

Psicoanálisis y subjetividad social: una perspectiva transcultural por Andrea Rodríguez Quiroga de Pereira

Se distribuye bajo una licencia Creative Commons - Atribución - No comercial - Sin obra derivada - 4.0 Internacional.



Dr. CASTRO SOLANO

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Doctorado en Psicología

Tesis doctoral

Psicoanálisis y subjetividad social: una perspectiva transcultural.

Tesista: Andrea Rodríguez Quiroga de Pereira.

Directora de Tesis: Dra. Wilma Bucci.

Co-Director de Tesis: Dr. Andrés J. Roussos.

Página de aprobación del Comité

Página de derechos de propiedad literaria

Página de dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo mi familia ya que son ellos los que me acompañaron en mi entusiasmo por conocer este tema y desarrollar esta tarea, y me impulsaron en los momentos en que parecía imposible finalizarla.

Reconocimientos

A mi directora de tesis quien se interesó en un trabajo que diera cuenta de la tarea clínica de algunos terapeutas de su país y del mío, al co-director de mi tesis, quien me enseñó la importancia de integrar la investigación con mi tarea clínica.

A cada uno de los colegas que me permitió acceder a la intimidad de su consultorio, y a sus pacientes.

A cada uno de los terapeutas con los que pude pensar este tema y al hacerlo, disfrutar de la tarea.

A los amigos de los que sentí un apoyo muy cercano.

Especialmente al grupo de trabajo del Departamento de investigación del IUSAM de APDEBA.

RESUMEN DE LA TESIS

Comparando sesiones de tratamientos psicoanalíticos de Argentina y Estados Unidos, este estudio evaluó la presencia de aspectos específicos de subjetividad social en el discurso paciente-terapeuta; analizando el vínculo de aquellos con las intervenciones y la actividad referencial. Se utilizaron 40 sesiones (20 por país). El diseño metodológico fue exploratorio-descriptivo, con análisis cuali-cuantitativos. Se utilizaron: la clasificación de categorías de subjetividad social; la clasificación de intervenciones de Roussos, Etchebarne y Waizmann (2006) y la clasificación de actividad referencial (Bucci y Maskit; 2004; Roussos y O'Connell; 2005). El ideal de solidaridad fue más referido por los terapeutas argentinos. La subjetividad social fue aludida con intervenciones específicas psicoanalíticas, en ambos grupos, con mayor uso de confrontaciones y señalamientos en los terapeutas argentinos. La actividad referencial del terapeuta no varió cuando sus intervenciones se centraban en temas de subjetividad social. Se discuten implicancias para la investigación en psicoterapia, la práctica y la formación clínicas.

Palabras clave: subjetividad social, psicoanálisis, intervención, actividad referencial, estudio transcultural

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1. Área del proyecto, objetivos, preguntas científicas y justificación	5
1.1. Área del proyecto: Psicoanálisis.....	5
1.2. Objetivos de esta investigación	7
1.3. Preguntas científicas involucradas con este estudio	9
1.4. Justificación y relevancia de la temática estudiada	10
CAPITULO 2. La subjetividad social en el proceso psicoanalítico	14
2.0. Introducción: estructura del capítulo	14
2.1. El concepto de subjetividad social.....	14
2.1.1. Problemas de definición del concepto de subjetividad social.....	14
2.1.2. Síntesis del abordaje conceptual de la subjetividad social en las ciencias sociales	16
2.1.3. Subjetividad social y psicoanálisis clásico	19
2.1.4. Subjetividad social y psicoanálisis contemporáneo: progresivo reconocimiento del lugar del vínculo y los contextos culturales en el proceso psicoanalítico	24
2.1.5. A modo de síntesis	27
2.2. Hacia el estudio empírico de la subjetividad social en el proceso psicoanalítico:	

un área aún en desarrollo.....	28
2.3. Definición de “subjetividad social” empleada en este estudio.....	33
Capítulo 3. La investigación empírica del proceso psicoanalítico	36
3.0. Introducción: estructura del capítulo.....	36
3.1. La investigación en psicoanálisis y la existencia de diversas “culturas” psicoanalíticas. Implicancias para el presente estudio	36
3.2. Aportes de la ciencia cognitiva al estudio del proceso psicoanalítico: la obra de Wilma Bucci y su concepto de Actividad Referencial	41
3.2.1. La Teoría del Código Múltiple (TCM)	42
3.2.2. La Actividad Referencial (AR)	45
3.2.3. Antecedentes de investigación de la Actividad Referencial (AR) vinculados con este estudio	47
3.3. La participación de la variable terapeuta en la situación clínica	49
3.3.1. Características objetivas del terapeuta	51
3.3.1.1. Características objetivas del terapeuta vinculadas con rasgos extra terapéuticos	52
3.3.1.2. Características objetivas del terapeuta vinculadas con estados específicamente terapéuticos	53
3.3.2. Características subjetivas del terapeuta	54
3.3.2.1. Características subjetivas del terapeuta vinculadas con rasgos extra terapéuticos: valores, actitudes y creencias culturales del clínico	55

3.3.2.2. A modo de síntesis	57
3.4. Modalidades de intervención clínica	58
3.4.1. El concepto de intervención	58
3.4.2. Estrategias para el estudio y clasificación de las intervenciones	59
3.4.3. Clasificación de intervenciones utilizada en este estudio	63
CAPITULO 4. Metodología	65
4.1. Diseño y tipo de estudio.....	65
4.2. Hipótesis.....	65
4.3. Muestra	66
4.3.1. Criterios de inclusión en el estudio.....	68
4.4. Materiales.....	68
4.4.1. Guía para la categorización cualitativa de la subjetividad social en el discurso de paciente y terapeuta	68
4.4.2. Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas (CMIP) (Roussos et al., 2001-2009).....	69
4.4.3 .Programa de Análisis de Atributos del Discurso (Maskit, Bucci y Roussos, 2002), y Diccionario Ponderados de Actividad Referencial (Bucci y Maskit, 2004; Roussos y O’Connell, 2005)	69
4.5. Consideraciones éticas.....	70
4.6. Procedimientos.....	70
4.6.1. Obtención del material.....	70

4.6.2. Síntesis de los pasos seguidos durante el proceso de investigación	71
CAPITULO 5. Análisis de datos y resultados: estudios empíricos en detalle	74
5.0. Introducción	74
5.1. Análisis de datos y resultados correspondientes al objetivo específico #1	75
5.1.1. Particularidades del método del objetivo específico #1	75
5.1.2. Construcción y aplicación de la guía para la categorización cualitativa de la subjetividad social en el discurso del paciente y del terapeuta	76
5.1.3. Identificación de categorías indicadoras de la presencia de subjetividad social en las sesiones	79
5.1.4. Análisis de datos del objetivo específico #1	82
5.1.5. Resultados del objetivo específico #1	83
5.1.6. Análisis cuantitativo del objetivo específico #1	86
5.1.7. Síntesis del análisis cuantitativo del objetivo específico #1	91
5.1.8. Análisis cualitativo del objetivo específico #1	91
5.1.9. Síntesis del análisis cualitativo del objetivo específico #1	94
5.2. Análisis de datos y resultados correspondientes al objetivo específico #2	95
5.2.1. Particularidades del método del objetivo específico #2	95
5.2.2. Clasificación de las intervenciones en sus niveles descriptivo y de contenido .	96
5.2.3. Análisis de datos del objetivo específico #2	97
5.2.4. Resultados del objetivo específico #2	98
5.2.5. Síntesis del análisis del objetivo específico #2	104

5.3. Análisis de datos y resultados correspondientes al objetivo específico #3	106
5.3.1. Particularidades del método del objetivo específico #3	106
5.3.2. Evaluación de la Actividad Referencial	106
5.3.3. Análisis de datos del objetivo específico #3	107
5.3.4. Resultados del objetivo específico #3	108
5.3.5. Síntesis del análisis del objetivo específico #3	109
CAPITULO 6. Discusión y conclusiones	110
6.0. Introducción	110
6.1. Limitaciones de este estudio	110
6.2. Discusión y conclusiones sobre el análisis del objetivo específico #1	111
6.3. Discusión y conclusiones sobre el análisis del objetivo específico #2	113
6.4. Discusión y conclusiones sobre el análisis del objetivo específico #3	115
6.5. Conclusiones finales y posibles aportes de esta investigación	116
6.6. Preguntas científicas y líneas futuras de investigación	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
APÉNDICES	139
Apéndice A. Material clínico clasificado según categorías subjetividad social	139
Apéndice B. Clusterización del nivel descriptivo de las intervenciones	153
Apéndice C. Análisis de intervenciones de contenido no específico para tratamientos psicoanalíticos	155

