se comprobó con frecuencia disfun-

ción familiar en el caso de adultos con TT relacionada con la gravedad de los cuadros comórbidos y los déficits de éstos derivados tales como déficit de habilidades sociales y dificultad en el rol parental. Hubo alta incidencia de Trastornos de la Personalidad (40%), la mayoría de las veces múltiples (por ejemplo: Tborderline + Tdisocial con consumo de sustancias, Tesquizoide + rasgos paranoides, etc.) (Gráfico III), los que probablemente se derivaron de la persistencia de los rasgos que la comorbilidad no asistida fue imprimiendo a su carácter (Cuadro I).

Los déficits de aprendizaje se presentaron como trastornos específicos de aprendizaje (trastorno del desarrollo neuropsicológico de las habilidades de lectoescritura y cálculo) o como déficits académicos y/o laborales (problemas de aprendizaje con etiología diversa que responden muchas veces a la neuropsicología de los cuadros comórbidos)(27, 28) (Cuadro III).

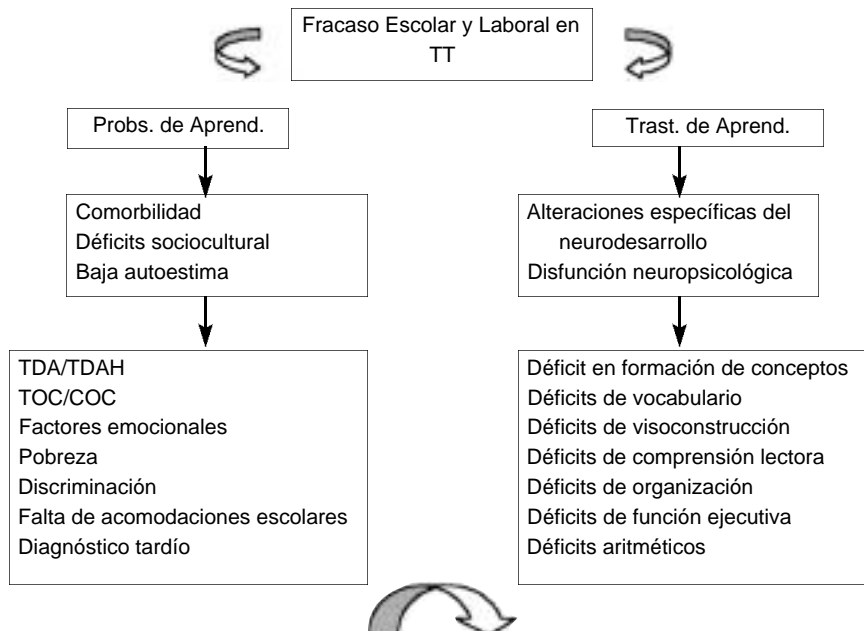
De los 19 pacientes menores de 18 años que completaron la evaluación psicopedagógica, el 89% presentaba déficits académicos que resultaban sumamente perjudiciales para su desempeño y adaptabilidad cotidianos. De ellos sólo el 42% presenta trastornos específicos de aprendizaje (disgrafía 83%, dislexia 17%). En el resto de los casos, el fracaso académico parece responder a un mosaico de déficits neuropsicológicos produc-



to de la presencia de cuadros comórbidos: déficit de función ejecutiva en pacientes con TDAH, interferencia de ideación obsesiva en pacientes con TOC, enlentecimiento cognitivo en pacientes con trastornos del estado de ánimo y con TOC. Ejercen también influencia en el fracaso académico factores ambientales

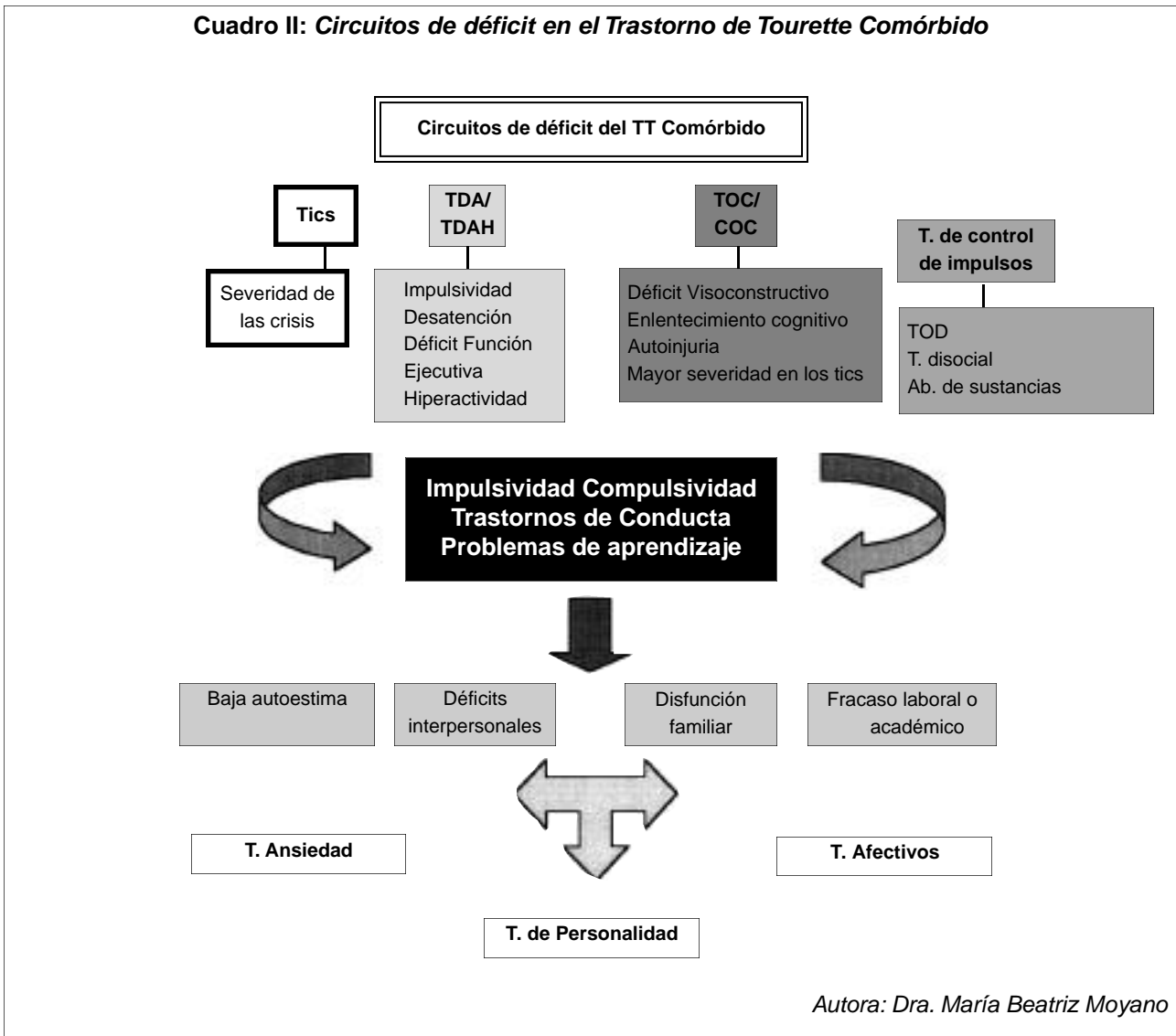
y psicosociales. Es posible pensar que la combinación de factores ambientales y comórbidos favorecen el deterioro del desempeño cognitivo y emocional de los pacientes. Los déficits de aprendizaje de los pacientes con TT no se deben necesariamente a la presencia de un CI límite o inferior a la media, pero en

**Cuadro III: Trastornos de aprendizaje en el Trastorno de Tourette Comórbido**



Muchos pacientes presentan CI límite, la mayoría presenta problemas de aprendizaje  
 Muchos pacientes presentan discrepancia entre las escalas verbales y ejecutivas  
 La discrepancia se genera por altos puntajes en la prueba rompecabezas.  
 La mayoría de estos pacientes no presentan un típico perfil de CI límite (bajos puntajes en medidas de inteligencia fluida)  
 Los pacientes parecen funcionar por debajo de su potencial  
 El fracaso escolar o laboral parece ser consecuente con la comorbilidad, un trastorno de aprendizaje, o ambos

Autora: Pic. Silvia Figacone

**Cuadro II: Circuitos de déficit en el Trastorno de Tourette Comórbido**

muchos casos parecen responder a un “funcionamiento” intelectual límite que perpetúa el fracaso en áreas académicas y altera las posibilidades de aprendizaje de los pacientes. La patología de aprendizaje en esta muestra de pacientes con TT no siempre es específica (dislexia, discalculia, disgrafía) pero reviste relevancia clínica en tanto actúa como factor de riesgo importante para el desarrollo de patología asociada a los ejes IV y V del DSM IV *generando déficits de capacitación a veces definitivos para el futuro desempeño académico y laboral.*

La evolutividad advertida en los síntomas de los pacientes nos permitió inferir en primer lugar la existencia de un grupo de afecciones psicopatológicas “esperables”, altamente prevalentes en todos los pacientes con TT de nuestra muestra que abarcó un grupo de comorbilidades más primarias con caminos fisiopatogénicos comunes tales como el TDAH, TOC-COC y los Trastornos del Control de Impulsos, para los cuales consideramos que existe una facilitación neurobiológica en el TT. A partir de las mismas vimos derivarse un segundo tipo de Comorbilidad que denominamos “por facilitación” para las cuales las primeras constituirían factores de riesgo (por ejemplo mayor facilidad para padecer trastornos de

conducta o de aprendizaje en el caso de presentar un TDAH comórbido al TT). Denominamos “comorbilidades por deslizamiento” a las que parecen estar favorecidas por factores psicosociales de riesgo y por el curso evolutivo de los trastornos (por ejemplo un niño con TT+TDAH que ante la ausencia de límites y la presencia de severa disfunción familiar “se deslice” hacia conductas disociales que evolutivamente progresen hacia el abuso de sustancias y la configuración de trastornos de personalidad en la edad adulta) (21, 22, 23, 26, 27). Una última forma de Comorbilidad es la que denominamos “por desgaste” ya referida por otros autores y constituida por trastornos de creciente complejidad que se deberían al hecho de vivir con la enfermedad y sus comorbilidades (ansiedad, depresión). En estas dos últimas formas de comorbilidad se advierte *terreno propicio para realizar prevención en salud mental. Proponemos realizar evaluaciones sistematizadas interdisciplinarias* en los pacientes con TT *en la búsqueda de las comorbilidades esperables para evitar en la medida de lo posible un curso evolutivo desfavorable a través de la asistencia temprana de sus posibles déficits y de la regulación de algunos de los factores psicosociales mencionados.*

La observación y el interrogatorio específico permitieron detectar ciertos *factores psicosociales* que confirieron *riesgo o protección* para la adquisición de severidad en los pacientes estudiados que se listan en la Tabla II.

Un análisis cuantitativo de nuestros datos permitió observar que en nuestra muestra total la comorbilidad más prevalente fue con (Ver Gráfico I):

Problemas de Aprendizaje Sintomatología	71%
ObsesivoCompulsiva (TOC – COC (TOC =35% y COC =33%))	68%
Déficit de Habilidades Sociales	66%
Trastorno por Déficit Atencional Hiper.	63%
Trastornos específicos de Aprendizaje	60%
Trastornos del Sueño	58%
Trastornos del Estado de Ánimo	55%
Trastornos de Ansiedad (TAG, Fobias, TAsEp)	51%

- En muestras diferenciadas por edad los datos obtenidos muestran prevalencias diferenciales de psicopatología según etapa evolutiva. (Ver Tabla III)

Así se verificaron en los pacientes menores de 18 años síntomas OC (63%) con predominio de COC leve (45%) pero con algunas formas severas de TOC (18%), TDAH (75%) en altísima prevalencia lo mismo que Trastornos de Conducta como Negativismo Desafiante (57%), y Ataques de Rabia de grave repercusión familiar y escolar (33%). Trastornos Específicos de Aprendizaje (42%) y problemas académicos (89%), de Ansiedad (63%) y del Estado de Ánimo (45%) con predominio de Distimia (Gráfico II).

Los pacientes adultos mostraron mayor incidencia de T. del Estado de Ánimo: 83%, TOC (67%), Problemas Académicos: 60% y Laborales: 51%, TDA residual: 38%, Trastornos múltiples de Personalidad: 44%, T. de Sueño: 61% y Déficit de Habilidades Sociales: 61% (Gráfico III y Tabla II).

- Encontramos antecedentes alérgicos en 21%, perinatales inespecíficos en 21%, e infecciosos en 13% de los pacientes. Los antecedentes familiares pudieron ser corroborados a través del interrogatorio de los pacientes y algunos familiares sólo en 38% de los casos pero requieren una metodología más rigurosa para adquirir validez. Sólo nos propusimos aquí analizar cualitativamente posibles factores etiopatogénicos (1, 21, 32, 40).

## Conclusiones

- Las muestras clínicas de TT exhiben altos índices de comorbilidad psiquiátrica que son mejor detectados cuando se usan instrumentos adecuados (ver Cuadro VI)

- En la mayoría de los casos se detectaron varios trastornos comórbidos simultáneos adquiriendo éstos en algunos casos (TOC, TDAH) características es-

**Tabla III: Comorbilidad diferencial según edad**

Población Adulta	%	Población Infantojuvenil
TOC	67	18
COC	11	45
TOC.COC	77	63
TDAH	38	75
TAnsiedad	38	TAG: 36% 63
T.E.A.	83	45
Distimia	44	42
T.Dep. Mayor	16	6
T.Bipolar	16	6
P.Laborales	61	–
T.Expl.Inter.	16	A Rabia 33
		Oposic. 57
		Desafiante 57
T.Personalidad	44	T.Disocial 6
T.Sueño	61	54
D.Habil.Social	61	70
Disfun.Fliar	72	42
T.C.Impulsos	27	15
T.Alimentario	27	(60% TT+TOC) 27

**Cuadro VI**  
**Diferencias de Comorbilidad detectada por neurólogos y psiquiatras**

Neurología	Comorbilidad	Psiquiatría
49%	TOC/COC	64%
30%	TDA/TDAH	71%
16%	T.Afectivos	53%
18%	T. Ansiedad	50%
15%	Prob. de Aprendizaje	71%
16%	Opos. Desafiante	72%
25%	Conducta Disocial	11%
2%	Retraso Mental	7%
14%	Coprolalia	43%
8%	Ecolalia	16%
8%	Tricotilomanías	16%
13%	Autoinjuria	42%

pecíficas, confirmando estos datos la complejidad psiquiátrica del TT en poblaciones clínicas (T-T+ADHD+TOC-COC: 41%; TT+ ADHD+ TOC-COC+TEA: 21%; TT+TOCCOC+TEA+Tans: 18%; TT+TEA+ADHD: 35%)

- Los problemas de aprendizaje se relacionaron con el fracaso académico y laboral y dependen de la comorbilidad psiquiátrica (TDAH, TOC, Ansiedad, Depresión, Severidad de los tics, Problemas de Conducta) y de la co-ocurrencia de Trastornos Específicos de Aprendizaje (Cuadro III)

- Comprobamos la presencia de antecedentes familiares de tics, TOC o TDAH en los probandos con TT así como de antecedentes perinatales (21%), alérgicos (21%) e infecciosos (13%) en la muestra comprobando en algunos casos la naturaleza familiar del trastorno así como la existencia de factores epigenéticos en su fisiopatogenia, incluyendo en oportunidades el desencadenamiento emocional del mismo.

- La falta de diagnóstico temprano y de intervenciones terapéuticas correctas pueden conducir a fenómenos comórbidos por deslizamiento, facilitación y desgaste aumentando su severidad (Cuadro I)

- Comprobamos la eficacia de una orientación psicoeducacional a pacientes con TT y sus familiares

- La comorbilidad generó incapacidad en las es-

feras personal, académica, social y laboral, por la potenciación de sus déficits, afectando la calidad de vida de los pacientes más que los tics aislados (Cuadro II).

- Una evaluación estructurada e interdisciplinaria permite la detección temprana de los trastornos comórbidos e intervenciones terapéuticas oportunas y apropiadas.

- Es importante detectar e intervenir oportunamente sobre los Factores Psicosociales de Riesgo que determinan en gran medida la severidad del TT (Tabla II).

- Pediatras, psicólogos, psiquiatras y psicopedagogos deberían sospechar este diagnóstico ante la presencia de niños con problemas de conducta y/o aprendizaje que manifiestan tics persistentes especialmente si ellos y/o sus familiares presentan problemas atencionales, impulsividad, hiperactividad y/o comportamiento obsesivo compulsivo.

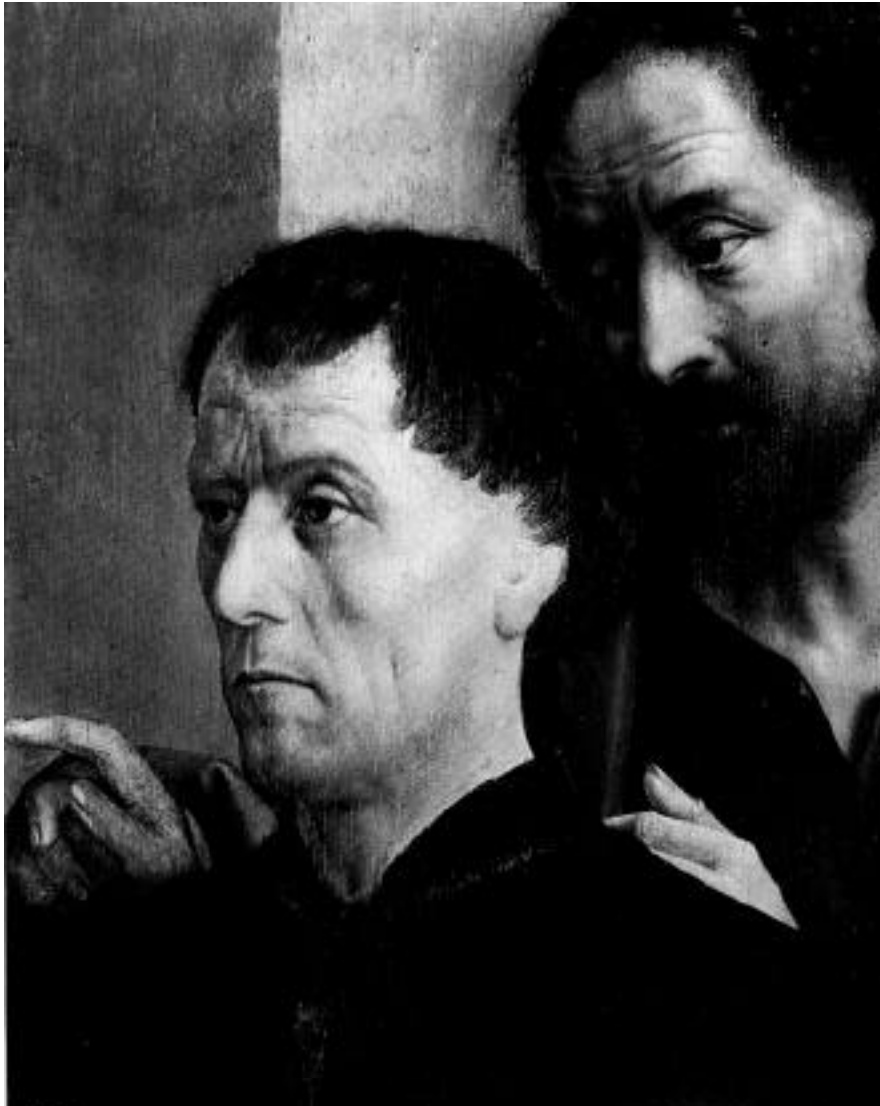
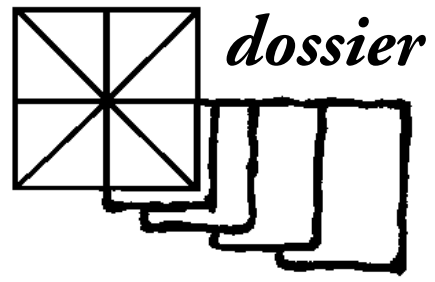
- Los maestros deberían estar informados de la posibilidad de que los niños con tics presenten psicopatología asociada ya que el escolar es un ámbito privilegiado para la detección del TT y sus posibles comorbilidades: problemas de conducta, aprendizaje, obsesiones, compulsiones y tics la mayoría de las veces mal interpretados como productos de una mala educación ■

## Bibliografía

- Allen H.L. Leonard A.J. Swedo S.E., *Case study: a new infection-triggered, autoimmune Subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry.* 1995; 34: 307-11.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV 4th ed. Washington (DC) *American Psychiatric Association:* 1994.
- Apter A. Pauls D.L. Bleich A. et al., An epidemiologic study of Gilles de la Tourette's syndrome in Israel. *Arch. Gen. Psychiatry;* 1993; 50: 734-738.
- Bruun R. and Budman C., The Course and Prognosis of Tourette Syndrome. *Neurologic Clinics May 1997*
- Budman C.I. Brunn R.D. Park K.S. Olson M.E., Rage attacks in children and adolescents with Tourette's syndrome: a pilot study. *J. Clin. Psychiatry.* 1998, 59, 576-580.
- Caine E.D. Mc. Bride M.C. Chiverton P. Bamford K.A. Rediess S. Shia, J., Tourette's syndrome in Monroe County school children. *Neurology;* 1998; 38: 472-475 )
- Coffey B. M.D. and Keneth, S. Park, B.A., Behavioural and Emotional aspects of Tourette Syndrome, *NeurologicClinic of North America*, Vol 15, number 2. May 1997.
- Cohen Donald to Sue Levi-Partrl (ref: DSMIV Criteria) 2 June 1994, T. S: A: Archives, Bayside, L. I.
- Comings D., "Letter to the Editor, re DSMIV". Interviews with A. And E. Shapiro, 21 September 1994, Scarsdale, New York
- Comings D., Tourette's Syndrome: A Behavioral Spectrum Disorder, *Behavioral Neurology of Movement Disorder 1995: Advances in Neurology*, Vol. 65, 20: 293-300. Raven Press N. Y.
- Como P., Obsessive Compulsive Disorder in Tourette Syndrome, *Behavioral Neurology of Movement Disorder 1995;* 281-289.
- Erenberg G. Cruse R.P. Rothner A.D., The natural history of Tourette syndrome: a follow up study. *Ann Neurol.* 1987: 22: 383-5.
- Ferenczi S., Psychoanalytical observations on tic, *Int. J. Psychoanal.* 1921: 2: 1-30
- Freeman R., Attention Deficit Hiperactivity Disorder in the Presence of Tourette Syndrome. *Neurologic Clinics.* 1997; 411-420.
- Freeman R., Fast D. and Kent M., "DSMIV criteria for Tourette's" *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 34 (1995): 400,
- Gilles de la Tourette G., Etude sur une affection nerveuse caracterisee par de l' incoordination motrice acompagnee decholalie et de coprolalie. *Arch. Neurol.*, 1885; 9: 19-24.
- Jankovic J., Tourette Syndrome. Phenomenology and classification of tics (Review) *Neurologic Clinic 1997;* 15: 267-275.
- Kebershian J. Burd L. Klug M., Comorbid Tourette's disorder and bipolar disorder. An etiological perspective. *Am. J. Psychiatry* 152: 11: 1646, 1995.

19. Kushner H., "A Cursing Brain". Book. Harvard University Press London 1999
20. Kushner H., "From Gilles de la Tourette's disease to Tourette Syndrome: a history" *CNS Spectrum*. Vol 4, N°2: 24-25, 1999.
21. Leckman J., and Cohen D., Tourette's Syndrome-Tics, Obsessions Compulsions. *Developmental Psychopathology and Clinical Care*. N. Y. John Wiley. 1999. Chapter 1-15: 1-396. "Obsessive Compulsive Disorder, Anxiety and Depression" 3: 43-45. Dickens, Sparow, Cohen, Leckman, "Peers Acceptance and Adaptive Functioning" 6: 104-117. Leckman, Lombroso y otros "Environmental Risk and Protective Factors", 12: 213-22.
22. Leckman J.F. Zhang H. Vitale A., et al., Course of tic severity in Tourette syndrome: the first two decades. *Pediatrics* 1998, 102: 14-19.
23. Lombroso P. Scahill L. Chapell P. et al., Tourette Syndrome: A Multigenerational Neuropsychiatric Disorder. *Beh. Neur of Movement Disorder* Vol 65. R. Press NY. 1995
24. Márquez M. Moyano M. B., Figiacone S, Gershanik O, Perina M, Steinberg L, Comorbilidad Psiquiátrica del Trastorno de Tourette, *Congreso de FLAPPIA*, 1999.
25. Márquez M. Moyano M.B., Figiacone S., Gershanik O., Perina M., "A Structured Analysis of Psychiatric Comorbidity in a Clinic Tourette's Syndrome Sample" Poster presentado en *135 Annual Meeting of American Psychiatric Association* (APA) Chicago USA 2000.
26. Márquez M. Moyano M.B., Figiacone S, Gershanik O, Perina M., "Psychiatric Comorbidity in Tourette Disorder" Poster en *XXIInd Collegium Inmternationale Neuro-Psychopharmacologicum* (CINP) Bruselas Bélgica 2000.
27. Meige H. Feindel E., *Tics and their Treatment* Wilson Trans. And ed. S. A. K. New York: William Wood and C: 1907.
28. Moyano M.B. Figiacone S. Perina M. Steinberg L. Gershanik O. Márquez M., Análisis de la comorbilidad psiquiátrica en una población clínica con Trastorno de Tourette. *Revista de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil*. En prensa.
29. Moyano M.B. Peralta C. Figiacone S. Gershanik O. Márquez M., Importancia de la Detección Precoz de los Trastornos Psicopatológicos Asociados al Trastorno de Tourette. Poster presentado en el *Congreso de Psiquiatría de Apsa*. Premiado con Mención Honorífica. Mayo del 2001. Mar del Plata.
30. Moyano M.B., "El Trastorno Obsesivo asociado al Trastorno de Gilles de la Tourette", *Revista Anxia*, Vol 1: 33 a 36. Septiembre 2000.
31. Moyano M.B., " Síndrome de Gilles de la Tourette y Trastornos Psicopatológicos Asociados: necesidad de un abordaje interdisciplinario" Parte I *Boletín Neurológico* N° 34. P: - Mayo 2001 Fundación Alfredo Thomson. Centro Neurológico Hospital Francés.
32. Moyano M.B., "Síndrome de Gilles de la Tourette y Trastornos Psicopatológicos Asociados: necesidad de un abordaje interdisciplinario" Parte II *Boletín Neurológico* N° 35 En prensa. Julio 2001 Fundación Alfredo Thomson. Centro Neurológico Hospital Francés.
33. Pauls D.I. Leckman J.F., The inheritance of Gilles de la Tourette's syndrome and associated behaviors. Evidence for autosomal dominant transmission. *N. Eng. J. Med.* 1986, 315: 993-1997.
34. Pauls D.J. Leckman J.F. Cohen D.J., Familial relationship between Gilles de la Tourette's syndrome, attention deficit disorder, learning disabilities, speech disorders and stuttering. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1044-1050).
35. Pauls D.L. Leckman J.F. Cohen D.J., Evidence against a genetic relationship between Tourette's síndrome and anxiety, depresión, panic and phobic disorders. *Br. J. Psychiatry*; 1994; 164: 215-221
36. Perina M. Márquez M. Moyano M.B. Figiacone S. Gershanik., Análisis de la Comorbilidad Psiquiátrica en pacientes con Síndrome de Gilles de la Tourette. Poster presentado en el *XXXVII Congreso Argentino. de Neurología*. 21 al 26 de septiembre de 1999. Pcia de San Juan, Argentina.
37. Petterson Leckman J.F. Zhung H. Vitale A. et al., Course of tic severity in TS: the first two decades. *Pediatrics*, 1998; 102: 14-19.
38. Robertson M., Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain* (2000), 123, 425-462.
39. Shapiro A.K. Shapiro E. Wayne H., "Treatment of Tourette's syndrome with haloperidol", review of 34 cases. *Arch. Gen. Psychiatry* 28: 92-97, 1973.
40. Swedo S. Leonard H.L. Kiessling L.S., Speculations on anti-neuronal antibodies-mediated neuropsychiatric disorders of childhood. *Pediatrics* 1994; 93: 323-326
41. Walkup J. Scahill M. Riddle. Disruptive Behavior, Hiperactivity, and Learning Disabilities in Children with Tourette's Syndrome; *Beh. Neurology of Movement Disorder* 1995; 259-270.
42. Walkup J. M.D., The psychiatry of Tourette Syndrome. *CNS Spectrums* 1999. Vol4 -II- 54-61)
43. Zohar A.H. Pauls D.L. et al., Obsessive-compulsive disorder with and without tics in an epidemiological sample of adolescents. *A.M. J. Psychiatry*. 1997; 154: 274-6.





# Investigación en Psicoterapia

**Coordinación:**  
**Martín Agrest y Silvia Wikinski**

*L*a psicoterapia es una modalidad de tratamiento consagrada por la práctica clínica desde fines del siglo XIX. Desde entonces, y fundamentalmente desde mediados del siglo XX, el desarrollo científico de corte positivista llegó a las ciencias de la salud e impulsó la investigación en sus distintos campos del conocimiento. Bajo sus reglas se ha investigado sistemáticamente acerca de la eficacia y los mecanismos de acción de gran número, sino todos, los tratamientos propuestos para aliviar el sufrimiento humano. Observamos un enorme crecimiento en el número y calidad de publicaciones que investigan acerca de cómo, por qué y con qué eficacia actúan los diferentes procedimientos farmacológicos o no farmacológicos disponibles. También hemos visto multiplicarse las investigaciones acerca de la fisiología y la fisiopatología de los distintos padecimientos.

Sin embargo la investigación acerca del desarrollo y funcionamiento de la mente humana se ha resistido al abordaje positivista habitual. En forma solidaria, y debido a que lo que hace resistencia

en uno también lo hace en el otro, el mismo destino ha seguido la investigación de la psicoterapia. Esta aseveración no pretende obviar los ilustrativos relatos de casos clínicos que, desde el siglo XIX, han nutrido el arsenal científico de psiquiatras y psicólogos; pero es ineludible reconocer que la dificultad metodológica y epistemológica que supone conocer la mente del hombre obstaculiza la posibilidad de conocer en profundidad los cambios que en ella se operan mediante la psicoterapia.

La enorme proliferación de técnicas psicoterapéuticas (de las que algunos autores contabilizan más de 450) hace cada vez más necesario el desarrollo de conocimientos que permitan distinguir a las eficaces de las no eficaces, como asimismo contestar de manera cierta si hay alguna que se aplique más específicamente a un padecimiento o a otro. El "vademécum de las psicoterapias" es cada vez más necesario y esta necesidad ha impulsado un nuevo estilo de investigación en el campo de la psiquiatría y la psicología. Debemos reconocer que un impulso extra a estos desarrollos lo

*constituyó la presión de los sistemas prestadores de salud que buscan en investigaciones sistemáticas el fundamento para decidir qué tipo de prestación psicoterapéutica corresponde financiar y, por añadidura, por cuánto tiempo. Pero para ser justos, no es sólo éste el móvil de las actuales investigaciones en el campo ya que también han sido puestos bajo escrutinio los procesos en sí mismos, las variables que modifican dichos procesos, los mecanismos por los que la psicoterapia produce cambios, etcétera.*

*En nuestro país también ha habido un creciente interés en la psicoterapia como objeto de investigación sistemática (entendiéndose como sistemática aquella que sigue los procedimientos sancionados por las ciencias sociales o por las ciencias naturales).*

*En este Dossier hemos querido presentar el trabajo de investigadores que se identifican tanto con la teoría psicoanalítica como con otros abordajes psicoterapéuticos trabajando ya sea en el ámbito universitario, como en instituciones privadas dedicadas a la docencia y a la asistencia. Por último, hemos querido presentar investigaciones de distintas líneas teóricas, abarcando el amplio espectro que va de lo más académico a lo más clínico y administrativo.*

*Esta muestra de trabajos que, sistemáticamente, observan distintos aspectos de la psicoterapia, demuestra a su vez que en nuestro país también ha surgido la necesidad de investigar acerca de este tema. Esperamos a su vez que este Dossier constituya un estímulo para que otros colegas se sumen a la tarea ■*

# Investigación empírica en Psicoterapia en la Argentina Panorama actual, métodos y problemas

Andrés J. Roussos

Doctor en Psicología clínica, Docente de la Fac. de Psicología de la Univ. de Belgrano.  
Investigador Asociado del Glass Center for Basic psychoanalytical Research, New York. E-mail: ajroussos@hotmail.com

En este artículo, se realiza una breve reseña del panorama actual de la investigación empírica sobre psicoterapia en la Argentina. Se presentan algunos de los problemas que surgen al momento de realizar una investigación sobre tratamientos psicológicos en nuestro medio, más allá de la orientación teórica sobre la que se sustenta dicha investigación. Además, se mencionan y presentan, con un breve resumen, algunas de las técnicas que se están utilizando en nuestro medio para la investigación en psicoterapia.

De ninguna forma se tiene que interpretar este análisis como un trabajo completo, ya que muchas investigaciones y sus autores, no han sido incluidos, no por falta de interés en esos trabajos, sino simplemente porque el acceso a información sobre los mismos es realmente complejo. Solo una pequeña parte de los datos presentados en este informe proviene de publicaciones en revistas científicas, la mayor parte fue recolectada utilizando los libros de resúmenes de Congresos(19, 20, 21, 22, 23, 24), catálogos o anuarios de investigación universitaria y hospitalaria(8, 14, 15, 31, 32) y comunicaciones verbales. La poca cantidad de publicaciones en revistas con referato da cuenta de la juventud de las investigaciones en este área, así como también de una serie de problemas estructurales que se comentarán en este trabajo.

Antes de abocarnos específicamente al tema de interés de este trabajo es preciso definir cuál es el área específica de la investigación en psicoterapia. Este

área abarca los tratamientos psicológicos, en lo que concierne a sus resultados, y en lo referente a los distintos elementos o pasos que hacen a su proceso. Esto incluye las representaciones individuales y sociales que existen sobre los tratamientos, las nociones sobre el cambio específico que producen, los participantes que intervienen en estos tratamientos –el paciente en grupo o en forma individual– y el terapeuta. También son datos claves para la investigación las distintas modalidades terapéuticas con sus factores específicos o aquellos inespecíficos que hacen referencia a todos los tratamientos psicológicos.

## Naturaleza del fenómeno a estudiar

En comparación con otros países del mundo, en la Argentina –y más específicamente en sus ciudades– circula abundante información acerca de la oferta de tratamientos psicológicos, a la vez que existe una cultura *psi* muy desarrollada. Sin embargo, es poco lo que realmente se sabe acerca de la efectividad de los tratamientos que se brindan en este medio. Los únicos estudios realizados hasta el momento al respecto, han explorado el tipo de reconocimiento social y la auto percepción de éxito o fracaso de los pacientes o sus allegados(12). Esto evidencia la carencia de datos referentes al efecto de los tratamientos, su adecuación a las distintas patologías y los "componentes activos" de cada modalidad psicoterapéutica.

---

### Resumen

En este artículo, se realiza una breve reseña del panorama actual de la investigación empírica sobre psicoterapia en la Argentina. Se presentan algunos de los problemas que surgen al momento de realizar una investigación sobre tratamientos psicológicos en nuestro medio, más allá de la orientación teórica sobre la que se sustenta dicha investigación. Además, se mencionan y presentan, con un breve resumen, algunas de las técnicas que se están utilizando en nuestro medio para la investigación en psicoterapia. Para este estudio fueron analizados un total de 26 investigaciones que se están realizando en la Argentina. Se identificaron las características principales de estas investigaciones tratando de definir las líneas de trabajo principales.

**Palabras clave:** Investigación en psicoterapia – Métodos y técnicas de investigación.

EMPIRICAL PSYCHOTHERAPY RESEARCH IN ARGENTINA. CURRENT SITUATION, METHODS AND PROBLEMS.

### Summary

This article presents a brief report about empirical psychotherapy research in Argentina. Specifically, it analyzes some of the problems related to doing psychological treatments research in our country, beyond the theoretical background and preferences associated to the research. This article also gives an overview on some of the psychotherapy research techniques that are being used in the mentioned environment. For this study a total of 26 on going works were analyzed, to identify some of its main characteristics, and to define the key themes and research procedures used in Argentina. In order to exemplify the characteristics of the most used methods in this area, a summary describing its aims and procedures is included.

**Key Words:** Psychotherapy research – Research methods and techniques.

Los modelos predominantes de acciones psicoterapéuticas en este momento en la Argentina son: el psicoanalítico –que incluye múltiples modalidades, focalizadas y no focalizadas, a corto y largo plazo– el cognitivo –que en este país tiene un sello integracionista y racionalista, alejado del cognitivismo conductista que predomina en otros países como Estados Unidos– y el enfoque sistémico, del cual desafortunadamente no se han podido encontrar ejemplos de investigaciones psicoterapéuticas como para reseñar en este trabajo.

### **La investigación empírica desde el psicoanálisis**

A pesar de que el psicoanálisis supera los cien años de antigüedad, muchos de sus conceptos fundamentales y los aspectos relacionados a su eficacia no han sido estudiados en forma empírica y sistematizada sino hasta las últimas tres décadas. Una de las razones de esta demora parte del origen mismo del psicoanálisis. Freud, al formular una modalidad nueva de tratamiento a través de la palabra, también diseñó una arquitectura sobre cómo se debía obtener el conocimiento psicoanalítico y cuáles eran las pautas para desarrollarlo. Tradicionalmente, se conocen estos procedimientos como “investigación psicoanalítica”. Los mismos están basados, fundamentalmente, en el conocimiento diádico específico que tiene el terapeuta de su paciente, conocimiento que según el principio Freudiano conforman una *junktim*<sup>1</sup> entre teoría y práctica, las cuáles resultan inseparables(37). Freud al plantear estas nuevas reglas, distintas a las usadas en su momento y en la actualidad por otras modalidades de conocimiento, desalentó, en forma explícita, lo que en otras áreas se denomina “investigación empírica” o simplemente “investigación”, por considerar que nada agregaba al conocimiento psicoanalítico(39). En cambio, propuso una detallada técnica para la exploración e incorporación de información desde y para el tratamiento psicoanalítico. Esta modalidad de investigación fue la que tomaron como propia los psicoanalistas y la que permitió desarrollar uno de los *corpus* teóricos más ricos y abundantes dentro del área de la Psicología.

Siguiendo el ejemplo de la *American Psychoanalytical Association*, que nuclea a gran parte de las instituciones psicoanalíticas norteamericanas, en el año 1998, la Asociación Internacional de Psicoanálisis (IPA), constituyó un comité para fomentar la investigación empírica e instituyó una línea de subsidios para investigaciones en el campo(39). Surgió así la primer fuente de financiación para la investigación empírica en psicoanálisis, disponible para todos los países del mundo. En nuestro país, este hecho posibilitó el acceso a fondos para los grupos de investigación psicoanalíticos interesados, que hasta el momento estaban restringidos a los centros de altos estudios y a los presupuestos que éstos destinaban para investigación<sup>2</sup>.

### **Desde el cognitivismo**

La descripción histórica del desarrollo de la in-

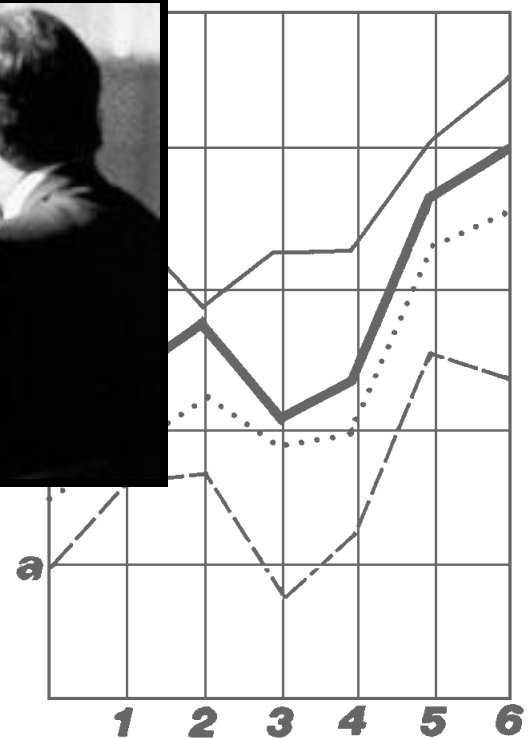
vestigación en psicoterapia dentro del marco cognitivo en la Argentina no puede despegarse de la historia del psicoanálisis, ya que muchos de los terapeutas cognitivos con experiencia en nuestro medio, tuvieron como primera formación una de corte psicodinámico.

Los mismos problemas en relación a la formación técnica para la realización de investigaciones empíricas estuvieron repetidos en la conformación de los primeros grupos de terapeutas cognitivos en nuestro país. Sin embargo la terapéutica cognitiva tiene una tradición de base empírica distinta, recibiendo una clara influencia de los modelos conductistas, los cuales poseen una amplia historia sobre investigación. Con este punto de partida distinto, los equipos de investigación de psicoterapeutas cognitivos fueron los primeros en organizar un programa complejo y a largo plazo de investigación en psicoterapia(11).

### **Prehistoria e historia de la investigación en psicoterapia en nuestro país**

Si bien hace muchos años que en nuestro país existen autores que sostienen posturas teóricas que permiten una apertura hacia la realización de investigaciones empíricas sobre temáticas psicoterapéuticas –como Bleger o Liberman– no hay registros sobre investigaciones que hayan llegado a publicarse hasta muchos años después. Sin embargo, a modo de pieza única y como representante de la investigación en Latinoamérica, se encuentra una investigación realizada a fines de la década del sesenta y publicada en un libro, realizado por Veron y Sluzki(38). Más allá de estos hechos aislados, se puede considerar como hito fundacional de la investigación en psicoterapia en nuestro país el Congreso realizado en Mendoza en el año 1993, que inició el capítulo sudamericano de la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia, (SPR, en su sigla en inglés). En él, psicoterapeutas de distintos países sudamericanos se juntaron para sentar las bases de una sociedad que nuclease y organizase la investigación en el área.

Países como Uruguay y Chile –de la mano de investigadores como Juan Pablo Giménez, De la Parra, Ricardo Bernardi y Sylvia Gril entre otros– han hecho una admirable labor de organización y promoción de la investigación empírica en psicoterapia(13). También es necesario mencionar a investigadores extranjeros que han hecho las veces de “padrinos” de los grupos de investigaciones locales, como pueden ser, dentro del psicoanálisis, Horst Kachele de la Universidad de Ulm o, dentro de las terapias cognitivas, Larry Beutler de la Universidad de Santa Barbara. Este primer evento sirvió para reunir a distintos grupos, hasta entonces aislados, que comenzaron a diseñar proyectos de investigación empírica. Sin embargo, prontamente se encontraron con un problema de difícil solución: la falta de formación metodológica que les permitiese diseñar y llevar adelante este tipo de tareas. Con mucho entusiasmo y como primera solución, se empezó a imitar los modelos de investigaciones extranjeras, importando sus técnicas de análisis de datos (como la técnica sobre Núcleos Centrales de Conflictos Relacionales, CCRT) y repitiendo



sus diseños. El resultado fue que se comenzaron a realizar investigaciones adecuando los objetivos a las técnicas. Así se generó una serie de trabajos que, si bien ampliaban los conocimientos que se tenían sobre las técnicas usadas, poco agregaban a las preguntas sobre la eficacia, pertinencia y calidad de los tratamientos.