Apéndice D .Análisis de intervenciones de contenido específico psicoanalítico	158
Apéndice E .Análisis de intervenciones descriptivas específicas psicoanalíticas	158
Apéndice F1. Modelo de consentimiento informado para el paciente	160
Apéndice F2. Modelo de consentimiento informado para el terapeuta	161
Apéndice G. Pruebas T para muestras independientes	162
Apéndice H. Estadísticos descriptivos para categorías de subjetividad social, intervenciones descriptivas y de contenido	163
Apéndice I. Estadísticos descriptivos para unidades de sentido de categorías de subjetividad social	164
Apéndice J. Niveles de Actividad Referencial de las 40 sesiones estudiadas	165
CURRICULUM VITAE	185

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Niveles y formas de procesamiento de la teoría del código múltiple	44
Tabla 2. Características de la muestra	66
Tabla 3. Categorías de subjetividad social clasificadas en este estudio	76
Tabla 4. Ejemplo de agrupación de unidades de análisis según unidad de sentido ...	81
Tabla 5. Frecuencias de unidades de análisis y alocuciones con subjetividad social	82
Tabla 6. Ejemplo de Ideales Culturales Dominantes, subcategoría Eficientismo	84
Tabla 7. Categorías de la subjetividad social en las que se acepta una distribución normal	87
Tabla 8. Categoría con distribución normal, según unidades de sentido	87
Tabla 9. Categoría de subjetividad social con diferencias significativas entre los grupos	88
Tabla 10. Unidades de sentido con la presencia de la subjetividad social, sin agrupar, que rechazan la H0	89
Tabla 11. Ejemplo de manifestaciones del ideal de solidaridad, según grupo	93
Tabla 12. Ejemplo de subcategoría de la categoría Otros, refranes	94
Tabla 13. Intervenciones totales, descriptivas y de contenido, según prueba de U de Mann Whitney para dos muestras, que presentan diferencias significativas entre los países	99
Tabla 14. Intervenciones totales, descriptivas y de contenido según prueba de Kolmogorov- Smirnov para dos muestras, con diferencias significativas entre los	

dos grupos.....	100
Tabla 15. Intervenciones referidas a subjetividad social con diferencias significativas entre sesiones de Estados Unidos y Argentina	101
Tabla 16. Intervenciones referidas a subjetividad social con diferencias significativas entre sesiones de Estados Unidos y Argentina	101
Tabla 17. Media del total de alocuciones de paciente y terapeuta, según grupos	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Variables del terapeuta	50
Figura 2. Promedio de las frecuencias por sesión de las unidades de análisis correspondientes a las categorías de subjetividad social, según país	86
Figura 3. Frecuencia total de unidades de sentido por categoría de subjetividad social, según país	86
Figura 4. Frecuencia de cantidad de alocuciones categorizadas como ideal de solidaridad por sesión, según país	88
Figura 5. Alocuciones segmentadas según unidad de sentido 1 del ideal de solidaridad, por sesión, según país	89
Figura 6. Porcentaje de Coincidencias paciente-terapeuta utilización de la misma categoría de subjetividad social en la alocución, según país	90
Figura 7. Variables referidas a intervenciones totales de nivel descriptivo y de contenido que presentan diferencias significativas	100
Figura 8. Proporción de alocuciones con subjetividad social del paciente	102

Figura 9. Variables descriptivas con subjetividad social con mayor frecuencia	103
Figura 10. Variables de contenido con subjetividad social con mayor frecuencia	104
Figura 11. AR media del paciente en los segmentos con SS, según país	109

Introducción

Ubicada como un estudio empírico de aspectos del proceso psicoanalítico, la presente es una investigación de tipo exploratorio-descriptivo, cuyo objetivo es evaluar si determinadas categorías de subjetividad social presentes en la interacción paciente-terapeuta se vinculan con: a) el contexto cultural en el que el terapeuta lleva adelante su práctica, b) la modalidad de sus intervenciones y c) el nivel de actividad referencial registrable en su intercambio con el paciente.

A fin de cumplir con este objetivo general, se recolectó el material de 40 sesiones, conducidas por psicoanalistas formados y /o en formación en la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA por su sigla en inglés), 20 sesiones corresponden a terapeutas con formación y práctica clínica en Estados Unidos y 20 sesiones corresponden a terapeutas con formación y práctica clínica en Argentina. Se trabajó con hipótesis de diferencia entre grupos y un diseño de triangulación metodológica (ver capítulo 4).

El foco fundamental de este trabajo buscó indagar una problemática particular, potencialmente presente en la clínica psicoanalítica, y que de aquí en adelante se denominará *subjetividad social*. Integrando varias definiciones del término, así como aproximaciones a la problemática, propuestas tanto desde el campo del psicoanálisis como de las ciencias sociales (ver capítulo 2), esta investigación define *subjetividad social* como el conjunto de elementos manifiestos y específicos provenientes de la pertenencia al contexto socio-cultural de la sesión de tratamiento, susceptibles de ser evaluados en la interacción discursiva de paciente y terapeuta. Como se detallará en el capítulo 4, este estudio operacionalizó la noción de subjetividad social en términos de: 1) los ideales culturales dominantes, 2) las legalidades culturales dominantes, 3) las imposiciones contextuales imprevistas y/o 4) los prejuicios que pueden manifestarse

en la interacción psicoterapéutica, como expresiones del contexto socio-cultural en el que transcurre la sesión.

El intercambio paciente-terapeuta fue estudiado en la modalidad de intervención del clínico y en el nivel de actividad referencial de la sesión. Por *intervención*, este estudio considera todas aquellas acciones verbales del terapeuta, dirigidas intencionalmente hacia el paciente, en un contexto psicoterapéutico (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006). Asimismo, la actividad referencial (AR) es un concepto psicológico que se refiere al grado en que un esquema emocional, que comprende representaciones de eventos e imágenes, es traducido a palabras (Bucci, 1997). Dicho concepto es útil a la hora de evaluar cómo un paciente puede o no representar verbalmente sus emociones, en vínculo directo con las intervenciones del terapeuta. En el capítulo 3 se desarrollan en detalle estos conceptos.

En suma, el siguiente estudio considera que, dentro del contexto de una sesión psicoterapéutica, tanto el discurso del paciente como las intervenciones del clínico pueden presentar manifestaciones referentes a sus respectivas pertenencias socio-culturales. El objetivo general de la tesis se interroga por dicho interjuego, en donde tanto las similitudes como las diferencias entre paciente y terapeuta participan en la sesión psicoanalítica. En otras palabras, y desde una perspectiva con foco en el contexto cultural, la presente investigación intenta aportar al complejo problema de cómo las variables del paciente y del terapeuta se vinculan con los procesos y resultados de los tratamientos (Beutler et al., 2004; Constantino, Adams, Pazzaglia, Bernecker, Ravitz, y McBride, 2013).

Cabe señalar que el estudio de las variables contextuales, en términos de pertenencias socio-culturales de paciente y terapeuta, no es aún un tema resuelto en el seno del psicoanálisis. Orlinsky y Ronnestad (2005) al estudiar las facetas del trabajo

terapéutico, dan cuenta de cómo las mismas metas psicoterapéuticas convergen en focalizar en características distintivas de la cultura moderna, siendo el cultivo de la *vida personal* casi una obligación ética. Los autores definen la importancia de estudiar las características personales de los terapeutas y su impacto en los procesos terapéuticos y de desarrollo, citando entre ellas las pertenencias religioso/espirituales.

El quehacer psicoanalítico impone al analista, entre sus demandas, la de intentar conscientemente entender el material presentado por el paciente con el fin de intervenir adecuadamente (Sandler, Dare y Holder, 1993). Sin embargo, da cuenta Berenstein (2004) que tanto desde la clínica como desde la teoría psicoanalítica se fueron produciendo un *adentro* y un *afuera* de la sesión, delimitando aquello pertinente a ser entendido y trabajado psicoanalíticamente, de aquello que no lo era. Dentro de esta distinción, el problema de la subjetividad social, esto es, el problema de las pertenencias socio-culturales de paciente y terapeuta en el proceso psicoanalítico, quedó adscripto al *afuera* de la sesión. El planteo de esta tesis propone revisar dicha omisión, indagando cómo lo que se adscribió al *afuera* de la sesión interviene en el *adentro* de la situación psicoanalítica.