Algunos de los noveles investigadores (aunque experimentados terapeutas), al enfrentarse con las limitaciones que conlleva esta actividad, comenzaron a recurrir a la ayuda de gente especializada en aspectos metodológicos de la investigación y el análisis de datos. Sin embargo, algunos de esos metodólogos no provenían de las ciencias de la salud, lo que provocó en más de una oportunidad, que estos expertos no comprendiesen las peculiaridades de la investigación en psicoterapia y pretendiesen imponer “recetas metodológicas” poco útiles para este tipo de investigaciones. Este acercamiento también expuso otro hecho no muy tenido en cuenta: las universidades y/o centros de investigación en nuestro país no contaban con un buen acceso a información proveniente de tratamientos psicológicos, por lo cual tampoco poseían programas de investigación en este área. Como ejemplo de esto cabe destacar que recién ahora se cuenta en la Argentina con los primeros tratamientos completos audiograbados y que hasta no hace mucho tiempo, para los investigadores académicos, resultaba muy difícil obtener material clínico adecuado, sin el cual la realización de muchas de estas investigaciones no es posible.

Como uno de los resultados positivos de la asociación entre terapeutas interesados en realizar investigación e investigadores del ámbito académico, se puede mencionar el hecho de que se potenció el trabajo de los distintos grupos, posibilitando la aparición de nuevos proyectos más ambiciosos, pero con una infraestructura más adecuada a dichas ambiciones. A partir de esto comenzaron a realizarse investigaciones en las que las técnicas están al servicio de los objetivos.

### Investigaciones en curso

En los últimos años y como efecto natural de la maduración de la investigación en este área, se fue-

ron reduciendo el número de investigaciones aisladas y comenzaron a organizarse una mayor cantidad de programas con líneas de trabajo a largo plazo, e investigadores formados que toman a su cargo a investigadores en formación.

Para este estudio se analizaron un total de 26 investigaciones. Se arribó a este número unificando distintos proyectos que forman parte de un mismo programa de investigación— en tanto tocan una misma temática— y que son realizados por miembros de un mismo equipo. Sólo se consideraron investigaciones que están en curso y de las cuales ya se hayan comenzado a presentar los primeros informes preliminares ya sea en Congresos, anuarios o en publicaciones científicas.

Fernando García a principios de la década del noventa presentó un cuadro clasificatorio que permite entender las distintas formas que pueden adoptar las investigaciones en psicoterapia(12); este trabajo resulta útil a la hora de comprender cuáles son los lineamientos que se están siguiendo en la investigación en este área. Se utilizarán algunas de las polaridades planteadas para realizar el análisis de las investigaciones seleccionadas.

### Estudios cuantitativos – cualitativos:

En esta polaridad se puede observar un cambio de rumbo en relación a lo mencionado por García a principios de los '90, ya que de las investigaciones analizadas, 15 utilizaban una modalidad netamente cuantitativa, 5 incluían elementos cuali y cuantitativos, y 6 utilizaban metodologías netamente cualitativas.

### Estudios sobre procesos-resultados:

Solamente dos de las investigaciones analizadas apuntan al estudio de resultados; este es un dato llamativo teniendo en cuenta que no hay información

clara en la Argentina acerca de la prescripción de tratamientos psicológicos.

#### ***Estudios sobre la figura del paciente-terapeuta:***

Fundamentalmente las investigaciones analizadas tienen su foco de investigación puesto sobre la figura del paciente –16 sobre 26–, mientras que un total de 8 analizan eventos relacionados con la figura del terapeuta. Las dos investigaciones restantes sobre resultados analizadas, no muestran orientación específica en relación a si sus evaluaciones fueron realizadas para evaluar efectos del paciente o del terapeuta. En ellas se apunta a establecer índices de eficacia de los tratamientos.

#### ***Estudios experimentales-no experimentales:***

Sólo los estudios orientados a validar métodos cumplen con las condiciones necesarias para ser considerados experimentales. Esto coincide con las posturas que sostienen que la investigación en psicoterapia tiene serios limitantes a la hora de aplicar diseños experimentales(18), debiéndose contentarse con la aplicación de diseños cuasi experimentales como forma de prueba de sus hipótesis. Sin embargo, en otros países del mundo las modalidades experimentales son ampliamente usadas, especialmente en proyectos que estudian los resultados de la psicoterapia.

#### ***Estudios orientados a la obtención de validez teórica-validez empírica:***

Cuatro de las veintiséis investigaciones apuntan a obtener información sobre la validez empírica, dos de ellas a través de un desarrollo técnico y otras dos tratando de analizar los resultados de distintos tipos de tratamientos. Presentaremos las dos investigaciones que apuntan al desarrollo de técnicas en el momento de comentar los métodos utilizados. El resto de las investigaciones apuntan a dar soporte a aspectos teóricos.

Uno de los datos más llamativos en relación a la muestra de investigaciones analizada, fue que no se pudieron encontrar registros sobre investigaciones en tratamientos combinados, en las que se comparen los efectos diferenciales entre tratamientos que reciben solamente psicoterapia, solamente psicofármacos y ambas modalidades conjuntas a un mismo tiempo. Otro de los temas que tampoco estuvo presente fue el del estudio de la adherencia a los tratamientos, a pesar de ser un tema que normalmente se discute en las reuniones científicas.

En relación a las temáticas elegidas por las investigaciones, no hay tendencias claras acerca de problemáticas a las que se les esté dedicando una mayor atención. Sí queda marcado un especial interés por identificar las razones y las modalidades de cambio a través de los tratamientos.

#### **Problemas relacionados con la obtención y optimización de los recursos**

Uno de los principales desafíos que enfrentan los equipos de investigación es tratar de establecer un balance entre los recursos disponibles y los objetivos de sus trabajos. El desafío consiste en tratar de no

cercenar los objetivos planteados pero, a la vez, volverlos posibles, adecuándolos a la realidad de los recursos disponibles.

Se debe tener en cuenta que la investigación en psicoterapia en nuestro país se realiza casi por entero *ad honorem*. De las investigaciones analizadas, sólo siete contaban con subsidios para cubrir parte de sus gastos (generalmente los subsidios no incluyen honorarios), mientras que sólo cinco de los investigadores participantes percibían honorarios por sus tareas de investigación (docentes con tiempo de investigación). El resto de los trabajos son realizados por clínicos en su tiempo libre. Las investigaciones analizadas cuentan con una escasa infraestructura propia, utilizando consultorios, laboratorios, equipos y lugares de reunión cedidos por las instituciones a las que pertenecen los investigadores. Estos hechos limitan la posibilidad de acción ya que, sacando las investigaciones con subsidio, todos los gastos corren por cuenta de los investigadores.

#### **Problemas relacionados con la participación de pacientes y terapeutas en investigación**

Para los terapeutas, la mirada ajena –fuera de la del supervisor– suele ser vivida como una transgresión dentro de los valores que se adquieren con la formación terapéutica (se puede establecer una excepción a esto en las terapias de corte sistémico). Esta formación no incluye cursos de investigación empírica ni contempla la intrusión de otros observadores que no sean los pautados por los ateneos o las supervisiones. En este sentido, integrar a un equipo de terapeutas en una investigación empírica, es una tarea bastante compleja. La curiosidad y las ganas de participar en un proyecto que permita enriquecer los conocimientos sobre el área suelen actuar de motor para los terapeutas participantes. Sin embargo, rápidamente, se tropieza con miedos y resistencias (legítimos) a los que se debe prestar especial atención. La primera tarea es entonces informar y evacuar todas las dudas que pudiesen surgir.

Para la asignación de los tratamientos, es decir la asignación de los pacientes de la muestra a cada uno de los terapeutas, se pueden seguir dos modalidades; la de la asignación al azar (pacientes asignados aleatoriamente a los distintos terapeutas participantes) o la de carácter naturalístico (los investigadores asignan siguiendo algún criterio pre establecido a los pacientes con sus terapeutas). Este último tipo de diseño, es el que más se utiliza en las investigaciones analizadas. Cabe destacar que esta modalidad, si bien no permite controlar la variable terapeuta dentro de los tratamientos, representa de una forma más real lo que sucede en un encuentro entre terapeuta y paciente fuera de un dispositivo de investigación, en donde tanto paciente como terapeuta tienen ciertas probabilidades de elegirse mutuamente.

Para conocer en detalle las vicisitudes de ser terapeuta participante en una investigación científica, se recomienda la lectura del trabajo de un grupo de terapeutas, quienes con mucho sentido del humor y con sentido teórico-práctico, presentan algunas desventuras del aprendizaje y el enriquecimiento pro-

ducto de su participación en una investigación de proceso(7).

### Problemas relacionados con los métodos

Como he señalado al principio de este trabajo, la investigación empírica en psicoterapia es un área que solo se ha desarrollado recientemente, con lo cual, sus métodos y técnicas también son nuevos. Esto provoca que muchas veces estos métodos aún se encuentren en proceso de validación, o que sólo se cuente con traducciones de técnicas desarrolladas en otros países, que aún no han sido adaptadas a un nuevo idioma o contexto social. En algunas ocasiones, esto se traduce en un uso inadecuado de las técnicas, que terminan mostrando resultados poco fiables o con baja posibilidad de generalización, ya que no se cuenta con datos poblacionales válidos.



### Métodos

Para poder ejemplificar las características de las técnicas utilizadas en este área, se presentará un resumen de algunas de las técnicas que están siendo más utilizadas, describiendo sus objetivos y sus procedimientos. Sólo se mencionarán algunas técnicas de estudios de procesos, no presentándose escalas de medición de trastorno o de personalidad debido a que las mismas tienen un grado de difusión mayor.

#### Método sobre el tema central de conflictos relacionales CCR T

Se trata de un método de estudio de la narrativa del paciente sobre una sesión desgrabada. Se realiza un análisis del contenido manifiesto del relato del paciente con reglas preestablecidas para lo que se utilizan evaluadores entrenados. Los resultados son tabulados y estandarizados. Al finalizar el estudio de la sesión se obtiene el núcleo central conflictivo de relaciones del paciente sobre la base de tres conceptos clave, el deseo manifiesto (D), la respuesta del otro (RO) y la respuesta del sujeto (RS)(28).

La principal fortaleza de una técnica de estas características reside en la cantidad de estudios realizados para establecer su validez. El CCRT es el más notorio y el más validado de los métodos de proceso terapéutico que generó el psicoanálisis hasta el momento. Sin embargo, esta ventaja se asocia a una serie de problemas. Una de ellas, es que los evaluadores deben poseer un alto entrenamiento, costoso en tiempo y en recursos. Otra, es que se deben realizar constantes monitoreos acerca de la confiabilidad inter jueces, para poder estar seguro de que todos los evaluadores están utilizando la técnica de forma similar. Esto lleva a que no haya en nuestro medio muchos equipos de evaluadores de CCRT.

#### El ordenamiento Q (PQS)

El método de orden Q para investigación en Psicología fue creado por Stephenson(36) y más tarde desarrollado por Block(2). El objetivo de este método es posibilitar una descripción cualitativa de un evento a través del ordenamiento de una serie de ítems que mencionen características de dicha situación.

Un set Q consiste entonces en un conjunto de ítems, cada uno de los cuales describe una característica o un aspecto psicológico o conductual de un individuo o una situación. El contenido específico de los ítems depende de los objetivos particulares de la investigación. No existe un set Q standard. El objetivo de esto es proveer un conjunto de elementos que capturen, de la manera más exhaustiva posible, las dimensiones de variación crítica entre distintos casos en estudio.

En los últimos años, se construyó el Método Q para el Proceso Psicoterapéutico (PQS)(16). El mismo es utilizado para describir procesos terapéuticos psicodinámicos, evaluar la relación entre proceso y resultados y analizar la naturaleza del cambio a través del tiempo. Se parte del concepto de que "El instrumento central de investigación en los modelos naturalísticos observacionales han sido los estudios de casos clínicos"(17).

#### La Actividad Referencial

La actividad referencial es uno de los conceptos teóricos integrantes de la teoría de códigos múltiples(3, 4). Esta teoría explica el cambio terapéutico como resultado de los vínculos existentes entre los sistemas subsimbólicos, simbólico no verbales, y simbólicos verbales.

Esta variable se refiere al grado en que un esquema emocional, que comprende representaciones de eventos e imágenes, es capturado en palabras. Para la conceptualización y medición de la actividad refe-



rencial, Wilma Bucci(5) estableció cuatro escalas, desarrolladas para evaluar el grado en que la emoción y la fantasía se expresan en palabras. Estas son: Concreción, Especificidad, Claridad y Presentación de imágenes. Las medidas se basan en las características de lenguaje expresivo y evocativo, y su significación en diferentes situaciones del discurso. La Actividad Referencial varía en el transcurso del proceso terapéutico, manteniendo niveles bajos cuando el paciente no ha integrado aún la experiencia a una forma lingüística y, elevándose cuando esta integración se concreta. Esto significa que una mejoría del paciente se encuentra representada por un incremento en la actividad referencial en su relato.

La Actividad Referencial medida por Computadora (CRA), es una medida de lenguaje computarizado que muestra la actividad referencial en el discurso del sujeto. Permite acceder a una representación gráfica de los ciclos referenciales tal y como se manifiestan en las sesiones terapéuticas(4, 29, 32), de modo que permite también la detección de esquemas emocionales en el transcurso del proceso terapéutico(34).

### **Escalas de evaluación clínica de los mecanismos de defensa** <sup>3</sup>

Este instrumento evalúa el uso y las características de los mecanismos de defensa predominantes en un sujeto(30).

A través de un conjunto de escalas intenta establecer criterios que determinen la probabilidad y frecuencia con la que un sujeto hace uso, en una entrevista, de ciertos mecanismos de defensa. Éstas, se evalúan a partir del relato del paciente y su interacción con el entrevistador. Sin embargo, no es este último el que realiza las mediciones, sino que la aparición probable o definitiva de un mecanismo de defensa dado, es determinado por un conjunto de observadores-evaluadores. Éstos tienen acceso a los datos a través de desgrabaciones de la entrevista o por registro de video.

El uso correcto de estas escalas requiere que los evaluadores realicen una continua verificación de los conceptos implícitos de la misma y su sustentación. Este diseño permite hacer evaluaciones tanto cualitativas como cuantitativas del uso de mecanismos. A través de dicho procedimiento de análisis, se puede llevar a cabo un ordenamiento jerárquico de las defensas en siete niveles, que presentan a las defensas en términos de: maduras, obsesivas, neuróticas, narcisistas, de repudio, fronterizas, y de acción.

### **Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R)**

El SCL-90-R es un inventario de síntomas autoadministrable, diseñado para reflejar los patrones de síntomas psicológicos del entrevistado (sea un paciente psiquiátrico, o la población general). Cada ítem es evaluado en una escala de cinco puntos (0-4), que va desde "nada" hasta "extremadamente". Esta escala es puntuada e interpretada sobre la base de nueve dimensiones sintomáticas principales y tres índices globales.

Las nueve dimensiones son: Somatización, Obsesi-

vo-Compulsivo, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicotismo. Los tres índices que se obtienen sobre la base de estas dimensiones son los siguientes: Índice de Severidad Global (GSI), Índice de Síntomas Positivos de Distress (PSDI), Total de Síntomas Positivos (PST).

Estos índices globales fueron desarrollados para proveer mayor flexibilidad en la evaluación general del estatus psicopatológico del paciente y para suministrar índices concisos sobre los niveles de sintomatología y distrés psicológico(9).

### **Técnicas desarrolladas en nuestro país**

Solo recientemente se han comenzado a desarrollar métodos de estudio terapéutico en nuestro país; su costo es alto, producto del tiempo y la cantidad de tareas necesarias para obtener datos acerca de su validez y confiabilidad. A continuación presentaremos dos desarrollos que se encuentran en el proceso de validación.

### **Protocolo para la detección de elementos diferenciales para un diagnóstico psicodinámico (EDDP)**

Este instrumento, creado dentro del marco de la investigación "Estudio sobre cambio psíquico en la terapia psicoanalítica" dirigida por López Moreno(26), intenta operacionalizar un diagnóstico psicodinámico del paciente y estandarizar la información obtenida a través de la supervisión. Sus preguntas rastrean indicadores empíricos de constructos teóricos relevantes para la clínica dentro de un marco teórico fundamentalmente psicoanalítico.

Los objetivos de la aplicación del EDDP varían según se trate de las primeras entrevistas o del transcurso del tratamiento:

En las primeras entrevistas se trata de: a) Operacionalizar y estandarizar el diagnóstico psicodinámico realizado en la supervisión. b) Estandarizar elementos característicos de la transferencia contratransferencia paciente-terapeuta. c) Estandarizar elementos de la dinámica contratransferencial puesta en juego en la supervisión. d) Estandarizar elementos de la evaluación que realizan supervisor y supervisando en la supervisión.

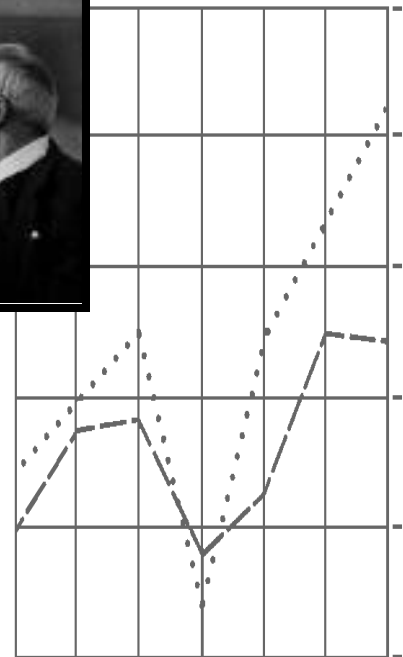
Durante el tratamiento se trata de: a) Ratificar o rectificar el diagnóstico inicial. b) Detectar presencia o ausencia de cambio en el paciente en lo que hace a los mecanismos de defensa utilizados por él y a sus aspectos sintomáticos. c) Detectar cambios en el vínculo paciente-terapeuta. d) Detectar cambios en la dinámica de la supervisión(25).

El protocolo consta de dos módulos. El primero está centrado en elementos conductuales del paciente, a fin de objetivar el diagnóstico y pronóstico realizados por el terapeuta luego de la primera entrevista. Los ítems del segundo módulo intentan plasmar la dinámica establecida entre supervisor y supervisando, incluyendo la contratransferencia terapeuta-paciente y supervisor-supervisando.

### Estilo personal del terapeuta (ETP)

Otro de los métodos desarrollados en nuestro medio, proviene del campo de la terapéutica cognitiva. Sus creadores, Fernández Alvarez, García y Scherb (11), desarrollaron un instrumento para evaluar las características personales de los terapeutas dentro de su accionar clínico. Para esto se basaron en los trabajos realizados sobre este tema por Larry Beutler en los Estados Unidos(1) y en la experiencia obtenida en la clínica Aigle en Buenos Aires.

Dentro de las distintas variables que se pueden considerar en la evaluación del estilo de los terapeutas, este instrumento se centra en las formas de comunicación más usadas por el. De esta forma se elaboró un cuestionario en donde se analizan las siguientes dimensiones características de la comunicación del terapeuta en la terapia: instruccional, evaluativa, atencional, operativas, expresivas y de compromiso interpersonal.



### Evaluación de los problemas presentados

A lo largo de este trabajo se ha intentado presentar un panorama general de las investigaciones que se están realizando en la Argentina, así como los métodos que utilizan y algunos de los problemas que tienen en común las investigaciones analizadas. Si intentásemos clasificar esos problemas de acuerdo a su naturaleza podríamos concluir que aparecen los siguientes tipos:

- *Metodológicos*, de difícil resolución debido a la falta de tradición empírica en el área y la complejidad de la temática que ponen límites muy claros con relación a lo que se quiere hacer y a lo que realmente se puede.

- *Logísticos*, que enfrentan a los investigadores con la ardua tarea de conseguir fondos, espacios fijos de trabajo y lugares de difusión para los resultados.

- *Asociados a la polémica existente acerca del distanciamiento entre las teorías psicológicas y la práctica clínica*. Uno de los cuestionamientos más fuertes que se realiza a las investigaciones en psicoterapia se refiere a su (falta de) validez en términos de representatividad en relación con su objeto de estudio. La pregunta acerca de si realmente se investiga qué pasa en los tratamientos terapéuticos o si solamente se están estudiando "procedimientos teóricos", que poco tienen que ver con la práctica cotidiana, sigue siendo una de las cuestionamientos a resolver. Este fenómeno de disociación entre lo que la teoría dice que ocurre dentro de la sesión y lo que realmente sucede genera una brecha, no sólo en los aspectos relacionados al conocimiento que se obtiene a través de las investigaciones, sino dentro del *corpus* de lo que Bunge(6) llama teorías sustantivas de cada tipo de conocimiento.

Seligman, en 1995(35) realizó en Estados Unidos, un análisis muy interesante y polémico acerca de una encuesta obtenida a través del *Consumer Report* (Infor-

me del consumidor), una publicación sobre productos y servicios en general, que dedicó un número especial a los servicios en el área de la Salud Mental. En este análisis Seligman denuncia que múltiples estudios se centran en lo que supuestamente deberían hacer los terapeutas y no en lo que realmente hacen.

Alertados por este tipo de críticas, las investigaciones analizadas en este trabajo parecen tener como propósito el conocer lo que realmente se está haciendo en cada uno de los tratamientos, procurando distinguir entre lo que se dice que se hace y lo que realmente se hace en la práctica clínica. Esto, que puede parecer un hecho menor, se vuelve crucial a la hora de analizar los resultados de cualquier tipo de estudio. Seligman presenta esta dicotomía en términos de efectividad y eficacia. Pero esto, que metodológicamente podría definirse como un problema de validez externa del fenómeno estudiado es, en realidad, un problema de definición sobre la actividad (en este caso, la profesión de terapeuta). Es decir, cada marco teórico define, desde su teoría, las técnicas concretas que debe llevar adelante un terapeuta de su especialidad. Sin embargo, se debe tener en cuenta una posible distorsión entre lo que se "debería" hacer en sesión y lo que realmente se hace. El trabajo de los investigadores debe apuntar a dar cuenta de este problema.

Algunas de las investigaciones analizadas tienen en cuenta este problema e incluyen en sus diseños una revisión detallada de los tratamientos, a través de las transcripciones de las sesiones. Esto permite conocer si los tratamientos estudiados son realmente representativos del marco teórico que se pretende investigar. De esta forma se logra lo que Wampold(40) considera como el "estudiar lo que realmente pasa en la psicoterapia", es decir atender al estudio de constructos teóricos que tengan una aplicación genuina. Observar lo que realmente hacen los terapeutas para poder conocer si existe correspondencia entre su desempeño concreto y las técnicas pertenecientes al modelo teórico suscripto.

• *Problemas relacionados con la infraestructura.* En nuestro país es muy difícil contar con el apoyo económico que requieren estas investigaciones. Si tratamos de mirar la investigación en psicoterapia en su contexto social, nos encontramos con una escena bastante desalentadora. Parece razonable, entonces, promover la unión de los grupos con interés en investigación en psicoterapia –terapeutas en instituciones profesionales y hospitales– con los ámbitos académicos, a fin de generar una mejor infraestructura para este trabajo. Este tipo de unión posibilita gestar proyectos con mejores posibilidades de recibir subsidios, a la vez que posibilita el mejor aprovechamiento de las infraestructuras y acceso de información que posee cada uno de los distintos grupos.

La interacción entre esos dos mundos que naturalmente se necesitan; el de los investigadores, que sin la correcta materia prima y el conocimiento teórico profundo que poseen los que ejercen el oficio de terapeutas poco pueden hacer, y el de los terapeutas que tratan de encontrar nuevas respuestas yendo más allá de lo que tradicionalmente les fue asignado como conocimiento necesario y suficiente para el ejercicio de su profesión.

La investigación empírica en psicoterapia es y ha sido un tema sobre el que se han tejido múltiples polémicas; las posturas epistemológicas acerca de la viabilidad, conveniencia y sentido de este tipo de inves-

tigación son realmente divergentes. Por ejemplo, mientras que para algunos la única vía de investigación legítima para el psicoanálisis es, aún hoy, la investigación psicoanalítica clínica, tal y como fue planteada originalmente por Freud; para otros, la existencia de vías alternativas que den acceso a un conocimiento de distinto orden es una realidad y una necesidad. Esta discusión que trasciende el ámbito interno del psicoanálisis o de cualquier otro marco psicoterapéutico, ha servido para que, desde otros lugares, se catalogue al conocimiento teórico propio de la psicoterapia como un conocimiento no científico. Posturas radicales en relación a la pertenencia de cualquier modalidad psicoterapéutica al ámbito científico no son en lo absoluto inocuas, tienen efectos muy concretos en la consideración que socialmente se tiene de la psicoterapia. Por ejemplo, esto provoca que a la hora de desarrollar los planes de salud mental, distintas modalidades terapéuticas no sean tenidas en cuenta en iguales términos que otras modalidades, limitándose en muchas oportunidades, a que un enfoque específico sea parte de las prestaciones de salud pública. De este modo, se corre el riesgo de que el tipo de tratamiento psicoterapéutico no sea producto de una indicación terapéutica sino de una visión econométrica que no necesariamente tenga en cuenta lo que es mejor para la salud mental del paciente ■

#### Notas:

1. Ligazón.
2. Ejemplos de programas permanentes que apoyan esta línea de investigación son los planes de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT) o el perteneciente al Departamento de Investigaciones de la Universidad de Belgrano (UB).
3. Se agradece a Ezequiel Galarce quien participó en la elaboración de este resumen.

#### Referencias Bibliográficas

1. Beutler L. Machado P. y Allstetter Neufeldt S., Therapist variables. En A. Bergin & S. Garfield, (eds): *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*. New York: J. Wiley. (4th edition) 1994.
2. Block J., *The Q sort method in personality assessment and psychiatric research*. New York. Pergamon. 1961.
3. Bucci W., "The multiple code theory and the psychoanalytic process: A framework for research". *Annual of Psychoanalysis*. 1995. Vol. 22, pp. 239-259.
4. Bucci W., *Psychoanalysis and Cognitive Science: a Multiple Code Theory*. New York. Guilford Press. 1997.
5. Bucci W., *Scoring Referential Activity, Instruction for Use of Transcripts of Spoken Narrative Texts*, Ulm. Ulmer Textbank. 1992.
6. Bunge M., *La investigación científica, su estrategia y su filosofía*. Barcelona, Ariel. 1969.
7. Caridad V. Dorfman Lerner B. López Moreno C. Schalayeff C. Valaza A.M. Acosta S. y Vernengo P., Incidencia en la tarea clínica de la pertenencia a un grupo de investigación empírica. Trabajo presentado en el XXXVIII Simposium de la Asociación Psicoanalítica Argentina y publicado en *Análisis terminable e interminable en 2000*, trabajos libres, 2000. Tomo 1, pp. 199-206.
8. Catálogo de proyectos de investigación, Universidad de Belgrano. 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000-2001.
9. Derogatis L.R. Lipman R.S. Cove L., "SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report". *Psychopharmacological Bulletin*; 1973. 9:13-27.
10. Fernández Alvarez H. Scherb E. Bregman C. y García F., Creencias sobre la extensión y eficacia en psicoterapia en población general de la ciudad de Buenos Aires. J. Jiménez, C. Buguña, A. Belmar. (eds.) *Investigación en Psicoterapia, Procesos y resultados. Investigación empíricas 1993-1994* pp. 89-107. Santiago. SPR-CPU. 1995.
11. Fernández Alvarez H. Scherb E. Bregman C. y García F., The research program at Aigle. *Journal of Clinical Psychology*, 1998. Vol. 54 (3): 343-359.
12. García F., Una clasificación tentativa de metodologías de investigación en psicoterapia. *Boletín Argentino de Psicología*, 1991. 4 (1/3): 11-14.
13. Investigación en Psicoterapia. Procesos y resultados. Investigaciones empíricas. Editores, S. Gril, A. Ibañez, I. Mosca, P. Sousa. Educat. Montevideo. 1999.

14. Investigaciones en Psicología. *Revista del Instituto de Investigaciones*, 1998. Facultad de Psicología, UBA, Vol. 3 (2).
15. Investigaciones en Psicología. *Revista del Instituto de Investigaciones*, 1999. Facultad de Psicología, UBA. Vol. 4 (2).
16. Jones E. E., *Manual for the psychotherapy Process Q-sort*. Berkeley. 1985.
17. Jones E. E. y Windholz M., The Psychoanalytic Case Study: Toward a method for Systematic Inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1990. 38: 183-192.
18. Kächele H., Investigación psicoanalítica: 1930-1990. *Psicoanálisis hoy. Revista Chilena de Psicoanálisis*, 1992, 9 (2): 55-68.
19. Libro de resúmenes del 20th . Workshop of the Clinic Ulm, Psychoanalytic Process Research Strategies II, Twelve years later. Ulm, Alemania. 1997.
20. Libro de resúmenes del 28th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Geilo, Noruega. 1997.
21. Libro de resúmenes del 29th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Utah, Estados Unidos. 1998.
22. Libro de resúmenes del 30th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Braga, Portugal. 1999.
23. Libro de resúmenes del 31st Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, Estados Unidos. 2000.
24. Libro de resúmenes del 32nd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Montevideo, Uruguay. 2001.
25. Lopez Moreno C. Birman L. Dorfman Lerner B. Koziol B. Schalayeff S. Roussos, C., Recopilación de los Trabajos Presentados. En *Primera conferencia latinoamericana de investigación en Psicoanálisis. Proceso psicoanalítico: herramientas, métodos y resultados*, 271-92, Buenos Aires. IPA. 2001.
26. López Moreno C. Dorfman Lerner B. Schalayeff C. y Roussos A., Investigación empírica y Psicoanálisis, *Revista de Psicoanálisis*, 1999. Tomo LVI (3): 677-693, Buenos Aires, APA.
27. López Moreno C. y Schalayeff C., Nuevos aportes al estudio de la técnica psicoanalítica. *La practica analítica actual. Reflexiones sobre la técnica. XXXV Symposium de APA*. Tomo II, pp. 51-523. Buenos Aires. APA. 1997.
28. Luborsky L. y Crits-Christoph P., *Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. Cap. 6, 8, 18, 19. New York. Basic Books, Inc. Publishers. 1990.
29. Mergenthaler E. y Bucci W., Emotion-Abstraction Patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996. 64: 1306-1315.
30. Perry Ch., *Escalas de evaluación clínicas de los mecanismos de defensa*. 5ta. Edición, versión inglés castellano. Massachusetts. Harvard press. 1991
31. Recopilación de los trabajos presentados en la *Primera conferencia latinoamericana de investigación en psicoanálisis. Proceso psicoanalítico: herramientas, métodos y resultados*. Editores I. Berro, A.; Hagelin y C. Pelegrin. Buenos Aires. IPA. 2000.
32. *Revista del Instituto de Investigaciones*, Facultad de Psicología, UBA. 1997. Vol. 2(1) – 2(2) - 2(3).
33. Roussos A. Acosta S. Juárez C. y Mergenthaler E., (en prensa). Introducción a las técnicas de investigación sobre procesos terapéuticos asistidas por computadora: modelos de ciclos terapéuticos. *Revista Interamericana de Psicología*. Vol. 45.
34. Sammons M. y Siegel P., Una comparación de FRAMES con el CCRT y la CRA. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1988. 7: 131-145.
35. Seligman M., The effectiveness of Psychotherapy. *American Psychologist*, 1995. 50 (12): 965-974.
36. Stephenson W., *The study of behavior: Q-Technique and its methodology*. Chicago: University of Chicago Press. 1953.
37. Thoma H. y Kachele H., *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona. Herder. 1989.
38. Verón E. y Sluzky C., Comunicación y neurosis, Buenos Aires, Editorial del instituto. 1970.
39. Wallerstein R. y Fonagy P., Psychoanalytic Research and the IPA: History, Present status and Future Potential. *International Journal of Psychoanalysis*, 1999. 80: 91-109.
40. Wampold B., Methodological Problems in identifying efficacious psychotherapies, *Psychotherapy Research*, 1997. 7 (1): 21-43.

#### Lecturas sugeridas

- Bergin & S. Garfield (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*. New York: J. Wiley. 4th edition, 1994.
- Caridad V. Dorfman Lerner B. López Moreno C. Schalayeff C. Valaza A.M. Acosta S. y Vernengo P., Incidencia en la tarea clínica de la pertenencia a un grupo de investigación empírica. Trabajo presentado en el XXXVIII Simposium de la Asociación Psicoanalítica Argentina y publicado en *Análisis terminable e interminable en 2000*, trabajos libres, 2000. Tomo 1, pp. 199-206.
- Dahl H. Kächele H. y Thomä H. (compil.), *Psychoanalytic Process Research Strategies*. New York: Springer-Verlag, 1988.
- García F., Una clasificación tentativa de metodologías de investigación en psicoterapia. *Boletín Argentino de Psicología*, 1991. 4 (1/3): 11-14.

# Investigación empírica en psicoterapia

Aiban Hagelin

Psiquiatra infanto-juvenil. Médico psicoanalista en función didáctica, Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).  
Las Heras 1851, Piso 11, Dpto. 14, Buenos Aires. Tel.: 4806-5490. E-mail: ahagelin@interlink.com.ar

En general, todo trabajo dirigido a la investigación en psicoterapia y, en especial, a la psicoterapia psicoanalítica, debe comenzar por reseñar y revisar los problemas que ese campo presenta a la mencionada investigación. El objetivo principal de la investigación en el campo de las psicoterapias, tanto clínica como empírica, consiste en lograr, como disciplina y como práctica, un aumento de la credibilidad en el campo de las ciencias. Sin embargo, tal propósito encuentra una serie de dificultades relacionadas con sus objetivos, con sus limitaciones, con los métodos a utilizar, etc. Sus bondades no son unívocamente reconocidas; más bien son discutidas, especialmente en lo que se relaciona con los procesos y con los resultados de los tratamientos psicológicos. Se polemiza fuertemente, se cuestionan la eficiencia y la eficacia de los mismos, en un encendido debate entre especialistas (principalmente pero no únicamente) franco y anglo parlantes.

Roger Perron(16), distinguido representante de los analistas franco parlantes (belgas, canadienses, franceses, suizos, etc.) formula dos preguntas básicas: a) ¿qué se debe entender por investigación en psicoanálisis?, y b) ¿cómo se pueden delimitar los tópicos o dominios de la investigación, para poder establecer posteriormente, cuáles son los métodos de investigación apropiados para aplicar a esos tópicos y/o dominios? Del análisis evaluativo de los métodos y objetivos propuestos por una serie de importantes autores, surgen claramente dos líneas o tipos de investigación, sólo antagónicos entre sí en apariencia: la investigación clínica (tradicional) y la

investigación empírica (contemporánea) que usa métodos y procedimientos formales y sistematizados. A estas dos variantes, U. Moser(15) las ha denominado *Investigación on-line* e *Investigación off-line*, respectivamente.

La investigación clínica u *on-line*, es caracterizada por Moser, como aquella que realiza el terapeuta en su propio *setting* psicoterapéutico y corresponde a la que Freud(6) describiera como conjunción entre investigación y cura.

La *investigación off-line*, también en términos de Moser, es aquella que incluye todas las formas de investigación empírica en psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas (y no analíticas). En ella, los datos derivados de la clínica son subsecuentemente examinados con la ayuda de técnicas muy divergentes. Centros de investigación de Ulm, Londres, New York, Zurich, Buenos Aires y Estocolmo, entre otros, se hicieron eco de las fuertes críticas de Grünbaum(8), quien, refiriéndose a los resultados de las terapias psicoanalíticas, manifestó que no aceptaría ninguna otra metodología para probar su estatus científico que contrastaciones extra-clínicas, consistentes en trabajo empírico. Todos los mencionados centros y muchos investigadores individuales emprendieron múltiples estudios sistemáticos y han empezado a dar respuestas concretas a las muchas refutaciones que se han formulado a la cientificidad de las psicoterapias.

## 1. La investigación clínica

Es la que realiza el mismo psicoterapeuta, el que al

---

### Resumen

El presente trabajo pretende hacer una breve puesta al día sobre el debatido problema de la cientificidad del psicoanálisis; el surgimiento de la investigación en psicoanálisis como un intento serio y fundamentado para responder a las objeciones que se le formulan desde las ciencias duras y la filosofía de las ciencias. Termina refiriéndose a la emergencia de la investigación empírica en psicoanálisis como su recurso más promisorio para dar una base epistémica sólida al mismo.

**Palabras clave:** Epistemología – Psicoanálisis – Investigación en psicoterapia.

EMPIRICAL PSYCHOTHERAPY RESEARCH

### Summary

Current bibliography on epistemological status of psychoanalysis is reviewed. In particular, claims from several fields of knowledge, including those from "hard" sciences as physics, mathematics or philosophy of sciences about empirical demonstration of efficacy and theoretical basis of the discipline are discussed.

**Key Words:** Epistemology – Psychotherapy research – Psychoanalysis.

---

decir de Moser trabaja y se convierte en un científico *on-line*. Terapeuta y terapia forman parte del sistema que el mismo terapeuta observa y en el cual interviene como participante. Por lo tanto, éste debe ser científicamente activo durante la situación terapéutica.

Se produce conocimiento. Se observa la conducta del paciente; el terapeuta empatiza con sus afectos, se comunican afectos y se relacionan los mismos con la experiencia transferencial-contratransferencial y sus fantasías. La identificación y ubicación de los afectos no se debe perder y las identidades de ambos participantes debe permanecer clara, ya que múltiples fenómenos psíquicos tienden a perturbarla, tales como: identificaciones proyectivas, fusiones, momentos sin empatía, grandiosidades omnipotentes, futilidad, decepciones, inseguridades, etc.

La validez de la participación de los integrantes está impregnada de subjetividad y de una *certeza intuitiva*, la que no siempre es verificada empíricamente.

Se supone que el terapeuta selecciona y acopia mucha información a partir del mundo imaginativo, afectivo y lingüístico constituido por el campo terapéutico.

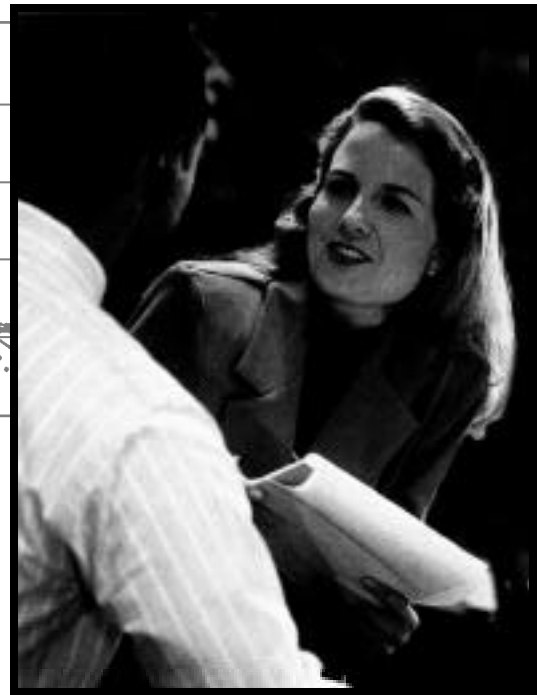
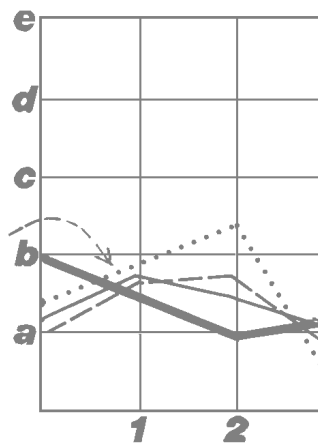
Con ella elabora, según Moser(15), "micromodelos" que contienen, sin embargo, sólo áreas actualizadas de la terapia haciendo la validez de los micromodelos bastante limitada. Consecuentemente las interpretaciones pueden surgir desde distintos niveles de abstracción: pueden ser sólo metáforas referidas a un aspecto específico y sólo comprensibles por la dupla terapéutica; pueden contener conceptos comprensibles en el contexto de la terapia, etc., pero el uso de micromodelos siempre lleva a un alto grado de abstracción, el que aún así conserva el componente afectivo-maduro de la experiencia (que no es ignorado).

En otro nivel de cosas, la investigación clínica reproduce el método tradicional médico, que estudia el caso individual; se ocupa del funcionamiento global del paciente mediante el abordaje estructural y evolutivo (aspecto histórico). Freud y los analistas tradicionales consideran que se puede entender el funcionamiento de una estructura, conceptualizando los pasos sucesivos de su desarrollo. Del estudio de múltiples casos similares ("familias de casos análogos") se podría consecuentemente extraer un modelo tanto funcional como evolutivo (del desarrollo). Por ejemplo, a través del estudio de casos únicos como *El hombre de las ratas*(3) y del *Caso Schreber*(4) Freud estableció sus modelos de neurosis obsesiva y paranoia respectivamente.

Con respecto a los objetivos de la investigación clínica, Perron(16) distingue tres niveles principales:

a. Definir síndromes, psicopatologías, etc., tal como lo hicieron Kanner(10), Mahler(13) y Meltzer(14) con el autismo infantil. Este tipo de esfuerzo tropieza con la duda epistemológica sobre la validez que puede tener establecer una nosología psicoanalítica sin violar la sistemática metapsicológica.

b. Enunciar construcciones teóricas: a partir de la investigación clínica se han podido enunciar los

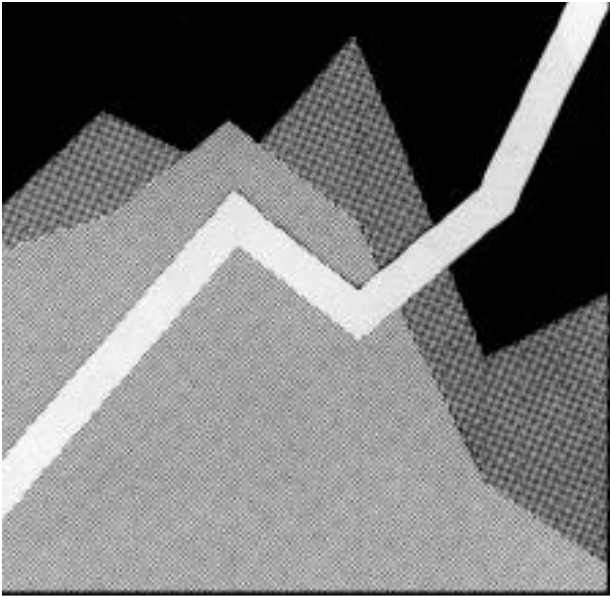


múltiples modelos psicoanalíticos post-freudianos. Por ejemplo, los modelos kleiniano, lacaniano, la Psicología del Yo, etc.

c. Crear bases investigativas para abordajes terapéuticos correspondientes a los modelos enumerados en el punto b.

Desde el punto de vista epistemológico, diversos autores consideran que el modelo clínico de investigación posee ventajas y desventajas. En la época de Freud la investigación clínica tenía fuerza epistémica y poder de convicción, especialmente para algunas de las hipótesis formuladas. Por ejemplo, resultó ser mejor recibida la primera teoría pulsional que la segunda. Además Freud ha sido mucho más generalmente aceptado por epistemólogos exigentes que autores post freudianos como Klein, Kohut, Bion, Lacan u otros. Según Perron(16), Adler y Jung fueron excluidos; Klein casi excluida; Bowlby, considerado como un marginal, etc.