Dentro de este marco, el estudio de las intervenciones y la actividad referencial constituyen la operacionalización que esta tesis realiza del *adentro* del proceso psicoterapéutico ya mencionado, con vistas a evaluar si determinadas categorías de subjetividad social (consideradas como del *afuera* del proceso) se vinculan con diferentes modalidades de intervención y/o diferentes niveles de actividad referencial.

Por último, pero a modo de marco englobador, los procedimientos de este estudio implican comparar sesiones provenientes de dos culturas psicoanalíticas: un grupo de sesiones desarrolladas en Argentina y otro grupo de sesiones desarrolladas en Estados Unidos. Si bien todos los terapeutas participantes comparten su formación

según criterios IPA, la presente investigación se pregunta por las posibles diferencias entre clínicos psicoanalíticos pertenecientes a dos medios culturales diversos, en términos de los aspectos de subjetividad social que se hacen o no presentes en sus tratamientos y de cómo aquellos se vinculan o no con las intervenciones y el nivel de actividad referencial.

La estructura global del escrito se divide en: a) la presentación general de la investigación, incluyendo el área del proyecto, su relevancia, sus objetivos y sus preguntas científicas (capítulo 1); b) el desarrollo del marco teórico a lo largo de dos capítulos, que ubican conceptual y metodológicamente la investigación, definiendo y describiendo las variables centrales de interés, a saber: subjetividad social, intervenciones, actividad referencial, variables del terapeuta (capítulos 2 y 3); c) la descripción detallada de los métodos (muestra, materiales y procedimientos) y el diseño metodológico del presente estudio (capítulo 4); d) la descripción del análisis de datos y de los resultados obtenidos (capítulo 5), y e) la discusión y conclusiones a partir de dichos resultados (capítulo 6). El escrito finaliza con las referencias bibliográficas y los apéndices, los que complementan la información desarrollada a lo largo de todo el trabajo. Por último, se incluye un CV de la autora de esta tesis.

CAPÍTULO 1. Área del proyecto, objetivos, preguntas científicas y justificación

1.1 Área del proyecto: Psicoanálisis

Al igual que la mayoría de las investigaciones empíricas sobre aspectos del proceso psicoanalítico (ver: Roth y Fonagy, 2005), este estudio toma en un sentido amplio la noción de *psicoanálisis*, como un tipo particular de psicoterapia. La presente tesis se considera como un estudio sobre el proceso psicoanalítico en la medida en que se propone indagar aspectos específicos del accionar concreto de psicoterapeutas formados según los criterios establecidos por la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA por su sigla en inglés). En otras palabras, todos los participantes se formaron siguiendo la misma lógica exigida por dicha institución, es decir, la del clásico trípede psicoanalítico que combina formación teórica, análisis personal y supervisión clínica, tal como lo originó Eitingon en 1926 (Loewenberg y Thompson, 2011). Por lo tanto, a lo largo del escrito, términos como *terapeuta*, *analista*, *psicoterapeuta*, *clínico*, deberán entenderse como sinónimos en un sentido muy amplio. En relación con lo anterior, y si bien aún sigue siendo tema de debate, la presente investigación no pretende distinguir entre *la psicoterapia*, por un lado, y *el psicoanálisis*, por el otro, fundamentalmente porque, desde una perspectiva de investigación empírica, no es un tema resuelto si pueden establecerse diferencias entre ambos conceptos (ver, por ejemplo, Jiménez, 2004; 2005; Kächele, 2010, Kernberg, 2001). En suma, esta investigación considera las nociones de *psicoterapia psicoanalítica*, *psicoanálisis*, *psicoterapia*, como equivalentes, en la medida en que se esté siempre indagando lo que psicoterapeutas formados psicoanalíticamente en la IPA realizan o no con sus pacientes.

Queda pendiente para futuros estudios seguir analizando las controversias aún vigentes en el campo psicoanalítico sobre las implicancias de distinguir o no el psicoanálisis de la psicoterapia, y la evidencia empírica que puede esgrimirse a favor o en contra de cada postura.

La presente tesis también suscribe la necesidad de articular el corpus psicoanalítico con estrategias de otras disciplinas, como la ciencia cognitiva, en un intento por lograr modelos explicativos verificables empíricamente.

Ya Wallerstein y Sampson (1971) planteaban la necesidad de llevar a cabo estudios más formales y sistematizadas del proceso terapéutico en psicoanálisis. Como estrategia básica, sugerían partir del concepto más general para diferenciar sus componentes y sus diversas vías posibles de representación, y así descubrir la gama de posibles referentes empíricos en los datos de observación. Más contemporáneamente, Fonagy (2003) explicó que el modelo psicoanalítico general de la mente debería alinearse con el conocimiento más amplio conseguido gracias a un abanico de disciplinas. Así, la investigación sistemática, utilizando métodos psicoanalíticos y de otras disciplinas, permitirá especificar los mecanismos mentales cuyos efectos describen y a cuya naturaleza aluden los escritos psicoanalíticos.

Esta tesis procuró de los aportes de la Teoría del Código Múltiple de Wilma Bucci (1997), como un modelo de una psicología psicoanalítica para las ciencias cognitivas, que permite realizar investigación empírica sobre procesos de tratamientos psicoanalíticos.

Aquí cabe señalar, yendo a los vínculos entre psicoanálisis y subjetividad social, que este estudio se apoya en algunas perspectivas (teóricas y empíricas) que delimitan cierta área de vacancia de conocimiento científico al respecto.

Por sólo mencionar los más relevantes, Thomä y Kächele (1985/1989) ya anticipaban la necesidad de indagar las influencias del contexto socio-político en el desarrollo del proceso psicoanalítico, desde un punto de vista empírico. El trabajo de Jones y Korchin (1982) analizó en detalle las implicancias de la perspectiva transcultural aplicada a la situación psicoanalítica, alertando sobre el potencial político del tratamiento mismo y de cómo los sesgos culturales del terapeuta podían convertir el proceso en un ámbito de control social. Muran (2007) y Westen (2001) se preocuparon por cuestiones similares.

Respecto de la escena local, autores como Berenstein y Puget (1997) o Zuckerfeld (1999), entre otros, plantearon la importancia de indagar el valor teórico-clínico del contexto socio-cultural, tanto en la comprensión del funcionamiento psíquico como en la construcción de la subjetividad. Teniendo esta perspectiva en cuenta, esta tesis suscribe el enfoque de la así llamada “tercera tópica” (Zuckerfeld, 2004) como concepción articuladora del psicoanálisis actual y otras disciplinas afines.

En este sentido, y como será señalado en el capítulo 3, el estudio mismo de la Actividad Referencial que propone el modelo de Bucci (1997) puede entenderse como una estrategia de indagación empírica de las maneras en que paciente y terapeuta simbolizan emociones activadas por cuestiones contextuales de su medio socio-cultural, durante una sesión de tratamiento.

1.2. Objetivos de esta investigación

Objetivo general: Indagar la presencia de categorías de subjetividad social en la interacción discursiva de paciente-terapeuta y el vínculo de aquellas con las intervenciones psicoterapéuticas y el nivel de actividad referencial de paciente y

terapeuta, comparando sesiones de psicoanalistas que desarrollan su práctica profesional en Argentina y en Estados Unidos.

Objetivos específico #1: Indagar si la presencia de categorías de subjetividad social en las intervenciones del terapeuta se relaciona con el contexto socio-cultural del tratamiento, comparando sesiones de psicoanalistas que desarrollan su práctica profesional en Argentina y en Estados Unidos.

Objetivos específico #2: Indagar las relaciones entre la presencia de categorías de subjetividad social en el contenido de las intervenciones y el tipo y cantidad de éstas, comparando sesiones de psicoanalistas que desarrollan su práctica profesional en Argentina y en Estados Unidos.

Objetivos específico #3: Indagar las relaciones entre la presencia de categorías de subjetividad social en el contenido de las intervenciones y el nivel de actividad referencial, tanto en el discurso del paciente como del terapeuta, comparando sesiones de psicoanalistas que desarrollan su práctica profesional en Argentina y en Estados Unidos.

El primer objetivo específico de la tesis se propuso analizar si las intervenciones del terapeuta aluden directamente a aspectos relativos a la subjetividad social, y si estos aspectos se diferencian de acuerdo con la región geográfica en que se lleva adelante el tratamiento. Este objetivo impuso identificar en el discurso paciente-terapeuta aquellos segmentos específicos que indicaran aspectos de subjetividad social. En el capítulo 2 se desarrolla el proceso de definición conceptual y operacional

del constructo *subjetividad social*, mientras que el capítulo 4 describe la categorización cualitativa que se utilizó como instrumento de clasificación del material.