Es obvio que, además del efecto negativo que tienen las tendencias cismáticas dentro del psicoanálisis, la ambigüedad implícita en los resultados de las evaluaciones clínicas, ha sido la fragua en que se ha acuñado su falta de unidad y homogeneidad. La investigación clínica ha flaqueado en sus posibilidades de unificar a todas las escuelas psicoanalíticas, pero mucho más en sus posibilidades para convencer a científicos no analíticos sobre la científicidad de la disciplina. La objeción más difundida es que el modelo clínico no puede producir más que teorías basadas en hechos *ad hoc*, de acuerdo con hipótesis preconcebidas. Han dejado de convencer escépticos argumentos tales como: la autoridad de Freud, la experiencia, la teoría general, etc. Mucho menos eficaz es en la actualidad la atribución de "resistencias" a las concepciones sobre el inconsciente atribuidas a nuestros irónicos oponentes. Según tales argumentaciones, los analistas somos considerados "creyentes" de un "credo", el psicoanálisis, y se adjudica a nuestro pensamiento, componentes mágicos. Todas estas debilidades epistemológicas y los problemas que ellas



nos han creado, han impulsado a muchos analistas a buscar nuevos caminos y nuevos métodos con los cuáles darle una verdadera y sólida base epistemológica a nuestra ciencia.

Karl R. Popper(17), escribiendo sobre *"Conjeturas y refutaciones"* abordó el difícil tema: *"¿Cuándo debe ser considerada científica una teoría?"*. Se refirió a las teorías en boga por los años veinte: La teoría de la relatividad de Einstein, el marxismo, y el psicoanálisis de Freud. Por mi parte, aquí sólo me referiré al psicoanálisis. Popper(17, pág. 44 y sig.) consideraba que, independientemente de la verdad que contuviera la teoría psicoanalítica, ésta tenía más elementos en común con los mitos primitivos que con la exactitud de las ciencias duras y que ella "se asemejaba más a la astrología que a la astronomía". Le impresionaba lo que el sentía como su enorme "poder explicativo", lo que lo exponía a devenir una suerte de revelación, con verdades ocultas para no iniciados. Los analistas manifestaban que sus teorías eran constantemente verificadas por sus "observaciones clínicas". Después de una serie de razonamientos, Popper concluyó por postular que *"el criterio para establecer el estatus científico de una teoría es su refutabilidad o su testabilidad"*.

Continuando con su análisis epistemológico Popper consideraba que el psicoanálisis veía ciertos hechos correctamente pero al mismo tiempo, descalificaba las "observaciones clínicas" que los analistas erigían en confirmaciones de sus teorías. Consideraba, por ejemplo, que el derecho a un *estatus* científico de la teoría estructural de Freud (1923), no era sustancialmente mayor que el de la colección de historias homéricas del Olimpo. Ambas teorías, según Popper, describen algunos hechos, pero a la manera de los mitos.

Hasta aquí, parece que el juicio de Popper es condenatorio y descalificador y muchos analistas abandonan indignados la lectura del trabajo de Popper en este punto. Eso es un lamentable error, porque se pierden incorporar justamente la salida que nos da Popper inmediatamente, cuando agrega: *"Al mismo tiempo comprendí que tales mitos son susceptibles de desarrollo y pueden llegar a ser testables; que en un sentido histórico, todas –o casi todas– las teorías científicas se originan en mitos y*

*que los mitos pueden contener importantes anticipaciones de teorías científicas"*.

Antes de terminar este apartado del trabajo, deseo recordar una vez más que Grünbaum, un eminente epistemólogo contemporáneo, discutiendo la cientificidad del psicoanálisis fue concluyente al afirmar que: *"de los psicoanalistas no aceptaría más 'argumentos clínicos' como confirmaciones de sus teorías, sino 'trabajo empírico' "*(8).

Han sido todas estas polémicas, las que han impulsado a muchos analistas calificados a buscar otros métodos y otros caminos, con los cuales dar una verdadera y sólida base epistémica al psicoanálisis, y esos otros caminos se están buscando a través de la investigación empírica.

## **2. La investigación empírica**

Este tipo de investigación *off-line* apela al uso de la objetivación y al empleo de métodos sistemáticos con aplicación de "modelos científicos". Con respecto a éstos últimos, Klimovsky(11) manifiesta que al igual que "sistema", "organismo", "teoría" y tres importantes vocablos centrales al discurso epistemológico, "modelo" es un término afectado por una acentuada polisemia. Si se desea utilizar "modelo" de un modo científico riguroso, se hace necesario proceder a lo que Carnap denomina una elucidación de ese término, es decir, reemplazar el sentido vago de la expresión por uno exacto y nítido.

Los modelos científicos más usados actualmente en investigación empírica en psicoterapia psicoanalítica provienen principalmente de dos marcos referenciales: el primero, es del campo de la biología (analogías con modelos de la investigación en inmunología, uso del concepto de defensas, etc.) El segundo, del área de las ciencias "duras". De las ciencias duras, el psicoanálisis utiliza modelos extraídos de la física y de la físico-química. Esto no es de extrañar, ya que son ciencias con muchos logros teóricos, que usan alta tecnología y gozan de gran prestigio entre el público en general, el mundo político y, naturalmente, entre científicos. En estos modelos se encuentran campos como causalidad, temporalidad, espacialidad, definiciones de realidad, etc.

Freud surgió en medio de la querrela por los métodos del siglo XIX, debate que animaron los partidarios de las ciencias del espíritu (en ascenso para entonces) y los partidarios de las ciencias naturales (quienes ya habían ganado una sólida reputación). Estos últimos exigían "explicar las teorías", los primeros sólo pedían "comprender" y dieron comienzo al problema de la *hermenéutica moderna* dando origen también al historicismo. La figura de Dilthey, con su obra famosa *Introducción a las ciencias del espíritu*, se convirtió en líder de las nuevas ciencias ideográficas, las cuales comenzaron a rivalizar con las poderosas ciencias de la naturaleza, con sus exigencias nomotéticas, ya que entre sus planteamientos se encontraba el esfuerzo por reducir el devenir a leyes universales que sirvieran para subsumir lo particular en lo universal. Los espiritualistas de Dilthey hacían un planteamiento culturalista, con aprehensión del objeto en su idiosincrasia individual, como singularidad inmersa en la historia y el devenir, sin disolverlo en al-

guna mediación conceptual, lo que se conoce como tendencia *ideográfica*.

El psicoanálisis emergió en medio de esta fuerte polémica y Freud se vio inmediatamente confrontado a establecer el lugar del mismo en el polémico tablero del *Methodenstreit* entre las *Naturwissenschaften* y las *Geisteswissenschaften*. La respuesta de Freud fue contundente: el Psicoanálisis es una ciencia de la naturaleza. Es más, para él no existía otro tipo de ciencia. Tampoco incorporó la antinomia interpretación versus explicación que polarizaban naturalistas contra espiritualistas. Para Freud, al decir de Paul-Laurent Assoun(1): "*Convienes ver en la Deutung un procedimiento intelectual que explica en el modo interpretativo o interpreta asignando una causa*". De esta manera interpretación y explicación serían parientes cercanos y la interpretación no causaría turbulencias en el modelo epistemológico naturalista. En otras palabras, para Freud determinar el significado (*bedeutung*) no implica descomponer el esquema causal.

La polémica mencionada no se agotó en el siglo XIX, más bien sigue en nuestros días; muchos autores se preguntan todavía que tipo de ciencia es el psicoanálisis. Según Perron(16), D. Tuckett(18) y otros, esta pregunta debe ser analizada desde tres niveles diferentes: a) desde un nivel epistemológico, b) desde la construcción de teorías y c) desde las técnicas usadas para recolectar y procesar los datos dentro del marco de referencias de esas teorías.

Siguiendo la exigencias de Carnap descriptas por Klimovsky y esforzándonos en definir términos para poder entendernos mejor entre investigadores, es importante delinear los criterios de científicidad con que nos manejamos, explicitando que la modelización privilegiada está relacionada preferentemente con las ciencias duras, las cuales plantean ciertas condiciones tales como:

a. *Elección de procedimientos para reconstruir los hechos*: las observaciones deben estar realizadas por observadores calificados.

b. *El problema de la cuantificación*: los datos deben ser cuantificables para que puedan proveer material para un subsiguiente tratamiento lógico-matemático.

c. *Sobre la aplicabilidad*: las observaciones deben poder repetirse si se dan las mismas condiciones y si se identifica el mismo fenómeno observado.

d. *Sobre la predicción*: una teoría científica debe permitirnos predecir sucesos que caen dentro de su campo.

e. *Sobre la falsación*: Popper (antes citado) estableció que si una teoría pretende ser científica, debe ser manejable mediante procedimientos que puedan llegar a demostrar la falsedad de sus predicciones

f. *Sobre la terminología*: al enunciar teorías, los términos usados deben ser referentes inequívocos y deben tener conexiones sin ambigüedades entre sí.

A esta lista de criterios epistémicos se podrían agregar varios más y todos ellos podrían ser ampliamente discutidos, siendo observables diferencias contextuales para ciencias diversas, pues no todas pueden cumplir con los requisitos si éstos son rígidamente aplicados. Por ejemplo, en paleontología, la cuantificación no es instrumental y los hechos no pueden ser repetidos. Las teorías post-darwinianas no pueden ser probadas, pero sí pueden organizar una amplia gama de hechos; la teoría newtoniana no



puede ser sometida a falsación, etc.

Sería arduo para nosotros explicar los problemas teóricos que plantean las mencionadas ciencias de modo que sólo acotaremos las preguntas a *cómo son tales problemas epistemológicos en el campo de la teoría psicoanalítica*. Naturalmente, esto implica que deberemos incursionar por un terreno polémico, plagado de discrepancias, especialmente entre autores franco parlantes y anglo parlantes.

### Más discusiones sobre epistemología del psicoanálisis

Todo abordaje científico organiza y produce hechos dentro de teorías y de técnicas. En psicoanálisis es indispensable distinguir entre "hechos psicoanalíticos" y "hechos históricos". Los hechos psicoanalíticos son hechos psíquicos, es decir que son observados y pensados dentro de los límites de la teoría y de la técnica psicoanalíticas y deben ser entendidos como diferentes a los hechos históricos. Por ejemplo, si un analista se maneja con hipótesis correspondientes a un trauma psíquico en un determinado paciente, se debe tener muy en claro que el mencionado trauma psíquico es algo muy diferente al suceso traumático infantil narrado como fáctico por el paciente, y ello es así, aún cuando el analista acepte posteriormente como real al trauma y lo categorice como causación de la organización traumática del paciente en estudio.

Los hechos psicoanalíticos están organizados sobre bases individuales en función de sus dos dimensiones básicas; sus estructuras y su historia y difieren de los hechos históricos, los que son remodelados (resignificados) por las acciones diferidas y serán "reconstruidos" en el curso del proceso psicoanalítico mismo(19).

En el campo psicoanalítico se presenta un fenómeno epistemológico único: existe una coincidencia entre método de estudio y sujeto de la observación. El aparato psíquico del paciente es estudiado por el aparato psíquico del analista. Ambos aparatos deben permanecer diferenciados suficientemente como para poder captar el diálogo transferencia-contratransferencia (disociación operativa). Es esta la razón por la cuál es precondición el análisis del propio analista.

Desde el punto de vista lingüístico, los términos usados en psicoanálisis deben tener la menor polisemia posible y guardar entre ellos la menor ambigüedad posible. Sabemos que esto es difícil porque la ambigüedad puede derivar del mismo objeto de estudio, puesto que esto se refiere a fenómenos y proce-



sos caracterizados por multiplicidad de sentidos. En psicoanálisis si no contamos con múltiples significados no tendríamos objetos de estudio. Esto es lo que explica que en nuestra ciencia la consideración de la teoría resulta básica para el proceso de construcción de los hechos psicoanalíticos y nos explica también por qué el psicoanálisis es pasible de críticas desde otras ciencias.

Si pensamos en la metapsicología, meditamos sobre una teoría general del funcionamiento psíquico que acompaña un conjunto de fenómenos, pero que no puede ser objetivamente testada. No obstante, es útil para relacionar una amplia gama de fenómenos conocidos y para organizar nuevos hechos (aunque a veces éstos sean creados por la misma teoría).

### **Elección de objetivos y métodos para investigación**

Como se dijo más arriba, se pueden identificar dos grandes enfoques de la investigación empírica en psicoanálisis: el francés y el anglosajón.

#### **1. El enfoque francés**

La discusión es fuerte para una categoría específica: el tratamiento psicoanalítico clásico. Autores franceses consideran no sólo que la mejor forma de investigarlo sino la única, es mediante la investigación clínica. Rechazan todo intento de someter datos de las sesiones a criterios y métodos de estudio derivados de las ciencias duras. Para estos autores esto equivaldría a algo así como destruir el objeto de estudio mismo. Desaprueban el uso de grabaciones y videos con razonamientos éticos y de perturbaciones que tienen lugar en el área de las relaciones transferenceles-contratransferenceles (analista-paciente). Sólo acepan tomar notas durante las sesiones y aún así limitan el uso de las mismas, excluyendo métodos cuantitativos de investigación.

A los fines de simplificar no discutiremos aquí los problemas referidos a la investigación de situaciones terapéuticas, de orientaciones psicoanalíticas diferentes: psicodrama, diagnósticos psicológicos, tratamientos institucionales, tratamientos psiquiátricos, psicoanálisis aplicado, etc., y pasaremos a analizar brevemente el punto de vista anglosajón.

#### **2. El punto de vista anglosajón**

La mayor parte de los argumentos que aquí presentaremos corresponden a un meduloso análisis de Peter Fonagy(7) de Londres. Su opinión se basa en el supuesto que se han producido grandes cambios en las últimas tres décadas:

a. enormes progresos en las ciencias relacionadas con el trabajo clínico en Salud Mental (revolución biológica en la comprensión de las funciones cerebrales) y,

b. desarrollo de otros abordajes de los trastornos mentales (revolución cognitiva en Psicología). Para su análisis el mismo autor divide el mismo en tres partes:

1. Problemas epistemológicos actuales del Psicoanálisis;

2. una epistemología alternativa para la disciplina y  
3. discusión sobre los trabajos actuales sobre eficacia en Psicoanálisis.

Resumiremos los aportes acerca del primero de estos puntos.

Respecto de los problemas epistemológicos Peter Fonagy, igual que todos nosotros, está preocupado por el futuro del Psicoanálisis. Sostiene que cuando manifestamos esta preocupación solemos enfocar nuestras ansiedades en cuestiones tales como: disminución de pacientes, falta de candidatos adecuados, aumento de buenas críticas a la teoría y a la práctica psicoanalíticas, fortalecimiento de terapias alternativas (psiquiatría biológica, terapias cognitivas-conductistas) y, lo que es más preocupante, la proliferación de otras terapias orientadas psicoanalíticamente que se disfrazan de psicoanálisis y que invaden nuestro campo. No obstante la importancia de estos problemas, Fonagy considera que hay un problema mucho más importante: *la fragmentación de la base de conocimiento psicoanalítica*. Ello se debería a un hecho sorprendente; existe un interés declinante entre analistas por leerlos y citarnos. Para mayor claridad, traduzco literalmente: "*¿Qué implica esta declinación? Si damos crédito a estas observaciones, es clara la implicancia de que no nos informamos suficientemente de las publicaciones de los otros como para querer citarlas en nuestros trabajos. No estamos adquiriendo conocimiento; más bien (y para exagerar un poco) estamos todos desarrollando nuestra disciplina en nuestras propias direcciones individuales, apoyándonos en lo clásico, pero por mucho, ignorando las contribuciones contemporáneas*". Estas tendencias están estadísticamente demostradas. ¿A que se deben? ¿Se ha incrementado la publicación de revistas científicas? No. Un estudio conducido por la Asociación Psicológica Americana, demuestra que la mayor parte de los clínicos lee ¡menos de un artículo nuevo por año! Esto implica un problema epistemológico de grandes proporciones; fragmentación conceptual y la pérdida de un paradigma organizador. ¿Cómo se produjo esta crisis? Fonagy(7) demuestra que nos citamos cada vez menos; las escuelas psicoanalíticas que emergieron y solían organizar nuestra disciplina se están derrumbando: "*los psicólogos del Yo ya no lo son más; los winnicotianos ya no son más winnicotianos; los psicólogos del self se han fragmentado; kleinianos y bionianos tienen cada vez menos en común; los seguidores de Ana Freud no constituyeron un grupo congregante ni siquiera durante la vida de su fundadora*". Esta fragmentación y la falta de ideas en común, constituye el peligro del psicoanálisis, mucho más allá de las causas externas. La falta de un lenguaje común nos hace ocupar menos lugar dentro de las ciencias y nos limita a defender ferozmente nuestra pequeña quinta individual.

### **El estatus de la teoría en la práctica clínica**

En psicoanálisis se discute si construimos nuestras teorías utilizando métodos inductivos o deductivos. Todos los analistas clínicos, dice Fonagy (antes citado) trabajan usando inferencias inductivas y por ende, lo hacen en sus investigaciones clínicas. En la

práctica analítica, se usa el camino inductivo no solo para las observaciones pasadas que se han hecho sobre un paciente sino también para hacer formalizaciones teóricas de otros casos pasados, de otros analistas (teorías clínicas). Generalmente, se considera que las conclusiones y formulaciones que se extraen por este camino, *son aceptables porque funcionan, y decimos que funcionan, porque así lo indica nuestra experiencia*. De esta manera el psicoanálisis ha erigido "teorías clínicas" al estatus de verdaderas formulaciones nomológicas. El proceso, adquiriría así ciertos visos de formulaciones nomológico-deductivas(9), pero lo real es que no nos exime de haber seguido un camino inductivo, ya que la supuesta ley que aplicamos ha sido enunciada, a su vez, por un camino inductivo, que sólo posee un valor heurístico y no tiene demasiado valor en la elaboración y enunciación de teorías que puedan ensanchar la base de conocimientos del psicoanálisis.

De lo dicho se deduce que una forma de explicar fenómenos clínicos y formular mejores teorías analíticas sería: a) un enganche lógico entre teoría y práctica, b) utilización de una metodología hipotético-deductiva para el estudio del material clínico y c) uso de una terminología sin ambigüedades(7)

Berger(2) y Fonagy(7) enfatizan que no hay una relación lógica entre la teoría y la práctica clínica y fundan sus opiniones en algunos de los siguientes argumentos:

- a. El psicoanálisis ha emergido sobre las bases de la prueba y el error.
- b. Es imposible señalar una exacta correspondencia entre la técnica analítica y las principales teorías analíticas. Las mismas teorías analíticas generan diferentes técnicas.
- c. De esta desarticulación entre práctica y teoría surge la falta de consenso acerca de cómo trabaja el

psicoanálisis; lo vuelve a indicar el hecho de que la práctica no está articulada a la teoría, de cuál es el mecanismo en el que basa su poder curativo. Si la práctica estuviera lógicamente ligada a la teoría, tendríamos resuelto el problema.

d. Teoría y práctica se han desarrollado de acuerdo a índices muy diferentes. La práctica clínica ha cambiado muy poco en comparación con los cuantiosos desarrollos teóricos ocurridos. Es más, se han producido escasos trabajos de alto nivel en materias técnicas.

### **El problema del pensamiento inductivo explica la superabundancia de teorizaciones**

Siguiendo a Fonagy(7), se llega a la clara conclusión de que tanto el trabajo clínico como las observaciones clínicas proveen la fuente principal para el enunciado de teorías en psicoanálisis. La estrategia de los clínicos es necesariamente inductiva. Se encuentran predispuestos a encontrar patrones en las interacciones terapéuticas, los cuales pueden explicar usando constructos teóricos existentes. En cuanto a las observaciones clínicas, los psicoanalistas optamos por un razonamiento inductivo apuntando instancias en las cuales los antecedentes no son seguidos por un consecuente. La estrategia epistémica psicodinámica predominante, incluida en el informe clínico, consiste en un inductivismo enumerativo. Esto ayuda al clínico a interpretar y también lo ayuda a sentirse seguro y a dibujar creativamente un cuadro del mundo interno del paciente.

Concluimos poniendo énfasis en la necesidad de nuevas investigaciones sobre la relación promisoría que comienza a dibujarse entre el psicoanálisis y las neurociencias y el retorno, como lo anticipaba Freud, a los modelos científicos ■

---

### **Referencias bibliográficas**

1. Assoun P.-L., *Introducción a la epistemología freudiana*. Ciudad de México, México, Impresora Publímex S.A., 1982.
2. Berger L. S., *Psychoanalytic theory and clinical practice: what makes a theory consequential for practice?* Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press, 1985
3. Freud S., *Notes upon a case of obsessional neurosis*, S.E vol. X .London, Hogarth Press, 1909b.
4. Freud S., *Psychoanalytic notes upon a case of paranoia* S.E vol XII. London, Hogarth Press, 1911.
5. Freud S., *The ego and the id*. S.E (vol XIX) London, Hogarth Press, 1923.
6. Freud S., *The question of lay analysis* S.E. vol. XX . London: Hogarth Press, 1926.
7. Fonagy P., *An open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. IPA Report, London: 1999.
8. Grünbaum A., *The Foundations of Psychoanalysis: A Philosophical Critique*. University of California Press, Berkeley, 1984
9. Hempel C., *Aspects of Scientific Explanation*. Lasalle, New York, 1965.
10. Kanner L., Autistic disturbances off affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250, 1943.
11. Klimovsky G., *Actas de las Jornadas sobre epistemología*. Montevideo, R. O. del Uruguay, 1990.
12. Kächele H., Investigación psicoanalítica: 1930-1990. Trabajo presentado en *Instituto Chileno de Psicoterapia Analítica*, 1991.
13. Mahler M. S., On child psychosis and schizophrenia. Autistic and symbiotic in fanfile psychosis. *The Psychoanalytic Study of the Child* 7, 286-305, 1952.
14. Meltzer D., Mutism and infantile autism, scchizophrenia and maniac-depressive states. *IJPA*, 55, 397-404, 1974.
15. Moser U., *Two Butterflies on my head*. Springer-Verlag, Berlin, 1992.
16. Perron R., An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. *IPA Report*, London, 1999.
17. Popper K., *El Desarrollo del conocimiento científico*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1967.
18. Tuckett D., The use of grounded theory in Psychoanalytic explanations *International Journal of Psychoanalysis*, 1996.
19. Viderman S., *La construction de l'espace analytique*. Denoel, Paris, 1971.

# Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis<sup>1</sup>

## Adela Leibovich de Duarte

Lic. en Psicología, UBA. Ph. D. in Psychology, New York University. Prof. titular regular de la cátedra "Psicoanálisis: Psicología del Yo", Facultad de Psicología, UBA. Directora del proyecto de investigación UBACyT (2001-2002): "El proceso inferencial clínico en psicoterapia: aproximación empírica II". E-mail: aduarte@sinectis.com.ar

## Constanza Duhalde

Lic. en Psicología, UBA. Doctorando Facultad de Psicología, UBA. Investigadora del proyecto de investigación UBACyT (2001-2002): "El proceso inferencial clínico en psicoterapia: aproximación empírica II".

## Vanina Huerin

Lic. en Psicología, UBA. Investigadora del proyecto de investigación UBACyT (2001-2002): "El proceso inferencial clínico en psicoterapia: aproximación empírica II".

## Guillermina Rutzstein

Lic. en Psicología, UBA. Doctorando Facultad de Psicología, UBA. Prof. adjunta de la cátedra "Clínica Psicológica y Psicoterapias. Psicoterapias, emergencia e interconsulta" (Cátedra II), Facultad de Psicología, UBA. Codirectora del proyecto de investigación UBACyT (2001-2002): "El proceso inferencial clínico en psicoterapia: aproximación empírica II".

## Flavia Torricelli

Lic. en Psicología, UBA. Doctorando Facultad de Psicología, UBA. Investigadora del proyecto de investigación UBACyT (2001-2002): "El proceso inferencial clínico en psicoterapia: aproximación empírica II".

---

### Resumen

**Objetivo:** A pesar de su importancia, son escasos los estudios sistemáticos acerca del proceso inferencial clínico en psicoterapia. En este trabajo se presenta un estudio sistemático realizado con el propósito de estudiar el proceso por el cual los psicoanalistas seleccionan indicios relevantes y elaboran hipótesis acerca de un mismo material clínico, atendiendo a cuál sería la incidencia que en ese proceso tienen el nivel de experiencia previa y la particular orientación teórica que sustentan. **Metodología:** La muestra con la que se realizó este estudio fue un grupo de 20 psicoanalistas seleccionado de acuerdo con su nivel de experiencia (menos de 10 años y más de 20 años) y con su orientación teórica: freudiana y lacanian. Todos escucharon la misma grabación de una entrevista inicial de tratamiento y sobre la transcripción textual de esta misma entrevista señalaron los indicadores que tomaron en cuenta, los indicios de los que se valieron para elaborar sus inferencias e hipótesis y los tipos de intervenciones sugeridas. Respondieron también a un cuestionario semi-estructurado. **Resultados:** Los psicoanalistas freudianos produjeron mayor cantidad de hipótesis simples e igual cantidad que hipótesis combinadas que los lacanianos. El nivel de experiencia incidió en la cantidad de hipótesis combinadas que formularon tanto lacanianos como freudianos. El 90% de los psicoanalistas produjo su primera inferencia clínica en el transcurso de los primeros 9 minutos de la entrevista (independientemente de los años de experiencia o de la filiación teórica). Los entrevistados coincidieron mayoritariamente sobre los temas fundamentales del caso clínico analizado. **Conclusiones:** Los psicoanalistas de la muestra utilizan mayor o menor número de inferencias clínicas según su nivel de experiencia, y dicha diferencia también incide en el tipo de inferencias producidas. El nivel de experiencia clínica se correlaciona positivamente con la capacidad de realizar mayor cantidad de inferencias combinadas. En todos los casos se destacan inferencias intrapsíquicas y vinculares, producidas a los pocos minutos de comenzar a escuchar el material clínico del paciente. No se evidenciaron diferencias significativas en lo concerniente al marco teórico.

**Palabras clave:** Psicoanálisis – Investigación en psicoterapias – Proceso inferencial – Experiencia del terapeuta.

### CLINICAL INFERENCE PROCESS IN PSYCHOANALYSIS

#### Summary

**Objective:** Despite the highest importance of studying the inferential process in psychotherapy, few systematic studies deal with the ways in which psychotherapists work with the material offered by their patients and construct clinical hypotheses about it. The purpose of this study is to present empirical findings about similarities and differences in the way psychoanalysts from different theoretical orientations and level of clinical experience produce their clinical inferences. **Methodology:** The sample includes 20 psychoanalysts selected according to their theoretical orientation (Freudian and Lacanian psychoanalysts) and their level of clinical experience (less than ten years and more than twenty years of clinical practice). They listened to the same tape-recorded first session of psychotherapy and were asked to report their clinical hypotheses, clues, and hunches about the material. They also answered a questionnaire about their inferential work. **Results:** Freudian psychoanalysts produced more single hypothesis and the same number of combined hypothesis than lacanian psychoanalysts. The level of experience was a factor when it came to producing combined hypothesis, no matter their theoretical framework. 90% of the interviewed made their first clinical inference before the first 9 minutes of the session (regardless of their experience and framework), and agreed on the core themes of the clinical case. **Conclusions:** there are similarities and differences in the inferential work according to the theoretical orientation and clinical experience of the psychoanalysts. Their level of experience has a positive matching with their capacity to produce more combined inferences. Most of the clinical inferences are psychological and relational, and they are produced at the very beginning of the session.

**Key Words:** Psychoanalysis – Psychotherapy research – Inferential process – Clinical experience.

El modo particular en que los psicoanalistas<sup>2</sup> elaboran el material de sus pacientes y construyen sus hipótesis clínicas tiene una relevancia central en la consideración de su actividad clínica. Un eje articulador primordial de este aspecto del trabajo de los psicoanalistas es la inferencia clínica, a la que se puede definir como el proceso cognitivo-afectivo por el cual el psicoanalista decodifica la producción de su paciente y elabora sus hipótesis clínicas. La literatura sobre inferencia clínica, además, muestra que los clínicos están sujetos a diferentes tipos de sesgos que inciden en la elaboración de sus juicios clínicos(6, 7, 4).

En la medida en que en el psicoanálisis no existen fórmulas establecidas o reglas específicas para formular inferencias, se abre un amplio espacio para variaciones individuales. Es habitual encontrar que las opiniones de distintos psicoanalistas acerca de un mismo material clínico difieran. Esto se puede observar, por ejemplo, durante supervisiones o presentaciones clínicas. Algunos psicoanalistas sólo requieren conocer un breve fragmento de una sesión para encontrar indicios conducentes a una hipótesis clínica. Otros, en cambio, necesitan mayor información y más material antes de formular sus inferencias(4).

Sin embargo, a pesar del interés del tema y de la importancia que la inferencia clínica podría tener en el estudio de la adquisición de la destreza clínica, poco se conoce acerca de cómo piensan los psicoanalistas un material clínico y son escasos los estudios sistemáticos acerca de este tema.

La investigación que se presenta, se propuso abordar empíricamente el estudio de las diferencias mencionadas para capturar de manera sistemática y con la mayor validez ecológica posible, los modos de trabajo de psicoanalistas clínicos. Esta investigación no pretende representatividad del conjunto de psicoanalistas por sí misma, sino que se inscribe en la tradición de estudios cuali-cuantitativos; de allí que sus resultados no sean generalizables ni trasladables a otra época o cultura. Los resultados de este trabajo podrán ser utilizados en el entrenamiento de futuros psicoterapeutas, además de afirmar la inscripción de la práctica psicoanalítica dentro de una tradición centrada en la investigación. Esto nos permite considerar a la práctica clínica como un hecho que puede ser abordado desde la investigación empírica, dando lugar a la posibilidad de investigar el acontecer clínico psicoanalítico.

Tres han sido las preguntas que guiaron esta investigación:

¿Cómo piensan diferentes psicoanalistas un mismo material clínico?

¿Hay relación entre las diferencias en la cantidad de años de experiencia clínica y las diferencias en los



modos que los psicoanalistas tratan los datos clínicos y construyen sus hipótesis clínicas?

¿Hay relación entre las diferencias de orientación teórica y las diferencias en los modos en que los psicoanalistas tratan los datos clínicos y construyen sus hipótesis clínicas?

## Metodología

### Muestra

El estudio se realizó con una muestra conformada por veinte psicoanalistas –diez freudianos y diez lacanianos– que accedieron voluntariamente a participar como sujetos de la investigación. Diez de los psicoanalistas tenían una experiencia clínica mayor a 20 años y los diez restantes menos de 10 años de experiencia clínica. La inclusión de los psicoanalistas dentro de cada grupo teórico fue hecha de acuerdo con su autorrotulación. Es decir, al momento de ser convocados como sujetos de la muestra, fueron los propios psicoanalistas quienes se definieron como freudianos o lacanianos. Se requería, además, que

**Tabla 1**  
**Edad y nivel de experiencia clínica**

	<b>Edad Promedio</b>	<b>Experiencia clínica Promedio (años)</b>
<b>Senior</b>	56 (DS=4,4)	30,2 (DS=3,8)
<b>Junior</b>	31,6 (DS=3,9)	5,7 (DS=1,9)

fueran miembros de reconocidas instituciones psicoanalíticas de la ciudad de Buenos Aires<sup>3</sup>.

De este modo quedaron constituidos 4 grupos de psicoanalistas: *junior* freudianos (n=5), *junior* lacanianos (n=5), *senior* freudianos (n=5) y *senior* lacanianos (n=5). Las edades y el nivel de experiencia clínica de los participantes figuran en la Tabla 1.

**Materiales y Procedimiento**

Se utilizó la sesión inicial grabada de un tratamiento psicoterapéutico (la misma para todos los participantes) con su respectiva transcripción escrita y una entrevista semi-estructurada. Esta sesión inicial fue grabada con el consentimiento de la paciente según lo establecen las normas éticas vigentes. Del mismo modo se obtuvo el consentimiento de la psicoterapeuta tratante para utilizar la entrevista en esta investigación. Se seleccionó un material que no presentara claramente la orientación teórica de la psicoterapeuta tratante.

La *consigna dada* en forma individual a cada uno de los sujetos de la muestra fue la siguiente: 1) escuche la sesión grabada, 2) simultáneamente lea la transcripción, 3) subraye lo que le parece relevante aunque no pueda dar cuenta en este momento de los motivos por los cuales lo hace, 4) detenga la cinta en el momento de tener su primera inferencia sobre el material, y luego continúe escuchando el material, 6) señale hipótesis adicionales, comentarios, 7) enuncie las intervenciones que le haría usted a la paciente –sean iguales o distintas a las de la terapeuta tratante–. Luego de terminada la escucha se le pedía que respondiera a una entrevista semi-estructurada con preguntas abiertas y cerradas.

Por medio de la entrevista semi-estructurada se obtuvo información adicional sobre el procedimiento de construcción de las hipótesis formuladas a partir del material, como así también datos acerca de la experiencia clínica de cada uno de los sujetos. En términos generales, la entrevista recabó información sobre: los sentimientos contratransferenciales; los tipos de intervenciones que hubiera realizado el psicoanalista en lugar del terapeuta tratante; el grado de incidencia del marco teórico propio en el proceso inferencial; los temas del material presentado que se consideraron fundamentales, entre otros.

Las hipótesis formuladas por los sujetos al escuchar la sesión fueron clasificadas a partir de un listado de categorías elaborado para tal fin. En el anexo 1 se reproduce una lista detallada. A modo de ejemplo

aquí mencionaremos dos tipos de hipótesis con su respectiva definición:

*Hipótesis vincular:* Hipótesis que alude a lo inter-subjetivo, al modo de relacionarse del paciente con los otros, incluidos sus pares y su familia.

*Hipótesis intrapsíquica:* Alude al mundo interno del paciente: sus fantasías y objetos internalizados. Incluye: conflictos, defensas, contenidos inconscientes, afectos, manejo de la angustia, posicionamiento subjetivo, aspectos yoicos y superyoicos.

Las hipótesis se clasificaron también en *simples* y *combinadas*. Las simples son hipótesis acotadas que aluden a un aspecto del material (por ejemplo: evolutivo, intrapsíquico, vincular o diagnóstico) y las hipótesis combinadas son aquellas que resultan de la combinación e integración de diferentes hipótesis simples.

Con el fin de evaluar el grado de confiabilidad de la clasificación de las hipótesis, dos jueces analizaron un conjunto de 190 hipótesis sobre el total de 348. Los puntajes fueron analizados mediante el coeficiente Kappa de Cohen para obtener el nivel de confiabilidad interjueces y la confiabilidad obtenida fue de K= 0,88. El alto índice de confiabilidad obtenido permitió continuar con la clasificación de las hipótesis.

**Resultados**

A continuación se presentan resultados referidos a la cantidad y naturaleza de las hipótesis formuladas, el momento de formulación de la primera inferencia, las intervenciones propuestas, los temas fundamentales detectados en el material clínico considerado y los sentimientos contratransferenciales de los psicoanalistas participantes.

**a. Cantidad de hipótesis**

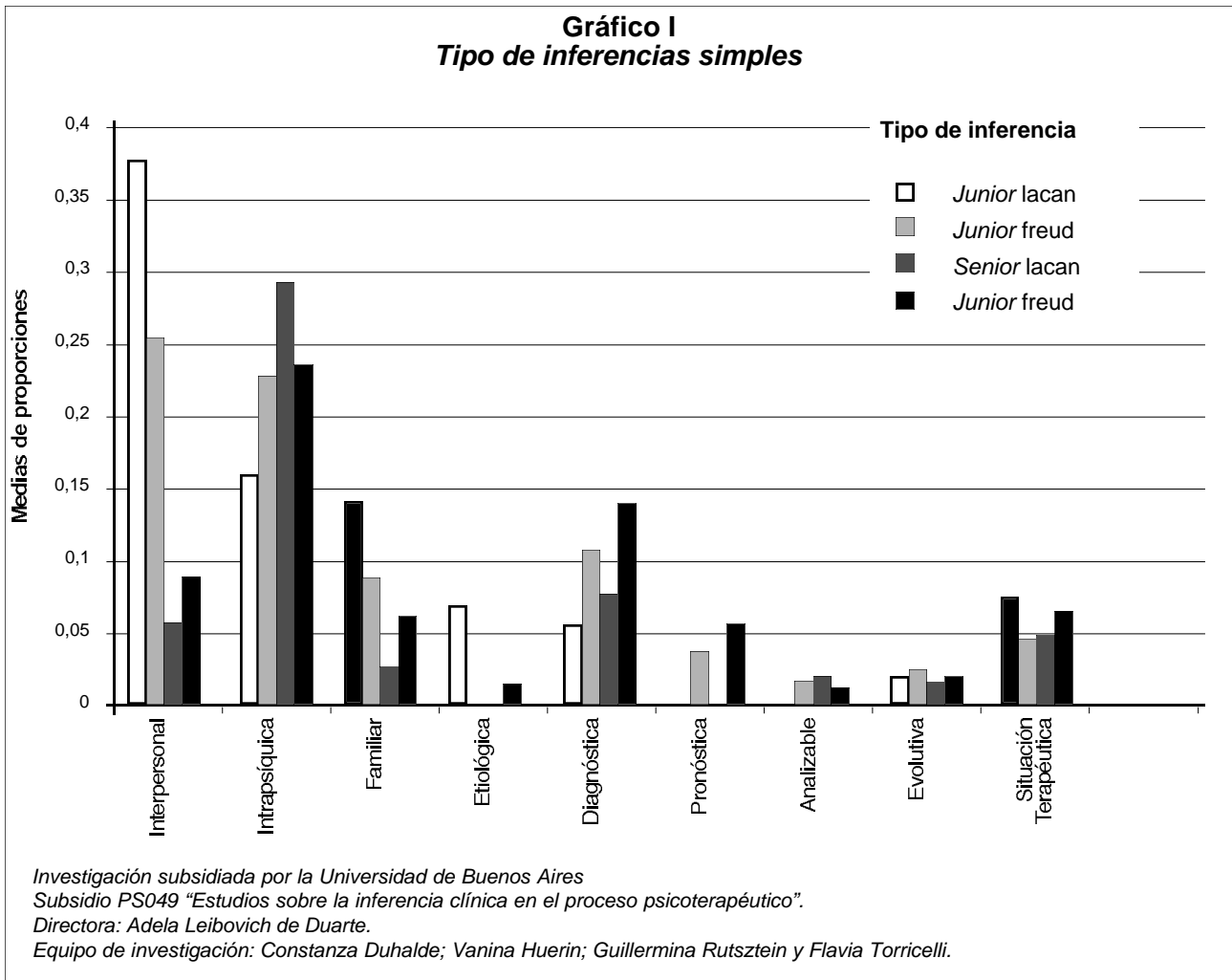
Los 20 psicoanalistas participantes produjeron un total de 348 hipótesis. De ese total, 244 (70%) resultaron ser hipótesis simples y 104 (30%) hipótesis combinadas. Al tomar en cuenta el marco teórico, los resultados indican que los psicoanalistas freudianos produjeron una cantidad significativamente mayor de hipótesis simples (62%) que los psicoanalistas lacanianos (38%). Sin embargo, ambos grupos teóricos produjeron una cantidad semejante de hipótesis combinadas según figura en la Tabla 2. Se realizaron ANOVA de dos factores de efectos fijos que arrojaron los siguientes resultados: incidencia del nivel de experiencia en la producción de hipótesis simples: F

**Tabla 2**  
**Cantidad de hipótesis producidas por lacanianos y freudianos**

Hipótesis	Simples		Combinadas	
<b>Freudianos</b>	151	62%	54	52%
<b>Lacanianos</b>	93	38%	50	48%
<b>Totales</b>	244	100%	104	100%

**Tabla 3**  
**Cantidad de hipótesis según nivel de experiencia clínica**

Hipótesis	Simples		Combinadas	
<b>Senior</b>	127	52%	76	73%
<b>Junior</b>	117	48%	28	27%
<b>Totales</b>	244	100%	104	100%



(1,19) = 0,11,  $p < 0,074$ (ns); incidencia del nivel de experiencia en la producción de hipótesis combinadas:  $F(1,19) = 8,96$ ,  $p < 0,0086$  que da cuenta de la contribución estadística significativa del nivel de experiencia clínica en la producción de hipótesis combinadas.

Los agrupamientos según el nivel de experiencia clínica dan cuenta de que el grupo de psicoanalistas *senior* produjo una mayor cantidad de hipótesis combinadas (76 hipótesis, que representan el 73%) que los psicoanalistas *junior* (28 hipótesis, que representan el 27%). Los datos que figuran en la Tabla 3 muestran que el grupo *senior* produjo hipótesis de un mayor grado de elaboración. En cambio, los psicoanalistas *junior* tendieron a producir hipótesis más puntuales, menos elaboradas y de menor nivel de integración.

#### **b. Tipos de hipótesis:**

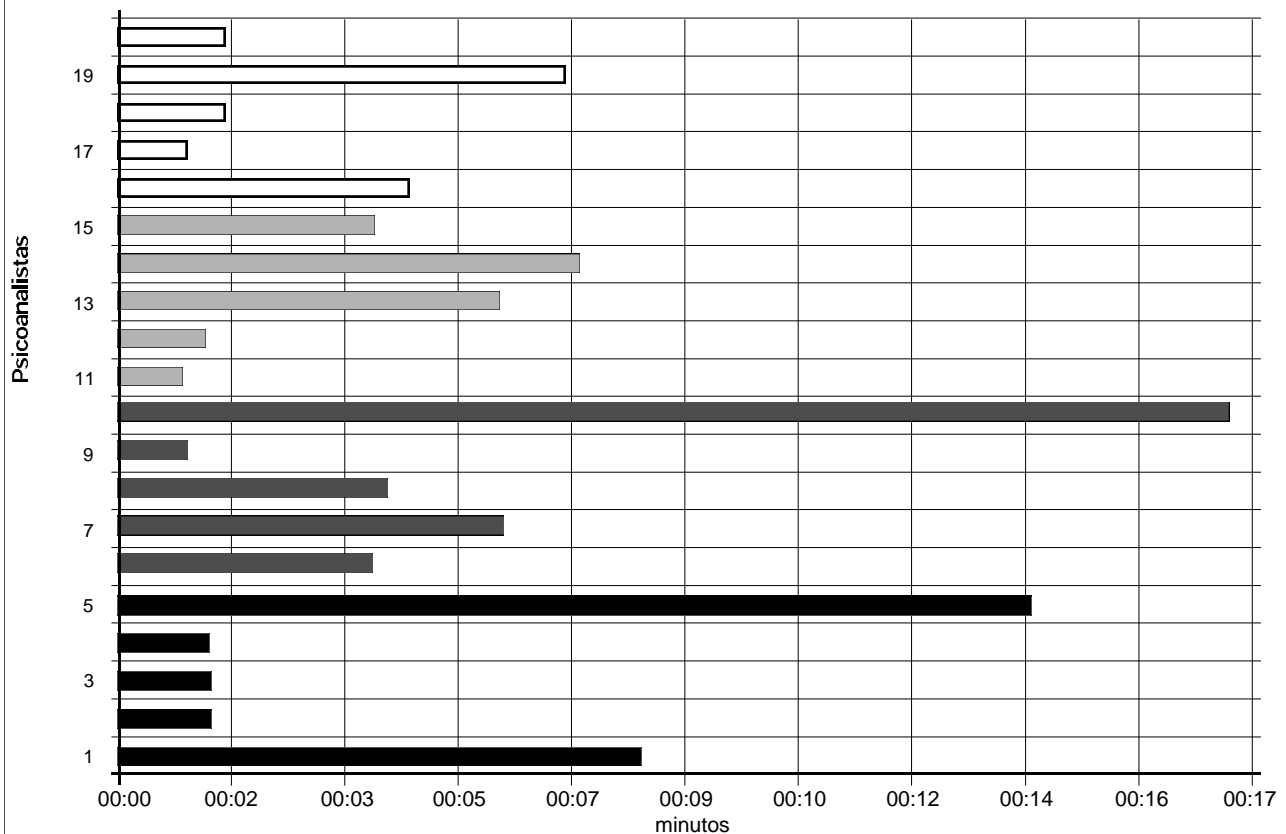
Las hipótesis fueron analizadas según las categorías construidas a tal fin (ver Anexo1). De esta categorización surge que, con respecto a los tipos de hipótesis elaboradas por todos los psicoanalistas participantes, éstos se inclinaron por formular más hipótesis intrapsíquicas (33%) que de cualquier otro tipo (Gráfico 1). Tal como hemos mencionado, fueron los psicoanalistas con mayor nivel de experiencia clínica (sin distinción de marco teórico) quienes produjeron la mayor canti-

dad de hipótesis combinadas (73%); dentro de éstas la de tipo vincular-intrapsíquica fue la más formulada. Mirados los resultados desde la perspectiva del marco teórico al que se adscriben los psicoanalistas de la muestra, se encontró que la adhesión a una línea teórica –freudiana o lacaniana– no se reflejó en los tipos de hipótesis formuladas, con excepción de la elaboración de hipótesis pronósticas, que sólo fueron formuladas por los psicoanalistas freudianos. Además, se pudo observar que para formular sus hipótesis los dos grupos tuvieron en cuenta, por lo general, los mismos datos del material. Sin embargo, surgieron claras diferencias en la organización y explicación que los psicoanalistas freudianos y lacanianos dieron a esos datos para formular sus hipótesis. Estas diferencias dan clara cuenta de la utilización de modos de formulación y de conceptos diferentes referidos a cada modelo teórico.