El segundo objetivo específico de la tesis estudió las relaciones entre la frecuencia, el tipo y el contenido de las intervenciones referidas a categorías de subjetividad social del paciente, y el país en que el terapeuta ejercía su práctica profesional. Como se detalla en el capítulo 5, se utilizó para el análisis de las intervenciones la Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas (CMIP) diseñada por Roussos, Etchebarne, y Waizmann, (2006).

Por último, el tercer objetivo específico se propuso evaluar si la actividad referencial decaía, se mantenía estable o aumentaba cuando el discurso (tanto del paciente como del terapeuta) se refería a categorías de subjetividad social. Este estudio tomó como base el modelo clasificatorio de Maskit, Bucci y Roussos (2002) para evaluar la actividad referencial. Tanto al describir el marco teórico (capítulo 3) como al detallar la metodología empleada (capítulo 4), se recorrerá en detalle dicho concepto y sus modos de operacionalización y medición.

1.3. Preguntas científicas involucradas con este estudio

¿La subjetividad social de los pacientes, entendida como los aspectos específicos provenientes de su contexto socio-cultural, es trabajada de la misma manera por psicoanalistas de diferentes regiones geográficas? ¿Existe relación entre la presencia de categorías específicas de subjetividad social en el discurso paciente-terapeuta y la procedencia geográfica del tratamiento? ¿Existe relación entre la presencia de categorías específicas de subjetividad social en el discurso del paciente-terapeuta y el contenido de las intervenciones clínicas? ¿Es posible establecer

relaciones entre el tipo y cantidad de intervenciones del terapeuta que refieren a aspectos de la subjetividad social y el origen geográfico del tratamiento? ¿Cómo se vincula la presencia de categorías de subjetividad social, tanto en el discurso del paciente como en las intervenciones del terapeuta, con el nivel de actividad referencial de la sesión?

1.4. Justificación y relevancia de la temática estudiada

Uno de los fundamentos de originalidad y relevancia para esta tesis reside en discriminar empíricamente categorías de subjetividad social, presentes en el discurso paciente-terapeuta. En este sentido, no sólo se apunta a operacionalizar una noción ambigua, sino a estudiar un aspecto del proceso psicoanalítico que necesita mayor esclarecimiento, referido al papel del contexto socio-cultural en el intercambio paciente-analista.

Siendo que este estudio focaliza en el proceso interactivo paciente-terapeuta, toma en cuenta el papel de las variables de uno y otro para el proceso terapéutico, insertándose en líneas vigentes de investigación como las citadas al introducir el escrito.

Del lado de las variables del terapeuta, este estudio se propone describir las diferentes modalidades de intervención clínica que utilizan los psicoanalistas. El estudio de las intervenciones no sólo es relevante en sí mismo, en tanto camino para evaluar lo que efectivamente hace el clínico con sus pacientes; sino que, al agregar la perspectiva transcultural, la presente tesis compara el accionar concreto de psicoanalistas provenientes de dos culturas diversas: Argentina y Estados Unidos. Esta comparación hace foco, justamente, en cómo se interviene sobre aspectos

específicos de la pertenencia socio-cultural dependiendo del propio contexto del tratamiento.

Del lado de las variables del paciente, este estudio puede contribuir a que los clínicos sumen herramientas técnicas para analizar las maneras en que las pertenencias socio-culturales se vinculan con el mundo interno e intersubjetivo de los pacientes y su psicopatología específica. Tomando aportes de la teoría vincular psicoanalítica de Puget (2002, 2003, 2005 a y b) y de Berenstein (2007), se considera que estudios como el aquí presentado son útiles para señalar la importancia de analizar la subjetividad social en tratamiento.

Volviendo a la figura del terapeuta, Beutler et al. (2004) analizan la importancia de que el clínico no ejerza una influencia indeseable sobre el paciente. La presente investigación intenta esclarecer el modo en que los terapeutas intervienen sobre sus pacientes, dependiendo de su propia subjetividad social. En la misma línea, Muran (2007) alerta a los profesionales de la salud sobre la importancia de considerar explícitamente los efectos sobre ellos mismos de los estereotipos socio-culturales negativos (por ejemplo, respecto de grupos socialmente desfavorecidos). También insiste en la necesidad de que el terapeuta conozca no solo la ubicación de su paciente en las distintas dimensiones de privilegio y desvalimiento, sino la suya propia. La ya mencionada Puget (1994) se plantea interrogantes similares, desde el punto de vista de los aspectos, inconscientes para el terapeuta, de sus pertenencias y valores sociales.

En conjunto, este estudio colaborará con la comunidad científica de terapeutas al comenzar a esclarecer empíricamente la manera en que la propia subjetividad social de la persona del terapeuta, junto con sus teorías, tanto metapsicológicas como clínicas, se ponen en juego al intervenir con su paciente. Podrá, a su vez, fomentar la reflexión sobre las maneras en que su cosmovisión

personal le permite o no al terapeuta una actitud reflexiva con su paciente, frente a temas en que las valoraciones y pertenencias culturales están en juego. En suma, esta investigación considera imperativo que los clínicos analicen su posición subjetiva socio-cultural y el efecto que ésta tiene sobre sus puntos de vista, sobre su conceptualización del caso y sobre el intercambio en general con sus pacientes.

Por último, con base en programas de investigación como los de Orlinsky y Ronnestad (2005), esta tesis también se justifica por la necesidad de identificar los aspectos de la práctica y desarrollo profesional de los terapeutas según su país de ejercicio, aportando conocimiento para la formación de los terapeutas en el marco de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Este punto denota un debate aún irresuelto para el psicoanálisis, referido a la existencia de diversos lenguajes y *culturas* psicoanalíticas (ver, por ejemplo, Kächele, 2010; Wallerstein, 1988). El análisis comparativo de dos contextos diversos de ejercicio y práctica psicoanalíticas puede ser útil a la hora de determinar las divergencias y convergencias fundamentales entre lo que la comunidad internacional denomina *psicoanálisis*, volviendo al punto de discusión mencionado al abrir este capítulo.

En suma, entendiendo en sentido amplio al psicoanálisis como un tipo particular de psicoterapia, esta investigación suscribe la importancia de vincular el corpus teórico psicoanalítico con otras perspectivas teóricas. Tanto la incorporación de aspectos del contexto socio-cultural en el proceso psicoanalítico como el estudio empírico de éste mediante estrategias provenientes de otras áreas científicas, como lo es la actividad referencial, pueden considerarse puntos de partida en la conformación de un nuevo marco epistemológico y metodológico de la teoría psicoanalítica, necesidad señalada por los autores antes citados.

Los resultados obtenidos en esta investigación se consideran aportes preliminares a desafíos vigentes en el campo psicoanalítico, a saber: 1) incorporar la influencia de la subjetividad social en la teoría psicoanalítica misma, 2) discriminar técnicamente de qué manera intervienen los psicoanalistas frente a este fenómeno y 3) resaltar la necesidad de una apertura y un replanteo metodológico del psicoanálisis como disciplina, en tanto éste quiera generar un modelo global contemporáneo de la mente humana.

Por último, y dado el alcance exploratorio-descriptivo de la presente tesis, los resultados obtenidos funcionan, fundamentalmente, como terreno para la generación de futuras hipótesis, a confirmarse en estudios ulteriores. De todas maneras, los datos observados en el análisis de cada objetivo específico (ver capítulo 5) poseen implicancias relevantes, no sólo para la práctica clínica y la investigación en psicoanálisis, sino además para el entrenamiento de terapeutas y la formación de estudiantes, en tanto se aproximan de forma naturalista a los problemas vigentes de la disciplina psicoanalítica antes señalados.

Capítulo 2. La subjetividad social en el proceso psicoanalítico

2.0. Introducción: estructura del capítulo

Con el objetivo de ubicar teórica y metodológicamente la noción de *subjetividad social* utilizada en esta investigación, a lo largo del presente capítulo se analizarán sintéticamente algunos aportes hechos por las ciencias sociales que buscan entender la conducta humana en su contexto y que respaldan el concepto de subjetividad social, para luego focalizar en las diferentes maneras en que el tema ha sido estudiado y conceptualizado desde el psicoanálisis. Posteriormente, se recorrerán los antecedentes empíricos más relevantes de las relaciones entre subjetividad social y práctica clínica psicoanalítica. Finalmente, se concluirá el desarrollo sobre el tema con la definición de *subjetividad social* utilizada en este estudio. Se considerará dicha definición como un intento integrador de definiciones previas que permite la operacionalización del constructo, necesaria para su indagación empírica.

2.1. El concepto de subjetividad social

2.1.1. Problemas de definición del concepto de subjetividad social

Clásicamente, la subjetividad social ha sido abordada desde las ciencias sociales como un concepto necesario para entender la conducta humana en su contexto (González Rey, 2008).

Un primer resultado que surge al analizar los antecedentes sobre el tema *subjetividad social* alude a la existencia de numerosas aproximaciones conceptuales, que

definen el término de manera múltiple y le otorgan una polisemia y ambigüedad notables en la literatura.

Exacerba esta dificultad el que históricamente, la noción *subjetividad* y la noción *social*, hayan funcionado como unidades conceptuales escindidas. Desde el campo clínico, incluido el del psicoanálisis, la subjetividad fue comprendida como individual e intrapsíquica, separada del sujeto social. Del sujeto social se hizo cargo la Psicología Social, a partir de los trabajos de Mead (1953) y Moscovici, (1979). Gonzalez Rey (2008) da cuenta de la historia de esta escisión y fundamenta una definición de subjetividad que no se restringe a los procesos y a las formas de organización de la subjetividad individual, sino que implica la definición de una subjetividad social. Introduce para ello el concepto de sentido subjetivo, a partir del cual se vuelve posible una representación de la subjetividad en la que lo social y lo individual aparecen asociados de forma inseparable.

Dentro de este contexto, nociones como las *de cultura, sociedad, socialización, enculturación*, se asocian con la problemática que plantea el fenómeno de la subjetividad social en el trabajo terapéutico. Autores de diversas áreas del conocimiento, que abarcan desde la sociología al psicoanálisis, han entendido la subjetividad social como el conjunto de efectos de las pertenencias socio-culturales sobre los individuos (ver, por ejemplo, las revisiones del tema de: Berry, Poortinga, Segall y Dasen, 1992; Páez, Fernández, Ubillos, y Zubieta, 2004).

Otra particularidad del fenómeno de la subjetividad social alude a que éste puede ser entendido en un sentido descriptivo, cuando una enunciación refiere en su contenido a aspectos de pertenencias socio-culturales (ver, por ejemplo, el estudio sobre valores colectivos asociados al trabajo de Hofstede, 1991), o en un sentido dinámico, cuando se

plantea a la subjetividad social como un proceso activo de subjetivación de los individuos (Valsiner y Rosa, 2007).

La multiplicidad de significados del término *subjetividad social* también se explica, al menos en parte, por la existencia de varias disciplinas del conocimiento que toman dicha noción, conectándola con distintos sentidos, dependiendo del caso. Aunque el marco de la presente investigación es la psicología clínica, resulta necesario recorrer los aportes de ciencias sociales que se han abocado, desde diferentes perspectivas, a temas que incumben a la subjetividad social, como la psicología transcultural, la antropología psicológica, la psicología social y la psicología cultural. Junto con el estudio del tema dentro del campo psicoanalítico que se desarrollará en mayor detalle, el recorrido por estos antecedentes conceptuales brinda el contexto necesario para plantear una definición acotada pero integradora del término *subjetividad social*, susceptible de operacionalizar el constructo, y que será presentada al final de este capítulo. Así, la definición de subjetividad social empleada en la presente investigación busca integrar diferentes connotaciones que las ciencias sociales y, en particular, el psicoanálisis, han ofrecido al respecto.

2.1.2. Síntesis del abordaje conceptual de la subjetividad social en las ciencias sociales

Aunque un recorrido exhaustivo por todos los antecedentes dentro del amplio campo de las ciencias sociales excedería los límites de este trabajo, a continuación se ofrecen algunas ideas rectoras que diferentes disciplinas han ofrecido respecto del tema. Se considera que esta síntesis brinda un punto de partida necesario para luego centrar el

análisis de antecedentes dentro del campo psicoanalítico, en lo que respecta a la subjetividad social.

Un primer eje ordenador se encuentra en el trabajo de revisión de los ya mencionados Berry, Poortinga, Segall y Dasen (1992). Dichos autores, ubicando el tema dentro del campo de la psicología transcultural, plantean el problema de la subjetividad social en términos de cómo las conductas de los grupos culturales se transmiten a sus nuevos miembros, considerando para ello diversos procesos, como los de enculturación y socialización. Dichos autores rescatan la importancia de conceptualizar a la cultura como un fenómeno psicológico. Aquí se entiende por subjetividad social al proceso por el cual se transmiten dichos valores culturales, donde el comportamiento individual tiene parte de su explicación en el contexto cultural en el que ocurre. Se trataría, entonces, de una definición dinámica del término, como proceso activo de transmisión cultural y creación de subjetividad.

Desde la psicología cultural, y en una definición que denota aún más el carácter de “proceso” de la subjetividad social, Valsiner y Rosa (2007) entienden el término como el conjunto de procesos de creación de significados, por los cuales los seres humanos y su entorno social-cultural se constituyen mutuamente. Otros autores, como Páez, Fernández, Ubillos, y Zubieta (2004), abordan la cuestión de la subjetividad social focalizando en cómo la plasticidad del comportamiento humano implica elecciones entre cursos de acción alternativos, cuyas fronteras están dadas, entre otras variables, por la imposición de las limitaciones socio-culturales. En este sentido, el individuo adquiere por aprendizaje lo que la cultura considera necesario, aunque no haya nada didáctico o deliberado acerca de este proceso. Frecuentemente hay un aprendizaje sin una enseñanza

específica. Este aprendizaje involucra a los padres, otros adultos y pares en una red de influencias sobre el individuo (Herskovits, 1938, 1948). Así, la subjetividad social estaría implícita en estos procesos de aprendizajes culturales, y quedaría en interfase con el clásico concepto de socialización, desarrollado en la sociología y en la psicología social, que refiere al proceso deliberado de dar forma al individuo mediante el tutelaje, implicando una enseñanza deliberada en el propio grupo.

Desde un ángulo empírico, Hofstede (1991) analizó variables culturales, comparando varios países, entre ellos Estados Unidos (EE.UU.) y Argentina. El estudio de Hofstede (1991) sobre valores colectivos asociados con el trabajo, en 53 grupos culturales a lo largo de diferentes países, ha identificado empíricamente la existencia de cuatro dimensiones que diferencian a las culturas, a saber: 1) distancia de poder, 2) individualismo-colectivismo, 3) masculinidad-feminidad y 4) evitación de la incertidumbre. De acuerdo con sus hallazgos, la mayoría de los países del tercer mundo, entre ellos Argentina, se ubican en el cuadrante al que el autor caracteriza como “colectivismo dependiente”, mientras que Estados Unidos se ubica en el cuadrante que se caracteriza como “individualismo independiente”, donde se encuentran las naciones occidentales industrializadas. Este primer esfuerzo empírico de clasificación de categorías de subjetividad social es un antecedente directo de la metodología empleada en este estudio (ver más adelante).

En suma, diversos exponentes de las ciencias sociales convergen en señalar el papel del contexto socio-cultural en el proceso mismo de creación de subjetividad. En otras palabras, desde las ciencias sociales se ha analizado el proceso mediante el cual las normas sociales y las pautas culturales impactan en el individuo.

Dentro de este amplio campo, la presente investigación recupera la consideración de la subjetividad social como fenómeno y aquellos esfuerzos de índole más empírica, como los de Hofstede (1991) antes mencionados. De esta manera, se busca indagar si determinadas categorías de subjetividad social se presentan en la interacción paciente-terapeuta, de acuerdo con el contexto geográfico de la sesión. Incluso, la categorización de Hofstede (1991) de valores culturales es un antecedente de la realizada en este estudio para el constructo subjetividad social, punto que se presentará al final de esta sección y se detallará en el capítulo 4.

A los fines de desarrollar antecedentes en relación directa con los objetivos del presente estudio, en el apartado siguiente se analizarán las producciones, tanto clínico-conceptuales como empíricas, que desde el ámbito del psicoanálisis vinculan aspectos de la teoría y la técnica psicoanalíticas con aspectos de subjetividad social. Se comenzará con una breve reseña de los puntos de vista clásicos (con la obra de Freud como eje ordenador), para luego ir avanzando hacia producciones más contemporáneas.