A continuación se exponen dos ejemplos que son ilustrativos de las diferencias en la formulación y contenido de las hipótesis formuladas por psicoanalistas lacanianos y freudianos referido a un mismo fragmento de la entrevista:

Ejemplo 1: "su problemática se centra en el no todo de la castración" (psicoanalista lacaniano), o "... estaría buscando tanto lo no neurótico de su sintomatología, como cuánto de su forma de funcionamiento neurótico es una especie de coraza en la que se organiza para evitar un caos

**Gráfico 2**  
**Tiempo transcurrido antes de la primera hipótesis**



Investigación subsidiada por la Universidad de Buenos Aires

Subsidio PS049 "Estudios sobre la inferencia clínica en el proceso psicoterapéutico".

Directora: Adela Leibovich de Duarte.

Equipo de investigación: Constanza Duhalde; Vanina Huerin; Guillermina Rutzstein y Flavia Torricelli.

interior o posibles vivencias de desorden que todavía no se sabe cuáles son. No la estaría oyendo ya como una simple joven neurótica de 19 años". (psicoanalista freudiano).

Ejemplo 2: "hay una oportunidad importante sobre la descripción del espacio y la intimidad de la familia. Esa es una oportunidad para conocer sobre la realidad geográfica y los elementos de cotidianidad, que suelen ser arduos de conocer. Hay que mantenernos en la paradoja entre niveles de profundidad o complejidad y no perder de vista cómo es la casa... Bleger hablaba de "índice de reintroyección", capacidad de un paciente de reincorporar dentro de sí cosas no fácilmente aceptables hasta ese momento. La entrevista va teniendo buen curso" (psicoanalista freudiano), o "Cuando aparece el tema del orden me parece paradigmático del mecanismo de metonimia y de cómo ella está obligada. Cuando la paciente incluye la palabra "también" resulta una frase ambigua. No se sabe de quién habla, ella tiene que velar por el orden familiar bajo el modo de la limpieza, vela por toda su familia, ahí ella es "cargada" del mismo modo en que es "cargada" por sus amigos..." (psicoanalista lacaniano).

### c. Momento de la entrevista en la que se formula la primera inferencia:

Uno de los temas indagados en esta investigación fue el momento de formulación de la primera infe-

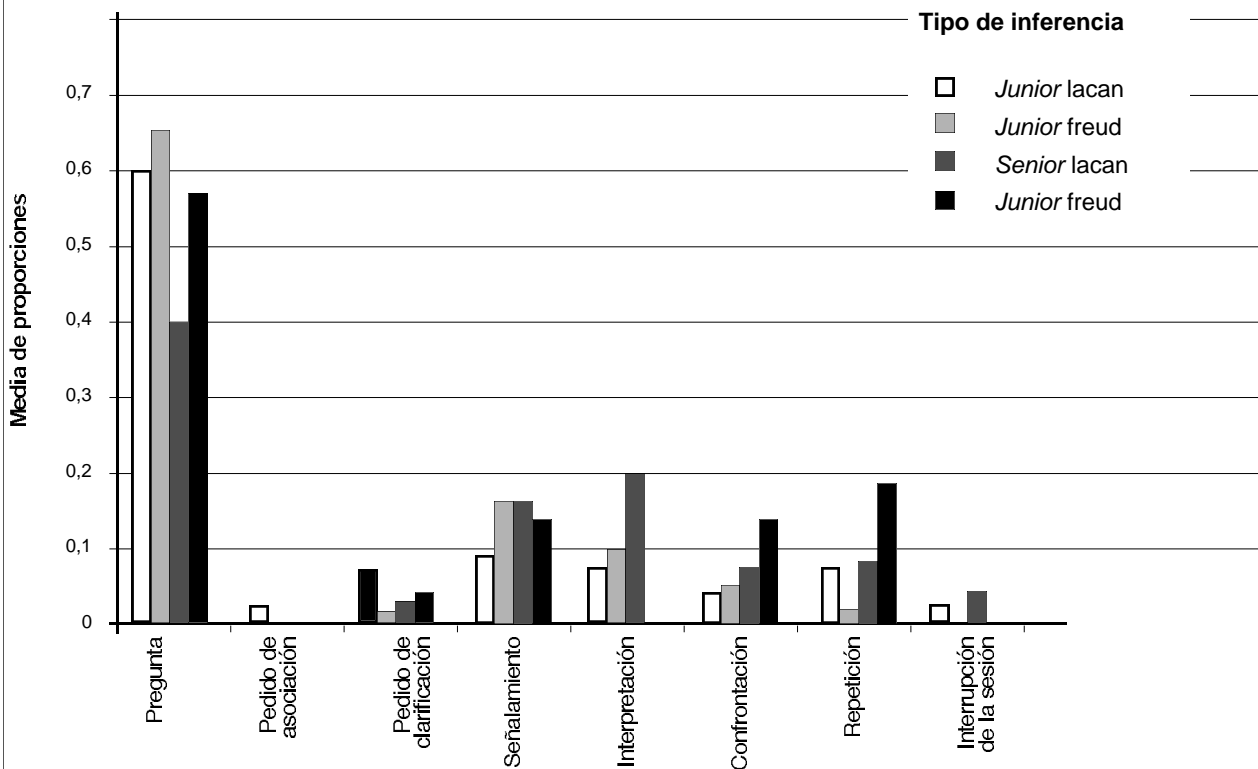
rencia elaborada por cada psicoanalista durante la escucha y lectura del material clínico. La consigna para cada uno de los sujetos participantes era que detuvieran la cinta en el momento en que se les ocurriera la primera inferencia sobre el material escuchado. Se observó que la gran mayoría (18 de 20 psicoanalistas), independientemente de su filiación teórica y su nivel de experiencia clínica, formuló su primera inferencia clínica sobre el material antes de transcurridos los primeros nueve minutos de la sesión y la mitad de ellos (9 psicoanalistas), formuló su primera inferencia antes de transcurrir los dos primeros minutos (Gráfico 2).

En cuanto al contenido de la primera inferencia, respecto del material clínico seleccionado para nuestra investigación, sobre un total de 20 analistas, 13 hicieron consideraciones acerca de la temática vincular: *la relación de la paciente con los otros o con un otro significativo o referidas a dificultades de contacto.*

Entre los ejemplos más significativos ubicamos el de un junior lacaniano, "Ella no se banca las diferencias. Cada vez que ella se ve con alguien y hay diferencias, ella siente que aparece uno que trata de convencer a otro".

Otro ejemplo de inferencia es la formulada por un analista senior freudiano antes de los 2 minutos, quien incluye en la misma aspectos diagnósticos, evolutivos,

**Gráfico 3**  
**Tipos de intervención**



Investigación subsidiada por la Universidad de Buenos Aires –  
Subsidio PS049 “Estudios sobre la inferencia clínica en el proceso psicoterapéutico”.  
Directora: Adela Leibovich de Duarte.

Equipo de investigación: Constanza Duhalde; Vanina Huerin; Guillermina Rutzstein y Flavia Torricelli.

etiológicos y vinculares. *“Es una problemática adolescente, centrada en la relación con la madre. Yo podría formular la hipótesis de que tiene una situación melancólica de fondo, que es lo que le trae esos bajones y que presumiblemente tienen que ver con la relación con la madre”.*

De los 13 analistas que consideraron los aspectos vinculares, 8 se refirieron explícitamente al vínculo de la paciente con la madre, y entre ellos, 6 son psicoanalistas *junior* cuyas formulaciones fueron de tipo descriptivo. Un analista *junior* lacaniano formuló esta primera inferencia al minuto y 44 segundos de comenzada la sesión: *“Le hubiera hecho esta relación entre sus bajones y la madre porque ella lo liga y porque yo lo ligo”.* Otro ejemplo, es de un *junior* freudiano que formuló su primera inferencia a los 7 minutos: *“Mi primer hipótesis es que esta chica está muy pegada a la madre”.*

Los analistas *senior* –independientemente de su adherencia teórica– formularon sus primeras inferencias con un mayor nivel de elaboración, un ejemplo al respecto es la inferencia construida por un analista *senior* freudiano formulada a los 4 minutos y 7 segundos: *“Es una persona joven, lo que me impresiona en un primer momento es que está hablando del desequilibrio de su autoestima y no quiere entrar en competencia con los pares, porque no sabe cuál es el lugar que tiene en los demás”.*

Las diferencias halladas en relación con la naturaleza de la primera inferencia formulada quedaron en-

tonces definidas por el nivel de experiencia clínica y no por la filiación teórica. Sin embargo, tal como ya se ha explicitado, el marco teórico marcó diferencias en el tipo de lenguaje y en el estilo utilizado –tanto en *senior* como en *junior*– en la formulación de sus inferencias.

Dos ejemplos correspondientes a los analistas autorrotulados como lacanianos: *“... que se siente tarada y se insulta son momentos donde esta chica tiene que presentarse al Otro como muy perfecta...”* o *“... lo de la mancha me hace pensar en la ilusión imaginaria de un todo sin ruptura, de ajuste completo, el tercero viene a romper la ilusión del dos hecho uno”.* Otros ejemplos, de lacanianos *senior*: *“Es una chica que tiene que estar atenta a la mirada del Otro”;* *“Daría importancia al significante cargada para hacer diagnóstico diferencial ser cargada-estar cargada. Es un significante a ser escuchado ... no de ser cargada sino de qué carga tiene sobre sí”.* En cambio, un *senior* freudiano tomando el mismo fragmento utilizó otro lenguaje: *“Parecería una problemática más bien narcisística, el lugar que ella ocupa para los demás. Se filtra una preocupación obsesiva pero empiezan a jugarse cuestiones de celos, rivalidad y sobre todo de autoestima”.* Otro ejemplo, de un freudiano *junior*: *“Un síndrome depresivo como forma de presentación, como una disminución de la autoestima. Se insulta y se tiene bronca a ella misma”.*

#### **d. Temas fundamentales:**

Se les preguntó a los participantes cuáles serían, a



su criterio, los temas fundamentales que funcionan como eje organizador de la problemática de esta paciente.

Entre los temas fundamentales y tomando en cuenta lo planteado por esta paciente, *el vínculo de la paciente con la madre* es un tema predominante. Quince psicoanalistas mencionan tal relación y el número aumenta cuando aluden a la temática vincular en general, que incluye además: la relación con el novio, la triangularidad edípica, la relación con sus pares y el vínculo transferencial.

Otro tema considerado fundamental fue el de *los aspectos evolutivos* en la problemática de esta paciente, siete psicoanalistas –freudianos y lacanianos– se refirieron a la crisis evolutiva de la adolescencia y consideraron relevantes los fenómenos clínicos desde la óptica y la conceptualización que ofrecen los ciclos vitales.

Un ejemplo señalado por un psicoanalista *senior* laciano es: *"Una adolescente con la problemática de despegue de la familia y de redimensionamiento de la problemática edípica, de la sexualidad"*.

En la enunciación de los temas fundamentales al igual que en la enunciación de la primera inferencia, se observa que los psicoanalistas *junior* produjeron –con respecto a los fragmentos relatados por la paciente– formulaciones meramente descriptivas, mientras que los *senior* desarrollaron una explicación que integraba elementos teórico-clínicos.

Un psicoanalista *junior* laciano enuncia *"Su lugar en relación con la madre, el padre, el novio. Su lugar exacto. El bajón"*. En cambio un *senior* freudiano formula: *"La posibilidad de construir un pensamiento autónomo saliendo de la situación fusional materna. Si los entes con los que establece vínculos objetivos (novio-terapeuta) pueden colocarse en un espacio intermedio o externo respecto del espacio materno. Me preocupa el status metapsicológico ampliado del vínculo con el novio, porque donde aparecería un 'salir' no sé hasta donde no continúa un 'adentro' "*.

#### **e. Tipo de intervenciones:**

Se solicitó a los psicoanalistas que mencionaran las intervenciones que hubieran realizado de haber conducido ellos mismos la entrevista. Las intervenciones formuladas fueron clasificadas de acuerdo con categorías construidas a tal fin (anexo 2). Los participantes propusieron un total de 149 intervenciones de las cuales 86 (58%) fueron preguntas y las 63 (42%) restantes señalamientos e interpretaciones, entre otras.

Se encontró una diferencia entre los grupos ligada al nivel de experiencia clínica: sobre el total de intervenciones los psicoanalistas *junior* propusieron 104 (70%) y los psicoanalistas más experimentados 26 (30%) intervenciones (Gráfico 3). En cambio, la pertenencia a una línea teórica no reflejó diferencias en la *cantidad de intervenciones* propuestas. Con respecto al *tipo de intervenciones* propuestas, es necesario señalar que los únicos psicoanalistas que mencionaron la posibilidad de interrumpir la entrevista como una intervención posible fueron los lacanianos.

#### **f. Sentimientos contratransferenciales:**

En relación con los sentimientos contratransfe-

renciales se pueden diferenciar dos grandes grupos: aquellos psicoanalistas que consideraron sus sentimientos contratransferenciales de manera general en relación con el total de la sesión y aquellos que discriminaron diferentes sentimientos según los distintos fragmentos dentro de la sesión.

Aludiendo a un sentimiento general, un analista *junior* laciano señala: *"el aburrimiento, y el tedio"*. En contraposición, haciendo referencia a diversos matices contratransferenciales en distintos momentos de la entrevista, un *senior* freudiano expresa: *"interés, preocupación y fatiga en la segunda mitad de la entrevista, no tanto en relación con mi propia fatiga personal sino en lo que supongo en lo imaginario por contraidentificación de lo fatigoso que debe vivir esta chica, no por lo fatigoso que pueda resultar tratarla, no es una persona a la que yo tendría dificultades de tratar aunque emerjan momentos de fatiga"*.

Por otro lado, encontramos que cuatro de los diez psicoanalistas lacianos (*senior* y *junior*) sostienen no utilizar el concepto de contratransferencia.

### **Conclusiones**

En este apartado nos ocuparemos de analizar las semejanzas y diferencias entre las producciones de los psicoanalistas con respecto al material clínico presentado.

En principio, examinaremos la incidencia de los diferentes modelos teóricos sobre las producciones de cada grupo. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, podemos observar que en la producción total de hipótesis, los psicoanalistas freudianos –*junior* y *senior*– produjeron mayor cantidad de hipótesis que los psicoanalistas lacianos –*junior* y *senior*–. Sin embargo, esta variación en la producción de hipótesis en función del marco teórico adquiere nueva luz si se discrimina entre la producción de hipótesis simples y combinadas. La cantidad de hipótesis simples elaboradas por los freudianos es significativamente mayor que la de los lacianos, mientras que la cantidad de hipótesis combinadas fue similar en ambos grupos. Al considerar este resultado, es necesario tener en cuenta que hubo psicoanalistas que produjeron una cantidad de hipótesis llamativamente mayor que el resto de su grupo teórico de pertenencia. Esta diferencia intragrupo, podría ser una de las razones que diera cuenta de la diferencia intergrupala ya que, al menos en este estudio, no pareciera ser el marco teórico la instancia que explique los resultados antes mencionados.

Ahora bien, si nos centramos en las diferencias por el *nivel de experiencia clínica* observamos que las diferencias halladas parecen ser significativas en cuanto al tipo o naturaleza de las hipótesis producidas. Los psicoanalistas *senior* producen una cantidad notoriamente *mayor de hipótesis* combinadas que sus colegas *junior*. Estos resultados muestran que el nivel de experiencia clínica marca una diferencia respecto a lo que parece ser una mayor comprensión del fenómeno clínico, ya que las hipótesis combinadas que se van gestando, incluyen distintas miradas y perspectivas, y articulan elementos diferentes (tal como se observa en los ejemplos que fueron presentados).

También se pudo observar la presencia de una hipótesis guía que funcionó como un eje central a partir de la cual surgieron nuevas hipótesis que fueron creciendo a lo largo de la entrevista. Los datos muestran que los analistas *junior* pudieron armar este tipo de formulaciones en menor medida. Esto hace pensar que el mayor nivel de experiencia clínica –que se corresponde con una mayor formación y destreza– ofrece la posibilidad de una considerable producción inferencial y elaboración sobre el material clínico con la consiguiente fundamentación. El mayor nivel de experiencia clínica no sólo involucra la práctica clínica sino también formación, supervisión y entrenamiento. Considerada de esta manera, la experiencia clínica se convierte en un auténtico dispositivo de aprendizaje válido para que los *junior* puedan aprehender y asimilar las complejidades clínicas de los pacientes.

Si tomamos en cuenta el *contenido de las hipótesis* producidas por el total de psicoanalistas –sin distinguir entre simples y combinadas– resulta interesante notar que los aspectos más señalados fueron el "intrap-síquico" y el "vincular". Así mismo, la hipótesis combinada más mencionada fue la "vincular-intrap-síquica". De todas las perspectivas que ofrece el material, resulta sorprendente que todos los participantes repararan en estos dos aspectos. Si bien se da por supuesto que, tratándose de psicoanalistas, todos prestarán atención al aspecto intrapsíquico, es importante corroborar empíricamente que dado un mismo material clínico el énfasis principal se centró en la problemática intrapsíquica.

Al ser la entrevista inicial de un tratamiento, se podría suponer que el aspecto pronóstico ocuparía un lugar fundamental. Sin embargo, este aspecto fue señalado básicamente por los psicoanalistas freudianos. Se podría vincular este dato con la tradición freudiana que contempla este aspecto en función de los modos de analizabilidad del paciente. Por otra parte, los *junior* tienen en cuenta esta perspectiva en menor medida.

Como era de esperar, la distinta formación teórica provee al clínico de un abordaje, lenguaje y terminología propios, asociados a marcos conceptuales específicos(1) En este estudio, estas diferencias se corroboraron empíricamente en el modo en que freudianos y lacanianos abordaron el material. Es decir, la adhesión a una línea teórica no se reflejó en la naturaleza de los indicios a los que los psicoanalistas atendieron– que por lo general no fue muy diferente– sino en la organización y explicación de estos indicios(5).

El resultado obtenido en cuanto al *momento de formulación* de la primera inferencia, que en la mayoría de los casos fue realizada antes de los 9 minutos de comenzada la entrevista, confirma los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas por Buregois, y Rechoulet(2). Estos autores sostienen que los primeros tres minutos y el primer contacto e impresión resultan decisivos en la construcción de un diag-



nóstico y en la confección de un plan terapéutico. En este sentido, Freud hace expresa mención a la importancia que poseen "*las primerísimas comunicaciones o palabras introductorias*" tanto en la etiopatogenia de la enfermedad como en el transcurso del tratamiento, refiriéndose al caso del *Hombre de las Ratas*(3).

La diferencia en los modos de abordar las mismas temáticas, que surgió desde la formulación de la primera inferencia, se reiteró a lo largo de toda la producción de las inferencias. El rasgo distintivo con respecto a la línea teórica de los analistas resultó ser, entonces, la diferencia hallada en el lenguaje utilizado y en los conceptos teóricos citados al momento de analizar el material.

Con respecto a los *temas* considerados *fundamentales* del material clínico, en el grupo de *juniors* se observan relatos o menciones con una mayor adherencia y literalidad al discurso de la paciente que en el grupo de *seniors*. Esta diferencia entre adherencia a lo literal descriptivo del material clínico *versus* las formulaciones que integran distintos aspectos, además de conceptos teóricos, reitera lo hallado en la producción general de hipótesis.

El análisis de los datos también se centró en la indagación de las *reacciones contratransferenciales* de los participantes respecto del material clínico. En este apartado es interesante resaltar dos puntos: por un lado, la diferencia presentada entre los distintos grupos teóricos, y por otro, los distintos modos de expresar la reacción contratransferencial. Respecto al primero, encontramos que cuatro analistas (*senior* y *junior*) de los diez analistas lacanianos, señalan no utilizar el concepto de contratransferencia. Pero a pesar de esta aseveración, en sus formulaciones a lo largo de la escucha de la entrevista, pueden localizarse fragmentos en los que aluden a la contratransferencia aún cuando ésta no es reconocida como una herramienta clínica perteneciente a su marco teórico. Una posible explicación es que estos *senior* lacanianos poseen una formación previa no lacaniana y esto se manifiesta en la forma de procesar el material clínico.

## Anexo 1

### Tipo de hipótesis

#### Definiciones

1. **Hipótesis vincular:** Hipótesis que alude a lo intersubjetivo, al modo de relacionarse del paciente con los otros incluidos sus pares y su familia.
2. **Hipótesis intrapsíquica:** Alude al mundo interno del paciente: sus fantasías y objetos internalizados. Incluye: conflictos, defensas, contenidos inconscientes, afectos, manejo de la angustia, posicionamiento subjetivo, aspectos yoicos y superyoicos.
3. **Hipótesis acerca de la situación familiar:** Alude a la estructura, funcionamiento o clima del grupo familiar del paciente.
4. **Hipótesis etiológica:** Hipótesis en la que se busca dar cuenta del origen, causa o motivo de la situación psíquica actual del paciente.
5. **Hipótesis diagnóstica:** Hipótesis en la que se encuadran los síntomas o la problemática del paciente en una categoría diagnóstica.
6. **Hipótesis pronóstica:** Apreciaciones acerca del curso futuro del tratamiento, de la posible eficacia del tratamiento y de la situación del paciente de no iniciar un tratamiento. Incluye también las fantasías de curación del paciente.
7. **Criterio de analizabilidad:** Hipótesis que alude a la posibilidad de iniciar un tratamiento psicoanalítico. Incluye consideraciones acerca de la existencia o no de una demanda de tratamiento.
8. **Hipótesis evolutiva:** Alude en general a la etapa del ciclo vital que atraviesa actualmente el paciente. Explica situaciones presentes o pasadas en términos de su ubicación dentro del ciclo vital del paciente.
9. **Hipótesis situación analítica:** Hipótesis que incluye la relación con el terapeuta, el lugar en que el paciente ubica al terapeuta. Incluye alusiones a la transferencia y/o contratransferencia.

Investigación subsidiada por la Universidad de Buenos Aires

– Subsidio PS049 “Estudios sobre la inferencia clínica en el proceso psicoterapéutico”.

Directora: Adela Leibovich de Duarte.

Equipo de investigación: Constanza Duhalde; Vanina Huerin; Guillermina Rutzstein y Flavia Torricelli.

## Anexo 2

### Tipo de intervenciones

1. **Formulación de preguntas** (con el fin de recabar información adicional).
2. **Pedido de asociaciones.**
3. **Intervención de manera disruptiva** (mediante ironías, chistes, escansiones).
4. **Formulación de un señalamiento** (el psicoanalista observa, indica, llama la atención, circunscribe un área a atender en una pesquisa posterior. Implica cierto grado de información que el psicoanalista ofrece al paciente).
5. **Pedido de aclaración.**
6. **Confrontación** (el psicoanalista muestra al paciente dos elementos contrapuestos, lo coloca ante un dilema para que advierta una contradicción).
7. **Retomar un tema.**
8. **Formulación de una interpretación.**
9. **Interrupción de la sesión.**

Investigación subsidiada por la Universidad de Buenos Aires

– Subsidio PS049 “Estudios sobre la inferencia clínica en el proceso psicoterapéutico”.

Directora: Adela Leibovich de Duarte.

Equipo de investigación: Constanza Duhalde; Vanina Huerin; Guillermina Rutzstein y Flavia Torricelli.

Si tomamos el segundo punto, una de las maneras de comprender los distintos modos de expresar la contratransferencia, encontramos que hay ciertos analistas que pudieron dar cuenta de lo que iban sintiendo a lo largo de la entrevista, registrando una gama de diversas reacciones contratransferenciales, en contraposición a una reacción única referida al total del material. El primer caso puede conectarse con el grado de complejidad de las hipótesis que esos analistas fueron construyendo a lo largo de toda la entrevista. Podríamos afirmar entonces que en esta muestra hallamos una asociación entre la formulación de hipótesis combinadas y el señalamiento de diversos matices y reacciones contratransferenciales, considerando a estos últimos como elementos que aportan complejidad en la construcción de las inferencias. Aquellos que han realizado el señalamiento de diversos matices contratransferenciales en el material han sido básicamente los psicoanalistas *senior* freudianos.

Cuando cada psicoanalista tuvo que formular las *intervenciones* que hubiera realizado con esta paciente de haber sido el terapeuta tratante, encontramos que el tipo de intervención más sugerido por todos fue la "pregunta". Esto es entendible dado que siendo una primera entrevista de tratamiento y tratándose

de una investigación *off-line* era altamente probable que los participantes requirieran mayor información de la que suministra el material. El grupo de *junior* –a diferencia de los *senior*– fue el grupo que más "preguntas" formuló. Este resultado podría hacernos pensar que la mayor experiencia clínica enseña a intervenir menos o a utilizar la pregunta de una manera más selectiva o de un modo que promueva en el paciente un proceso de reflexión y no sólo de recopilación de información. La "interrupción de la sesión" fue propuesta como intervención posible sólo por el grupo de lacanianos; se debe tener en cuenta que la "interrupción de la sesión" es considerada una intervención privilegiada para el marco teórico laciano.

De los aspectos indagados se concluye que se han encontrado tanto semejanzas como diferencias. Las *semejanzas* se ubican en especial en lo que hace al *marco teórico*, habiendo *diferencias* más notorias cuando la variable de análisis es el *nivel de experiencia clínica*. Estos resultados constituyen una contribución inicial a un mayor conocimiento del proceso inferencial clínico y al estudio sistemático del proceso psicoanalítico con el propósito de mejorar o ampliar los recursos para la formación clínica y el entrenamiento en psicoanálisis y en psicoterapia ■

## Notas

1. Investigación subsidiada por la Universidad de Buenos Aires – Subsidio PS049 "Estudios sobre la inferencia clínica en el proceso psicoterapéutico". Directora: Prof. Dra. Adela Leibovich de Duarte. Facultad de Psicología.

2. Si bien utilizaremos de aquí en más el masculino con el fin de agilizar la lectura, es necesario aclarar que incluimos en esta expresión tanto a los psicoanalistas varones como mujeres.

3. La muestra estuvo conformada por psicoanalistas de distintas instituciones psicoanalíticas reconocidas pero el reclutamiento exigía al menos la pertenencia a una de ellas.

## Referencias bibliográficas

- Bernardi, La ecuación personal del analista. *Zona Erógena* N° 14, año 4. 1993.
- Buregois M. y Rechoulet D., Los primeros minutos: primer contacto y rapidez diagnóstica en psiquiatría. En *El abordaje clínico en psiquiatría*, P. Pichot y W. Rein (directores). Buenos Aires. Editorial Polemos. 1995.
- Freud S., *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. Obras Completas. T X. Buenos Aires. Amorrortu editores. 1909.
- Leibovich de Duarte A., Más allá de la información dada: cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *SAP, Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N° 3. 2000.
- Leibovich de Duarte A. Duhalde C. Huerin V. Mandler A. Pissinis G. Torricelli F., How do psychoanalysts construct their clinical inferences. *Trabajo presentado en 29° Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Junio 1998, Utah – USA. 1998.
- Leibovich de Duarte A., Diferencias individuales en el proceso inferencial clínico. *Anuario de Investigaciones*, 4, 248-261. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. 1996, a.
- Leibovich de Duarte A., Variaciones entre psicoanalistas en el proceso inferencial clínico. *Investigaciones en Psicología Revista del Instituto de Investigaciones*, Facultad de Psicología, UBA. 1 (1): 27-38. 1996,b.

## Lecturas sugeridas

- Garb H., *Studying the clinician. Judgment Research and Psychological Assessment*. Washington: American Psychological Association. 1998.
- Holt R., Judgment, inference and reasoning in clinical perspective. En D. Turk y Salovey (eds) (1988): *Reasoning, Inference and Judgment in Clinical Psychology*. New York: Free Press. 1988.
- Meyer A., What makes psychoanalysts tick? A model and the method of audio-recorded retroreports. En: H. Dahl et al. ed., 1988: *Psychoanalytic Process Research Strategies*. New York: Springer-Verlag. 1988.
- Panel, Presentation of clinical experience. *JAPA*, 39,3,727-740. 1991.
- Seitz P., The consensus problem in psychoanalytic research. En L.A. Gottchalk y A. Auerbach ed. 1966: *Methods of research in psychotherapy*. New York: Appleton- Century- Crafts, 209-225. 1966.

# Investigación en psicoterapia: un puente entre teoría y clínica

**Fernando Sebastián García**

*Psicoterapeuta. Coordinador del área de investigación de la Fundación Aiglé. Docente de la Univ. de Belgrano.*

**Héctor Fernández Alvarez**

*Psicoterapeuta. Asesor científico de la Fundación Aiglé. Docente de la Univ. de Belgrano.  
Fundación Aiglé, Virrey Olaguer y Feliú 2679. Tel.: 47891-3897*

## Situación de la Investigación en Psicoterapia en la Actualidad

Aunque cuenta con antecedentes muy meritorios, como la labor realizada por Carl Rogers a partir de los años cuarenta, la investigación en el campo de la psicoterapia ha cobrado impulso recién en las últimas dos décadas del siglo que acaba de concluir. Este renovado interés ha sido más una consecuencia del reclamo de los consumidores que de las preocupaciones científicas. Durante casi un siglo, la evolución de esta disciplina se desplegó principalmente sobre el escenario del debate teórico, concentrándose la discusión en torno a la confrontación entre los diferentes modelos, más que en la comparación entre los resultados de las distintas prácticas. Pero, a medida que su aplicación creció exponencialmente en los últimos veinte años, ocurrieron una serie de fenómenos que cambiaron de manera radical este panorama. Instalada en la sociedad como una aplicación de consumo masivo vinculada a la gestión de salud, los organismos responsables, nacionales, regionales e internacionales, se preocuparon por precisar los alcances de este método de tratamiento. Los consumidores, a su vez, comenzaron a realizar planteos de competitividad, tal como acontece con cual-

quier servicio asistencial. Las agencias administradoras de salud, públicas y privadas, establecieron entonces el foco de atención en torno a la relación costo/beneficio, desplazando los problemas teóricos a un segundo plano. La investigación se constituyó en el territorio más propicio para dirimir esta cuestión, pese a las enormes dificultades con que se ha topado en su camino. Dificultades que, en buena medida, siguen vigentes en la actualidad.

Si bien el impulso fundamental de la investigación estuvo ligado a la necesidad de establecer qué terapias eran más beneficiosas para qué personas en qué circunstancias, el desarrollo de los programas se dividió en dos grandes áreas temáticas: estudios de resultados y de procesos. Esta última recibió especial dedicación en ciertos ámbitos académicos, conformando un grupo voluminoso de trabajos dirigidos a examinar la forma en que se producen los cambios en el interior de un procedimiento terapéutico. Sin embargo, el reclamo de los sectores sociales involucrados no cesa en la búsqueda de conocer qué resultados pueden ofrecer las distintas psicoterapias. La pregunta que se impone cada día más es: ¿qué tratamientos funcionan para qué situaciones (clínicas)?(16). Pregunta que conlleva un número abundante de problemas aún por resolver.

---

### Resumen

El artículo presenta un panorama de la situación de la investigación en psicoterapia en la actualidad. Comenzando por una reseña histórica de la evolución de la disciplina, se describen las dos grandes ramas en las cuales se divide hoy en día este campo. La primera de ellas está representada por quienes sostienen la preocupación por la *eficacia* y que propugnan el desarrollo de tratamientos empíricamente validados (TEV), basados en estudios que se ajusten a diseños experimentales, mientras, en contraposición, quienes defienden la necesidad de llevar a cabo estudios sobre la *efectividad* de la psicoterapia, sostienen la conveniencia de seguir el criterio de generalizabilidad, buscando examinar los resultados que se producen en contextos naturalísticos.

**Palabras clave:** Investigación en psicoterapia – Eficacia – Eficiencia.

PSYCHOTHERAPY RESEARCH: A BRIDGE BETWEEN THEORY AND CLINIC

### Summary

This paper presents a panorama of current developments in psychotherapy research. Starting by an historical brief review of the evolution of this discipline, the two main streams in which this field is nowadays divided are examined. The first one, represented by those who favor the question of *efficacy*, promotes the development of empirically validated treatments (EVT) based on experimental studies. Conversely, the other one, represented by those who favor *effectiveness*, argue for the advisability of following a generalizability criteria that attempts to examine the results of psychotherapy in naturalistic contexts.

**Key Words:** Psychotherapy research – Efficacy – Effectiveness.

---

Una de las dificultades mayores es precisar en qué consiste que un tratamiento psicológico funcione o sea exitoso. En primer lugar, porque no es nada fácil encontrar pruebas claras en favor de qué acciones en el curso de un tratamiento pueden explicar cambios en la conducta y en la personalidad del paciente. A estos problemas de validez relacionados con la evaluación de los mecanismos de cambio en el interior de la terapia, se suman los inconvenientes para determinar qué efectos pueden calificarse como positivos y en qué grado puede estimarse su magnitud y su estabilidad. Dado que la psicoterapia no necesariamente opera con funciones delimitadas sino que apunta, con frecuencia, a operar con patrones básicos de la personalidad, resulta particularmente difícil evaluar la estabilidad de resultados en un fenómeno cuya naturaleza está ligada, justamente, a procesos de evolución y de cambio.

A partir de los '90 y como resultado de la presión de las terceras partes comprometidas con la financiación de la psicoterapia, algunas organizaciones influyentes como el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) y las Asociaciones de psicólogos y de psiquiatras de los Estados Unidos, promovieron la creación de Comisiones de trabajo para investigar el grado de eficacia de los tratamientos (no solamente de las psicoterapias) en el ámbito de los trastornos mentales. Las consecuencias iniciales de ese movimiento aparecieron en 1993 cuando comenzaron a circular las primeras Guías de Tratamiento, publicaciones orientadas a informar acerca del mejor modo de abordar un trastorno específico. De mayor impacto sobre la comunidad profesional ha sido la publicación de los criterios que debe reunir un procedimiento para que pueda acceder a la consideración de Tratamiento Empíricamente Validado (TEV). El problema de los TEV (reconvertido tras un arduo debate epistemológico en el nuevo concepto de Tratamiento Empíricamente Sustentado) ha marcado fuertemente estos últimos años, básicamente debido a la presión progresiva que emprenden los organismos encargado de administrar la salud, dispuestos a reconocer solamente el gasto que implica un tratamiento psicológico si es capaz de adecuarse a esos criterios(6).

El antagonismo entre investigación de procesos versus investigación de resultados se vio desplazado por una nueva forma de confrontación: estudios de eficacia versus estudios de efectividad. Los TEV emergieron como el modelo a seguir en el intento por determinar la eficacia de la psicoterapia. De manera muy sintética, para que una psicoterapia pueda recibir el certificado de TEV requiere cumplir con una serie de normas, a saber:

1. que el tratamiento se pruebe por medio de dos estudios que empleen diseños experimentales, que sean conducidos por diferentes investigadores y que puedan demostrar su eficacia a través de alguna de las siguientes formas:

- a. que el tratamiento, llevado a cabo en condiciones controladas, pueda mostrar que es superior a una píldora, a un placebo o a otro tratamiento;

- b. que el tratamiento sea equivalente a otro tratamiento suficientemente establecido por medio de estudios adecuados.

Una condición adicional extiende el certificado para los tratamientos de casos únicos que se emprendan en series amplias que prueben eficacia.

Como se requiere que los estudios se ajusten a diseños experimentales, debe operarse con muestras asignadas a las diferentes condiciones al azar, que sean suficientes representativas y que el diseño incluya grupos de control. Exigiéndose, además, que los estudios sean conducidos por manuales de tratamiento. Esta última condición es una de las que ha despertado mayores polémicas.

En contraposición con estos enunciados, quienes defienden la necesidad de llevar a cabo estudios sobre efectividad de la psicoterapia(21) sostienen que el estudio de la eficacia sesga el alcance de las conclusiones, pues los requisitos de los TEV sacrifican la validez clínica al exigir que la investigación se realice con muestras experimentales. Sostienen que, frente al criterio de verificabilidad al que apuntan los estudios de eficacia, resulta conveniente perseguir otro criterio, el de generalizabilidad, buscando examinar los resultados que se producen en contextos naturales, donde la secuencia que sigue la relación entre demanda y oferta no esté alterada por las condiciones del control de la investigación.

¿El porvenir de la investigación psicoterapéutica está amenazado por dos monstruos como Caribdis y Escila?(17). Es probable que, merced al empleo de nuevas tecnologías como los procedimientos multicéntricos, podamos esperar de la metodología de la investigación los aportes necesarios para superar la oposición entre ambos propósitos y alcanzar un nivel estándar para evaluar los rendimientos de la psicoterapia.

El programa de trabajo que se lleva a cabo en la



Fundación Aiglé promueve un desarrollo, intentando articular del modo más efectivo posible la asistencia clínica y la investigación. Los primeros pasos se dieron en 1987, cuando se procedió a sistematizar el sistema de registro de los procesos de admisión y de la evolución de los tratamientos que se realizaban en la institución. Ese primer sistema fue modificado con posterioridad, realizándose las conversiones pertinentes de los registros precedentes. El sistema que se aplica en la actualidad tiene dos formatos: uno que se utiliza para la evolución de los pacientes individuales y otro para los dispositivos vinculares y familiares. La finalidad del registro es unificar la base de datos de los tratamientos realizados y proveer los elementos necesarios para llevar a cabo los estudios de seguimiento. Se trata de un sistema de registro de gran complejidad donde se deben consignar, además de las variables básicas, varias categorías, como por ejemplo:

- a. precedentes de la demanda y dispositivo utilizado en el proceso de admisión,
- b. análisis de los primeros cinco minutos de la entrevista inicial,
- c. identificación de los componentes centrales de la demanda: núcleo, rotulación, formas de atribución,
- d. informe de las pruebas psicológicas (existe un módulo básico general y pruebas específicas para diferentes situaciones clínicas),
- e. evaluaciones complementarias en el nivel biológico y social,
- f. diseño de tratamiento (modo, tipo, expectativas de resultado),
- g. informes de seguimiento (incluidos los *retests* correspondientes).

El programa de investigación en psicoterapia de Aiglé se inició en 1990 y estuvo asociado muy estrechamente a la labor clínica, en defensa del valor de los abordajes naturalistas(10). Durante el período 1990-2000 se han emprendido desarrollos en tres ramas del programa: 1) la representación de los resultados de la psicoterapia en la población, 2) el carácter predictivo de las intervenciones terapéuticas, 3) el estilo personal del terapeuta.

### **Representación de la eficiencia terapéutica**

Entre 1990 y 1993 se llevó a cabo un estudio sobre la representación de los resultados de la psicoterapia en la población(11). En el primer tramo se llevó a cabo ese estudio sobre la población general de la Ciudad de Buenos Aires. Se diseñó, para tal fin, un cuestionario de 21 preguntas que indagaba, entre otras variables: a) grado de conocimiento que las personas demuestran poseer sobre la psicoterapia y los modos en que opera, b) qué profesionales son quienes la ejercen, c) cuál es su extensión (duración y frecuencia), d) qué cantidad de personas que recibieron psicoterapia conocen los encuestados, e) cómo se estiman los beneficios que pueden obtenerse con su aplicación, f) qué tipos de cambios se observan después de un tratamiento, g) qué comparación puede hacerse con otros tratamientos.

La investigación, que contó con apoyo del CONICET, se realizó administrando el cuestionario a una

muestra representativa de la población (410 sujetos), elegida al azar. 13 encuestadores recorrieron la ciudad para realizar las entrevistas en las manzanas que resultaron sorteadas en la muestra.

Los resultados constataron la generalizada opinión de que esta práctica se consume en gran medida en nuestra población. La psicoterapia es un procedimiento terapéutico que circula por la mayoría de los sectores sociales y culturales de nuestro medio y la frecuencia de aplicación más habitual es la de tratamientos que duran entre 1 y 2 años con una frecuencia de 1 vez por semana o menos. También resultó claro que la población identifica dos grandes objetivos que pueden perseguirse con este tratamiento. Una mayoría cree que se pueden esperar cambios sintomáticos mientras que una minoría significativa señala cambios en el desarrollo personal, como el objetivo de la terapia (la tendencia es una distribución de 80 y 20% respectivamente).

Los psicólogos son identificados como los principales prestadores de este servicio. Esto se ha repetido en un tramo posterior, cuando se realizó dicha investigación sobre una población de médicos(7), con el fin de explorar las representaciones particulares de ese sector profesional con el que deben interactuar tan frecuentemente los psicoterapeutas. Este trabajo fue llevado a cabo en una muestra integrada por médicos de diversas especialidades. Las seis especialidades incluidas en la muestra (pediatras, cirujanos, traumatólogos, dermatólogos, cardiólogos y oncólogos) no mostraron diferencias significativas a lo largo de la encuesta. Los resultados permitieron observar que los médicos evalúan positivamente el empleo de este procedimiento y se encuentran dispuestos a incorporarlo en los programas de asistencia, aunque el grado de conocimiento que manifiestan tener sobre los alcances de sus aplicaciones está todavía algo alejado de las posibilidades concretas que brinda. Mucho les queda todavía por hacer a los terapeutas para incrementar el nivel de información necesario en ese terreno.

Este programa ha sido replicado en otras ciudades. Uno de los más interesantes se llevó a cabo en Mar del Plata(12) como parte de un estudio promovido en la escuela de Psicología de la Universidad Nacional de dicha ciudad.

### **Carácter predictivo de las intervenciones**

Se vienen llevando a cabo dos emprendimientos: a) investigación de seguimiento de los pacientes asistidos en la institución, desde 1987 hasta la fecha; b) participación en el proyecto del *Systematic Treatment Selection*(1, 3).

### **Investigación de Seguimiento**

Se vienen realizando diferentes subprogramas orientados a testear los resultados de los tratamientos realizados. Acorde con los informes de la literatura, éste es un capítulo tan necesario como difícil de desarrollar. Entre los estudios que se han emprendido hasta el momento se pueden citar:

#### a. Consulta a consumidores:

Se realizó una consulta de seguimiento de dos cohortes anuales completas, transcurridos cinco y seis años del momento de la admisión. El desgranamiento sufrido en ese período fue suficientemente significativo (en consonancia con la opinión general existente hasta el momento) imposibilitando extraer conclusiones generales.