2.1.3. Subjetividad social y psicoanálisis clásico

A lo largo de la obra de Sigmund Freud, se fueron considerando diferentes papeles o efectos del medio socio-cultural sobre el funcionamiento psíquico, y diferentes explicaciones psicoanalíticas para el fenómeno socio-cultural. Estos primeros desarrollos conceptuales de Freud marcan el punto de partida para analizar los vínculos entre subjetividad social y psicoanálisis.

Dentro de este contexto, y siguiendo la revisión que Moguillansky (1999) hace de la noción de *conjunto* en la obra de Freud, se pueden establecer tres períodos en los que

dicho autor realizó aproximaciones conceptuales sobre los vínculos entre el psicoanálisis y el contexto socio-cultural:

Mediante un reprocesamiento de ideas de la antropología, en un primer período, Freud (1912/2001) desarrolló el surgimiento de la norma social como producto del mítico asesinato del padre por parte de la horda primitiva. En esta fase de su teoría, la conflictiva edípica y de castración resaltan como un elemento fundamental que subyace al nacimiento de la norma social. El padre asesinado de la horda primitiva persistiría en las generaciones siguientes a modo de las normativas sociales que prohíben el incesto y el parricidio y fundan, de esa manera, el orden cultural.

En un segundo momento, Freud (1921/2001) teorizó respecto de cómo la masa se constituía en torno a un líder, quien representaba el ideal del yo de los integrantes del grupo. Allí Freud (1921/2001) planteó la hipótesis de que todos los miembros de una institución social, mediante un proceso de identificación; abandonarían sus ideales individuales y se “apropiarían” del ideal del yo del líder. Este fenómeno psíquico daría lugar en Freud al nacimiento de un proyecto ideal compartido, que ligaría a los miembros de un grupo, a partir de mutuas identificaciones imaginarias. Freud insiste, en este punto, en ver a lo social como emergente de mecanismos internos (intrapsíquicos).

Finalmente, Freud (1930/2001) plantea un tercer modelo, en el cual describe la renuncia instintiva a la que obliga el vivir en sociedad, lo que provocaría un “malestar en la cultura” propio de la condición humana. Los individuos, desde esta perspectiva, oscilarían entre una satisfacción de sus instintos, nunca lograda, y un sustitutivo cumplimiento de ideales. La noción freudiana de *superyó* sería el garante de un orden social, internalizando en el sujeto la prohibición de la satisfacción instintiva plena.

Es de notar cómo resalta en la postura freudiana el considerar el fenómeno cultural como dependiente de coordenadas psicoanalíticas y no como un genuino contexto “exterior” a las dinámicas propias del inconsciente. Este punto de vista clásico será revisado por producciones contemporáneas, como se verá más adelante (para una revisión detallada sobre este punto, ver: Arbiser, 2013).

Dos movimientos divergentes surgieron contemporáneamente a Freud: las producciones de Adler (1961) y las de Jung (1916/1970). Luego de sendas rupturas con Freud, estos autores fueron los exponentes de dos teorías psíquicas distintivas, que se instituyeron inicialmente como escuelas psicoanalíticas diferentes: la Psicología Individual y la Psicología Analítica, respectivamente.

Respecto a la escisión entre Freud y Adler, la polémica surgida entre ambos se refiere a si el ser, es un ser de la sexualidad infantil o es un ser originariamente social. Si bien Freud y Adler parecían acordar que la herencia y el medio participaban por igual en la etiología de las neurosis, Adler le asignaba mayor importancia en la formación de la mente y además cuestionaba el desarrollo sexual temprano como decisivo en la constitución del carácter. Como han puntualizado varios trabajos de historia del psicoanálisis (Jones, 1960; Gay, 1989), es plausible que las propias pertenencias socio-culturales de Freud y Adler se expresaran en estas polémicas teóricas, resaltando el hecho de cómo las condiciones contextuales se expresan en el interior de la producción conceptual. Aunque no es posible analizarla en detalle por cuestiones de espacio, sí cabe mencionar esta arista del problema, es decir, la de los vínculos entre la propia condición socio-cultural del autor y sus postulados teóricos, que podría analizarse como toda una investigación en sí misma. De cualquier manera, la discusión por el énfasis de lo social

versus lo intrapsíquico siguió siendo importante para la historia del movimiento psicoanalítico. Diversas escuelas de pensamiento se irían ubicando más hacia el polo del innatismo o más hacia el polo de las influencias ambientales, con la teoría de Melanie Klein (1957/1988) como representante más clásica del primero y la psicología del Yo y del desarrollo de Hartmann (1937/1987) y Anna Freud (1948/1965) representando el segundo.

Para el caso de la ruptura entre Freud y Jung, ésta se debió a diferencias conceptuales en torno a la idea misma de *conjunto*. Mientras que para Freud (1912/2001), el orden social emergía a partir de actos individuales, la teoría jungiana (ver, por ejemplo, Jung, 1916/1970) planteó la existencia de un “inconsciente colectivo”, noción harto controvertida que implicaba un sustrato común a los seres humanos de todos los tiempos y lugares del mundo. Así, en la teoría jungiana, los símbolos primitivos expresarían un contenido de la psique que está más allá de la razón. Funcionarían como “arquetipos”, revelando la respuesta del inconsciente colectivo a ciertas situaciones fundamentales. Nuevamente aquí, revisionistas históricos del psicoanálisis, como Moguevsky (1999), plantean las diferentes pertenencias socio-culturales de Freud y Jung como una raíz fundamental de estas controversias. Independientemente de ellas, las ideas de Jung han influenciado muchas escuelas de psicoterapia posteriores y puede considerarse que su obra es un punto de partida posible para la reflexión psicoanalítica de cómo lo social preexiste al inconsciente individual.

Exceptuando estas dos rupturas antes señaladas, con el énfasis freudiano en la mente individual y los procesos intrapsíquicos, al recorrer los primeros 50 años del

psicoanálisis, se observa un foco claro en el sujeto y su patología individual, pero no un intento de integración de estos aspectos con la familia o el entorno en sentido amplio.

Autores clásicos como Hartmann (1960) o Winnicott (1971) abordaron en sus teorías la cuestión de lo social, lo normativo y lo cultural. Sin embargo, no lo hicieron focalizando en el contexto socio-cultural concreto de las sesiones, sino más bien desde un punto de vista conceptual general. Así, por ejemplo, el trabajo de Hartmann (1960) sobre psicoanálisis y valores morales suscribió la preocupación de la ortodoxia clásica psicoanalítica de no sugestionar o imponer la propia subjetividad al paciente. Desde otro ángulo, Winnicott (1971) acuñó el concepto de *espacio transicional*, al que refirió como una zona intermedia de experiencia, entre la realidad interna y la externa, compartida. Dicha zona se conservaría a lo largo de la vida y haría comprensible experiencias intensas ligadas a las artes y la religión, a la vida imaginativa y a la labor científica creadora. Winnicott (1971) utilizó la expresión “experiencia cultural” como una ampliación de la idea de los fenómenos transicionales y del juego. Desde esta perspectiva, mucho más intersubjetiva que la clásica visión freudiana, la apertura del individuo a lo social-cultural sería un índice de salud y de despliegue de su potencial creativo.

Como puede apreciarse a partir de este breve recorrido, los autores clásicos en psicoanálisis no se interesaron por la interacción entre lo interno del sujeto y el contexto externo, al menos no en los términos de una interacción entre dos dimensiones diferentes, susceptibles de provocar efectos en el tratamiento. Conforme fue avanzando la teoría de la técnica psicoanalítica, y bajo la influencia de contextos históricos como el de la segunda posguerra mundial, el movimiento psicoanalítico comenzó lentamente a

reconocer el lugar del vínculo y del “afuera” de la sesión en sus producciones teórico-técnicas, punto que será descrito a continuación.

2.1.4. Subjetividad social y psicoanálisis contemporáneo: progresivo reconocimiento del lugar del vínculo y los contextos culturales en el proceso psicoanalítico

A partir del escenario clásico brevemente descrito en el apartado anterior, la historia de la teoría y técnica psicoanalíticas muestra un progresivo reconocimiento del lugar del vínculo en el proceso terapéutico. Aunque no es posible desarrollar en detalle cada uno de ellos por cuestiones de espacio, son destacables, en este sentido, la reconceptualización de la transferencia y la contratransferencia de Heimann (1950) y Racker (1960), así como la propuesta interpersonal de Sullivan (1947/1959) y los desarrollos culturalistas de Fromm (1941), Horney (1939/1957) y Erikson (1980), entre otros. Cada una de estas producciones teóricas son comienzos de inclusión de la dimensión intersubjetiva en psicoanálisis y de las influencias del ambiente familiar y socio-cultural en la estructuración psíquica individual.

A la luz de estos progresivos desarrollos, el ideal del terapeuta como un observador aséptico empezó a ser cuestionado, y entonces el esfuerzo se dirigió a estudiar cómo se podía garantizar del mejor modo la atención flotante del terapeuta y la neutralidad necesaria para que el proceso analítico avanzara. La relación terapeuta-paciente pasó a tener sentido epistemológico. Baranger y Baranger (1961-1962) con su noción de campo, contribuyeron a un psicoanálisis que gradualmente iba dejando de ser la aprehensión solipsista del interior del sujeto. Así, comenzar a hacerle lugar a los

vínculos, era comenzar a pensar que el sujeto, además de sujeto del inconsciente, era sujeto de herencia cultural.

Las producciones francesas en psicoanálisis, con exponentes como Kaës (1996) o Aulagnier (2001) suscribieron a su manera esta tendencia, distinguiendo entre la *historia* del sujeto, transmitida por identificación con los modelos de los padres, y la *pre-historia* del sujeto, aludiendo con ello a la transmisión generacional. Para estos autores, el sujeto del inconsciente también está determinado por su ligazón con lo intersubjetivo, con los conjuntos de los que procede, los vínculos que tiene con la familia, con los grupos, con las instituciones, y con las masas.

Autores argentinos (Bleger, 1978; Pichón Riviére, 1970) también se alinearon con la necesidad de pensar al sujeto psicoanalítico en su contexto, y en la interfase generada entre las realidades deseantes inconcientes y las realidades socio-culturales de los pacientes. Con foco en la terapia familiar, en nuestro medio, fueron Berenstein y Puget (1997) los que más trabajaron la noción de vínculo hacia dentro de la teoría psicoanalítica, abriendo un antecedente directo para el estudio de la subjetividad social en el proceso terapéutico psicoanalítico. Por dicha razón, algunas de sus nociones fundamentales serán recorridas con cierto detalle.

Berenstein (1976) planteó que la forma en que el sujeto percibe, piensa y se comunica, está condicionada por el medio familiar y social. Inicialmente el autor, planteó el concepto de *estructura familiar inconsciente*, como un operador a través del cual se generan significaciones provenientes de la cultura. Por su parte, Puget (1986, 1987 y 1988) y el propio Berenstein (1991), plantearon una *triple espacialidad psíquica*,

determinada por el espacio intra-subjetivo, el inter-subjetivo y el trans-subjetivo. La siguiente cita de Berenstein (1991) desarrolla dichas nociones:

“Cuando (el significado) se origina en las relaciones de objeto, en lo intrasubjetivo, concebimos que el significado se orienta desde un adentro irradiándose hacia un afuera, coloreando el mundo y la relación con los otros (...) En el mundo intersubjetivo o vincular, que me gustaría diferenciar del mundo interno y del mundo externo, el significado proviene desde el vínculo, considerado como algo propio y con una cualidad agregada (...) En el mundo transubjetivo los significados socioculturales invisten tanto al mundo interno como al vincular” (Berenstein, 1991, p.223).

Puget (2011) enunció la importancia de otorgar un status psicoanalítico a la realidad del entorno, delimitando una subjetividad social específica y acorde a cada época, y cada medio sociocultural al que pertenece el individuo. Según propuso esta autora, desde una perspectiva dinámica de la subjetividad social:

“Ir deviniendo sujeto social es una construcción permanente, la que depende de la multiplicidad de situaciones a las que estamos expuestos y de la posibilidad de “filtrar” algo de dicha multiplicidad. Y en lo que a mí se refiere y ya anticipé, la subjetividad social concierne a una serie de prácticas que dependen simultáneamente de tradiciones y marcas adquiridas, así como de un presente y de

cada conjunto, de los efectos de una superposición de espacios discontinuos y simultáneamente permeables. Cada espacio crea sus propios significantes los que permiten ir conociendo el cómo ir siendo sujeto social.” (Puget, 2011, p17).

En ese mismo trabajo, Puget (2011) explicitó que aún no estaban claras las estrategias de observación del fenómeno que permitiesen recoger los diversos efectos en la vida cotidiana y en cada contexto vincular de lo que corresponde a ser sujeto social. Dicho camino es el que esta tesis se propuso iniciar empíricamente.

2.1.5. A modo de síntesis

El recorrido efectuado por los antecedentes conceptuales psicoanalíticos que han tocado aristas del tema “subjetividad social” es inevitablemente incompleto, en tanto describir los aportes de cada uno de ellos excede las posibilidades de este trabajo. Sin embargo, puede plantearse un creciente consenso entre diferentes autores respecto de los vínculos entre lo intrapsíquico, lo interpersonal y lo social. Dichos factores serían necesarios en toda comprensión psicoanalítica de lo psíquico y marcarían una diferencia fundamental con el énfasis freudiano en lo puramente intra-individual (ver, por ejemplo, la revisión del tema de Moguillansky y Nussbaum, 2008).

Otra conclusión que puede extraerse de los antecedentes alude a la índole conceptual de las producciones mencionadas. En otras palabras, ninguno de los autores reseñados plantearon modelos empíricos de evaluación de cómo interactúan los diferentes niveles (intrapsíquico, interpersonal y social) en el proceso terapéutico. Antes de definir el término subjetividad social en el contexto del presente estudio, el próximo apartado

recorrerá el problema de la indagación empírica de la subjetividad social en el proceso psicoanalítico.

2.2. Hacia el estudio empírico de la subjetividad social en el proceso psicoanalítico: un área aún en desarrollo

Como fue desarrollado hasta aquí, el concepto de subjetividad social tiene un origen en las ciencias sociales, fundamentalmente en el campo de la antropología y la sociología. Dichas producciones muestran que la subjetividad social ha sido estudiada desde diversos aspectos que contribuyen al conocimiento de las pertenencias socio-culturales de los individuos (Berry, Poortinga, Segall, y Dasen, 1992; Salvatore, y Zittoun, 2011; Páez, Fernández, Ubillos, y Zubieta, 2004).

Desde el campo psicoanalítico sí existen aportes fundamentalmente teóricos, nacionales e internacionales, que, conforme fue avanzando el desarrollo del psicoanálisis como disciplina, fueron incluyendo la noción de *contexto* en el corpus psicoanalítico. Sin embargo, en la literatura científica no se encontraron estudios específicos que indagaran la participación de elementos de subjetividad social tal como se le presentan al terapeuta en una sesión con su paciente

Dentro de este contexto, y en un sentido muy amplio, puede considerarse que las similitudes y diferencias esenciales en creencias y prácticas prevalentes en una sociedad entran en el proceso psicoterapéutico. Esta participación se explica porque dichos aspectos forman parte de la manera en que se define y comprende un problema, tanto por parte del paciente como del terapeuta. Aquí se abre, por ejemplo, el complejo problema, ya adelantado por Jones y Korchin (1982), de cómo encarar terapéuticamente las

diferencias culturales entre paciente y analista. Cabe señalar que la presente investigación suscribe una postura transcultural, donde las conductas y problemas de los individuos son expresiones de su historia y de sus condiciones de vida, y pueden ser mejor comprendidas en términos de los valores y costumbres de cada minoría cultural presente en una sociedad pluralista. Desde esta óptica, es que se pretende aportar al estudio de las diferencias culturales en el proceso psicoanalítico. Se revisarán aportes empíricos, desde esta perspectiva, en el capítulo 3 al estudiar la variable terapeuta.

En relación con las implicancias de las condiciones sociopolíticas en el proceso psicoanalítico ya Thöma y Kächele (1985/1989) alertaron y señalaron la necesidad de estudios empíricos al respecto, en vista de lo escasamente investigado del fenómeno. Uno de los aportes del presente estudio apunta directamente a generar información empírica sobre el papel de categorías de subjetividad social en el proceso de tratamiento.

En un trabajo empírico pionero, la encuesta realizada por Samuels (1993) indagó acerca de qué sucedía en la práctica clínica con el material que generaban los pacientes en relación a temas políticos y sociales, sobre una muestra de 600 psicoterapeutas de 14 organizaciones profesionales en Inglaterra. El 78% de los encuestados respondieron que comprendían el material refiriéndolo de alguna manera a la realidad. Para muchos, esto se acompañaba con una interpretación o una exploración acerca de por qué el paciente se interesaba en ese momento en ese tema en particular. En los capítulos 5 y 6 se analizarán convergencias entre los resultados de Samuels y algunos hallazgos obtenidos con la presente investigación (ver capítulos 5 y 6).