Estos estudios muestran lo difícil que resulta realizar afirmaciones sobre la evolución pos-tratamiento en períodos que superen el año de finalización. Lo que marca un obstáculo muy importante para investigar los tratamientos que tienen objetivos amplios y duraciones prolongadas (donde están involucradas dimensiones de la personalidad).

Las consultas se realizaron, inicialmente, por vía telefónica. A aquellos pacientes que se mostraban dispuestos se les realizó una entrevista personal, en la cual se indagó el nivel de satisfacción y logros percibidos por el paciente, la descripción de las acciones terapéuticas que habían tenido lugar durante el tratamiento y la evolución que había tenido el paciente una vez finalizado el tratamiento. Algunas entrevistas se realizaron en el centro asistencial, otras en el domicilio del paciente. El total de personas que accedieron a alguna de estas dos condiciones no alcanzó al 10% del conjunto.

#### b. Consulta a terapeutas y coordinadores:

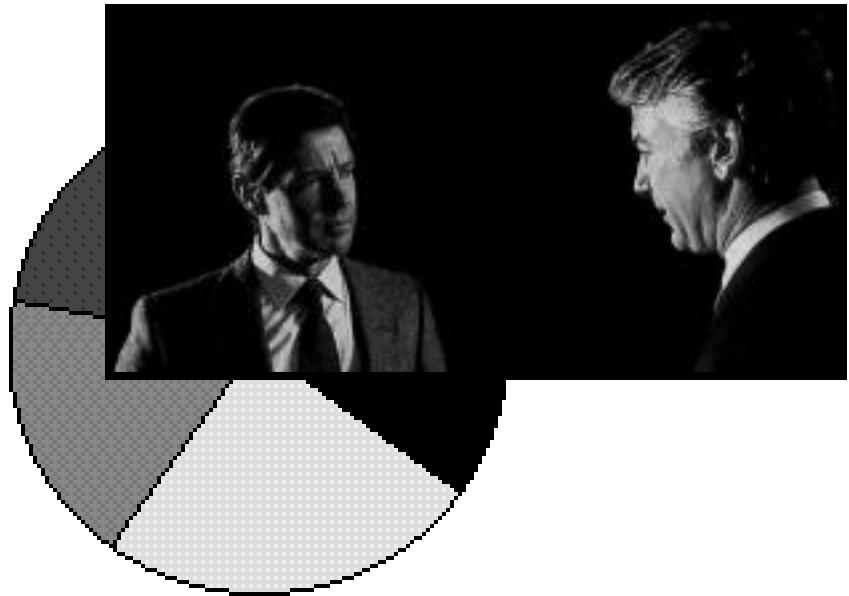
Se pasó un cuestionario con preguntas relativas al proceso terapéutico seguido y los resultados estimados. Al cruzarse estos datos con los correlativos de la consulta a consumidores se verificó un grado parcial de acuerdo. Las discrepancias observadas entre la estimación de los terapeutas y los informes de los pacientes no son homogéneas: por ejemplo, algunos terapeutas consideran con resultados positivos tratamientos que los pacientes evalúan críticamente y en otros casos los terapeutas no evalúan positivamente tratamientos que los pacientes identifican como muy favorables.

#### c. Evaluación de cambios en variables específicas:

Actualmente se está trabajando en el análisis de los cambios registrados entre el momento inicial y final de tratamientos breves o intermedios en variables específicas como ansiedad, depresión y ciertas dimensiones de personalidad. Los pacientes admitidos son evaluados de manera sistemática con pruebas como el HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), el MMPI-II o MMCI-III.

### Selección Sistemática de Tratamientos (STS)

Desde 1998 nos hemos incorporado al equipo de desarrollo de este programa liderado por Larry Beutler desde la Universidad de California (Santa Bárbara) y en el que se encuentran trabajando actualmente otros equipos en países tan diversos como Portugal, Alemania y Corea. Esta tarea la venimos llevado a cabo en



forma conjunta con el Centro Privado de Psicoterapias dirigido por Hugo Hirsch. El proyecto contempla la difusión de esta versión, con los ajustes necesarios, en los restantes países de lengua castellana

La primera fase del trabajo fue la preparación de la versión en castellano del STS. Comenzamos traduciendo el instrumento, tarea de por sí compleja, pues implicó adaptar los ítems a nuestra idiosincrasia y estilo, preparándose dos versiones; una para administrarse en papel y otra modalidad para su uso por computadora.

La adaptación del programa se vio facilitada merced a que la modalidad de intervenciones que veníamos aplicando en nuestro trabajo clínico, aún con ciertas diferencias, guarda mucha compatibilidad con los principios genéricos del modelo desarrollado por Beutler y sus colaboradores.

El STS es un procedimiento que permite identificar, siguiendo un conjunto de principios, las variables más sensibles para una intervención psicoterapéutica, facilitando el diseño de un tratamiento en el que exista un elevado grado de acuerdo entre las características del paciente (en especial sus áreas problemáticas) y las indicaciones o procedimientos a seguir para lograr los cambios necesarios. Se trata de un método de trabajo clínico que propone implementar la psicoterapia de acuerdo con principios generales que admiten su adecuación a diversas modalidades de abordaje, tanto teóricas como operativas. La propuesta del programa ofrece la posibilidad de realizar abordajes terapéuticos que admiten la sistematización de los resultados de manera controlada sin la restricción que supone ajustarse a un manual de tratamiento. En la práctica, es un intento por rescatar lo positivo tanto de la investigación centrada en la eficacia como en la efectividad.

La siguiente fase implicó entrenar a los profesionales y supervisores para administrar el sistema a un conjunto de 300 pacientes. La etapa de admisión incluyó una batería estándar de pruebas que incluía el MMPI-II, el BDI, la Escala de Reactancia de Dowd y las dos versiones del STS (para el paciente y para el clínico). Durante el tratamiento, el profesional debe



cumplimentar una importante cantidad de requisitos como: repasar minuciosamente el informe y anotar las discrepancias observadas, realizar el registro en audio o video, efectuar, a intervalos regulares, seguimientos sobre la base de una forma abreviada del instrumento y volcar la información, sesión a sesión, en una Planilla de Notas para cada paciente.

El programa de investigación se completa con el análisis de los seguimientos que lleva a cabo un grupo de profesionales especialmente entrenados. Su tarea se basa en los registros de audio o video de las sesiones. Para cada paciente se analizan dos segmentos de quince minutos de alguna de las sesiones, tomados entre las primeras cinco sesiones y otros dos segmentos de quince minutos de una sesión posterior a la número diez del tratamiento. Sobre estos registros se aplica la Escala de Puntuación de Terapia de Buehler con el fin de evaluar el nivel de éxito terapéutico alcanzado.

Estando esta fase en vías de conclusión, el programa ingresa en la elaboración de las bases que permitirán la generalización del instrumento para los usuarios (individuos y organizaciones) que elijan este método de trabajo.

### **El Estilo Personal del Terapeuta (EPT)**

La Alianza Terapéutica ha sido un campo fructífero para la investigación en psicoterapia(13). Bordin identificó tres componentes: metas, medios y vínculo. La relación terapéutica ha despertado gran interés en los investigadores(19). La variable del terapeuta está en buena medida por explorarse, pese a importantes contribuciones en ese campo(4, 18). Nuestro programa considera este foco de trabajo como un aspecto fundamental de la investigación, debido a la importancia que tiene para otra faceta central en nuestra labor cotidiana: la formación continua de los terapeutas. El trípede que el entrenamiento de terapeutas forma con la clínica y la investigación constituye una totalidad interdependiente de nuestra labor cotidiana.

El estilo personal es una función compleja que reúne varias características del terapeuta: su condición socio-económica, su situación vital en el momento de brindar asistencia y un modo peculiar de comunicarse con el paciente en el curso del tratamiento. Los dos primeros aspectos recibieron más atención de parte de los investigadores hasta el momento. Nuestra atención está dirigida hacia la tercer característica. En una primera etapa, identificamos diferentes funciones (dimensiones) que sirven para identificar el estilo de un terapeuta, independientemente del modelo teórico o la forma técnica con que opera. Estas funciones son:

a) *Instruccional*: el modo en que un terapeuta plantea y regula, frente al paciente, las características del dispositivo a utilizar.

b) *Atencional*: la forma en que organiza su atención en relación con la información que el paciente puede aportar en el curso del tratamiento.

c) *Evaluativa*: estimación continuada que el terapeuta realiza respecto de la marcha del tratamiento.

d) *Operativa*: modalidad preferente de interven-

ción que emplea para generar cambios en el paciente.

e) *Expresiva*: estilo de comunicación emocional dominante que proyecta sobre la relación .

f) *De compromiso*: grado de involucramiento con que el terapeuta se desempeña en su tarea.

En una segunda fase, elaboramos un cuestionario (C-E.P.T.) para evaluar la posición de los terapeutas en dichas dimensiones. Las propiedades psicométricas del instrumento están detalladamente descriptas en un trabajo(9). La confiabilidad, evaluada por el método *test-retest*, arrojó un puntaje de 0.76. La consistencia interna un alfa de Cronbach de 0.64 y las pruebas de validez concurrente, un valor medio de 0.82.

Creemos que el E.P.T. puede colaborar en el conocimiento de la manera en que la variable del terapeuta incide concretamente sobre el curso y los resultados de la psicoterapia. En esa dirección hemos iniciado diferentes estudios. Lo Bianco(15) presentó un informe sobre los resultados hallados al aplicar el C-E.P.T. a una muestra de 157 terapeutas de distintas orientaciones y someter los datos, con posterioridad, a un análisis de *cluster* de K-medias. Los resultados permiten identificar cuatro perfiles E.P.T. que se distinguen entre sí por la configuración interna de las seis funciones. Cada uno de ellos permite visualizar el peso relativo de la orientación teórica en el estilo personal del terapeuta considerado en forma global.

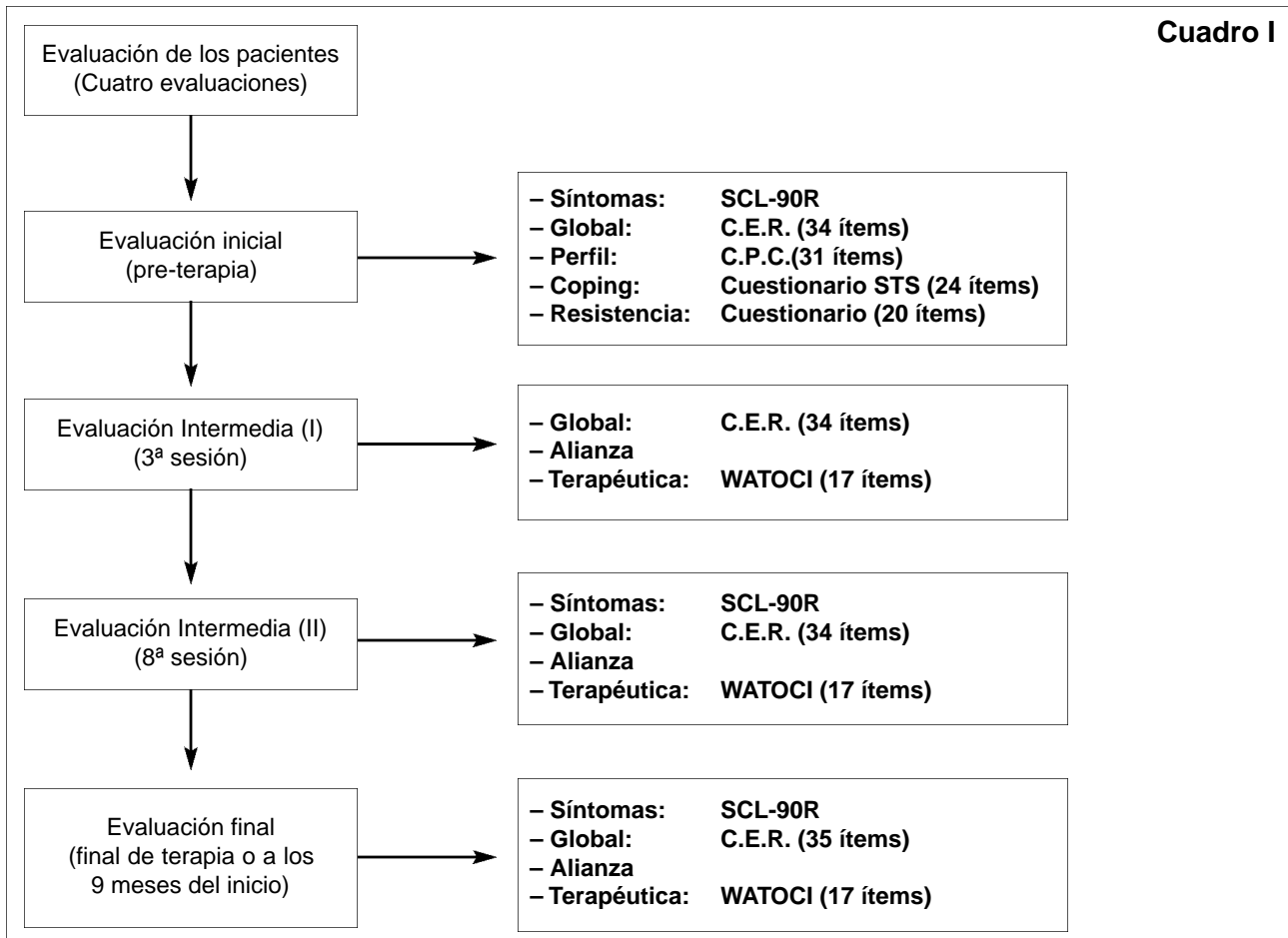
Otra aplicación es la realizada por Scherb y Lo Bianco(20) estudiando situaciones clínicas difíciles. En dicho estudio se exploró, sobre la base de una muestra preliminar de 24 terapeutas, la relación entre los cuatro perfiles E.P.T. anteriormente citados y diez variables que permiten caracterizar condiciones terapéuticas difíciles. Se describen a continuación las propiedades de este subcapítulo del programa de trabajo.

### **Situaciones Clínicas Difíciles**

La investigación en el área de la alianza terapéutica ha servido para constatar que, en el caso de la psicoterapia, existen situaciones difíciles de resolver, más que pacientes difíciles tal como suele describirse en el campo de la psicopatología. Efectivamente, ciertos pacientes son difíciles de tratar para ciertos terapeutas, pero en cambio son más accesibles para otros terapeutas y viceversa. ¿Cuáles son esas situaciones? Son condiciones clínicas afectadas por alguna de estas circunstancias: a) una baja eficiencia esperada del tratamiento, b) necesidad de recurrir a múltiples recursos o c) los resultados resultan inesperados respecto de lo previsto al iniciarse el tratamiento. En estos tres casos, la relación costo/beneficio asociada con los medios utilizados o con la magnitud de logros alcanzados con la terapia, tiende a ser particularmente desfavorable para los participantes.

Dichas situaciones pueden presentarse en dos momentos: responden a inconvenientes en la formulación del diseño terapéutico o bien a dificultades de implementación en el curso del tratamiento(8). Los campos que se ofrecen a la investigación se distribuyen en diversas categorías: propiedades de la demanda y/o de la oferta, distribuidas a su vez en: características del paciente, del terapeuta, y/o del contexto.

Cuadro I



Examinando la demanda, la dificultad puede originarse en la complejidad del motivo de consulta, en la severidad del trastorno o en el grado de urgencia. Desde el punto de vista de la oferta, las principales dificultades clínicas responden a un estado insuficiente de los desarrollos teórico-técnicos o bien a la escasez de recursos operativos. En cada una de estas condiciones se observa una diversidad de factores que contribuyen a dificultar la psicoterapia:

a. En la complejidad del motivo de consulta: dificultades de diagnóstico (por ejemplo, falta de información, o multiplicidad de síntomas inconexos), pronóstico desfavorable (como cuando existe escasa disponibilidad para la tarea) y los déficits de evaluación (en los casos donde el paciente subvalúa o sobrevalúa las dificultades del tratamiento)

b. Respecto de la severidad del trastorno nos encontramos con aspectos como una elevada intensidad del sufrimiento, una fuerte desorganización personal, los efectos secundarios graves y el escaso apoyo social. El desarrollo del S.T.S. contiene ricos aportes respecto de la importancia de este último punto al diseñar un tratamiento(2).

c. Un elevado grado de urgencia es generador de situaciones difíciles en las demandas agudas, pero también puede presentarse en evoluciones prolongadas, cuando han existido reiterados fracasos terapéuticos previos.

Explorando la oferta encontramos que las dificultades pueden originarse en una pluralidad de factores relacionados con la acción del terapeuta: desde

déficits en el entrenamiento y desacoples institucionales hasta la presencia de expectativas escasamente positivas y una actitud rutinaria en la tarea. El estilo personal del terapeuta es una función comprendida dentro de este conjunto de factores.

### El Proyecto B-B

El plan de desarrollo de este programa ha dado lugar al Proyecto B-B, que llevamos a cabo conjuntamente con el departamento respectivo de la Universidad Ramón Llull de Barcelona.

La importancia de la calidad de la alianza terapéutica y su influencia sobre el resultado de la terapia ha sido extensamente destacada, lo que originó la construcción de pruebas específicas para su evaluación(14). Diversas variables del paciente y el terapeuta contribuyen a ella. El objetivo general de esta investigación es explorar el grado de compatibilidad entre paciente y terapeuta.

En lo que respecta a la figura del terapeuta, se trabaja evaluando el estilo personal, mediante la administración del C-E.P.T., previamente descripto. En lo que respecta a los pacientes, se tienen en cuenta dos variables principales: a) la Resistencia del paciente y b) el Estilo de Afrontamiento, tal como fueran propuestas por Beultler y Clarkin.(1) La medición se ha realizado aplicando los ítems correspondientes a dichas variables del S.T.S. (versión Self Report).

El diseño de la investigación consta de las siguientes

tes etapas, consignándose en el Cuadro I los instrumentos de evaluación pertinentes a cada una.

Un poster con la marcha de la investigación fue expuesto recientemente(5). Los pacientes incluidos en el proyecto hasta el momento son 176, distribuidos del siguiente modo:

- Pacientes de evaluación inicial: 176.
- Pacientes que realizaron la evaluación de la tercer sesión: 74.
- Pacientes que realizaron la evaluación de la octava sesión: 60.

La contribución de pacientes de ambos centros (Barcelona y Buenos Aires) es equivalente.

## Conclusiones

La realización de un programa de investigación en las condiciones descriptas plantea numerosas dificultades. La primera es la escasez de apoyo económico y material por parte de los organismos respectivos, lo que hace lento el progreso de la tarea. Además, la puesta en marcha del programa plantea dificultades prácticas en el desenvolvimiento de la unidad asistencial. La intervención de los equipos de investigación sobre la labor de los clínicos exige ajustes y adaptaciones costosas en su implementación. Para los pacientes supone, muchas veces, una dedicación adicional a la que tenían prevista. Para los terapeutas, no solamente interfiere sobre sus planes de trabajo sino que les exige una adecuación que no debe perturbar su rendimiento. La institución en su totalidad se ve afectada por un plus de obligaciones cuyos efectos y resultados no son visibles a corto plazo. No obstante esos inconvenientes, las ventajas que pueden esperarse de estos estudios llevados a cabo en condiciones naturales justifican el esfuerzo. Es deseable que en el futuro existan mayores facilidades para emprender este tipo de proyectos ■

## Referencias bibliográficas

1. Beutler L.E. y Clarkin J., *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York, Brunner/Mazel, 1990.
2. Beutler L.E. Clarkin J.F. y Bongar B., *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York, Oxford University Press, 2000.
3. Beutler L.E. y Harwood T.M., *Prescriptive psychotherapy: The treatment of co-morbid depression and substance abuse*. New York: Guilford Press, 2000.
4. Beutler L.E. Machado P.P. y Neufeldt S.A., "Therapist variables". En A.E.Bergin y S.L.Garfield: *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley, 229-269, 1994.
5. Corbella S. García F. Botella L. y Keena C., Compatibilidad entre terapeuta y paciente. El Proyecto Barcelona-Buenos Aires (Poster presentado en el 32° Congreso de S.P.R. - Montevideo), 2001.
6. Chambless D.L. y Ollendick T.H., Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716, 2001.
7. Fernández-Alvarez H., *La psicoterapia vista por los médicos*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano, 1999.
8. Fernández-Alvarez H., Conceptos generales para la investigación de psicoterapia en situaciones difíciles. *Presentación en el 32° Congreso de S.P.R. - Montevideo*, 2001.
9. Fernández-Alvarez H. Corbella S. García F.S. y Lobianco J., (en prensa). *C-EPT Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta*.
10. Fernández-Alvarez H. García F.S. y Scherb E., "The Research Program at AIGLE". *Journal of Clinical Psychology* 54 (3), 343-359, 1998.
11. Fernández-Alvarez H., Scherb E., Bregman C. y García F.S., "Creencias sobre extensión y eficacia de la psicoterapia en la población de la ciudad de Buenos". En J.P. Jiménez, C. Buguñá y A. Belmar: *Investigación en Psicoterapia: procesos y resultados*. Santiago de Chile, C.P.U. (pp.89-107), 1995.
12. García F. Guzmán G. y Castañeiras C., "¿Es efectiva la Psicoterapia?". *Idea* 13 (28), 155-174, 1999.
13. Horvath A.O., "The therapeutic relationship: from transference to alliance" *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 56 (2), 163-173, 2000.
14. Horvath A.O. y Greenberg L.S., "Development and validation of the working alliance inventory". *Journal of Counseling Psychology* 36, 223-233, 1989.
15. Lobianco J. (en prensa)., *Aplicación del C-EPT a terapeutas de diferentes orientaciones*.
16. Nathan P.E. y Gorman J.M. (ed)., *A guide to treatments that work*. Oxford, Oxford University Press, 1998.
17. Nathan P.E., Stuart S.P. y Dolan S.L., "Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis?". *Psychological Bulletin* 126 (6), 964-981, 2000.
18. Orlinsky D.E. y Howard K.I., "Process and outcome in psychotherapy". En S.L.Garfield y A.E.Bergin: *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley, 311-384, 1986.
19. Safran J.D. y Muran J.C., *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford, 2000.
20. Scherb E. y Lobianco J., Updating research informed key concepts in psychotherapy with difficult cases. *Presentación en el 32° Congreso de S.P.R. - Montevideo*, 2001.
21. Seligman M., "The effectiveness of psychotherapy". *American Psychologist* 50 (12), 963-974, 1995.

## Lecturas sugeridas:

- Beutler L.E. y Harwood T.M., *Prescriptive psychotherapy: The treatment of morbid depression and substance abuse*. New York: Guilford Press, 2000.
- Fernández-Alvarez H., García F.S. y Scherb E., The Research Program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology* 54 (3), 343-359, 1998.
- Nathan P.E., Gorman J.M. (ed)., *A guide to treatments that work*. Oxford, Oxford University Press, 1998.

# Alianza terapéutica y encuadre analítico

## Investigación empírica del proceso y sus resultados

Rubén Zukerfeld

Director del Inst. de Psicoanálisis de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis. Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina.  
Moldes 981 PB (1426) Buenos Aires (54-11) 4783-8023/ 4780-2939 / errezeta@arnet.com.ar

### Introducción

El concepto de alianza terapéutica (AT) que introdujeron Sterba(27) y Zetzel(29) ha sido objeto de variados debates en distintos momentos del desarrollo del psicoanálisis, pero no ha merecido un artículo en el clásico diccionario de Laplanche y Pontalis. Es sabido que cualquier revisión de esta noción debe comenzar en el Freud de 1913(13 d) que escribe que "el primer objetivo del tratamiento es ligar al paciente a la cura y a la persona del médico" y también en Ferenczi(10) y su énfasis en la simpatía y en el rol del analista como persona real. No cabe duda que las nociones freudianas de "expectativa confiada" del paciente hacia

el analista y cierto grado de identificación con éste en la actitud introspectiva y valorativa del propio funcionamiento, es imprescindible para el proceso y sus resultados. A su vez desde el analista la actitud receptiva y empática o neutralidad benevolente, manifestada en la modalidad, contenido y frecuencia de sus intervenciones, es considerada fundamental en el desarrollo de la alianza terapéutica. Pero un tema que ha sido habitualmente un eje de discusión es el lugar de la llamada alianza en relación con las transferencias. Así es que Greenson(14) –otro pionero en su concepción– plantea la "alianza de trabajo" como un fenómeno más racional que se daría entre ambos componentes del vínculo facilitado por el encuadre. Sería el *rapport*, es decir "un

---

### Resumen

**Objetivo:** El objetivo de esta investigación fue estudiar las relaciones entre grado de alianza terapéutica, percepción de cambio o mejoría, frecuencia de sesiones y estilo de intervención analítica en pacientes comunes y en analistas en tratamiento definido por ellos mismos como psicoanalítico. **Metodología:** se estudiaron a 39 sujetos, en tratamiento analítico entre un año a seis años (X: 4.2). Se les administró: a) el HRQ o escala de evaluación de la alianza terapéutica b) una escala de percepción subjetiva de mejoría (PSM) c) una escala de estilo de intervención del analista (EI). Se dividió a la muestra en dos grupos: 1) 18 pacientes comunes con frecuencia promedio 1.15 sesiones semanales 2) 21 analistas que se subdividieron en A: análisis bajo estándar IPA y B: análisis con frecuencia promedio de 1.65 sesiones semanales. **Resultados:** a) Los pacientes del grupo 1 desarrollaron similar media de puntuación del HRQ que el grupo 2A y ambos mayor puntuación media que el grupo 2B (21.53 vs 21.51 vs 17.22), sin que existieran diferencias entre los tres grupos en la PSM (3.61 vs 3.85 vs 3.85) ni en el EI (3.61 vs 3.71 vs 3.71); b) Los valores de HRQ correlacionaron positivamente con la PSM (grupo 1, r: 0.55; grupo 2, r: 0.41) pero no correlacionaron con la frecuencia semanal de sesiones (grupo 1, r: 0.13; grupo 2, r: 0.30) ni con el EI (grupo 1, r: -0.21; grupo 2, r: 0.08). **Discusión y conclusiones:** surge del estudio que: a) el grado de alianza percibido está vinculado a la mejoría b) no está vinculado a la frecuencia de sesiones ni a la modalidad de las intervenciones. Se discute que aspectos de la alianza tienen que ver con el cambio psíquico que produce mejoría y la posibilidad de las teorías psicoanalíticas de dar cuenta de ello.

**Palabras clave:** Alianza terapéutica – Psicoanálisis y cambio – Cambio Psíquico.

### THERAPEUTIC ALLIANCE AND ANALYTIC SETTING

#### Summary

**Objective:** The goal of this work is to study the relationship between the therapeutic alliance, the subjective perception of improvement, the frequency of sessions and the type of analytic interventions, in both psychoanalysts and non-psychoanalysts patients. **Methodology:** 39 subjects under psychoanalytic treatment lasting one to six years (mean 4.2 years) were interviewed. It was performed: a) a therapeutic alliance evaluation scale (HRQ); b) a subjective improvement perception scale (PSM); c) a scale to evaluate the style of the psychoanalytic interventions (EI). The sample was divided in two groups: 1) 18 non-psychoanalysts under psychoanalytic treatment, who assited to a mean of 1.15 sessions per week (group 1) and b) 21 psychoanalysts receiving two kinds of psychoanalytic treatments: a) one following the international Psychoanalytic Associations rules (group 2A), b) the other with 1.65 mean sessions per week (group 2B). **Results:** a) patients in groups 1 and 2A showed similar HRQ scores, and both were higher than that shown by group 2B (21.53 vs 21.51 vs 17.22) No differences were found neither in PSM scores (3.61 vs 3.85 vs 3.85 respectively) nor in the EI scores (3.61 vs 3.71 vs 3.71). It was observed a positive correlation between HRQ and PSM (group 1: r: 0.55 and group 2, r: 0.31) but no correlation was found neither with the number of sessions per week (group 1, r:0.13; group 2, r: 0.30) nor with EI score (group 1, r: -0.21; group 2, r: 0.08). **Discussion and Conclusions:** a) intensity of perceived therapeutic alliance is correlated with improvement but b) is not correlated with sessions frequency or style of psychoanalytic interventions. It is also discussed which psychic changes are related with the therapeutic alliance with regards with different psychoanalytic theoretical frames.

**Key Words:** Therapeutic alliance – Psychoanalytic improvement – Psychic changes.

fenómeno de transferencia relativamente racional, desexualizado y desagresivizado" que para este autor define la analizabilidad. Como señala Etchegoyen(9) el concepto de AT dentro de la escuela inglesa no sido demasiado tenido en cuenta, con la excepción de Meltzer que lo vincula con la "parte adulta" del paciente: a ella se le habla mientras que a la parte infantil se le interpreta. Es, además, el mismo Etchegoyen quien diferencia la noción de experiencia de la de transferencia, como algo del pasado "en la que uno pudo trabajar con otra persona, como el bebé con el pecho de la madre [...] y no algo que se repite irracionalmente del pasado perturbando la apreciación del presente".

Se plantean así dos problemas vigentes:

a. ¿existe una relación real y colaborativa sin distorsiones o falsos enlaces entre analista y paciente, que además es entendida como fundamental para vencer las resistencias?

b. ¿qué papel cumplen las variables del encuadre en relación con el desarrollo de una alianza que sea justamente *terapéutica*, es decir que facilite o produzca cambios psíquicos de valor curativo?

Por lo general en los investigadores del tema se intenta siempre diferenciar en la AT elementos más racionales ("colaboración", "trabajo", "acuerdo", "experiencia", etc.) de otros menos racionales ("apoyo", "vínculo afectivo", "confianza", etc.). Los primeros se atribuyen al aspecto realista de la relación, mientras que los segundos se incluyen más como fenómeno transfe-rencial. A este último se le atribuye a su vez mayor poder de producir adherencia y cambio, como se comprueba, por ejemplo, en una investigación de Martínez, Araos y Lobos(22) en Chile. Pero el aspecto importante es el que Frank(12) describe como los llamados factores comunes a toda psicoterapia, que incluyen decisivamente la fuerza del vínculo y del encuadre para promover el cambio. Tanto la descripción de estos factores como toda la terminología utilizada justamente para caracterizarlos (*rapport*, "confianza básica", "afecto empático", etc.) nos conduce a incluir en un estudio sobre AT, el concepto de sugestión que Freud trabaja en toda su obra, a veces como sinónimo de transferencia positiva sublimada y otras como efecto del Ideal(13 f).

Planteamos en otra parte(30) que en el vínculo analítico se da una coexistencia de transferencias y efectos sugestivos hecho también sostenido por distintos autores que han trabajado muchos años las dimensiones narcisistas de todo vínculo y en especial el analítico (Grunberger(15), Aragonés(1), Marucco(23). Poch(25) remarca la centralidad de la relación terapéutica para el proceso y sus resultados y señala con claridad "[...] son insostenibles las nociones de una transferencia no contaminada, de interpretaciones libres de sugestión y de la imagen del terapeuta como un espejo capaz de devolver al paciente su propia imagen. Este último aspecto es incompatible con la concepción de la relación terapéutica como una diáda en proceso [...] y el terapeuta impersonal, lejos de constituir un ideal, puede representar un nocivo fracaso del rol terapéutico".

Recientemente Safran y Muran(26) también enfatizan el valor del vínculo: "De hecho se puede afirmar que el desarrollo y resolución de problemas a través de la alianza no es un simple prerrequisito para el cambio sino más bien la esencia del *proceso de*

*cambio*" (la cursiva es mía). Asimismo Henry y Strupp(17) plantean que dentro del vínculo se diluyen los límites entre lo que corresponde a la relación real, al efecto de la transferencia y al de otros componentes inconscientes de la alianza que entendemos, por lo antes señalado, como patrimonio de la sugestión. A su vez Binder(6) remarca que la interiorización de la experiencia que se da en el vínculo con todos estos componentes funciona como *agente directo de cambio*, junto con otros elementos que surgen a partir del mismo.

La secuencia lógica que se desprende de lo hasta ahora citado es que:

a. el desarrollo de la *alianza terapéutica* implica la posibilidad de cambio cuya expresión general sería la percepción de mejoría.

b. que este cambio depende del *vínculo* en cuya constitución intervienen elementos de distinto nivel.

c. que este último está influido en alguna medida por el encuadre.

¿Qué importancia tiene el encuadre analítico? Autores como Bleger(7) y Zac(28) plantean el valor de ser la variable constante en contraste con lo variado del proceso y sus vicisitudes. Hay aquí un valor del encuadre como tercero en juego, garante de estabilidad y confidencialidad<sup>1</sup>. Es sabido que Freud(13 a, b) no ha escrito explícitamente sobre encuadre<sup>2</sup> sino sobre unas pocas reglas(atención flotante, abstinencia) y "consejos"(13, e) que "resultan adecuados para mi individualidad [...] otra personalidad de muy diversa constitución puede preferir otra actitud frente a los enfermos y las tareas por solucionar". Es claro que Freud siempre estuvo más preocupado por el método y su sustento teórico y también por el proceso y sus resultados, dejando más bien sugerencias para lo que hoy en día se llamaría dispositivo o encuadre. Aquí es donde se plantea el problema del *setting*, la frecuencia de sesiones y la modalidad de intervención del analista. Etchegoyen(9) señala que "la contribución más importante del analista a la alianza terapéutica proviene de su *trabajo diario* con el paciente, de la forma en que se comporta frente a él y su material, de su *interés*, su *esfuerzo* y su *compostura*. Al mismo tiempo la *atmósfera analítica*, humanitaria y permisiva, al par que moderada y circunspecta, es también decisiva" (las cursivas son mías)

Si estas variables –que podrían teóricamente uniformarse y reglarse– influyeran decisivamente en la alianza terapéutica, convendría conocer e instituir esa legalidad para el mejor desarrollo del proceso analítico y sus resultados. De hecho esa legislación existe desde una tradición recogida en los estándares de la IPA para la formación de analistas que deben realizar su propio análisis personal, hecho que los diferencia de otros terapeutas con o sin formación analítica que no cumplen con tal requisito. De los aspectos citados del encuadre el único explícitamente reglado es la frecuencia, pues las características del consultorio –que brindan "atmósfera"<sup>3</sup> o los esquemas referenciales y las ecuaciones personales –que determinan el estilo del analista– son variados y hoy en día aceptados como analíticos. Tal vez una de las cuestiones que se plantean periódicamente tienen que ver con el grado de silencio o no del analista, la frecuencia de intervenciones transferenciales o no

transferenciales, interpretativas o no interpretativas y los resultados obtenidos. Bernardi(5) plantea que "según quien sea que está colocado detrás del diván o en el sillón de enfrente, la sesión va a cambiar necesariamente [...] si la unidad de tratamiento que es la sesión varía según quien sea el analista ¿qué puede esperarse del tratamiento en su totalidad?".

Pero las discusiones sobre frecuencia giran alrededor de términos como "flexibilidad" o "rigidez" y concepciones donde se supone que existe un ideal llamado sugestivamente "cura tipo" al que por razones económicas muchas veces no se puede alcanzar. En ese caso se podría realizar una "psicoterapia" que por definición pareciera renunciar a la profundidad que se atribuye estipulativamente a una alta frecuencia que tiende a definirse ahora como "psicoanálisis". Es sabido que la mayor parte de los pacientes no se atienden cuatro veces por semana, y en muy baja proporción sostienen un tratamiento tres veces por semana. Dentro de las divergencias en cuanto al valor o no de la alta frecuencia, se plantean en la mayoría de los autores citados argumentos que, a veces, provienen de la autoridad (Freud (13,d) recomendaba en 1913 ver a los pacientes diariamente<sup>4</sup>), de una suerte de sentido común (más cantidad es más tiempo para el seguimiento de la vida del paciente, y a la vez menor apego a la actualidad), de una postura teórica (el valor de la regresión en la alta frecuencia), o de la extrapolación de una experiencia personal (lo que fue bueno para un paciente determinado sería bueno para el resto de los pacientes). En casi todos los casos las valoraciones son hechas desde la perspectiva del analista, pero no es habitual incluir la perspectiva del paciente para evaluar su cambio o mejoría. Aunque este hecho tiende a modificarse cuando se incrementan los estudios sobre eficacia, sigue existiendo una tendencia a privilegiar la autoridad del analista sobre lo que se entiende por cambio o mejoría. En este sentido el análisis del analista –que constituye un eje central de su formación– es una oportunidad única de ser paciente y valorar desde allí la percepción subjetiva de cambio o mejoría.

El propósito de esta investigación –que fue también presentada en otro ámbito–(31) fue estudiar la magnitud y características de la alianza terapéutica y su relación con la percepción subjetiva de mejoría y con variables del encuadre como la frecuencia de sesiones semanales y el estilo de intervención terapéutica.



### Método

Se estudió a 39 sujetos adultos de clase media de la ciudad de Buenos Aires, con edades entre 22 y 56 años, que estaban en un tratamiento de uno a seis años, definido como psicoanalítico por sus usuarios. No se incluyó a sujetos con patologías severas, crisis agudas o que tuvieran menos de un año de análisis y se garantizó el absoluto anonimato de los participantes.

Fueron divididos en dos grupos: *grupo 1*, formado por 13 estudiantes y 5 profesionales no vinculados con la psicología ni con la medicina, y *grupo 2*, integrado por 21 psicoanalistas de los que 10 (subgrupo A) realizaban su análisis de formación de acuerdo al estándar IPA y 11 se analizaban fuera de estos requisitos (subgrupo B). A todos ellos se les realizó una encuesta semicerrada sobre motivo de consulta, tiempo, frecuencia y lugar del tratamiento, edad y sexo de su analista y se les hizo llenar dos escalas y el HRQ (Cuestionario de Relación de Ayuda, Alexander y Luborsky, 1984, versión española de Ávila Espada(2), modificada Zukerfeld, 1999) La primera escala se refiere a la "Percepción Subjetiva de Mejoría" (PSM) que implica que

**Cuadro 1. Frases versión española del HRQ**  
(Ávila Espada, modif. Zukerfeld)

- 1. Creo que mi terapeuta está ayudándome.
- 2. Creo que el tratamiento está ayudándome.
- 3. He obtenido alguna nueva comprensión de lo que me pasa.
- 4. Me he sentido mejor últimamente.
- 5. Ya puedo ver que resolveré los problemas por los que vine al tratamiento.
- 6. Siento que puedo confiar en mi terapeuta.
- 7. Siento que mi terapeuta me comprende.
- 8. Siento que mi terapeuta desea para mí que logre mis objetivos.
- 9. Creo que tenemos ideas similares sobre las características de mis problemas.
- 10. Ahora siento que puedo comprenderme a mí mismo y resolver mis cuestiones incluso si no continúo más las sesiones con mi terapeuta.
- 11. Siento que estoy trabajando junto con mi terapeuta en un esfuerzo común.

**Tabla 2 a. Características generales de las muestras estudiadas**

	<b>Pacientes no psicoanalistas</b> (Grupo 1, n: 18)	<b>Pacientes psicoanalistas</b> (Grupo 2, n:21)	
		A *	B*
<b>Pacientes</b>			
Edad X (SD)	26.0 (5.1)	37.0 (4.4)	39.2 (9.5)
Sexo	Fem.: 100%	Fem.: 57%	Fem.: 85%
<b>Motivos de consulta</b>			
Autoconocimiento	7.6%	28.0%	71.0%
Problemas Emocionales	54.0%	71.0%	71.0%
Problemas Vinculares	15.3%	28.0%	28.0%
Problemas Físicos	11.2%	0.0%	0.0%
Otros (labor., estud., etc.)	15.3%	0.0%	14.0%
<b>Terapeutas</b>			
Edad >60; <40	7%; 39%	57%; 0%	14%; 14%
Sexo	Fem.: 77%	Fem.: 43%	Fem.: 57%

\*A: Pacientes psicoanalistas bajo standard IPA. B: Pacientes psicoanalistas no IPA

el sujeto debe elegir una opción entre 1 ("nada"), 2 ("algo"), 3 ("bastante"), 4 ("mucho") y 5 ("muchísimo"), en respuesta a la pregunta. "¿Cree Ud. haber mejorado con el tratamiento?". La segunda escala se refiere al Estilo de Intervención (EI) o modalidad del terapeuta que debe ser calificado entre 1 ("muy silencioso"), 2 ("silencioso"), 3 ("habla algo"), 4 ("habla bastante"), 5 ("habla mucho"), completando la frase "Siente Ud. que su analista es...".

La HRQ consiste en 11 frases que se responden desde "muy verdadero" (3 ps) a "muy falso" (- 3 ps) que se pueden observar en el Cuadro 1. Se obtuvo un promedio con su desvío estándar para el total de la población y para cada grupo y subgrupo por separado, y un promedio por frase para cada grupo. En esta última evaluación una media entre 2 y 3

plantea como "muy buena" la tendencia a la alianza terapéutica; entre 1 a 1.99 como "moderada" y menos de 1 como "escasa", teniendo en cuenta que la adjudicación de verdad a la frase es a favor de la intensidad de AT.

*Procedimiento estadístico:* se utilizó la prueba t de Student y la U Mann Whitney para diferencias de valores medios y el coeficiente de correlación r de Pearson para establecer asociaciones entre las variables estudiadas.

### Resultados

En la Tabla 2a puede observarse que el grupo 1 está constituido exclusivamente por mujeres que son

**Tabla 2 b. Características generales de las muestras estudiadas**

	<b>Pacientes no psicoanalistas</b> (Grupo 1, n: 18)	<b>Pacientes psicoanalistas</b> (Grupo 2, n:21)	
		A *	B*
<b>Demanda</b>			
Elegida	46.0%	100%	100%
Indicada	54.0%	0%	0%
<b>Lugar</b>			
Consultorio Privado	46.2%	100%	100%
Institución Privada	30.8%	0%	0%
Institución Pública	23.0%	0%	0%
<b>Tiempo</b>			
> 3 años	23.0%	28.0%	71.0%
< 3 años	77.0%	72.0%	29.0%
<b>Frecuencia X(SD)</b>	1.15 ( 0.3)	3.70 (0.2)	1.65 (0.3)

\*A: Pacientes psicoanalistas bajo standard IPA B: Pacientes psicoanalistas no IPA

**Tabla 3. Comparación de procesos terapéuticos entre 18 pacientes (Grupo 1) y 21 psicoanalistas (Grupo 2 - A: alta frecuencia, n: 10; B: baja frecuencia, n: 11) - (\* p < 0.05)**

	GRUPO 1	GRUPO 2	
		A *	B*
<b>Alianza Terapéutica</b> (HRQ: 0 a 33)	21.53 (6.1)	21.51 (5.0)*	17.22 (4.8)*
<b>Percepción de Mejoría</b> (1: "Nada"; 5: "Muchísimo")	3.61 (1.1)	3.85 (0.6)	3.85 (0.8)
<b>Estilo de Intervención del Terapeuta</b> (1: "Muy Silencioso"; 5: "Habla mucho")	3.61 (1.1)	3.71 (0.4)	3.71 (0.6)

\*A: Pacientes psicoanalistas bajo standard IPA. B: Pacientes psicoanalistas no IPA

más jóvenes que las del grupo 2 de psicoanalistas. En los dos grupos la mayor prevalencia en motivos de consulta está dada por problemas emocionales y vinculares que son mayores en los psicoanalistas, así como la búsqueda de autoconocimiento, mientras que los problemas físicos solo aparecen en el grupo 1. La mayor parte de los terapeutas son femeninos y están entre los 40 y 60 años de edad para el grupo 1, mientras que en el subgrupo de los psicoanalistas de la IPA (grupo 2, A) predominan los terapeutas mayores de 60 años de género masculino (57%).

En la Tabla 2b se puede apreciar que los pacientes del grupo 1 se tratan mayoritariamente hace menos

de 3 años (con un mismo terapeuta) en terapias que han sido realizadas en diferentes ámbitos privados y públicos, siendo la mitad de ellos indicadas y con una frecuencia de poco más de 1 sesión semanal. En cambio los psicoanalistas se asisten en su totalidad en consultorios privados que han elegido y se diferencian en la frecuencia semanal promedio que es mayor a las tres sesiones y media en los pertenecientes a la IPA y de más de una sesión y media semanal en los no pertenecientes (grupo 2, B)

Las puntuaciones promedio más altas del HRQ corresponden al Grupo 1 y al Subgrupo A, (psicoanalistas IPA) del grupo 2 y no tienen diferencias entre

**Tabla 4 a. Comparación de correlaciones de la alianza terapéutica con tres variables, en la población total, en pacientes no psicoanalistas (Grupo 1) y en pacientes psicoanalistas (Grupo 2, total; A: standard IPA; B: no standard IPA)**

	TOTAL	GRUPO 1	GRUPO 2		
			Total	A *	B*
<b>Alianza Terapéutica vs.</b>					
<b>Percepción de Mejoría</b>	<u>0.55</u>	<u>0.71*</u>	<u>0.41*</u>	<u>0.49+</u>	0.38+
<b>Frecuencia Semanal</b>	0.06	0.13	0.31	<u>0.47**</u>	-0.19**
<b>Estilo del Terapeuta</b>	-0.11	-0.21	0.08	0.19	-0.02

— : Correlaciones significativas (> 0.40). Diferencias entre correlaciones: \*p<0.01 \*\*p<0.05 +p NS

**Tabla 3 b. Comparación de correlaciones de la percepción de la mejoría con la frecuencia semanal y el estilo de intervención del terapeuta**

	TOTAL	GRUPO 1	GRUPO 2		
			Total	A *	B*
<b>Percepción de Mejoría vs.</b>					
<b>Frecuencia Semanal</b>	-0.25	-0.30	-0.19	0.12	-0.27
<b>Estilo del Terapeuta</b>	-0.02	-0.20	0.23	0.16	0.28



**Tabla 4. Comparación de puntuación promedio de respuestas en el HRQ entre pacientes no psicoanalistas (Grupo 1) y pacientes psicoanalistas (Grupo 2) (+3: máximo verdadero; -3:máximo falso)**

<b>Frases HRQ (Alexander y Luborsky, 1984 ; versión española Avila Espada, 1991, modificada)</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
2. Creo que el tratamiento está ayudándome	2.38	2.35
1. Creo que mi terapeuta está ayudándome	2.30	2.21
8. Siento que mi terapeuta desea para mí que logre lo que yo deseo	2.15	1.92
4. Me he sentido mejor últimamente	2.07*	1.35*
3. He obtenido alguna nueva comprensión de lo que me sucede	2.00	2.14
6. Siento que puedo confiar en mi terapeuta	2.00*	2.64*
5. Ya puedo ver que resolveré los problemas por los que vine	1.84*	1.28*
11. Siento que estoy trabajando con mi terapeuta en un esfuerzo común	1.84	2.07
7. Siento que mi terapeuta me comprende	1.70*	2.28*
9. Creo que tenemos ideas similares sobre mis problemas	1.69*	0.92*
10. Ahora siento que puedo comprenderme a mí mismo incluso si no continuara con las sesiones	1.69*	0.14*

\* p < 0.05

ellos, pero sí con el subgrupo B (psicoanalistas no IPA). No existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a las puntuaciones de percepción de mejoría ni en las que definen el estilo de intervención del terapeuta de acuerdo a las escalas utilizadas (ver tabla 3).

En la Tabla 4a se puede apreciar que la AT correlaciona positivamente con la percepción subjetiva de mejoría y no correlaciona ni con la frecuencia semanal de sesiones ni con el estilo de intervención del terapeuta para el total de 39 sujetos en tratamiento ( $r$  0.55) Esto se repite si se estudia tanto al Grupo 1 ( $r$  0.71) como el grupo 2 total ( $r$  0.41) Si en este último grupo se estudia por separado a sus dos subgrupos se observa correlación positiva con la frecuencia para los psicoanalistas IPA, diferenciándose de los psicoanalistas no IPA. El Grupo 1 presenta la más alta correlación con la percepción de mejoría diferenciándose significativamente del Grupo 2. En este no existe tal diferencia entre el subgrupo A y B en cuanto a la percepción de mejoría, pero sí en cuanto a la correlación de la AT con la frecuencia que sólo se da entonces en psicoanalistas en formación bajo standard IPA

En la Tabla 4b se aprecia otro grupo de correlaciones, en este caso de la percepción subjetiva de mejoría con la frecuencia y con el estilo de intervención del terapeuta. Ni en el total de la población ni en ninguno de los grupos se puede afirmar que exista correlación alguna entre la evaluación que el paciente hace de su mejoría y la cantidad de sesiones semanales o el menor o mayor silencio de los terapeutas

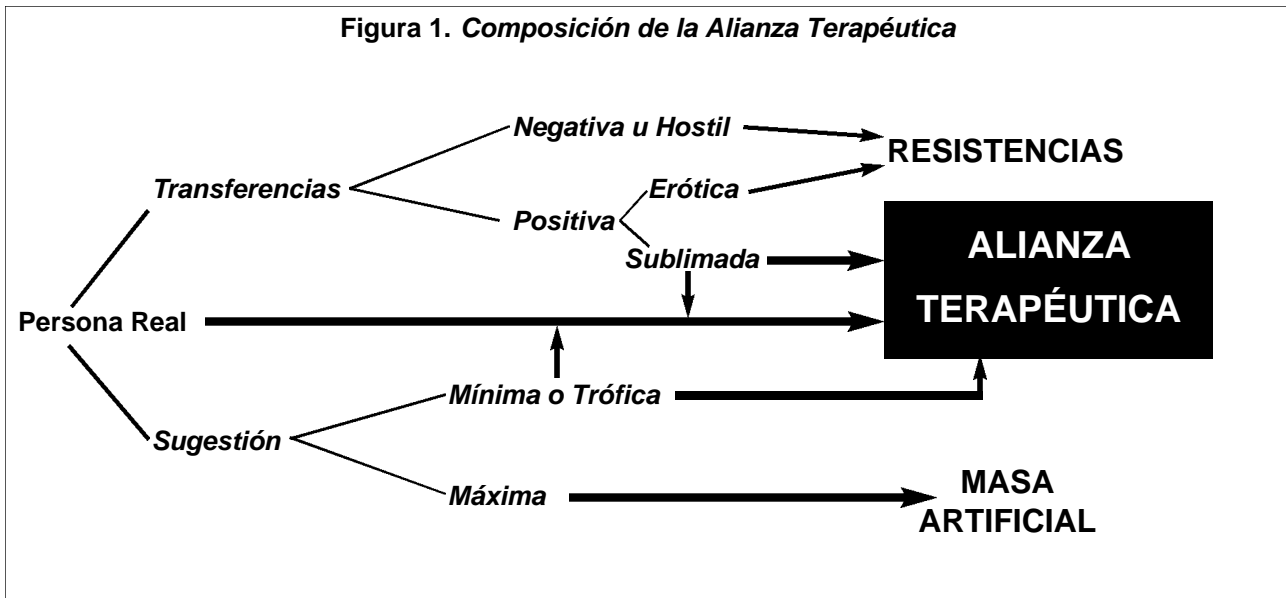
En la Tabla 5 se presenta la comparación entre las medias de puntuación para cada frase del HRQ ordenadas en forma decreciente de acuerdo a las respuestas del Grupo 1. Existen 12 respuestas con promedio igual o superior a 2 ps (tendencia a muy buena AT) distribuidas seis para cada grupo, ocho respuestas con promedio entre 1 y 1.99 (AT moderada) de las

cuales cinco son del Grupo 1 y 3 del Grupo 2 y sólo 2 respuestas promedio inferiores a 1 punto (AT escasa) que pertenecen ambas al Grupo de psicoanalistas. Ambos grupos se diferencian significativamente en seis respuestas que expresan que los pacientes no psicoanalistas perciben más mejoría (N° 4), tienen más esperanza en resolver problemas (N° 5), sienten más que comparten ideas con sus terapeutas (N° 9) y que podrían dejar el tratamiento (N° 10) que el Grupo de psicoanalistas. Éstos –a su vez– parecen confiar más en sus propios analistas (N° 6) y sentirse comprendidos por ellos (N° 7) que los pacientes no psicoanalistas del Grupo 1.

### Discusión

La muestra de pacientes "comunes" (Grupo 1) es más joven que la de psicoanalistas pero esta variable sólo parece influir para que casi un 40% de ellos se asista con terapeutas también más jóvenes. En cambio parece lógico que los psicoanalistas que hacen su formación la realicen con los analistas de mayor edad que ocupan el lugar de didactas. En relación al motivo de consulta no sorprende que la búsqueda de autoconocimiento tenga una prevalencia mayor entre los psicoanalistas *pero es claro que los problemas emocionales y vinculares predominan en la demanda de ambos grupos*. En este sentido la búsqueda de ayuda en relación a determinado sufrimiento o conflicto parece similar e inclusive es mayor en el grupo de psicoanalistas (71% y 28 % vs 54% y 15%).

Esta búsqueda –que puede conceptualizarse como deseo de curación– es absolutamente elegida en el caso de los psicoanalistas mientras que la mitad de los pacientes "comunes" han sido derivados y se asisten en instituciones.



Es evidente que en este aspecto las muestras parecen representativas de la realidad de la oferta y demanda terapéutica en Buenos Aires; los pacientes "comunes" y los psicoanalistas IPA tienen en esta muestra el mismo tiempo de tratamiento en el momento de la encuesta teniendo en cuenta que la misma no incluye tratamientos anteriores que son habituales tanto en la historia de los psicoanalistas que realizan su formación como en muchos pacientes no psicoanalistas.

Es importante destacar que estos dos grupos (Grupo 1 y Subgrupo A del Grupo 2) que se asisten similar tiempo y con distinta frecuencia desarrollan igual alianza terapéutica de acuerdo al HRQ. Este dato mostraría semejante indicador de proceso y de resultado en condiciones de tratamiento muy disímiles.

Cuando los integrantes de los grupos definen su mejoría en el tratamiento se ubican en promedio entre "bastante" (3) y "mucho" (4) sin diferenciarse significativamente, al igual que cuando determinan que su terapeuta habla entre "algo" (3) y "bastante" (4). Ningún integrante de la población estudiada evalúa la mejoría inferior a "bastante" ni el estilo de intervención del terapeuta menor a "habla algo". Tal vez lo más importante de este estudio es que *la AT aparece asociada a la percepción subjetiva de mejoría (PSM) pero no a aspectos del encuadre como ser el estilo de intervención del terapeuta ni la frecuencia de sesiones. Por su parte la PSM no está asociada en ningún caso ni a la frecuencia discursiva del terapeuta ni a la frecuencia de sesiones.* En este último caso conviene plantear algunos problemas que surgen dependiendo de cómo se lean los datos obtenidos.

Es evidente que si estos resultados se presentan como los de 39 sujetos de clase media de la ciudad de Buenos Aires en tratamiento analítico con un promedio de 3 años de proceso terapéutico se pondría en evidencia que *la AT es independiente de la frecuencia semanal y la frecuencia discursiva del terapeuta y que por otra parte, la percepción de mejoría es absolutamente dependiente de la misma.* Si se divide en dos grupos: no analistas vs analistas se empieza a observar cómo se mantiene el perfil citado que se hace más evidente para los no analistas y se modera para los analistas. Si final-

mente se subdivide el grupo de analistas entre los que cumplen los estándares (A) y los que no (B) se observa que en este último subgrupo –que es el que desarrolla menor AT– no hay correlación con la mejoría ni con la frecuencia. Aquí se plantea un problema que es importante intentar aclarar. Los 10 analistas que no hacen su formación tienen en promedio más tiempo de tratamiento (y más expectativas de autoconocimiento), lo que conectado con la poca percepción de mejoría, genera para este subgrupo un perfil desesperanzado. En el subgrupo A la variable frecuencia es fija por estándar y constituye el único caso de correlación positiva entre AT y frecuencia. Es decir que es lógico pensar que en este último dispositivo existe una peculiaridad que hace que la alianza quede de hecho conectada a la alta frecuencia por algún valor que la misma ha adquirido a partir justamente del cumplimiento del estándar.

Es claro que la AT aparece en ambos grupos asociada a la idea de ayuda del terapeuta y del tratamiento y que los psicoanalistas se sienten más comprendidos y confían más en sus propios psicoanalistas que los pacientes comunes. Este último dato se corresponde con la puntuación mayor (2.64) en la frase 6 y podría estar expresando componentes de la AT que entendemos patrimonio del efecto sugestivo mínimo como discutiremos más adelante. Este hecho se sostiene porque la puntuación menor del total (0.14) también corresponde a los analistas en relación a la frase que expresa la posibilidad de independencia de su propio analista y la posibilidad de discontinuar el tratamiento. Asimismo existe una importante diferencia en el acuerdo sobre el origen de los problemas como en la esperanza de resolverlos que es mayor en los pacientes no analistas.

De este modo parecen conformarse: a) un perfil de AT general entre los analistas donde existe mucha confianza en sus propios analistas pero con poca sensación de mejoría y esperanza de cambio, y especialmente, con cierta sensación de estar lejos de finalizar el tratamiento y b) un perfil teórico del paciente "común" que sería el de un sujeto que se siente ayudado y se percibe mejor atribuyéndole a su terapeuta de-

seos positivos acordes con él en cuanto a sus problemas, con una moderada esperanza de cambio y más sensación de autonomía.

## Conclusiones

### A. Sobre la alianza terapéutica y sus componentes

En definitiva se puede pensar que en general la *alianza terapéutica es dependiente principalmente de las condiciones del vínculo y no de variables del encuadre como la frecuencia o estilo del terapeuta*. Dicho de otro modo esto significa que se podría pensar una aceptablemente buena AT en 1, 2, 3, ó 4 sesiones semanales y que convendría precisar en realidad de qué depende principalmente la misma. Para desarrollar algunas hipótesis al respecto conviene tener en cuenta la condición del campo transferencial tanto como un lugar de repetición como el de un lugar de creación(11) y tanto como un espacio-tiempo de colaboración racional como de expresión irracional. En este sentido el atribuir –como se ha hecho en la historia de este problema– la AT a una instancia yoica absolutamente extra-transferencial creo que es algo ingenuo. Los componentes de transferencia sublimada que aquí se ponen en juego no se pueden dejar de lado. Lo que sucede es que coexisten con la percepción de rasgos de la particularidad real del terapeuta y con la creación de un campo analítico(3) que planteamos como verbal, asimétrico y hermético(30)

Pero lo que es de destacar, principalmente, es que el contraste entre la sensación de confianza en relación con la baja percepción de mejoría y de autonomía –que se destaca en el grupo de analistas– puede expresar cierta *idealización* que entendemos como el *componente sugestivo de la AT, hecho que puede considerarse previsible en las condiciones de campo establecido*. Este planteo proviene del hecho de que los aspectos narcisistas en el vínculo –es decir la circulación del ideal– adquieren una importancia decisiva dentro del concepto de alianza terapéutica. Es así que si la confianza y esperanza se mantiene en los analistas que cumplen el estándar aunque haya poca percepción de mejoría y sensación de imposibilidad de autonomía, es evidente que la alianza proviene de cierto efecto sugestivo mínimo. Sólo se puede continuar con algo o alguien en ciertas condiciones no del todo acordadas y sin percibir efectos positivos, si se cree que esos efectos finalmente se van a producir. En especial nos referimos a que el ideal de ser analista que incluye el cumplimiento del estándar con su alta frecuencia de sesiones, *genere una condición que no corresponde ni a la relación "real" ni a una transferencia en sentido estricto*. Es más bien ese componente irracional de la alianza terapéutica que es la creencia de pertenencia que dependería del ideal proyectado sobre un encuadre determinado que otorgaría identidad. Este hecho no se daría ni en los pacientes "comunes" ni en los analistas que no están en formación.

En términos generales y con una finalidad operacional, pensamos que la alianza terapéutica sería entonces un constructo donde es difícil pero conveniente diferenciar tres componentes (ver Figura 1):

1. el correspondiente a sentimientos transferen-

ciales y contratransferenciales sublimados, como ternura y cariño, donde la pareja terapéutica se enlaza con la distorsión propia de desplazar sobre el otro los aspectos positivos del vínculo paterno-filial, materno-filial, o fraternal, que implican sensación de comprensión y ayuda. Se trata de reediciones de lo más trófico de un vínculo con componentes de libido objetal reprimida sobre la base de lo que Freud describió como elección de objeto anaclítica.

2. el correspondiente a los efectos de la ubicación del Ideal del yo en el otro que sustenta a los sentimientos de simpatía, confianza, y esperanza que constituyen la base de lo que hemos llamado *sugestión mínima o erótica o trófica*, que se diferencia de los fenómenos de fascinación u obediencia, propios de la sugestión máxima, o de masa artificial(13 f) pero todos como expresión de la circulación de libido narcisista. Estos mecanismos coexisten con los estrictamente transferenciales, del mismo modo que la relación anaclítica con la relación narcisista, que Freud(13,e) describe en 1914.

3. el correspondiente a la percepción realista del otro que siempre existiría más o menos teñida de transferencias y de sugestión –como muestran los vectores de la figura 1– pero que puede desaparecer tanto en la transferencia negativa hostil, como en la fascinación con o sin componentes eróticos manifiestos.

De estos tres componentes se deduce que AT es opuesto a resistencia de transferencia y también a lo que sería el fenómeno de masa artificial propio de la fascinación o la obediencia; es por tanto no sólo la condición de cambio sino que representa un cambio psíquico en sí mismo. Construir alianza es de hecho disminuir resistencias y los riesgos de idealizaciones iatrogénicas. Es claro que la colaboración del paciente –que ha sido planteada como la actividad de la "parte adulta"– se sostiene en el efecto sugestivo mínimo sin el cual es imposible que surja. Nadie se cura sin el deseo narcisista de curación que se deposita en un Ideal que promueve la colaboración para vencer las resistencias contra ese mismo deseo. Así es que el analista es para el paciente en proporciones variables un profesional, un padre-madre protector, y un mago/a bueno/a y el encuadre es el *marco* de seguridad, confiabilidad y confidencialidad para el desarrollo del proceso. Sus características pueden variar siempre que se respeten las condiciones citadas que se dan a través del vínculo independientemente de la frecuencia y el *setting*. Esto quiere decir que la estabilidad e intimidad se puede obtener en un espacio-tiempo que tenga una secuencia previsible y sostenida sea cual fuera su intensidad.

### B. Sobre las limitaciones y ventajas de la investigación empírico-sistemática

Este trabajo tiene –a mi entender– todos los beneficios y limitaciones de su método. Sus resultados provienen de una muestra pequeña con ciertas particularidades: por ejemplo no fue posible obtener, fuera de IPA, pacientes comunes o analistas que se analizaran cuatro veces por semana. En cuanto a sus instrumentos se comprenderá que –como en toda investigación sistemática– el tener que definir una percepción (de mejoría y de frecuencia de intervención del

terapeuta) con cinco posibilidades deja abierto el hecho de que "bastante" para algunos esté cerca de "mucho" y para otros contiguo a "algo". De todos modos se ha elegido como variable lo que el paciente *siente* renunciando a otra evaluación "objetiva" sobre la mejoría o sobre la modalidad del terapeuta. Es sabido que aquí se pueden plantear controversias sobre la forma de entender la mejoría, pero entendimos que privilegiar la palabra del paciente en un marco de mínima mensurabilidad, era promover la reflexión crítica. También existen otras escalas para evaluar la alianza terapéutica que pueden ser tenidas en cuenta y que convendría contrastar con la HRQ(4).

Por otra parte el mismo tamaño de la muestra relativiza en especial los porcentajes e implica la necesidad del incremento de la misma y la réplica en otros ámbitos, pero las conclusiones que surgen de la discusión las entiendo consistentes con las intuiciones clínicas y teóricas que provienen de la práctica psicoanalítica. Creo que en este punto existe bastante coincidencia entre lo que el clínico observa y lo que el investigador intenta demostrar. Jimenez(19) señala con claridad que la metodología empírica "no constituye ninguna amenaza al método clínico sino, por el contrario, le aporta fundamentos novedosos y más firmes". En este sentido, es interesante señalar que el problema de la alianza terapéutica ha sido más tenido en cuenta por investigadores de la psicoterapia de otras corrientes que por los psicoanalistas (8, 16, 18, 24), con la paradoja de que –a mi modo de ver– son las teorías psicoanalíticas las que más pueden aportar para la comprensión de los problemas que plantea esta investigación: ¿existe una concepción de mayor riqueza y valor heurístico que la teoría del narcisismo y la teoría de la transferencia, para dar cuenta del efecto de los ideales y de las repeticiones en el vínculo y evaluar así procesos?

Por otra parte el poner a prueba todo aquello que se ha dado en llamar "técnica psicoanalítica" permitiría legalizar lo que se consideran variaciones (o en el peor de los casos transgresiones) de una doxa establecida por tradición y que si no es revisitada –como lo ha sido la teoría– corre el riesgo de autodescalificarse. En este sentido el procedimiento de investigación empírica aquí utilizado serviría para diferenciar lo que en toda disciplina se transmite como producto de la tarea científica, de aquello que en el mejor de los casos se sostiene en la costumbre, y en el peor, en el mantenimiento de poder<sup>5</sup>. Pienso que algo de esto ha sucedido cuando el método analítico se torna sinónimo de *sólo uno* de los variados dispositivos en los que es posible desarrollarlo. Hoy en día estos dispositivos son individuales con distintas frecuencias, estilos y *setting*, grupales y familiares; también es sabido que existen dispositivos especiales para niños y adolescentes y para el tratamiento de distintas

patologías y situaciones vitales. En todos ellos existe siempre una demanda de alivio o curación y una oferta de implicación en procesos distintos que tienen en cuenta los ejes centrales de las teorías psicoanalíticas que siempre contienen algún nivel de autoconocimiento en la medida que se develen aspectos inconscientes. En algunos de ellos se realizan intervenciones variadas consistentes con una actitud interdisciplinaria(32) propia de las interfaces con la psiquiatría, con la medicina o con otras psicologías.

Pero también es posible sostener que el destino del psicoanálisis es el propio de una hermenéutica atribuyendo a la pareja analítica una única función y un absoluto interés epistemofílico. Si en esta investigación se hubiera obtenido que la mayoría de la demanda de análisis fuera solo por autoconocimiento gran parte de los resultados posteriores disminuirían el valor que –creo– tienen, por el hecho de que provienen de relacionarlos con búsquedas terapéuticas. Por ello el psicoanálisis que aquí se estudia *es una forma de psicoterapia que puede ser evaluada, comparada y mejorada en sus procesos y en sus resultados*(20, 21) En este sentido los criterios que determinan el encuadre se debieran formalizar de acuerdo a las evidencias: una de ellas pareciera ser que la alianza terapéutica tiene efecto curativo y que el mismo no depende –para pacientes no graves– de la frecuencia semanal de sesiones. Es probable que para otras condiciones psicopatológicas exista alguna correlación del estilo "mayor gravedad-mayor frecuencia"<sup>6</sup> pero siempre de acuerdo a cómo la pareja terapéutica pueda acordarlo e implementarlo. Es decir siempre privilegiando la complejidad de un vínculo intersubjetivo al servicio de la cura que constituye justamente la riqueza, el futuro y la posibilidad única que ofrece el psicoanálisis ■



## Notas

1. Estos autores han hecho importantes desarrollos propios de los que no me ocuparé aquí
2. Poco hubiera podido unificar bajo este concepto si se entiende que fue el analista de Catalina, de Juanito, de Mahler y por supuesto de los primeros seguidores y sus múltiples formas de analizarse
3. Hoy en día puede ser tan psicoanalítico un consultorio de paredes blancas como otro lleno de libros u objetos, un *box* de hospital o un living lujoso
4. Durante un máximo de un año, es decir aproximadamente 250 sesiones para finalizar un tratamiento.
5. En especial utilizando el "modelo Humpty-Dumpty" para definir que es analítico o que es terapéutico, es decir establecer algo desde un acto de poder.
6. O también inverso por motivos que no desarrollaré aquí que se estudian por ejemplo en el campo de la llamada psicósomática.

## Referencias Bibliográficas

1. Aragonés R., *El narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1999
2. Ávila Espada A., Versión castellana del HRQ, en Poch y Ávila Espada, *Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica*, pag. 127-128. Buenos Aires, Paidós, 1991
3. Baranger W. Baranger M., *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires, Kargierman, 1969
4. Bernal G. Padilla L. Perez-Prado E. y Bonilla J., La alianza terapéutica: evaluación y desarrollo de instrumentos. *Rev. Arg. de Clínica Psicológica*, 1999, 1, 69-80
5. Bernardi R., La focalización en psicoanálisis en Defey, Elizalde y Rivera, *Psicoterapia Focal*, Montevideo, Roca Viva, 1993
6. Binder J.L., The Therapeutic Alliance in the Relational Models of time-limited dynamic psychotherapy, en Safran y Muran, *The Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy* Washington, *American Psychological Association*, 1998
7. Bleger J., Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. *Rev. de Psicoanálisis*, 1967, 24,2
8. Bordin E., The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1979, 16, 252-260
9. Etchegoyen H., *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires Amorrortu, 1986
10. Ferenczi S., *Psicoanálisis*. Obras Completas. Madrid, Espasa Calpe, 1981
11. Fiorini H., *El Psiquismo Creador*. Paidós, Buenos Aires, 1995
12. Frank J. D., Therapeutic components shared by all psychotherapies in Harvey y Parks, *Psychotherapy research and behavior change*, Washington, *American Psychological Association*, Master Lecture Series 1, 1982
13. Freud S.
  - a (1905) *Sobre psicoterapia*, Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, I, 1973
  - b (1905) *Psicoterapia: tratamiento por el espíritu*, OC, BN, II
  - c (1912) *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*, OC, BN, II
  - d (1913) *Iniciación del tratamiento*, OC, BN, II
  - e (1914) *Introducción del Narcisismo*. OC, BN, II
  - f (1921) *Psicología de las masas*, OC, BN, III
14. Greenson R., *The technique and practice of psychoanalysis*, New York, International Universities Press, 1967
15. Grunberger B., *El Narcisismo. Ensayo psicoanalítico*. Buenos Aires, Editorial Trieb, 1980
16. Hartley D. E., Research on the therapeutic alliance. *American Psychiatric Association*, Annual Review, 1985, 4, 532-545
17. Henry W. Strupp H.H., Schacht T. y Gaston L., *Psychodynamic Approaches*, en Bergin y Garfield, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley, 1994
18. Hougaard E., The therapeutic alliance. A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 1994, 35, 67-85
19. Jimenez J.P., El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada, en Defey, Elizalde y Rivera, *Psicoterapia Focal*, Montevideo, Roca Viva, 1995
20. Luborsky L., *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. New York, Basic Books, 1984
21. Luborsky L. Crits-Christoph P. Mintz J. y Auerbach A., *Who will benefit from psychotherapy*. Basic Books, New York, 1988
22. Martínez C. Araos F. y Lobos P., Alianza terapéutica en un grupo de pacientes de nivel socioeconómico bajo. *Rev. Arg. de Clínica Psicológica*, 1997, 6, 2, 123-133
23. Marucco N., *Cura analítica y transferencia*. Buenos Aires, Amorrortu, 1998
24. Pinsoff W. Catheral D., The integrative psychotherapy alliance: family, couple and individual therapy scale. *Journal of Marital and Family therapy*, 1986, 12, 137-151
25. Poch J. Ávila Espada A., *Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica* pág. 275, Buenos Aires, Paidós, 1998
26. Safran J.D. Muran J.C., *The Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy*, Washington, *American Psychological Association*, 1998
27. Sterba R., The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 1934, 15, 117-126
28. Zac J., Un enfoque metodológico del establecimiento del encuadre. *Rev. de Psicoanálisis*, 1971, XXVIII, 3
29. Zetzel E., Current concepts of the transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 1956, 37, 369-375
30. Zukerfeld R., Transferencia y Sugestión, en Braier., *Psicoanálisis. Tabúes en teoría de la técnica*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1990
31. Zukerfeld R., Alianza terapéutica, cambio psíquico y encuadre analítico. 2º Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoanálisis, Gramado, 2000, *Aperturas Psicoanalíticas*, (Ed H. Bleichmar), Internet, w.w.w.aperturaspsicoanaliticas.org, 2001, 7
32. Zukerfeld R. Zonis-Zukerfeld R., *Psicoanálisis, Tercera Tópica y Vulnerabilidad Somática*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1999

*Agradecimientos:* Esta investigación no hubiera podido realizarse sin la colaboración de colegas en formación en los Institutos de la IPA en Buenos Aires (APA, APDEBA y SAP), de psicoanalistas que trabajan en los Hospitales Alvarez, Marie Curie y FUNDIAH y de estudiantes del IES (Instituto Superior Docente "Alicia Moreau de Justo". Debo agradecer especialmente a la Lic. Nélide Remezzano, docente de esta última institución, y también a la Prof. Adela L. de Duarte, al Prof. Alejandro Avila Espada (Universidad de Salamanca) y a los colegas Lic. Raquel Zonis-Zukerfeld, Lic. Andrea Altman, Lic. Silvana Goncalves, Dr. Carlos Idoyaga, Lic. Ariel Liberman, Lic. Juan Carlos Loñ, Lic. Lucas Margulis, Lic. Aida Sobel, Dr. Jorge Volpe y Lic. Graciela Woloski por sus diferentes niveles de aportes a este trabajo.

# Resultados en psicoterapia: ¿qué opinan nuestros consultantes?

Hugo Hirsch

Andrea Lardani

Centro Privado de Psicoterapias.

Av. Libertador 6049, 1°A° . Cap.Fed. (1428). Tel. / fax: 4788-9600. E-mail: hhirsch@cpp.com.ar / alardani@cpp.com.ar

## Introducción

Hay en día el campo de la psicoterapia debe evaluar y mostrar la *efectividad*<sup>1</sup> y la *eficiencia*<sup>2</sup> de sus tratamientos(7). Esto permite a los sistemas de salud tomar decisiones y mejorar la calidad de atención. Sin embargo, en nuestro medio, son pocas las organizaciones que se ocupan de esta tarea. Uno de los obstáculos es la escasez de recursos que se invierte, sumado a que todavía no hay consenso sobre qué instrumentos usar para evaluar efectividad y eficiencia.

Hay una gran variedad de instrumentos(5) para evaluar resultados que son de mayor o menor utilidad de acuerdo a los objetivos buscados. En este trabajo describiremos algunos de los resultados obtenidos a partir de los seguimientos telefónicos post-terapia en el *Centro Privado de Psicoterapias* (CPP). Para que se entienda el uso del seguimiento telefónico, debemos primero describir brevemente las características del funcionamiento de la organización.

El CPP desarrolla y pone en práctica programas de salud mental para grandes poblaciones. El procedi-

miento que se sigue cuando llama un consultante para solicitar un turno es el siguiente: primero se realiza una *pre-entrevista* telefónica donde se toman los datos demográficos, se averigua quién es el paciente identificado y se cita al consultante para una entrevista de *admisión*. El admisor, junto con el consultante, construye un motivo de consulta que será el foco de la terapia. A su vez, el admisor es quien establece la estrategia terapéutica y los objetivos de la terapia que llevará a cabo el terapeuta a quien se le derive el caso. Para la derivación al profesional más idóneo se toma en cuenta el motivo de consulta o problema a resolver y la zona geográfica donde vive el consultante (ya que nuestros terapeutas están distribuidos en distintas zonas de Capital Federal y Gran Buenos Aires). Los terapeutas llevan un registro de cada sesión en un protocolo específico llamado *Hoja de sesión por sesión*. Este registro ayuda a organizar el pensamiento de los terapeutas y, a su vez, permite que el observador externo pueda tener una idea detallada de lo que está ocurriendo en la terapia con sólo acceder a la base de datos donde están archivadas las historias clínicas.

El CPP cuenta desde 1983(6) con un equipo que se ocupa de la evaluación de resultados de los tratamientos psicoterapéuticos. Llamamos "evaluación de resultados" a la medición de los cambios que se producen como resultado del servicio prestado(8). Con

1. Grado en que las terapias alcanzan los objetivos deseados.
2. La relación entre recursos y resultados.

---

## Resumen

En el presente artículo se presenta el modo de funcionamiento de una organización que brinda asistencia a grandes poblaciones a la par que examina algunos de los resultados de seguimientos telefónicos post-terapia de paciente, las cualidades de los terapeutas percibidas por los pacientes y las tasas de reconsulta en los tratamientos ambulatorios. Los resultados hallados sirven internamente a la organización como retroalimentación para perfeccionar su funcionamiento y generan información que permitiría futuras comparaciones con otras organizaciones similares. A su vez, el artículo se suma al debate entre las dos grandes posiciones en el campo de la investigación en psicoterapia (la Psicoterapia basada en la Evidencia y el Modelo Contextual o psicoterapia basada en factores comunes).

**Palabras clave:** Organización de salud mental – Eficacia de la psicoterapia – Resultados de las psicoterapia – Seguimiento telefónico – Cualidades del psicoterapeuta.

## PSYCHOTHERAPY RESULTS: WHAT DO OUR PATIENTS THINK?

### Summary

The present paper shows the way a mental health organization works and, at the same time, examines some results upon the post-therapy follow-up for outpatient treatments, the therapists' qualities perceived by the patients and the readmission rate. The results are twofold: for internal purposes, they allow a feedback for continuous quality improvement. For the outside, they generate information for future comparisons among other similar organizations. This paper also address the debate between two major stands in the field of psychotherapy research (one for the Evidence Based Psychotherapy and the other for the Psychotherapy Based on Common Features).

**Key Words:** Mental health organization – Psychotherapy efficacy – Psychotherapy results – Psychotherapy follow up – Psychotherapists' qualities.

más de ciento veinte profesionales (psicólogos, psiquiatras y psicopedagogos) trabajando actualmente y alrededor de cuatrocientas cincuenta admisiones mensuales, el estudio de resultados se hace imprescindible para:

- a. La toma de decisiones organizacionales.
- b. Mejorar la calidad del servicio prestado.
- c. Difundir los resultados para el establecimiento de estándares en los sistemas salud mental.

A título de ejemplo, los resultados globales de efectividad en psicoterapia a nivel mundial muestran que un 66% de los paciente mejora y un 33% permanece igual, independientemente del modelo teórico que se utilice. Por ende es de central importancia para una organización, saber si efectivamente alcanza este promedio y eventualmente tomar medidas para mejorarlo.

Nosotros no hemos hecho intentos deliberados por correlacionar tipos de intervenciones con los resultados vistos por los consultantes, ni hemos comparado la eficacia de diferentes tipos de tratamiento. Si bien tenemos una idea de las intervenciones de los terapeutas en su visión subjetiva a partir de las *Hojas de sesión por sesión*, en nuestro contexto nos resulta más fácil comparar características de los terapeutas o nuestra efectividad respecto a diferentes tipos de problemas, más que la efectividad o eficiencia de diversos procedimientos psicoterapéuticos. Lo que se observa es la correlación entre un motivo de consulta bien construido y una estrategia clara en el proceso de admisión con la mayor brevedad y resultado exitoso del tratamiento. Consideramos que esa claridad y definición no dependen sólo del admisor, sino que son ya un producto de la interacción entre ambos.

### Seguimiento telefónico

El *Seguimiento telefónico* consiste en llamar al consultante y entrevistarlo para conocer su visión acerca de los resultados de la terapia una vez finalizado el tratamiento. Se espera un lapso de entre seis meses y un año para hacer el llamado. Ese tiempo permite que el consultante recuerde con claridad lo ocurrido en la terapia, y además es suficientemente amplio como para ver si el proceso terapéutico ha desembocado o no en cambios duraderos beneficiosos(2). Para este fin, contamos con un protocolo que se va completando durante la conversación con el consultante.

El protocolo incluye los siguientes ítems:

- Estado del motivo de consulta la fecha de la última sesión con el terapeuta.
- Estado del motivo de consulta a la fecha del seguimiento.
- Ejemplos de la mejoría (si hubo).
- Atribución de la mejoría.
- Si desertó y porqué lo hizo.
- Cualidades del terapeuta.
- Ejemplos de lo que resultó de utilidad de la terapia.
- Si el consultante pudo usar lo aprendido en terapia en otras áreas de su vida y ejemplos.
- Si las expectativas fueron cumplidas o no.
- Reconsultas; si fueron al CPP o no, si fueron por el mismo motivo o no.

Consideramos *Motivo de consulta* al problema que el

consultante eligió como más importante o más urgente y que fue acordado con el admisor en el momento de la primera entrevista. De este modo, cuando indagamos el estado del motivo de consulta en el seguimiento telefónico, nos referimos siempre al que fue definido en la admisión (salvo que haya habido un cambio del motivo de consulta durante el proceso terapéutico).

Vale la pena tener en cuenta que el seguimiento no es una indagación neutral(2), y que debe manejarse como cualquier otro contacto establecido con el consultante con anterioridad. El modo en que el entrevistador haga las preguntas influirá sobre el contenido de las respuestas. Un equipo de profesionales capacitados se ocupa de realizar las entrevistas telefónicas, estudiando primero la historia clínica completa del paciente para estar al tanto de lo que hizo el terapeuta durante el proceso. La entrevista se lleva a cabo con el consultante que pidió la consulta inicial, o sea al más comprometido y motivado con el tratamiento.

### Objetivos del Seguimiento telefónico:

A. Conocer los resultados generales de nuestra organización desde la percepción de nuestros consultantes: porcentaje de casos que mejoraron, de casos que permanecieron igual y de casos que empeoraron; porcentaje de deserciones y de reconsultas; satisfacción con la atención recibida; cualidades de nuestros terapeutas; etc.

B. Como *feedback* y, por lo tanto, herramienta de capacitación para nuestros terapeutas, ya que el hecho de conocer la percepción de los consultantes sobre el trabajo realizado permite a los profesionales reflexionar y perfeccionarse en distintos aspectos de su labor.

C. Generar objetivos de investigación. Hemos estudiado, por ejemplo, cualidades personales de los terapeutas; la mejoría y su relación con la edad, sexo, estado civil, ocupación y motivo de consulta de los consultantes; reconsultas y su relación con el sexo y la edad del paciente y el sexo del terapeuta; deserciones, sus causas y su relación con la mejoría. Estos estudios proveen información que retroalimenta a la organización e incentiva su crecimiento.

### Resultados

#### *Motivo de consulta a la fecha de la última sesión*

Para recabar esta información, se le pregunta a los consultantes sobre el estado del motivo de consulta a la fecha de la última sesión con el terapeuta y se les ofrecen tres opciones para que elijan una (mejor, igual o peor).

En la página siguiente presentamos los resultados totales obtenidos de los 1662 seguimientos realizados entre 1995 y 2000. La mayoría de los casos fueron tomados al azar, salvo los casos del año 2000 que fueron elegidos por los terapeutas según diferentes motivos de interés. Aunque no hemos estudiado qué factores producen estos resultados, sí tenemos información de la atribución de nuestros consultantes sobre lo que los ayudó a mejorar (que no presentamos en este trabajo). Como se puede observar en los Cuadros I y II los resultados superan los estándares internacionales.

Cuadro I		
Motivo de consulta a la fecha de la última sesión	Número	Porcentaje
Mejor	1188	71,4%
Igual	407	24,4%
Peor	50	3,0%
No contesta	17	1,0%
Total	1662	100%

Cuadro II								
Resultados según los años								
Años	1995/97		1998		1999		2000	
		%		%		%		%
Mejor	610	69	104	74	203	66,7	271	80,1
Igual	238	26	28	20	97	31,9	44	13
Peor	32	5	8	6	4	1,3	6	1,7
No contesta	-	-	-	-	-	-	17	5
Total	880	100	140	100	304	100	338	100

### Estudio de la mejoría

**Objetivo:** Conocer en detalle los casos en que hemos tenido más éxito para ser concientes de nuestras virtudes, y con qué casos hemos tenido menos éxito para ver cómo mejorar(9).

**Procedimiento:** Se analizaron las siguientes variables: A. mejoría y edad; B. mejoría y motivos de consulta y C. mejoría y mantenimiento. Para A y B se tomaron los 610 casos de los que informaron estar mejor a la fecha del seguimiento (de los 880 seguimientos realizados entre 1995 y 1997). Para C se tomaron los 203 casos que informaron estar mejor a la última sesión con el terapeuta de los 304 seguimientos realizados en 1999.

### Resultados

Se computó el número de mejorías alcanzadas según cada edad sobre el número de seguimientos realizados a cada una de las edades.

Como se puede observar, no hay diferencias significativas en los resultados según la edad de nuestros consultantes. Esto es llamativo ya que uno esperaría mayores discrepancias.

#### A. Mejoría y Edad

- 10	83%
10 / 20	71%
20 / 30	71%
30 / 50	69%
50 / 70	67%

#### B. Mejorías y Motivos de Consulta

En realidad, una dificultad recurrente en nuestro trabajo ha sido adoptar un sistema de clasificación. Desde nuestra perspectiva ayudamos a la gente a resolver problemas y no a curar síntomas psicopatológicos. Por lo tanto, para resolver esta dificultad lo que hace-

mos es construir problemas con los consultantes y luego el admisor los clasifica de esta manera:

1.	71%	Trastornos de ansiedad.
2.	67%	Trastornos del estado de ánimo.
3.	88%	Trastornos psiquiátricos mayores.
4.	88%	Trastornos de la alimentación.
5.	25%	Adicciones.
6.	75%	Problemas de pareja.
7.	71%	Problemas de familia.
8.	50%	Problemas sexuales.
9.	60%	Problemas laborales.
10.	92%	Trastornos de conducta en niños.
11.	57%	Trastornos de aprendizaje en niños y en el adolescente/joven.
12.	61%	Problemática del adolescente joven.
13.	57%	Trastornos somáticos y estrés.

• Motivos de consulta con los que tuvimos más éxito: 3, 4, y 10.

• Motivos de consulta con los que tuvimos menos éxito: 5, 8, 11 y 13.

Estos resultados reflejan condiciones variadas. Por ejemplo, es sabido que las adicciones (N° 5) no tienen un alto índice de recuperación y que los trastornos psiquiátricos mayores (N° 3) bien tratados mejoran.

Por otro lado llama la atención el porcentaje elevado de mejorías en los trastornos de conducta en niños (N° 10) que es mayor de lo esperable en estos casos.

#### C. Mejoría y Mantenimiento

En el protocolo de seguimientos registramos el estado del motivo de consulta a la fecha de la última sesión y a la fecha de la realización del seguimiento. De esta manera podemos observar el porcentaje de



casos que mantiene la mejoría lograda al finalizar el tratamiento y los que no, o sea los que recayeron.

<b>Mantienen mejoría a la fecha del seguimiento</b>	<b>No mantienen mejoría a la fecha del seguimiento</b>
---	--

89,6%

10,3%

Nuestros tratamientos tienen un promedio de 9 sesiones en total. Por lo tanto, estos resultados confirman, en contra de lo que se supone corrientemente, que los tratamientos breves obtienen mejorías duraderas.

### Estudio de las reconsultas

**Objetivo:** Obtener datos de los pacientes que reconsultaron con el fin de disminuir el porcentaje de las mismas en nuestro centro(9). Consideramos reconsulta cuando el paciente vuelve a consultar en el CPP u otra institución luego de haber finalizado el tratamiento.

**Procedimiento:** Se tomaron los 186 casos (21% de la muestra) que informaron haber reconsultado de los 880 seguimientos realizados entre 1995 y 1997. Se estudiaron distintos factores que se presentan a continuación.

#### a. ¿A dónde reconsultaron?

- Reconsultas al CPP = 31%
- Reconsultas a otra institución = 69%

#### b. Estado del motivo de consulta al finalizar el tratamiento

- Habían solucionado el problema: 45%
- No habían solucionado el problema: 55%

#### c. Número de sesiones realizadas y reconsultas

<i>Sesiones</i>	<i>Reconsultas</i>
- 5	26%
5/10	19%
10/20	27%
20 ó +	28%

Como se puede observar, la insatisfacción no necesariamente lleva a reconsultar al principio de la terapia (28% reconsultó a partir de la sesión número 20). Muchas veces nos encontramos con *insatisfechos crónicos*, que ya se han tratado en otros lugares, siempre han estado disconformes, pero continúan consumiendo y demandando sesiones para llegar a la misma conclusión.

El porcentaje de reconsultas a otra institución (69%) muestra que puede haber habido cierto grado de disconformidad por un lado, pero también puede implicar que por cambios en los contratos la gente haya tenido que consultar a otro lugar.

El dato de que el 45% de las personas que reconsultaron había solucionado su problema, sugiere que la insatisfacción no necesariamente está vinculada con resultados negativos de la terapia. Y lo opuesto, la satisfacción no siempre implica que se obtuvieron buenos resultados psicoterapéuticos.

### Cualidades de los terapeutas

**Objetivo:** Conocer cuáles son las cualidades de los terapeutas que nuestros consultantes más valoran y más rechazan, con el fin de proveer *feedback* a los profesionales para que puedan reflexionar y mejorar sus habilidades.

**Procedimiento:** Se tomaron los 140 seguimientos realizados en 1998 y se estudió cada una de las respuestas a la pregunta que indaga las cualidades del terapeuta según la opinión de los consultantes. Luego dividimos las respuestas en cualidades negativas y positivas. Transcribimos aquí textualmente los términos más frecuentes usados por los consultantes.

#### *Cualidades positivas*

Agradable  
Buen profesional  
Buena persona  
Amable  
Respetuoso  
Comprensivo  
Confiable  
Pragmático  
Atento  
Cálido  
Claro/concreto  
Correcto/educado  
Responsable

#### *Cualidades negativas*

Distante  
Frío  
Callado  
Rígido  
Chocante

Las cualidades negativas enumeradas se distribuyeron en un número pequeño de terapeutas.

Cuando en un caso aislado de los seguimientos de un terapeuta el paciente informa sobre cualidades negativas, eso no habla mucho sobre el terapeuta. Pero cuando las cualidades negativas se concentran en un solo terapeuta, los comentarios reflejan ciertas conductas del terapeuta que se repiten en sus diferentes casos y por lo general, los resultados son insatisfactorios. El hecho de obtener *feedback* ayuda al profesional a mejorar sus habilidades y por lo tanto, a obtener mejores resultados psicoterapéuticos.

### Comentario

Nuestros resultados no llegan a tener características de estudio científico porque sólo reflejan la percepción subjetiva de los consultantes y no han sido sometidos a técnicas de muestreo. Sin embargo, los datos sí han servido para varios propósitos, como por ejemplo, proporcionar *feedback* a los terapeutas. Si hay algo en que los estudios finalmente coinciden, es que hay grandes diferencias individuales en las habilidades de los terapeutas y en sus resultados. Proporcionar información de esta naturaleza a los profesionales permite que mejoren sus habilidades y por ende sus resultados.

Los estudios científicos en psicoterapia arrojan por ahora dos puntos de vista divergentes. Uno de ellos es la *Terapia basada en la evidencia (Empirically Supported Treatments - EST-)*(4) o Modelo Médico de psicoterapia según B. E. Wampold(10), que afirma que para que un tratamiento tenga validez empírica la pregunta deberá ser "... si el tratamiento es eficaz para un problema específico" (Chambless & Hollon, 1998, p. 9)(3). La ma-

yoría de los estudios utiliza el DSM-IV para clasificar los trastornos. Sólo los tratamientos administrados a partir de manuales pueden aspirar a ser clasificados como EST. Es necesario buscar evidencias sobre los *factores específicos* de los tratamientos que producen los resultados así como las evidencias sobre si un tratamiento es eficaz o no.

El otro punto de vista es la *Terapia basada en factores comunes* o Modelo Contextual según Wampold, que enfatiza los aspectos que tienen en común diversas formas de terapia. Algunos de estos *factores comunes* son la relación entre un cliente y un terapeuta en que ambos creen en la eficacia del tratamiento; el terapeuta da un sentido al trastorno del cliente y administra un procedimiento consistente con esa explicación; el cliente habla de los detalles más íntimos de su vida confiando en que la relación terapéutica va a continuar; etc. El gran debate, podemos decir, se da entre los que afirman que el progreso consiste en desarrollar procedimientos manualizados para trastornos específicos, y los que afirman que el progreso consiste en comprender cada vez mejor los factores comunes subyacentes a todas las terapias y entrenar a los terapeutas en esa dirección.

Actualmente un grupo del CPP, junto con Aiglé está trabajando en un proyecto de investigación diseñado por Larry E. Beutler. En este proyecto, estamos coleccionando una muestra de 300 pacientes a los cuales se les administra el sistema de admisión y tratamiento siguiendo los principios de la Selección Sistemática de Tratamiento (*Systematic Treatment Selection*)(1). A partir de los resultados de la admisión, que toma en cuenta las cinco dimensiones

propuestas por Beutler (estilo de afrontamiento, nivel de reactancia, nivel de malestar, complejidad del problema y severidad del problema) y el diagnóstico según el DSM-IV, se diseña un tratamiento apropiado para ese paciente. Quizás este trabajo nos permitirá más adelante, terciar mejor en el debate de las dos posturas mencionadas anteriormente.

## Conclusión

Podemos decir que desde nuestro punto de vista rinde más invertir en que los terapeutas se conviertan en mejores terapeutas de factores comunes, que en el entrenamiento en varias formas de terapias específicas basadas en la evidencia. Esto no implica ignorar los tipos de intervenciones y su consistencia interna. Hemos desarrollado un esfuerzo importante por lograr que los procedimientos psicoterapéuticos tengan consistencia interna y consideramos que la adhesión a esa lógica hace una diferencia en cuanto a los resultados que se obtienen.

Hoy por hoy, años de seguimientos nos han convencido de que el camino para optimizar el nivel de nuestra asistencia pasa por seleccionar los terapeutas adecuados, proporcionarles *feedback* para que mejoren su manejo de los factores comunes y modelar sus intervenciones para que tengan consistencia interna ■



## Referencias bibliográficas

1. Beutler L.E. y Berren M.R., *Integrative Assessment of Adult Personality*. New York. The Guilford Press. 1995.
2. Casabianca R. y Hirsch H., *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I.* Universidad Nacional del Litoral. 1992.
3. Chambless D.L. y Hollon S.D., Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. 1998.
4. Chambless D.L. y Ollendick T.H., Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annu. Rev. Psicol.* 2001. 52: 685-716.
5. Garfield S. y Bergin A., *The Evaluation of Therapeutic Outcomes. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, John Wiley y Sons, 1971.
6. Gitterman M., Evaluando la eficacia de la psicoterapia: seguimientos". *Acta psiquiátr. Am Lat.* 1992, 38 (1), 59-62.
7. Hirsch H., Efectividad en Psicoterapia. *Sistemas Familiares*. Año 14, N 13, Noviembre 1998.
8. Sheila W. y Kihlstrom C.L., Outcomes, Quality and Cost: Integrating Psychotherapy and Mental Health Services Research. *Psychotherapy Research*, 1997, 7 (4), 365-381.
9. Tailhade M., Escuchando al Paciente. Centro Privado de Psicoterapias, 1997. Publicación interna.
10. Wampold B.E., *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. Mahwah, New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 2000.

## Bibliografía de ampliación

- Beutler L.E. Machado P. y Neufeld S., Therapist variables. In A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229-269). New York: Wiley. 1994.
- Freeman M.A., *Chapter 19: Designing Outcomes Studies. Capitalization Handbook*. Edited by Gayle L. Zeman. PHD. Editor. Tiburon, California. Centralink Publications, 1995.
- Lambert Michael J. Huefner Jonathan C., Nace David K. The Promise and Problems of Psychotherapy Research in a Managed Care Setting. *Psychotherapy Research*, 1997, 7 (4) 321- 332.

*el rescate y la memoria*



## Estado actual de la psicoterapia en la Argentina \*

Prof. Ricardo Horacio Etchegoyen (Mendoza)

**E**l presente fragmento fue extraído de un trabajo pionero presentado por R. Horacio Etchegoyen en las “Primeras Jornadas Argentinas de Psicoterapia” realizadas en Córdoba en julio de 1962 y convocadas por el Dr. Gregorio Bermann. Asistieron a las mismas como disertantes los doctores E. Olivera, P. Moscovich, E. Colombo, J. Bernstein, M. Lerner, J. Bleger, J. Thénon, J. Itaiensohn, J. Orgaz, M. Goldenberg, C. Bermann, W. Martín, H. Lestani, G. Vidal y O. Ipar. El Dr. Etchegoyen, miembro de nuestro Comité Científico era, a la sazón, Profesor Titular de Psiquiatría en la Universidad Nacional de Cuyo, luego de lo cual desarrolló su brillante e infatigable carrera hasta llevar al psicoanálisis argentino a la presidencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional ■

J. C. S.

[...] Las escuelas argentinas de psicoterapia

La psicoterapia ofrece en nuestro país un diversificado desarrollo, que puede ordenarse en tres grandes corrientes doctrinarias: psicodinámica, ontoanalítica y pavloviana.

### a) Escuela pavloviana

La escuela pavloviana (o reflexológica) considera la conducta como resultado de la actividad nerviosa superior, de la fisiología de los grandes hemisferios cerebrales, a través de mecanismos reflejo-condiciona-

dos, en función del medio. El reflejo condicionado, tal como lo prueba irreflexiblemente la experimentación animal, es una conexión temporaria de los centros, que se ata o desata a medida que el medio va cambiando. En el hombre, la base fisiológica es la misma: sólo que a las demandas del medio (*cultural*) en que vive, corresponde una nueva estructura material del palio, el *segundo sistema de señales*. El estímulo-señal de esta alta organización de la materia viva es la palabra. La palabra, señal de señales, patrimonio exclusivo del cerebro humano, explica el pensamiento abstracto y la adaptación social, siempre en términos de la dialéctica de la función cerebral y los factores socio-económicos e históricos de una determinada cultura.

Sobre esta base, es fácil comprender que la psicoterapia de orientación pavloviana busque restablecer la perturbada actividad nerviosa superior (que se ex-

\* Fragmento de “Estado actual de la psicoterapia en Argentina” publicado en Bermann, G., *Las psicoterapias y el psicoterapeuta*, Paidós, Bs. As., 1964.

presa en conducta anormal, irracional o alienada) a través del recondicionamiento del segundo sistema de señales.

De acuerdo con Itzigsohn(36), la escuela pavloviana comienza a difundirse en el país hacia el año 1950, por las publicaciones de Julio Luis Peluffo y Jorge Thénon, aunque existe un antecedente interesante, la obra de Gavrilov en Tucumán.

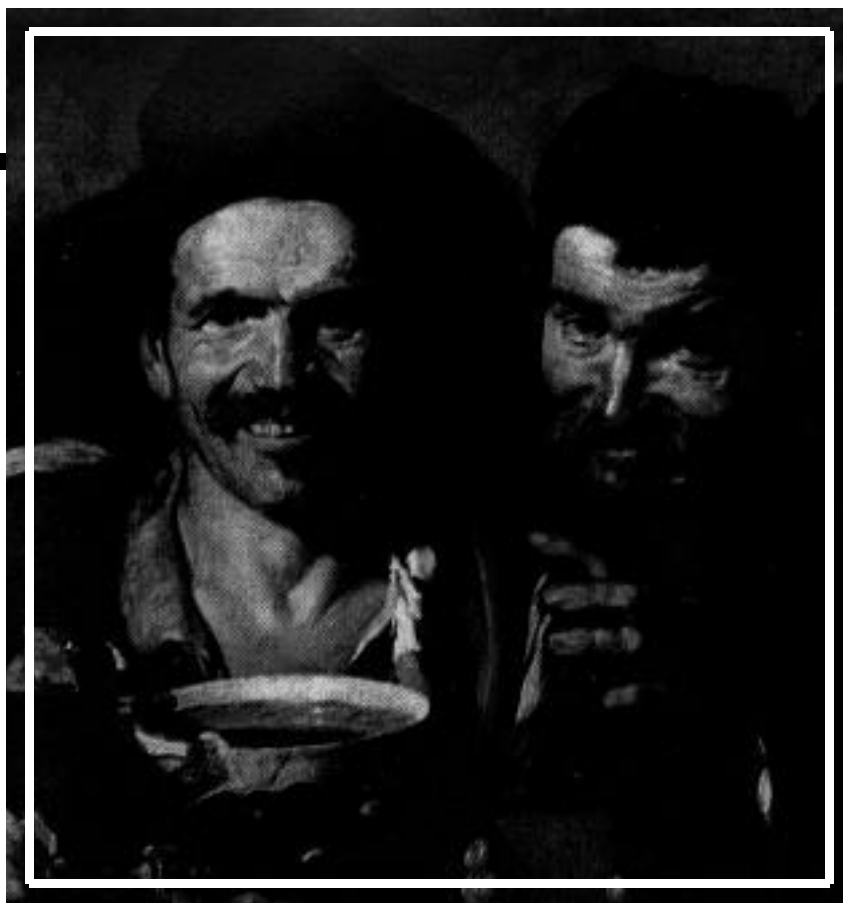
En 1949 Jorge Thénon inaugura en Buenos Aires el Seminario de estudios pavlovianos, que funciona ininterrumpidamente dos lustros y congrega a casi todos los miembros actuales de esta escuela(36).

En enero de 1952 aparece un documentado artículo de Peluffo, máximo exponente de la paidopsiquiatría de base pavloviana en nuestro país, titulado *Consideraciones sobre psicopatología infantil*(86), y en julio publica Thénon *La psiquiatría en el año cincuenta del siglo XX*(68), que puede considerarse la declaración de principios, el acta constitutiva del pavlovismo en la Argentina. Distingue allí Thénon tres corrientes fundamentales: la anátomo-clínica, la subjetivista (o intuicionista) y la pavloviana. Critica francamente a la primera, presa todavía en el materialismo mecanicista del siglo XIX, y a la segunda –en que engloba a todas las escuelas dinámicas y a la antropología existencial– por su alejamiento de la razón y su idealismo. Concluye que la escuela pavloviana, con el descubrimiento del segundo sistema de señales, “inaugura un método para la caracterización histórica del hombre y para una verdadera psicología científica”(pág. 16).

Las actividades de la naciente escuela se expanden desde entonces rápidamente, gracias a los estudiosos ya citados y a otros que se les suman, como Itzigsohn, para ofrecer una continuada labor docente y publicitaria.

Esfuerzo de singular valor, a mi juicio, para el conocimiento de la reflexología en nuestro país es la traducción de los trabajos de Pavlov directamente relacionados con la psiquiatría, que aparecen en 1954(52). La selección original lleva un prólogo de L. A. Orbelli(pág. 23) y un apéndice de Popov(58) sobre la importancia de estos trabajos experimentales en psiquiatría. La versión castellana, clara y pulcra, de los esposos Itzigsohn, se enriquece con un prólogo de J. L. Peluffo(54), excelente exégesis de la obra pavloviana, y un apéndice de I. M. Apter<sup>1</sup>(12).

A invitación del profesor Omar J. Ipar, el doctor Thénon dicta un curso de clínica psiquiátrica con



orientación pavloviana en la Sala del Hospital nacional de hombres, desde hace un par de años. Las clases, a razón de dos o tres por semana, son teórico-prácticas; participan en ellas todos los médicos concurrentes.

También es amplia la labor docente y publicitaria del doctor José A. Itzigsohn, que se ocupa de la enseñanza de la reflexología en la Residencia de Becarios del Instituto Nacional de Salud Mental y en el Curso de médicos psiquiatras del Instituto del profesor Bonhour. Colabora igualmente Itzigsohn en el renombrado Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús que dirige Mauricio Goldenberg

Itzigsohn ocupa las cátedras I y II de psicología general de la Escuela de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires, desde 1961. En colaboración con su profesor asociado, doctor Antonio Caparrós, dicta la materia fundamentalmente con base pavloviana(36).

Recientemente se formó el *Ateneo pavloviano* de La Plata, que reúne un grupo entusiasta de médicos de distintas especialidades, interesados en la ampliación de los puntos de vista córticoviscerales a la patología humana(36).

A pedido del Centro de estudiantes se dictaron últimamente dos cursos de psicoterapia pavloviana en la Facultad de Medicina de Buenos Aires. El primero, a cargo de Caparrós, Paz, Itzigsohn y Torres, tuvo lugar en 1960; el siguiente, más amplio, contó con la participación de Thénon, Spiguel, Novitzky y los nombrados. El mismo grupo de médicos dictó en Córdoba un curso de reflexología en 1957, con el auspicio de la Sociedad Médica de esta provincia.

Trabajó aquí, en Córdoba, muchos años, sobre todo en problemas de medicina córticovisceral, el doctor Miguel Sorin, actualmente contratado en Cuba.

Sin pertenecer a este grupo, el país cuenta con otros cultores de Pavlov. Konstantin Gavrilov, profesor de biología animal de la Universidad de Tucumán, dirige un laboratorio de reflejos condicionados en el Instituto de zoología de la Fundación Miguel Lillo. En 1944 Gavrilov publica una interesante monografía, *El problema de las neurosis en el dominio de la reflexología*, que el profesor Dalma considera, con razón, la primera síntesis en la lengua castellana de las teorías de Pavlov, sobre la actividad nerviosa superior y las neurosis(21). La obra más conocida de Gavrilov es, sin duda, su documentado libro *El psicoanálisis a la luz de la reflexología*(30), donde intenta referir los hallazgos del psicoanálisis a las leyes de la actividad nerviosa superior. Sin entrar a discutir el contenido del original trabajo de Gavrilov, deseo señalar que este tipo de tarea me parece del más alto valor para el progreso de la ciencia psiquiátrica. Lo mismo deseo decir de los fundados esfuerzos de José Bleger en el campo de la metodología del psicoanálisis(17).

Con un grupo de discípulos, Torres Norry trabaja intensamente, sobre todo aplicando las ideas de Pavlov, a la hipnosis y difundiendo en libros, cursos y conferencias el pensamiento reflexológico en nuestro país.

El doctor José Enrique Marianetti, joven médico de Mendoza becado por el Ministerio de Asistencia (ministro doctor Adolfo Semorile), está en el renombrado Instituto de psiquiatría experimental de Chile, que dirige Raúl Palestini, con el propósito de montar, a su regreso, un laboratorio de neurofisiología y reflexología en la cátedra a mi cargo. Creo que faltan en el país laboratorios de esta índole y que es imprescindible organizarlos cuanto antes. En este sentido, los cultores del pavlovismo tienen, creo yo, una especial responsabilidad.

#### **b) Escuela antropológico-existencial (ontoanálisis)**

La escuela antropológico-existencial arraiga en la tradición psiquiátrica y filosófica de Europa continental y abreva en dos grandes fuentes, el método fenomenológico y la filosofía de la existencia. Surge en Suiza, Alemania, Francia, Holanda y otros países, por obra de calificados psiquiatras (y psicólogos) de dispares orientaciones y escuelas. Insatisfechos con los resultados prácticos de los métodos usuales, convencidos de la insuficiencia de los planteos doctrinarios vigentes, inician una revisión a fondo de sus presupuestos epistemológicos, en procura de un nuevo marco de referencia, de una teoría del hombre que abarque y supere a la vez –dice Roland Kuhn(40)– la psiquiatría y el psicoanálisis, y libere al investigador –agrega Rollo May(46)– de toda su-

jeción metodológica, para introducirlo de veras en el campo de su estudio.

La *Psicopatología general de Jaspers*(37) –obra cumbre de la fenomenología descriptiva– abre el camino en 1913; siguen los estudios de Eugene Minkowski sobre melancolía y esquizofrenia(48, 47), de von Gebattel(31) y Erwin W. Straus(66) sobre el mundo obsesivo, etc., que se agrupan en la fenomenología *genético-estructural*(23); hasta llegar, finalmente a la fenomenología *categorial*, que encuentra su máxima expresión en las grandes historias clínicas de Ludwig Binswanger: Ilse(14) y Ellen West(13).

A este momento *fenomenológico* sigue el propiamente *analítico-existencial*, donde la filosofía de la existencia ocupa el primer plano.

Así como Kierkegaard se alzó, a su tiempo, contra el “sistema” hegeliano, así también se levantan estos investigadores contra todo lo que pretenda objetivar –o más precisamente “cosificar”– a la existencia humana(45). La existencia humana, en cuanto libertad y trascendencia, debe abordarse con método distinto del que se emplea para estudiar las “cosas”: de otro modo, se abre ante el hombre de ciencia la dicotomía fatal, la escisión sujeto-objeto, callejón sin salida que desde Descartes viene padeciendo la cultura occidental(45, pág. 47). Sólo el método fenomenológico puede alcanzar el nuevo campo del conocimiento que constituye la existencia humana; empírico y científico, sí; pero fenomenal y no naturalista –dice Binswanger(15). La teoría del hombre que se postula, pues, es el estudio de la existencia humana como ser-en-el-mundo, radicalmente distinta –subraya Medard Boss(18)– de la ciencia natural de base matemática.

En resumen, el fundamento de la psicoterapia existencial es ese intento de comprender al enfermo como existente. Los dinamismos (tendencias, defensas, “patterns”, etc.) sólo adquieren pleno significado cuando integran el contexto de la existencia del individuo que tratamos.

Si bien la analítica existencial de Heidegger inspira a la mayoría de estos autores, otros toman sus puntos de apoyo en Jaspers, Sartre y directamente en Kierkegaard; pero todos coinciden en que el hombre es algo más que mecanismo o cosa y afirman la libertad de la existencia humana más allá de todo determinismo –causal o finalístico– biológico, psicológico o cultural.

En nuestro país, la escuela *antropológico-existencial* arranca de 1951 cuando el doctor César R. Castillo, entonces profesor adjunto de medicina legal, empieza a dictar con ese enfoque un curso de psicología médica para graduados(19). En 1963 se crea la cátedra de psicología médica, que Castillo gana por concurso, y se funda la *Sociedad argentina de antropología médica*, bajo su presidencia.

La visita de Viktor E. Frankl, en 1954, fue el incen-

tivo para crear la *Sociedad argentina de logoterapia*, también presidida por el doctor Castillo. Entre los cultores de la logoterapia cabe mencionar a Jorge David, que viajó a Viena para estudiar con Frankl.

Cuando Castillo perdió su cátedra y se fue del país en 1955, el movimiento ontoanalítico sufrió un traspie; pero, por obra de sus jóvenes integrantes, prosiguió su desarrollo, hasta que, en 1959, se funda la *Sociedad ontoanalítica argentina*, presidida por Castillo, que estaba de vuelta en el país. En esta Sociedad se dictan cursos sobre análisis existencial y existencialismo, psicología médica, clínica y terapéutica de las neurosis, etc. Sus miembros, que llegan a doscientos entre médicos y legos, se reúnen los jueves por la noche en un ateneo, donde se presentan enfermos que estudian con distintos criterios (clásico, freudiano, junguiano, adleriano, reflexológico, culturalista); luego hacen el enfoque existencial, seguido de una síntesis con miras a definir la psicoterapia más adecuada en cada individuo. El propósito de estas reuniones, que integran médicos y otros estudiosos interesados en el problema del hombre enfermo –dice Castillo(19)– es establecer los puntos de contacto de las distintas escuelas, así como también puntualizar sus contradicciones con la finalidad de superarlas.

De la producción nacional sobre estos temas se destacan los libros del doctor Castillo, *Psicología y psicoterapia de la pasión amorosa* y *Medicina y existencialismo*. Prepara ahora *Ideas para una psiquiatría existencial*, donde trata de mostrar cómo operan en la práctica, frente al enfermo, las ideas antropológico-existenciales, problema éste espinoso en extremo –comenta con toda razón Castillo en su carta(19).

Pertenecen al movimiento antropológico-existencial, entre otros destacados estudiosos, el doctor José T. Acevedo Sojo, actual presidente de la Sociedad Argentina de Antropología Médica, que sigue mucho a von Weizsäcker, el doctor Juan José Berruezo, cuyo trabajo, *La existencia del asmático*, es punto de partida de una amplia labor de conferenciante y publicista, y el doctor José Agustín Molina Padilla, que se ocupa preferentemente de las aplicaciones del ontoanálisis a la paidopsiquiatría, basado especialmente en Jaspers, Heidegger y Sartre<sup>2</sup>. Mención especial merece Roberto O. Saubidet, el estudioso traductor de la *Psicopatología general* de Jaspers(37). Milita también en esta escuela el doctor Jorge J. Saurí, autor de publicaciones sobre la temporalidad en los esquizofrénicos, que relató en las Jornadas de Rosario (1954), y la existencia delirante(63).

En los últimos tiempos, ciertos cultores del ontoanálisis muestran tendencia a asociarse con grupos neopsicoanalíticos, sobre todo el de Fromm, y a derivar en el budismo-Zen, orientación que en el país cultiva el doctor Berruezo(19).

Si bien es aventurado hablar del futuro de esta orientación, todavía en una etapa de comienzo en

nuestro país, es posible que reúna, en los próximos años, un número elevado de adeptos(49).

### c) *Psicoanálisis y otras escuelas dinámicas*

Las escuelas dinámicas (o profundas), que parten de Freud, aceptan la realidad de los procesos psíquicos inconscientes y conciben la conducta como resultado de una lucha de tendencias(81). A partir de estos supuestos comunes, las líneas divergen según el énfasis de las fuerzas operantes (instintivas o sociales, por ejemplo) y el tipo de determinismo (causal o finalístico) que acepten.

El país tiene cultores de la *psicología individual* de Adler, como el profesor Jaime Bernstein, y de la *psicología compleja* de Jung, como el doctor Ladislao Boda, que profesa con brillo en la U.N.C., y el doctor Enrique Butelman, profesor de psicología social en Buenos Aires; pero no conozco grupos organizados que practiquen estos métodos<sup>3</sup>.

Lo mismo vale para el neopsicoanálisis, que parece despertar el interés del doctor León S. Pérez(55), destacado profesor de la Escuela de psicoterapia del Litoral, y de los jóvenes estudiosos que lo siguen<sup>4</sup>.

Nuestras escuelas dinámicas se circunscriben, pues, en la práctica, al *psicoanálisis*, cuyos comienzos vimos anteriormente. Sólo cabe señalar aquí las líneas principales de su permanente expansión.

Después del Ier. Congreso Panamericano de Medicina (Río de Janeiro, 1946), donde hubo una sección dedicada a psicoanálisis, con valiosos aportes argentinos, empiezan a venir a Buenos Aires médicos latinoamericanos en busca de formación psicoanalítica(32). Largo sería exponer este vigoroso movimiento que irradia de la A.P.A.; baste decir que varios grupos y asociaciones psicoanalíticas tuvieron punto de partida (o apoyo) en Buenos Aires: Montevideo, Río de Janeiro, Bogotá, Porto Alegre, Méjico.

Para hacer frente a sus múltiples actividades científicas y al incremento de sus socios, la A.P.A. tuvo que abandonar su viejo local y trasladarse, en 1953, a uno más amplio –y propio– en la calle Anchorena. El tesón del doctor Luis Rascovsky, entonces presidente, supo despertar en todos los componentes de la institución, graduados y estudiantes, el deseo de participar en la empresa, que así se llevó a cabo.

Para dar marco a los trabajos de sus miembros e iniciar la tarea de difusión hasta allí escasa, se hacía necesario complementar las sencillas reuniones científicas de los martes con otras más serias y formales. Fue oportuna entonces la iniciativa de Garma de organizar un simposio anual, que la A.P.A. acogió inmediatamente. El *primero*, sobre *Cefaleas*, tuvo lugar en 1953, bajo la dirección del promotor, y contó con diecisiete comunicaciones, publicadas después en un libro(29). El *segundo* (1954), que dirigió Pichon Rivière, versó sobre *Esquizofrenia y mecanismos esquizoides*

(22 trabajos); el *tercero* (1955), *Obesidad y trastornos del comer*, se confió a Arnaldo Rascovsky y David Liberman; el *cuarto*, *Problemas de la interpretación*, tuvo lugar en 1956 bajo la dirección de Heinrich Racker y contó con treinta comunicaciones. Al año siguiente, 1957, tuvo a su cargo la organización del *quinto*, *Psicoanálisis de niños*, la doctora Arminda Aberastury. El *sexto*, 1959, se ocupó de *Relaciones entre psicoanalistas*, bajo la dirección de la doctora Álvarez de Toledo. El último, 1961, dirigido por Fidias R. Cesio, se ocupó de *Melanie Klein y su obra*, como homenaje a la gran investigadora recientemente desaparecida. Tuvo este Simposio también un sentido de recordación para Racker. Al mismo tiempo, sin embargo, la A.P.A. celebraba un grato acontecimiento, su nuevo traslado de local para acomodarse mejor a sus actuales necesidades<sup>5</sup>(20).

Cuenta actualmente la A.P.A. con 36 miembros titulares, 53 adherentes y 32 post-graduados (total 121). Hay además, 62 alumnos cursando estudios en su Instituto.

A iniciativa de Heinrich Racker, que hasta enero de 1961 dirigió con acierto el Instituto de Psicoanálisis, se creó la *Clínica psicoanalítica*, que ahora, como justo reconocimiento a su vida y obra admirables, lleva su nombre. La Asociación tendrá en ella, por fin, el gran instrumento para contribuir a la salud mental del pueblo, que es su impostergable obligación.

Como lógica consecuencia de las reuniones anuales, siempre prestigiadas por psicoanalistas de otros países, surgieron los congresos latinoamericanos, también iniciativa del infatigable espíritu de Garma. El *1er. Congreso Psicoanalítico Latinoamericano* tuvo lugar en Buenos Aires, en el año, 1956; el *segundo* en San Pablo, en agosto del 58, y el *tercero* en Santiago de Chile (enero de 1960), coordinado con el de psicoterapia de grupo. Fue ésta una reunión importante no sólo en el aspecto científico sino también en cuanto al desarrollo del psicoanálisis en nuestro hemisferio, por la constitución de la C.O.P.A.L., que coordina todas las asociaciones psicoanalíticas y grupos de estudio de América Latina. El cuarto Congreso por fin, se está realizando en este momento en Río de Janeiro, junto al tercero de psicoterapia de grupo.

### De las escuelas a los hechos

Nos hemos extendido en las grandes escuelas de psicoterapia que funcionan en el país, porque considero que sólo una base doctrinaria precisa hace viable la discusión y el esclarecimiento de los problemas. Nada más difícil que pelear contra los molinos de viento, que discutir con quien está contra algo y a favor de nada. Llegados ahora al término de esta actualización, hablemos –aunque más no sea breve-

mente– de los diversos núcleos de trabajo en los campos especiales de la psicoterapia de grupo, la de los niños, la hipnoterapia y la practicada con drogas alucinógenas. Deseo dejar dicho, desde ya, que en este capítulo, más que en los otros, no me considero libre de errores u omisiones.

#### a) *Psicoterapia de grupo*

Como en otros campos, Enrique Pichon Rivière abrió el surco argentino de la psicoterapia de grupo. Aplicó, en 1947, la técnica de Schilder: interpretación en el grupo, análisis de las ideologías, tratamiento individual simultáneo, etc.(65, pág. 194), a los enfermos de su servicio en Las Mercedes. Sus promisorias experiencias, sin embargo, no continuaron mucho tiempo, por razones ajenas a su voluntad(42).

Hacia 1950, en el Servicio Pinel del Hospicio, otro gran promotor de la psiquiatría, E. Eduardo Krapf, alentó a sus discípulos Usandivaras, Morgan y Resnik para que trabajaran con grupos de psicóticos(39); así se inició una experiencia que habría de engendrar un movimiento renovador y caudaloso. Al pequeño núcleo del Pinel se agregaron Isaac Lucina y Emilio Rodríguez, quien, durante sus estudios en Inglaterra, había trabajado con Bion y otros grandes investigadores de la Tavistock Clinic; su aporte al naciente impulso fue decisivo. Grinberg, Marie Langer, Mom, Morgan, Janine Puget, Usandivaras, Rodríguez y otros empezaron entonces a reunirse regularmente para estudiar a fondo la apasionante técnica(41).

Al cabo de un tiempo, el esfuerzo pionero empieza a fructificar, y en 1953 aparecen las primeras publicaciones de Usandivaras, Mom y Resnik, *Observaciones de un grupo de psicóticos crónicos hospitalizados*, y de Emilio Rodríguez, *La estructura en los grupos*, para el certamen de Tucumán. En las jornadas de Rosario, 1954, la producción aumenta. Hay trabajos de Francisco Pérez Morales y Marcela Spira; Mom, Fontana y J. Puget; Morgan, Muratorio y Pérez Morales, Abadi y Usandivaras, etcétera.

El progreso era evidente, y cristaliza cuando Mom, Usandivaras y Morgan asisten al 1er. Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo (Toronto, 1954). Allí conocen a Slavson, Moreno y otras grandes autoridades en la materia, con cuyo estímulo y asesoramiento se funda, a poco andar (el 20 de setiembre de 1954), la *Asociación argentina de psicología y psicoterapia de grupo*, reconocida en seguida por "The American Group Psychotherapy Association"(50). Su primer presidente fue el doctor Raúl Usandivaras y el actual la doctora Janine Puget.

Apenas fundada, la Asociación dio cauce e impulso al ímpetu existente, de modo que, a comienzos de 1955, se dictan cursos y conferencias, se organizan grupos de experiencias para llenar la demanda de los profesionales interesados y aumenta la producción

científica. Al mismo tiempo, la terapia se extiende a diversos ambientes (hospitales, institutos, etc.), y rebasando ese marco, el grupo psicológico empieza a usarse como instrumento de enseñanza e investigación en el aula, el taller y otras actividades humanas.

En setiembre de 1957, la Asociación realiza en Buenos Aires, con la presidencia de Jorge Mom, el *1er. Congreso latinoamericano de psicoterapia de grupo*, que mostró a las claras el desarrollo de la joven disciplina en toda América y abrió el diálogo directo entre sus cultores. Con igual brillo se reunió en Santiago de Chile (enero de 1960) el *segundo Congreso*, con la cordial dirección de Ramón Ganzarain C. Los dos certámenes se acompañaron de sendos acontecimientos bibliográficos: *Psicoterapia del grupo*, de Grinberg, Langer y Rodrigué(34) (panorama riguroso de la teoría y la técnica, y clara exposición de los dinámicos grupales), y *El grupo psicológico*(33), de los mismos autores, donde colaboran alrededor de veinte articulistas para exponer las aplicaciones del pequeño grupo a diversas actividades humanas, dentro y fuera de la terapia.

El año pasado la Asociación Argentina inició la publicación de la *Revista de psicología y psicoterapia de grupo*, publicación semestral que dirige la doctora Janine Puget.

En el momento actual, la psicología y la psicoterapia de grupo se aplican en muchos centros del país con finalidad terapéutica, didáctica, de información, etcétera.

La Asociación de psicoterapia de grupo dicta regularmente cursos en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, a pedido del Centro de estudiantes<sup>6</sup>.

Pichon Rivière desarrolló en los últimos años, ayudado por sus discípulos, la teoría de los grupos operativos(44, 57), de gran interés doctrinario y largas consecuencias prácticas. La marca de fuego de estos estudios fue la bien conocida experiencia de Rosario, 1958. En la renombrada *Escuela privada de psiquiatría* del I.A.D.E.S., aplican dichos autores esta técnica, en forma consecuente, a lo largo de todo el proceso de aprendizaje y enseñanza, con resultado muy satisfactorio a mi entender, de acuerdo con los informes que dispongo de Liberman(44) que, con Bleger, Rolla y otros, forma el cuerpo de profesores de la Escuela<sup>7</sup>. Puede encontrarse un ejemplo de la utilidad de esta técnica en el libro de Francisco Di Segni, sobre la *enseñanza artística*(22), lo mismo que en el convincente informe de Bleger, *La enseñanza de la psicología*(16).

En el Servicio de Psiquiatría del Hospital Rawson de Buenos Aires, dirigido por el doctor Guillermo Vidal desde hace doce años, se usan ampliamente las técnicas grupales y se las investiga con ahínco en el análisis institucional de la familia, la pareja, la fábrica y otros grupos primarios preformados. Trabajan con Vidal cerca de diez psiquiatras jóvenes, todos

con formación analítica y marcada inquietud por la psicología social, entre los que se destacan N. Yampéy, E. Colombo y J. Berenstein.

El Servicio de psicopatología del Policlínico de Lanús, que dirige Mauricio Goldenberg, ocupa un lugar de privilegio en la avanzada de la psiquiatría argentina; merece, sin duda, los elogios conceptos de Wortis(69). Se utiliza allí la psicoterapia de grupo tanto para el tratamiento de enfermos internados y externos, adultos y niños, cuanto para enseñar psiquiatría, tarea ésta que estuvo a cargo de Luis Basombrío hasta su contrato de profesor en Venezuela.

En el Servicio de Psiquiatría de la Cátedra de Florencio Escardó, Sala XVII del Hospital de niños de Buenos Aires, que dirige el destacado psicoanalista y



paidopsiquiatra Diego García Reynoso, la psicoterapia de grupo ocupa un lugar de privilegio, bajo la experta dirección de Jorge Mom. Sin duda es éste el centro hospitalario donde la psicoterapia de grupo rinde el máximo de sus posibilidades. Como eje de la psicoterapia, emplean allí los *grupos paralelos* de niños y madres, con resultados excelentes para la asistencia, la profilaxis y la investigación (y puedo afirmar por mi parte, para la enseñanza). Ocupan asimismo un puesto principal los grupos diagnósticos de niños, cuya técnica ha sido ampliamente estudiada



por Mom, García Reynoso y colaboradores, como puede verse en el original trabajo que sobre la investigación en psicoterapia de grupo relataron en Chile(51).

En el afamado Instituto de la doctora Telma Reca se emplean ampliamente también, como ya veremos, las técnicas grupales(60).

El doctor Carlos Paz implantó en el Instituto de Neurosis de Buenos Aires las técnicas grupales, durante su dirección, con el asesoramiento y colaboración de distinguidos especialistas en la materia; pero surgieron inconvenientes que interrumpieron la tarea, cuando ya había treinta grupos funcionando(35).

Por último, en la Cátedra de psiquiatría de Mendoza se trabaja amplia y diversificadamente con técnicas grupales, al par que se investiga su aplicación a la enseñanza de alumnos, médicos generales y futuros psiquiatras. Instrumento sensible y eficaz, incisivo y dúctil, el grupo puede crear en el alumno una actitud a la par receptiva y crítica, que le asegure una verdadera experiencia, honda y perdurable; pero, por eso mismo, demanda al que lo emplea un meditado estudio y un largo aprendizaje antes de concederle sus mejores frutos.

En el terreno de la asistencia, también usa la Cátedra la psicoterapia colectiva, de orientación psicoanalítica, desde que cuenta con un núcleo de psicoterapeutas ya formados<sup>8</sup> y con locales suficientes, gracias a los servicios de psiquiatría creados en los dos grandes hospitales generales de la ciudad (Emilio Civit y Central). Con el asesoramiento de Mom, García Reynoso y Raquel Hojman implanté en 1959 los grupos paralelos de niños y madres, donde se desempeña ahora, con toda eficacia, mi discípula Estela D'Accurzio. El doctor Camus realiza interesantes experiencias en grupos de embarazadas, en colaboración con la doctora Elvira Axenfeld.

### **b) Psicoterapia de niños**

Largo sería detallar la actividad en el campo de la psicoterapia del niño, que merece por sí misma un relato; me limitaré, pues, a lo más importante.

Al crear el *Instituto de Psicología, Psicopatología y Psiquiatría infantil*, la Universidad de Buenos Aires respondió a una urgente necesidad social y premió el esfuerzo de su inspiradora, Telma Reca de Acosta. Es un organismo interfacultades destinado a la investigación y la enseñanza, que sirve a la Escuela de psicología de la Facultad de Filosofía y Letras y al Instituto de psiquiatría de 1a Facultad de Ciencias Médicas (Curso de médicos psiquiatras). Cuenta con tres secciones (clínica psiquiátrica, psicología y educación) y un departamento de asistencia social.

La Clínica psiquiátrica, heredera del Centro de psicología infantil del Instituto de pediatría, continúa y

amplía la obra infatigable de la doctora Reca por el niño. El criterio práctico de su inspiradora, cuyo prestigio científico se reconoce unánimemente, cristaliza en una organización flexible al servicio de la profilaxis y la terapia, que rinde óptimos frutos en la enseñanza universitaria y la investigación. La Clínica pone especial énfasis en la psicoterapia, y el Instituto en su conjunto explora activamente el campo de la psicología normal y patológica, atendiendo todos los aspectos (socioculturales, biológicos y personales) de la conducta.

De acuerdo con estas pautas se distingue minuciosamente cada caso. Los niños con trastornos reactivos, sin estructura neurótica, no se someten a psicoterapia; sus padres, en cambio, ingresan a grupos que se conducen con técnica informativa, pedagógica; estos grupos se ordenan en función de la edad del hijo y el motivo de la consulta, como ser: problemas escolares o de adolescencia, trastornos reactivos por déficit mental o por afecciones orgánicas del sistema nervioso, etc. Las madres con neurosis severa quedan descartadas, pero se les indica el tratamiento que corresponda(60).

Los niños neuróticos, psicóticos, o "borderlines", reciben fundamentalmente psicoterapia, que puede ser individual o colectiva. En este último caso, el niño pasa al grupo que conviene a su edad (preescolar, escolar o adolescencia); simultáneamente (en los grupos preescolares y escolares) funciona el de madres, de carácter predominantemente informativo matizado con el mínimo indispensable de terapia. Los niños con problemas serios de comunicación, los hiperkinéticos, los muy agresivos y los que padecen neurosis obsesiva franca, no ingresan por lo general a estos grupos.

La técnica psicoterapéutica de Telma Reca, expuesta en varios de sus libros(61), es de corte dinámico: utiliza libre y coordinadamente conceptos de diversos campos y todos los recursos expresivos (juego, dibujo, pintura, modelado, dramatización, títeres), en procura de una solución de los conflictos y un afianzamiento del yo; trata de restablecer el ritmo normal del desarrollo, dentro del marco de la personalidad de cada niño. En los psicóticos, el Centro utiliza, según el caso, técnicas diversas (identificación, interpretación, realización simbólica), con resultados –me escribe la directora– bastante halagüeños(60). En general, y de acuerdo a las necesidades del paciente, se combina la psicoterapia con tratamiento médico y con medidas educativas o de organización del grupo familiar.

La Asociación psicoanalítica argentina presta a la terapia de niños mucha atención, y seguramente será cada vez mayor en el futuro<sup>9</sup>.

Desde su origen, la escuela argentina se interesó por los problemas del niño: Arnaldo Rascovsky, por los aspectos psicosomáticos de las enfermedades en-

docrinas y neurológicas; Enrique Pichon, por las psicosis infanto-juveniles.

En 1937, la doctora Aberastury, futura directora de los psicoanalistas de niños en nuestro país(10), se inicia con tratamientos de tipo pedagógico en el Consultorio de Higiene Mental del Servicio de Psiquiatría de la Edad Juvenil en el Hospicio; luego de una etapa breve en que sigue los procedimientos del clásico libro de Anna Freud, *Psicoanálisis del niño*(27), empieza a interesarse, hacia 1949, por la técnica lúdica de Melanie Klein, a quien consulta por carta. La respuesta selló una amistad, un asesoramiento y un intercambio que sólo la muerte de la eminente investigadora de Londres interrumpió.

Desde los primeros tiempos, la doctora Aberastury contó con el valioso asesoramiento de Enrique Pichon Rivière y Ángel Garma(10) y con la colaboración de Flora Scolini, a quien se sumó poco después Elizabeth Garma, que habría de contribuir eficazmente en el futuro.

En 1948, la doctora Aberastury traduce *El Psicoanálisis de niños*, de Melanie Klein(38), con el asesoramiento de Marie Langer(9). Los renovadores conceptos de la escuela inglesa se hacen, así, accesibles a todos los estudiosos argentinos y empiezan a gravitar en la orientación general del movimiento. Ese año se dicta en la A.P.A. el primer curso de psicoanálisis del niño. El *Instituto de Medicina Psicosomática*, de la calle Copérnico, fundado por Pichon Rivière también ese año, tuvo durante más de un lustro gravitación fundamental en el desarrollo y afianzamiento de la A.P.A.<sup>10</sup>. Los interesados en el análisis de niños podían realizar allí la observación y el aprendizaje de la técnica lúdica y de la entrevista con los padres, así como supervisión de casos, recibir enseñanzas en grupos de estudio y seminarios, etcétera.

El regreso al país de Emilio Rodrigué en esa época, luego de varios años de perfeccionamiento en Londres con la escuela kleiniana, fue un aporte valioso para el grupo, ya en plena marcha.

El simposio 1957, *Psicoanálisis de niños*, que organizó la doctora Aberastury, vino a mostrar que el trabajo de aquellos años había cuajado en un gran movimiento, que sigue hasta la fecha. Entre los más destacados psicoanalistas de niños que hoy lo integran, me limito a recordar, fuera de los ya mencionados, a M. Baranger, Rebeca Grinberg, Elena Evelson, Diego García Reinoso, Alberto y Vera Campos, Susana Lustig de Ferrer, Isabel Luzuriaga, María Ester Morera, María Teresa de Mom, etcétera.

Varios centros de asistencia psiquiátrica infanto-juvenil reciben actualmente el aporte de los técnicos de la A.P.A., empezando por el de la II Cátedra de pediatría de la Universidad de Buenos Aires, que organizó en 1957 el doctor Escardó, apenas nombrado profesor titular, creando el *Departamento de psiquiatría y psicología* en la Sala XVII del Hospital de Ni-

ños(24), con la dirección de los doctores Alberto Campos, Diego García Reinoso y Jorge Mom. Este Departamento, modelo en su género, cuenta con sala de internación, donada recientemente, y es de augurarle más progresos en el futuro.

En el *Instituto de Neurosis* de Buenos Aires se organizó un centro de psicoterapia infanto-juvenil, bajo la dirección del inteligente y malogrado doctor Manase Euredjián, que en 1959, luego de la renuncia de Paz, se trasladó al Servicio de Neurocirugía del doctor Raúl Carrea en el Hospital de niños de Buenos Aires. Después de la muerte de Euredjián, se hizo cargo de la dirección el doctor Rojas Bermúdez, que realiza, con sus colaboradores, una eficaz labor.

Próximamente se habilitará la sección infantil en la Clínica "Heinrich Racker" de la A.P.A.

### c) *Psicoterapias hipnóticas*

La hipnosis, instrumento tradicional de la psicoterapia, reverdece hace unos diez años, y nutrida de técnicas y conceptos modernos, adquiere un perfil definido y empieza a difundirse rápidamente; así llega a la Argentina en el último lustro. Se forman aquí varios centros activos y entusiastas, que a poco se constituyen en sociedades y confederaciones científicas, donde intervienen médicos generales, especialistas diversos, psiquiatras y psicoterapeutas y odontólogos. En cada rama de la práctica médica tiene la hipnosis sus aplicaciones; pero es en la psicoterapia donde encuentra su campo más propicio. Se la puede aplicar en forma sintomática (sugestión hipnótica) o causal; y, en este caso, exige ya la formación teórica y práctica especializada.

Los cultores de la hipnosis en la Argentina se agrupan, como dije, en varias sociedades, locales y nacionales; éstas, a su vez, en confederaciones latinoamericanas e internacionales. A mi juicio –y sin entrar en las causas, que desconozco– esta fragmentación es inconveniente para el desarrollo del movimiento hipnológico.

Los grupos más conocidos son: la Sociedad Argentina de Hipnoterapia (presidente Isaac Gubel), la Sociedad Argentina de Hipnosis Médica e Hipnoanálisis (presidente Lerner) y la Sociedad Argentina de Hipnosis Médica (presidente Vallory). Mención especial merece el grupo del doctor Torres Norry, que es resueltamente pavloviano.

La *Sociedad Argentina de Hipnoterapia*, fundada en abril de 1958(4), integra la *Federación Latinoamericana de Hipnosis Clínica*, cuya constitución promovió(8). Su órgano de expresión, la revista de igual nombre, primera de Sudamérica en su género, se edita trimestralmente desde noviembre de 1959, bajo la dirección del doctor Gubel, con el asesoramiento científico de la doctora G. Solovey y el doctor A. Mi-lechnin, del Uruguay.

En julio de 1961, esta Sociedad, presidida por Isaac Gubel y Héctor J. Meson, realizó las Primeras Jornadas Argentinas de hipnología en Buenos Aires(7), cuyas conclusiones fueron llevadas al congreso panamericano de Río de Janeiro, que se realizó poco después(6, 3).

La Federación latinoamericana de hipnosis clínica, junto a la "American Society of Clinical Hypnosis" y otras, está organizando actualmente la *Federación Mundial de Hipnosis clínica*. La tarea se halla a cargo de un comité formado por M. H. Erickson, Estados Unidos; Gubel, Argentina; y Verson, Venezuela(5).

No menos activa es la *Sociedad Argentina de Hipnosis Médica e Hipnoanálisis*, que cuenta con un grupo dirigente lleno de entusiasmo, donde figuran Lerner, Curi, Manfredi, Power y otros. Esta Sociedad funda su posición teórica en la *ideoplasia* de Fiorel ("psicoplasia", le llama mejor Lerner), y se interesa marcadamente por la psiquiatría dinámica y el psicoanálisis, así como por las técnicas de relajación (Schultz y Reich); últimamente –me escribe Lerner(43)– se estudia intensamente la teoría y la práctica de la psicoterapia de grupo con hipnosis. La Sociedad patrocina la *Escuela argentina de hipnosis clínica y experimental*, dirigida por el Dr. Roberto E. Manfredi, que tiene a su cargo los problemas de enseñanza e investigación. Entre sus planes actuales figura el hipnoanálisis colectivo, rama novísima de la psicoterapia hipnótica, donde prepara investigaciones importantes(43). En mayo de 1960 se edita *Acta hipnológica latinoamericana*, órgano de la Confederación Latinoamericana, que aparece desde entonces trimestralmente. Su propósito es ser "tribuna científica abierta a todos los estudiosos de la hipnología y materias afines del continente"(1).

En ocasión de las Jornadas de Méjico, a iniciativa de esta Sociedad y de la Sociedad Mejicana de Hipnología Médica, se constituyó la *Confederación Latinoamericana de Hipnosis Clínica y Experimental*, afiliada a la Sociedad Internacional homónima, fundada en Chicago a fines de 1958. La mesa directiva de la Confederación está formada por Juan A. Otero Soto, presidente, y Raúl Hernández Peón, vice<sup>11</sup>(3).

En los dos últimos años hubo reuniones panamericanas en que participaron los miembros de diversas instituciones.

La inaugural tuvo lugar en la ciudad de Méjico, en mayo de 1960, a raíz del 10° Congreso Panamericano de Medicina, donde hubo una "sección de hipnotismo clínico"(59). En el "panel" relato de un excelente trabajo del Dr. Lerner, *Hipnosis en psiquiatría*(60); otro argentino, el Dr. Gubel, coordinó la mesa sobre "técnicas hipnóticas".

El *1er. Congreso Panamericano de Hipnología* se realizó en Río de Janeiro, con el patrocinio de la Sociedad Brasileira de Hipnose Médica, en la Facultad de

Medicina de la Universidad Nacional de Brasil, en julio de 1961. Presidido por el Dr. Akstein, reunió más de trescientos profesionales de las Américas y más de un centenar de trabajos científicos(62). Al finalizar este Congreso, se constituyó el *Instituto Panamericano de Hipnología*, con el Dr. David Akstein como presidente, y los argentinos Everardo Power y Eduardo S. Corazzi, como secretarios. El Instituto prepara el próximo congreso, que se llevará a cabo en Buenos Aires el año que viene(63).

En resumen, la psicoterapia hipnológica acusa un rápido desarrollo en nuestro país –como en el mundo entero– y es de esperar que consolide su organización y aporte elementos valiosos en el futuro.

#### **d) Psicoterapia con drogas alucinógenas**

Desde tiempo inmemorial se conocen los efectos del alcohol, el opio, la marihuana y otros productos vegetales sobre la mente; desde tiempo inmemorial, también, se las utiliza en ritos mágicos y religiosos, en maleficios y curaciones, en ordalías y bacanales. Sólo a mediados del siglo XIX Moreau de Tours, precursor en muchos campos de la psiquiatría, estudió los efectos de la marihuana con enfoque psiquiátrico, señalando su valor como método de estudio(67, pág. 21), Años después, el gran Kraepelin inicia sus investigaciones sobre las *psicosis artificiales*, tema que habría de apasionarlo hasta su muerte(25). Casi al mismo tiempo se ocupan del tema Weir-Mitchell, 1895, y Havelock Ellis, 1896. y más tarde otros. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos de muchos estudiosos, las psicosis artificiales no parecían ofrecer aclaraciones de importancia, y fueron cada vez más olvidadas.

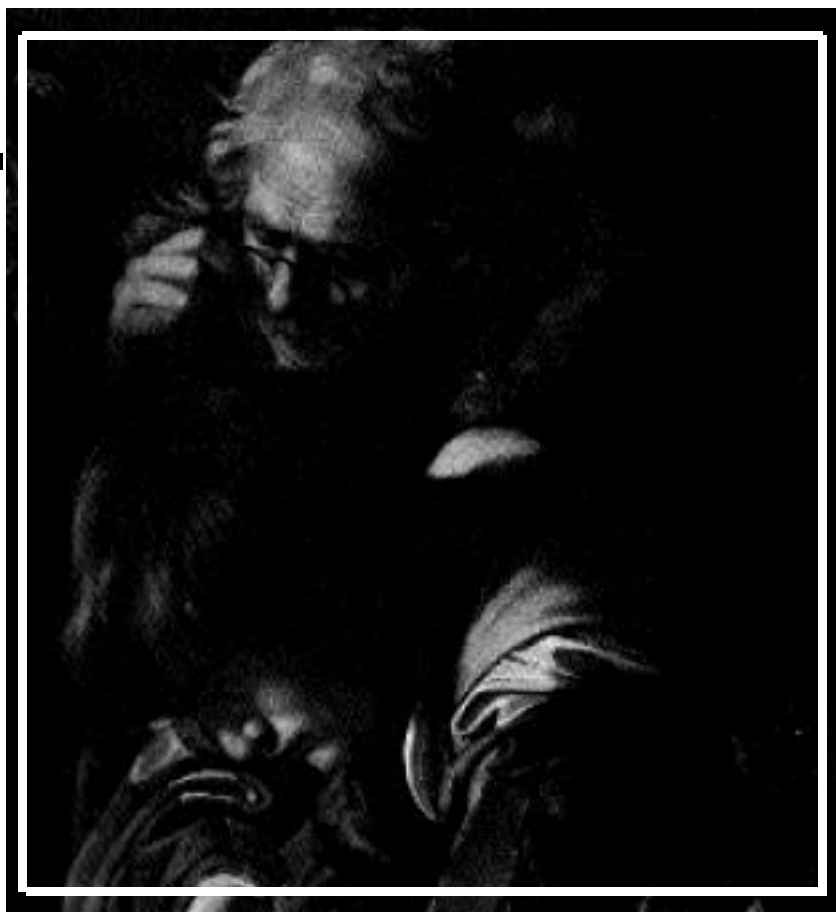
El desarrollo contemporáneo de estos estudios, que habrían de trascender a la psicoterapia, parte de las investigaciones de A. Stoll y A. Hoffmann, que, en 1938, sintetizan la n-dietil-lisergamida a partir del ácido lisérgico, y en 1943 descubren su efecto alucinógeno y realizan experiencias, primero personales y luego en sujetos normales y esquizofrénicos(107, pág. 18). Cuando, en 1950, reinicia Rinkel los estudios, el tema de las psicosis inducidas vuelve al primer plano del interés científico mundial.

El primer trabajo que se publica en la Argentina sobre psicosis experimentales con ácido lisérgico es el de Jorge J. Saurí y Arnelia C. de Onorato en 1955(64). Consiste en un estudio antropológico-existencial de los síntomas (y dibujos) de ocho pacientes autistas bajo los efectos de la droga: concluyen que el L.S.D. 25 facilita el abandono del autismo porque polariza el humor esquizofrénico hacia la exaltación o la depresión.

En noviembre de 1954 Alberto Tallaferrero empieza a trabajar con mescalina y adrenocromo: en setiembre del 55 con n-dietil-lisergamida; y al año siguiente

te publica su documentado libro *Mescalina y L. S. D.* 25(107), en que resume su labor con 63 sujetos (él mismo entre ellos) y un total de 1.117 experiencias(107, pág. 22). El libro ofrece una exposición clara y moderna del problema, con indicaciones precisas sobre posología y técnica de la experiencia(107, pág. 26); así como un excelente estudio clínico-fenomenológico y genético-dinámico de la psicosis fáctica(107, pág. 30). Entre sus conclusiones, Tallaferro señala la importancia teórica y práctica del tema y afirma que estas drogas “representan un elemento de extrema utilidad para la psicoterapia tanto de neuróticos como de psicóticos”(págs. 182 y 195); más adelante sugiere su uso en psicoterapia de grupo(pág. 197); señala, en fin, que las drogas ayudan al paciente a recordar y a vivenciar, pero “una parte (del yo) permanece atenta y vigilante”(pág. 193)<sup>12</sup>.

Tallaferro despertó el interés de la doctora Luisa G. de Álvarez de Toledo y de sus discípulos Alberto E. Fontana y Francisco Pérez Morales, comentándoles las posibilidades de los psicoticomiméticos como instrumentos de investigación psicológica y coadyuvantes de la psicoterapia(11), y estos autores, estimulados también por Saurí, pusieron inmediatamente manos a la obra, en enero de 1956. Los esfuerzos de estos estudiosos, desde entonces, se concentran en la búsqueda y elaboración de una técnica terapéutica *combinada* –como lo señala explícitamente el título del interesante ensayo de 1957– donde el psicoanálisis conserva todo su valor teórico y su rigurosidad técnica (excluidas las obvias modificaciones que la naturaleza misma del proceso impone); pero gana en agilidad y hondura con el “mordiente” de la lisergamida. Como Tallaferro, piensan que el ácido (y lo mismo la mescalina, la psilocibina o 4-hidroxitriptamina y el ditrán) incrementan el *insight* porque promueven mayor comunicación (afectiva, no intelectual), riqueza en la vivencia, dramatización de los conflictos y recuperación de recuerdos patógenos. A diferencia de la hipnosis o narcosis –me decían Fontana y Pérez Morales(56)– el ácido lisérgico no aumenta el recuerdo y la vivencia anulando la defensa del yo; promueve, más bien, una exacerbación de la defensa misma, tanto como de la tendencia, ya que moviliza amplia y profundamente *todas* las estructuras del psiquismo; conmueve los núcleos disociados de la personalidad y los hace accesibles al trabajo interpretativo.



La técnica de estos autores consiste, brevemente, en administrar 100 gammas de lisergamida, como dosis “standard”, y operar luego en la psicosis artefáctica como en una sesión psicoanalítica. Esta *sesión con ácido* –como ellos le llaman– dura alrededor de seis horas y se acompaña con música y comida como elementos que actúan dentro de la técnica(11, pág. 8): la comida moviliza determinados conflictos vinculados a la oralidad (envidia, voracidad, sadismo) y a la conexión; la música favorece las cinestésias, sustrato de la integración, y, es a modo de puente entre objeto y sujeto, etc.

Si bien la dinámica de la sesión con ácido es siempre singular, encuentran estos investigadores invariablemente una *regresión profunda* (que lleva a niveles prenatales y el enfermo vive en general como *muer-te*) y luego la consiguiente *progresión*, que es para el paciente renacimiento: “Bajo la acción de la droga el analizado llega a un estado donde la fusión y la pérdida de límites con el objeto es un hecho real (regresión intrauterina)” –dicen los autores(pág. 11)<sup>13</sup>.

La sesión con ácido engarza en un proceso psicoanalítico corriente, dentro del cual hay tiempo para analizar, antes de efectuar la experiencia, la respuesta total del enfermo ante la proposición del médico de aplicar el ácido y, después, para elaborar el rico material descubierto. En todo el desarrollo de la terapia –insisten los autores– la técnica se mantiene estrictamente en el plano de la interpretación transfe-rencial, como es la regla del análisis.

Las principales indicaciones del método combinado que acabamos de resumir son las graves neurosis caracterológicas de coraza impenetrable y los enfer-

mos que, por la enorme debilidad del yo, encuentran difícil adaptarse al análisis clásico, cuya técnica les resulta demasiado frustrante. Caben aquí, principalmente: psicópatas, toxicómanos, alcohólicos, perversos y a veces los "borderlines" y psicóticos. Más allá de estas indicaciones restrictivas, sin embargo, los psicoterapeutas que postulan este método tienden a aplicarlo a todos los casos (adultos o niños), aunque más no sea para abreviar el curso de la curación.

Se emplea hoy, también, la técnica con alucinógenos en psicoterapia del grupo, como aconsejaba Tallaferró en 1956(107). En un informe reciente, Fontana y Álvarez de Toledo(26) insisten en que el ácido lisérgico destaca intensamente las defensas del paciente frente a la conexión. "Simultáneamente –agregan– se hacen muy asequibles a la vivencia

y comprensión los motivos de estas defensas, dando así mayor capacidad de *insight*". Afirman, además, que "la situación de grupos es especialmente apta para ver, dramáticamente expresados, los mecanismos de defensa". Con estos fundamentos, se explica que haya un notable interés, en estos investigadores, por la terapia colectiva.

En suma, debe alentarse todo intento como éste de investigar sobre técnicas breves o combinadas de psicoterapia. En tales ensayos, el psicoanálisis puede ser, a la vez, fundamento e instrumento, investigador e investigado. Por altos que sean los fines y urgentes los apremios que se invoquen, sin embargo, no debe el psicoanálisis –creo yo– abandonar su propia técnica, si quiere cumplir cabalmente con la tarea que en la ciencia y la sociedad le corresponde [...]

**Notas** (Se transcriben sólo las notas del fragmento seleccionado para esta publicación)

1. Poco después, a fines de 1954, escribí sobre esta obra fundamental un breve ensayo, que nunca publiqué(44).

2. De los informes que me envió por carta Molina Padilla(81), así como de nuestras charlas en Mendoza (cuando dio un cursillo en la cátedra), aproveché ampliamente este relato, lo mismo que de las solícitas respuestas de Castillo.

3. En Córdoba, la Dra. Aliaga Moyano, que se formó en la escuela de Jung, realiza una interesante tarea como psicoterapeuta de niños.

4. Omití en mi relato la mención de la *Escuela de Psicoterapia Cultural*, fundada en 1954 por el Dr. Bernardo Serebrinsky, que nos dejó el 5 de febrero de 1956, apenas iniciado el movimiento, el primero de su tipo en el país. Los "Cuadernos de Psicoterapia Cultural" que preparó, se publicaron luego de su muerte, y continuaron por obra de sus discípulos y amigos del Centro de Higiene Mental O. S. E. Lo conocí de cerca y trabajé con él en mis comienzos, en la Dirección de Psicología de La Plata, que organizó Jaime Bernstein; de los dos recibí amistad y enseñanza.

5. Este nuevo esfuerzo se realizó bajo la sabia presidencia de Marie Langer y culminó en la de Grinberg.

6. Este Centro auspicia también los cursos de psicoanálisis que, desde 1956, profesan Garma y Arnaldo Rascovsky, donde tienen cabida los conceptos básicos de esta disciplina y se aplican sus técnicas en el mismo desarrollo del programa, igual que en el curso de la Dra. Aberastury sobre psicopatología del niño y el adolescente.

7. En el curso que dio en Mendoza, invitado por el Ateneo

de la Cátedra de Psiquiatría (febrero de 1961), sobre "Educación sanitaria, psiquiatría social y teoría de los grupos operativos", el Dr. Pichon Rivière expuso con hondura su teoría e ilustró convincentemente su práctica.

8. Doctores Julio A. Villanueva, José Gabay, Simón Zogbi, Pío Eduardo Riutort, Arturo O. Sabez, Heriberto Camus y otros no menos meritorios. Deseo mencionar, además, al Dr. Guillermo Martínez, que se agregó recientemente luego de una larga residencia en los Estados Unidos.

9. Para un meditado estudio sobre los aspectos psicodinámicos y psicosociales del psicoanálisis de niños, léase el artículo de Elena Evelson y Rebeca de Grinberg(45).

10. Recuerdo especialmente el apoyo del Dr. Pichon y de todo el grupo, incluido el generoso don Paco Muñoz, en la constitución del *Grupo de medicina psicosomática* de La Plata.

11. En la cátedra de psiquiatría de Mendoza, becado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, trabaja el Dr. Horacio Scattareggi, sobre "Modificaciones de la glucemia en sujetos normales, neuróticos y diabéticos bajo sugestión hipnótica", con la colaboración del Dr. José Gabay y el practicante Bernardo Álvarez Lince. El director del Departamento de Fisiología de la Facultad, Dr. Juan Carlos Fasciolo, y el Dr. Marcelo Lerner prestan generoso asesoramiento técnico a esta experiencia, que está bajo mi directa supervisión.

12. Se refiere al *yo observador* de Fenichel.

13. La coincidencia con los puntos de vista de Arnaldo Rascovsky y su escuela sobre el psiquismo fetal(99) es aquí notoria.

**Referencias bibliográficas** (Se transcriben sólo las referencias del fragmento seleccionado para esta publicación)

1. "Acta Hipnológica Latinoamericana". Presentación y mensaje. *Acta Hipnol. Latinoamer.*, 1 (1): 5, 1960.
2. "Confederación Latinoamericana de Hipnosis Clínica y Experimental". Invitación. *Acta Hipnol. Latinoamer.*, 1 (1): 7, 1960.
3. "Federación Latinoamericana de Hipnosis Clínica". Primer Congreso Panamericano de Hipnología. *Rev. Latinoamer. Hipnosis Clín.*, 2 (1): 48, 1961.
4. "Noticiero Internacional". *Rev. Latinoamer. Hipnosis Clín.*, 1 (2): 38, 1960.
5. "Noticiero Internacional". *Rev. Latinoamer. Hipnosis Clín.*, 1 (2): 117, 1961.
6. "Primer Congreso Panamericano de Hipnología". Río de Janeiro, 1961. Recomendaciones. *Rev. Latinoamer. Hipnosis Clín.*, 2 (3): 180, 1961. (También pág. 186)
7. "Primeras Jornadas Argentinas de Hipnología". Buenos Aires, 1961. Reseña de las conclusiones. *Rev. Latinoamer. Hipnosis Clín.*, 2 (3): 177, 1961.
8. "Revista Latinoamericana de Hipnosis Clínica". Mensaje. *Rev. Latinoamer. Hipnosis Clín.*, 1 (1): 1, 1959.
9. Aberastury A., "Prólogo de la traductora". En *El psicoanálisis de niños*, 1932. Buenos Aires, El Ateneo, 1948, págs. 9-11.
10. Aberastury A., *Simposium anual 1957: Psicoanálisis de niños*. Introducción. Buenos Aires, A.P.A., 1957, pág. 3.
11. Alvarez de Toledo L. G. De, Fontana A.E. y Pérez Morales, F., *Psicoanálisis y dietilamida del ácido lisérgico (L.S.D. 25) Fundamentos para una técnica terapéutica combinada*. Buenos Aires, Ed. de los AA., 1957, pág. 6 (mimeógrafo).
12. Apter I.M., "Datos relativos a la producción de una ruptura experimental de actividad nerviosa superior en los perros, en condiciones naturales de experimentación". En Pavlov, *Los reflejos condicionados aplicados a la psicopatología y psiquiatría*. Buenos Aires, Nordus, 1954, págs. 377/91.
13. Binswanger L., "The case of Ellen West. An anthropological-clinical study". En *Existence*. Ed. por R. May, E. Angel y H.F. Ellenberger. New York, Basic Books, 1961, págs. 237-364.
14. Binswanger L., "Insanity as life-historical phenomenon and as mental disease; the case of Ilse". En *Existence, ob. cit.*, (25), 214/36.
15. Binswanger L., "The Existential Analysis school of thought". En *Existence, ob.cit.*, (25), págs. 191-213 (en especial pág. 192).
16. Bleger J., "Enseñanza de la psicología". *Rev. Psicol. Psicoter. Grupo*, 1 (1): 13, 1961.
17. Bleger J., *Psicoanálisis y dialéctica materialista*. Buenos Aires, Paidós, 1958.
18. Boss M., *Psicoanálisis y analítica existencial*. Barcelona, Ed. Científico-médica, 1958, pág. 38.
19. Castillo R.C., Comunicación personal.
20. Cesio F., "Simposio anual 1961: Palabras de apertura". *Rev. Psicoanál.*, 19 (1): 1, 1962.
21. Dalma J., "Prólogo". En Gavrilov, G., *El psicoanálisis a la luz de la reflexología*. Buenos Aires, Paidós, 1953, págs. 11-14.
22. Di Segni F., *Un nuevo método para la comprensión del arte. Relato de una experiencia grupal*. Buenos Aires, Nova, 1960.
23. Ellenberger H., "A clinical introduction to psychiatric phenomenology and existencial analysis". En *Existence, ob.cit.* (25), págs. 92-124.
24. Escardó F., Comunicación personal.
25. Fischer E., *Apuntes de psicofarmacología*. Mendoza, Ateneo Cátedra Psiquiatría, 1961 (mimeógrafo).
26. Fontana A.E. y Alvarez de Toledo Luisa G de, "Psicoterapia de grupo y dietilamida del ácido lisérgico. Nuevas aportaciones". *Acta Neuropsiquiát. Arg.*, 6 (1): 68, 1960.
27. Freud Anna, *Psicoanálisis del niño*, 1927. Buenos Aires, Imán, 1946.
28. Freud S., *Compendio de psicoanálisis*, 1938. Obras compl., 21: 66-126. Buenos Aires, S. Rueda, 1955.
29. Garma A., y otros, *El dolor de cabeza*. Buenos Aires, Nova, 1958.
30. Gavrilov K., *El psicoanálisis a la luz de la reflexología*. Buenos Aires, Paidós, 1953.
31. Gebattel V.E. v., "The world of the compulsive". En *Existence, ob. cit.* (25), págs. 170-87.
32. Grinberg L., "Reseña histórica de la Asociación Psicoanalítica Argentina". *Rev. Psicoanál.*, 18 (3): 299, 1961.
33. Grinberg L. Langer M. y Rodriugué E., *El grupo psicológico en la terapéutica, la enseñanza y la investigación*. Buenos Aires, Nova, 1959.
34. Grinberg L. Langer M. y Rodriugué E., *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires, Paidós, 1961, 2ª ed.
35. Grinberg L. Langer M. y otros, "Historia y evolución de la psicología y psicoterapia de grupo en la Argentina", *Rev. Psicot. Grupo* 1 (1): 5, 1961.
36. Itzigsohn J., Comunicación personal.
37. Jaspers K., *Psicopatología general*, 1946. Buenos Aires, Beta, 1955. Trad. de la 5ª ed. alem. por R. C. Saubidet y D.A. de Santillán.
38. Klein M., *El psicoanálisis de niños*, 1932. Buenos Aires, El Ateneo, 1948.
39. Krapf E.E., Comunicación personal.
40. Kuhn R., "On Existential Analysis". *Comprehens. Psychiat.*, 1 (1): 62, 1960.
41. Langer M., Comunicación personal.
42. Langer M., "Psicoanálisis de una mujer homosexual". *Rev. Psicoanál.*, 5 (3): 565, 1948.
43. Lerner M., Comunicación personal.
44. Liberman D., Comunicación personal.
45. May R., "Contributions of existencial psychotherapy". En *Existence, ob. cit.*, (25), págs. 337, 47, 91.
46. May R., "The emergence of existencial psychology". En R. May, G. Allport y otros, *Existencial Psychology*. New York, Random House, 1961, págs. 11-51.
47. Minkowski E., *La esquizofrenia*. Buenos Aires. Paidós, 1960.
48. Minkowski E., "Findings in a case of schizophrenic depression". En *Existence, ob. cit.*, (25), págs. 127-138.
49. Molina Padilla A., Comunicación personal.
50. Mom J., "Discurso del presidente del Comité Organizador". 1er. Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo. Actas. Buenos Aires, Fac. C. Méd., páginas 13-26.
51. Mom J.; García Reinoso, D.; Roger, G. y otros, *Los problemas de la investigación en psicoterapia de grupo*. Buenos Aires. Ed. de los autores, 1961.
52. Pavlov I.P., *Los reflejos condicionados aplicados a la psicopatología y psiquiatría*. Buenos Aires, Nordus, 1954.
53. Peluffo J.L., "Consideraciones sobre psicopatología infantil". *Rev. Latinoamer. Psiquiát.*, 1 (2): 32 (enero), 1952.
54. Peluffo J.L., *Prólogo de la edición argentina*. *Ob. cit.*, (85), págs. 7-22.
55. Pérez L.S. Comunicación personal.
56. Pérez Morales F., Comunicación personal.
57. Pichon Rivière E. Bleger J. Liberman D. y Rolla E., "Técnica de los grupos operativos". *Acta Neuropsiquiát. Arg.*, 6 (1): 32, 1960.
58. Popov E., *La importancia de los trabajos de I.P. Pavlov en el dominio de la psiquiatría*. *Op. cit.*, (85), págs. 343-376.
59. Rascovsky A. y otros, *El psiquismo fetal*. Buenos Aires, Paidós, 1960.
60. Reza de Acosta, T., Comunicación personal.
61. Reza de Acosta, T. y otros, *Tratamiento psicológico de los problemas infantiles*. Buenos Aires, El Ateneo, 1956.
62. Salter A., *Conditioned reflex therapy*. New York, Capricorn Books, 1961, 2a ed.
63. Saurí J.J., "La existencia delirante". *Acta Neuropsiquiát. Arg.*, 3 (3): 223, 1957.
64. Saurí J.J. y Onorato, Amelia C. De, "Las esquizofrenias y la dietilamida del ácido d-lisérgico (L.S.D. 25)". *Acta Neuropsiquiát. Arg.*, 1 (5): 469, 1955.
65. Schilder P., *Tratado de psicoterapia*. Buenos Aires, Paidós, 1957.
66. Strauss E., "Anesthesiology and hallucinations". En *Existence, ob. cit.* (25), págs. 139-69.
67. Tallafiero A., *Mescalina y L.S.D. 25*. Buenos Aires, A.R. Serratore, 1956.
68. Thénon J., "La psiquiatría en el año cincuenta del siglo XX". *Rev. Latinoamer. Psiquiát.*, 1 (4): 1 (julio), 1952.
69. Wortis J., "A visit to the Argentine", *Amer. J. Psychiat.*, 118 (1): 24, 1961.

Gracias a los lectores que nos han enviado sus sugerencias. Es una tarea ardua poder elegir un menú que conforme a todos. Nos gustaría contar con más referencias en otros idiomas, inclusive más en el nuestro. Por eso si conocen algún sitio para compartir, no duden en enviarlo. Les recordamos que la dirección para comunicarse es: **mnemirov@intramed.net.ar**

### Sitios de Interés general

Los números cuentan: *mental illness in nortamerica* <http://www.nimh.nih.gov/publicat/numbers.cfm>

El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos ofrece estadísticas sobre distintos trastornos psiquiátricos.

*International journal of short term psychotherapy*  
<http://www.interscience.wiley.com/jpages/1096-7028>

Se pueden ver los resúmenes, sólo registrándose.

*Psychiatric genetics*  
<http://www.unizh.ch/bli/BLI/Subhome/geneti.html>

Se puede acceder a una lista de vínculos de bases de datos genéticos y proyectos de investigación en la búsqueda de bases genéticas de enfermedades.

*Mental health software*  
[http://www.magellan.excite.com/health/mental\\_health/psychiatry/software](http://www.magellan.excite.com/health/mental_health/psychiatry/software)

Provee una lista de 10 sitios que ofrecen bajar software y vínculos con otros sitios de soft. Distinto.

### Sitio de Sitios

*Mental health net: vínculo a journals*  
<http://www.mentalhelp.net/journals>

Cuántas veces buscamos algún *journal* y no sabemos dónde está, si existe, o un detalle de sus trabajos. Para eso, esta página, que nos permite buscar sobre 1600 *journals*, en español y también en distintos idiomas.

### El Sitio del Mes

#### **Psychotherapy Research** <http://ptr.oupjournals.org>

Sitio de la revista *Psychotherapy Research*, publicada por Oxford University Press y editada por la Society for Psychotherapy Research. La revista publica informes de investigaciones originales, artículos teóricos y metodológicos relevantes para la investigación en psicoterapia. Está dirigida a una audiencia interdisciplinaria e internacional y abarca diversas orientaciones teóricas, modalidades de tratamientos y paradigmas de investigación.

Se puede acceder a algunos de sus artículos previo registro *on line* sin cargo.

#### **A propósito del Dossier de Investigaciones en psicoterapia**

*Journal of psychotherapy practice and research*

<http://www.jpjpr.psychiatryonline.org>

Esta página corresponde a la revista editada por *American Psychiatric Press*; presenta todos los números *on line* sólo para los suscriptores.

*Psychotherapy research*  
<http://www.ted.educ.sfu.ca/Society/Journal>

Se pueden ver los títulos de los trabajos. Deberá pagar por el artículo deseado.

*San francisco psychotherapy research group: sfprg.*

<http://www.behavior.net/orgs/sfprg/>

Se dedica a difundir las actividades del grupo codirigido y cofundado en 1972 por Joseph Weiss, M.D. y Harold Sampson, Ph.D. que hace investigaciones en psicoterapia y psicoanálisis. Allí podremos encontrar un documento donde el grupo explica cómo funciona la psicoterapia.

*Society for psychotherapy research*  
<http://www.psychotherapyresearch.org/>

Página de la Sociedad de Investigación en Psicoterapia, organización internacional dedicada al estudio

científico de la psicoterapia en sus variadas formas. Está compuesta por más de mil miembros y tiene capítulos regionales en varios continentes, incluso Latinoamérica.

*American Journal of Psychotherapy*  
<http://www.ajp.org>

Sitio de la publicación oficial de la *Association for the Advancement of Psychotherapy*. Revista fundada en 1939 publica artículos de todo el espectro teórico-clínico de las psicoterapias, abarcando escuelas, técnicas y modalidades diversas dentro de esta práctica clínica.

<http://www.psychematters.com/>

Página abocada a presentar distintas contribuciones en psicoterapia, fundamentalmente de orientación psicoanalítica; ofrece links con otras páginas, conferencias y artículos tanto europeos como americanos.

<http://www.psychinnovations.com/>

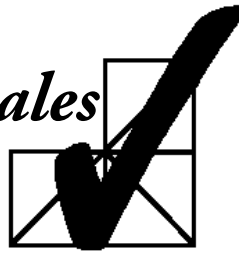
Aquí se pueden encontrar las últimas novedades en el campo de la psicoterapia; presenta una sección para profesionales y otra para el público en general; quizás lo más llamativo de esta página es que la mayor parte de la información que ofrece corresponde a prácticas que tienen muy poca difusión en nuestro país, como ser las técnicas de desensibilización y las de visualización.

<http://www.womentherapy>

Una curiosidad para usuarios, esta página ofrece una lista de terapeutas con sensibilidad de género distribuidos a lo largo de todos los Estados Unidos de América. Entre los servicios que brinda se destacan aquellos dirigidos a determinar si su terapeuta es sensible o no a estas cuestiones.

<http://www.psychotherapy.de>

Sitio con links a distintas sociedades y organizaciones internacionales, regionales y nacionales de psicoterapia y a importantes publicaciones sobre el tema.



## Noel Feldman

16 de Abril de 1928 – 13 de Julio de 2001

La partida de un amigo, de un entrañable amigo, es siempre dolorosa. Cuando ese amigo es, además, una persona de la estatura moral, política e intelectual como la que lucía Noel Feldman, la ausencia se vuelve aún más patente y uno tiene la impresión de que nunca se volverá a ocupar ese lugar en las filas de los hombres.

Estoy seguro de que si Noli leyera estas líneas se ruborizaría, y encontraría en su habitual humildad uno de esos comentarios irónicos con los que solía reírse de sí mismo y de toda solemnidad. En esos casos solía no hacerle caso y sostener el piropo obligándolo a aceptarlo. Él siempre ofrecía su buen humor y tenía un extremo recato y prudencia por no cargar a los otros con sus preocupaciones o sinsabores. No escatimaba lo que sabía, lo desparramaba generosamente a su alrededor y bastaba pedirlo para que nos invitara a servirnos de sus conocimientos.

Luego de una infancia dura y con penurias económicas, pero que me relató alguna vez como muy feliz, Noel siguió sus estudios primarios y secundarios en su Rosario que lo vio nacer en abril de 1928. Se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral en 1961. Desde muy joven se apasionó por la política y fue en los claustros que comenzó a destacarse como dirigente siendo elegido Delegado Estudiantil frente al Consejo Directivo de la Fa-



cultad y luego en el mismo cargo pero ante el Consejo Superior de la Universidad.

En 1963 aceptó una beca para trabajar en Francia y desembarcó para ello en el legendario Servicio que dirigía el maestro Henri Ey en Bonneval. Allí cumplió con un hito fundamental de su formación que lo marcó para siempre con la

impronta de un pensamiento en el que se articulaban los abordajes fenomenológico y psicoanalítico apoyados en un sólido conocimiento de la semiología y la clínica clásicas. De allí pasó a Montreal, Canadá, adonde continuó su formación en la Universidad local y volvió a Rosario en 1967. Poco tiempo después fundó, junto con



Carlos Solomonoff y Enrique Cireira, el famoso Instituto "Phillipe Pinel" en una hermosa casona del Boulevard Oroño. "El Pinel" devino un centro de referencia en la especialidad. Simultáneamente, fiel a su compromiso político, Noel aportó incansablemente para la construcción de la Federación Argentina de Psiquiatras de la que fue, primero Secretario Científico de la Regional Litoral y luego Secretario Científico nacional. Cuando los años de plomo de la dictadura militar decidió que había llegado el momento de volver a Canadá en donde había anudado amistades y respetos de gran envergadura. Nuevamente recaló en Montreal en cuya Universidad ejerció como Profesor Agregado de psiquiatría mientras dirigía el Servicio de Consultorios Externos del

hospital anexo. Permaneció en Canadá desde 1976 hasta 1982. Pero siguió viajando en los años subsiguientes para dictar sus cursos. De vuelta en Rosario retomó su práctica privada y la enseñanza y brindó resueltamente su apoyo para la construcción de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) en el seno de la cual creó el Capítulo de Epistemología y Psiquiatría. Fue uno de los primeros en integrarse al Comité Científico de *Vertex* y, desde entonces, jugó un papel fundamental en la orientación y la crítica constructiva de la revista. Sus certeras opiniones siempre resultaron preciosas a la hora de las decisiones estratégicas que debimos tomar. También desarrolló la docencia en la Universidad de Lomas de Zamora, en la prestigiosa maestría de Salud Men-

tal creada por su entrañable amigo Emiliano Galende y, últimamente, impulsó el proyecto de un post grado similar en la Facultad de Medicina de Rosario. Su vida generosa, inteligente y constructiva se le acabó antes de concretarlo. Nos dejó un sinfín de intensos momentos de amistad aderezados con profundas polémicas científicas y políticas, pero sobre todo nos dejó un ejemplo de conducta y coherencia éticas. A la psiquiatría argentina y a los amigos Nolin nos va a hacer mucha falta.

Vaya, con estas líneas, el conmovido recuerdo de los miembros de *Vertex* para su compañera Teresita, y sus hijos ■

Juan Carlos Stagnaro

## LECTURAS

Marialzira Perestrello "Cartas a um Jovem Psicanalista", Imago Editora, Río de Janeiro, 1998.

Un libro en que se unen el conocimiento y la belleza, el saber y la sabiduría, el arte y la ciencia es siempre un acontecimiento y a veces un prodigio.

Marialzira Perestrello es una psicoanalista de vasta experiencia, erudita y sensible, que además es poeta. Con su siempre recordado marido, Danilo Perestrello, fue uno de los pioneros del psicoanálisis en Brasil. Aparte de protagonista, Marialzira escribió esos orígenes. Su libro *História da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro* (Imago, 1987) registra la gran aventura intelectual que parte de los precursores del psicoanálisis en Brasil y llega a los primeros intentos de establecerlo en Río de Janeiro.

Recuerdo vívidamente a aquella preciosa muchacha que vi por primera vez en la Clínica de Pichon Rivière de la Calle Copér-

nico en 1948, cuando yo viajaba desde La Plata y Marialzira - más joven y tan bella como ahora - estaba realizando su formación. No sabíamos en aquel momento que se iniciaba una amistad que ya lleva más de cincuenta años.

Cartas a um Jovem Psicanalista es también un libro con historia. En 1973 Marialzira empezó a escribirlo y después corrieron los años hasta que en 1998 lo terminó en Paquetá. Algunas de estas Cartas se dirigen a su hijo Sigmund. La primera está fechada en diciembre de 1973 y la última, llena de nostalgia y amor, en enero de 1998. Aquí la autora medita sobre el final del análisis, el autoanálisis y el reanálisis en el horizonte de la formación psicoanalítica.

Marialzira considera que la formación psicoanalítica no termina jamás, y hasta llega a decir que tampoco el análisis termina nunca para el practicante, ya que continúa en el autoanálisis y se construye cada vez que en nuestro trabajo, al interpretar al analizado, alcanzamos insight sobre algo que no conocíamos de nosotros mismos.

En las cartas al ignoto T, el destinatario más importante, Marialzira aborda con sabiduría problemas cotidianos de la práctica, como el silencio y el cambio de analista. Con una inalterable confianza en el método y en la interpretación, Marialzira le responde a MC (Cartas VIII y IX) sobre su propia técnica y muestra la libertad de su pensamiento.

La Dra. Perestrello reconoce en su empresa la decisiva influencia del libro de Rilke, que parafrasea su título; y dice, con modestia, que ella se pone en el lugar de Lou Andreas-Salomé, que trató de unir a aquellos dos colosos que fueron Rilke y Freud.

Yo creo, sin embargo, como el talentoso S. P. Rouanet, que escribe el prólogo en otra bella y reflexiva carta, que Marialzira logra ser en su libro, no sólo Lou (y el propio Rilke), sino también alguien capaz de unir armoniosa y originalmente la poesía y el psicoanálisis en un solo y fértil acto de creación. ■

R. Horacio Etchegoyen