Samuels (1993) enfatizó la importancia de la politización de la práctica terapéutica y teorizó acerca del valor de la discusión política en la sesión. Entre el

desarrollo de sus ideas, el autor consideró el valor clínico de la subjetividad del terapeuta como un camino privilegiado a la realidad psíquica del paciente. Intentó así colocar la clásica noción freudiana de contra-transferencia (Freud, 1911/2001) en el campo de la política. A juicio de Samuels (1993, 2006) en la contra-transferencia se encuentra la propia política no analizada del terapeuta, sus problemas culturales y políticos, y sus prejuicios.

Algunos autores que han trabajado la subjetividad social desde una perspectiva política, aportan conceptos nuevos para considerar en el trabajo clínico. Precisamente, uno de los objetivos de esta investigación radica en poder evaluar empíricamente este tipo de aspectos, así como su interacción con las intervenciones que el clínico utiliza y el nivel de actividad referencial de la sesión de tratamiento.

Dentro de este marco, por ejemplo, Altman (2010) planteó el *ser blanco* como un ideal implícito en el sueño americano, que alude a creer que se puede ser lo que se quiera ser, trascendiendo cualquier estado del que se parta. Desarrollos relacionados, como los de Eng y Han (2000) respecto de la *melancolía racial*, pueden ayudar a comprender los efectos psicológicos y los significados de la pérdida *del ideal de blancura (whiteness)*, que experimentan las personas que viven sus vidas en una sociedad que los considera como marginados. La categorización de subjetividad social utilizada en este estudio toma este *ideal de blancura (whiteness)* como una categoría posible de subjetividad social presente en el discurso paciente-terapeuta, y susceptible de vincularse con la modalidad de intervenciones y el nivel de actividad referencial (ver capítulo 4 para más detalle).

Por su parte, autores como Dimen (2006) argumentan acerca de la importancia de que el analista esté atento a descubrir la vida de sus pacientes como *ciudadanos*. Otros

autores como Layton, Hollander, y Gutwill (2006) plantean el concepto de *inconsciente normativo*, argumentando que, una vez internalizadas las relaciones de clase, se producen escisiones entre lo que es propio de la identidad de una clase y lo que no lo es (la clase mediada por el género, las sexualidad, la raza y otras variables de la identidad). Esta autora propone analizar la manera en que las normas que separan al individuo de su psique política generan conflictos inconscientes y entiende que, estos conflictos compartidos entre paciente y terapeuta, se juegan en el proceso psicoanalítico. Nuevamente aquí, la categorización de subjetividad social utilizada en este estudio integra estos desarrollos, evaluando si determinada categoría se adscribe al propio grupo de pertenencia o a un grupo ajeno (ver capítulo 4).

Siendo un clínico e investigador psicoanalítico, que posteriormente vira hacia el modelo cognitivo-conductual, y uno de los autores más influyentes respecto de la indagación empírica sistemática de la alianza terapéutica, Muran (2007) entiende que los temas que atañen a la subjetividad social precisan, para ser entendidos, la adopción de una perspectiva del self en relación. La psicoterapia se conceptualiza entonces como un proceso interpersonal de co- descubrimiento y co-construcción. Desde allí, el autor propone un quehacer con el otro en función de aquello que los distingue, postulando el uso de la meta comunicación como un tipo de intervención facilitadora del diálogo sobre diferencias entre la pareja analítica. Muran (2007) hace hincapié en que los psicoterapeutas tienen que lograr un conocimiento crítico de sí mismos, incluyendo un examen de sus áreas tanto de privilegio y de opresión para poder comprender mejor como juegan éstas en la forma en que se vinculan o no, con sus pacientes. Esta consideración de

cómo las variables del terapeuta pueden impactar en el proceso terapéutico se desarrollará en el capítulo 3, como ya fue mencionado.

Basado en ideas de Bucci (2001) que integran el campo de las ciencias cognitivas con el psicoanalítico (ver capítulo 3), Westen (2001) plantea que el estudio de los procesos implícitos puede funcionar como puente integrador entre las investigaciones de procesos cognitivos y las investigaciones psicoanalíticas de motivaciones y afectos dinámicamente inconcientes. Westen (2001) plantea tres preguntas que organizan una serie de variables para la investigación que considera el papel de la subjetividad social en el proceso terapéutico: 1) ¿cómo se internalizan los modelos culturales?; 2) ¿cómo adquieren la capacidad de influenciar el comportamiento? y 3) ¿cómo los individuos piensan y se comportan frente a modelos culturales ambiguos y conflictivos? Una eje ordenador que toma Westen (2001) para responder dichas preguntas apunta a la necesidad de conocer hasta qué grado los fenómenos colectivos se distribuyen a través de la cultura y hasta qué grado están asociados con regulaciones afectivas en el actor individual.

Entre otras implicancias, el planteo de Westen (2001) habilita considerar los aportes de Bucci (1997) para la evaluación de las manifestaciones de la subjetividad social presentes en el discurso del paciente y del terapeuta, mediante el registro del nivel de actividad referencial, como será analizado en los capítulos 3 y 4.

Otros autores locales como Zúkerfeld y Zonis Zúkerfeld (2005) se proponen también hacer lugar al contexto socio-cultural y a su valor teórico-clínico en la comprensión del funcionamiento psíquico. Bajo su modelo de *tercera tópica* (sintetizado, por ejemplo en: Zúkerfeld, 2004), los autores proponen un modelo de mente abierto a la

interacción entre lo intra y lo intersubjetivo. Complementariamente, plantean el desafío de que los modelos explicativos psicoanalíticos se abran a la interdisciplina, a fin de generar modelos integradores. Esta conceptualización teórica, permite, por ejemplo, establecer puentes con la ciencia cognitiva, sumándose a esfuerzos como los de Westen (2001) ya comentados. Como se verá en el capítulo 3, las ideas de Bucci (1997, 2001) se orientan en la misma dirección y sustentan, junto con el estudio de las intervenciones, la metodología empírica que suscribe este estudio para poder vincular categorías de subjetividad social con elementos del proceso terapéutico psicoanalítico.

En suma, aunque no existan antecedentes empíricos directos, las producciones reseñadas conforman un punto de partida para la presente investigación. Tomadas en conjunto, sientan las bases para el objetivo de este estudio: realizar una indagación empírica sistemática de cómo determinadas categorías de subjetividad social pueden vincularse con aspectos del proceso psicoanalítico, en sesiones provenientes de dos contextos socio-culturales diversos (Argentina y Estados Unidos).

2.3. Definición de *subjetividad social* empleada en este estudio

Integrando el recorrido por los antecedentes conceptuales y de investigación sobre el tema desarrollados hasta aquí, tanto desde el campo amplio de las ciencias sociales como desde el ámbito específico del psicoanálisis, esta investigación define subjetividad social como: *el conjunto de elementos manifiestos y específicos provenientes de la pertenencia al contexto socio-cultural de paciente y terapeuta, susceptibles de ser evaluados en la interacción discursiva de la sesión de tratamiento.*

Si bien la subjetividad social también puede comprenderse como un proceso activo de subjetivación, deliberadamente este estudio opta por una definición descriptiva del término, considerando *subjetividad social* a los contenidos específicos, tanto de las intervenciones del terapeuta como del discurso del paciente, que aluden en forma explícita a aspectos socio-culturales, implicando la aparición del “afuera” en el “adentro” de la sesión psicoanalítica. Esta interacción entre dimensiones intra e intersubjetivas es, a su vez, indagada en el marco de dos contextos geográficos diferentes (Argentina y Estados Unidos), apuntando, de esta manera, a un análisis empírico de perspectiva transcultural.

Como se verá en el capítulo 4; fue necesario ubicar la noción de subjetividad social hacia el extremo descriptivo de su significado, por oposición a connotaciones más dinámicas “de proceso”, para permitir identificar segmentos del discurso paciente-terapeuta que incluyeran información referente al contexto socio-cultural. Dicha información fue categorizada cualitativamente, generándose 5 categorías de subjetividad social, clasificables a partir de la producción verbal de paciente y terapeuta, a saber: 1) ideales culturales dominantes, 2) legalidades culturales dominantes, 3) imposiciones contextuales imprevistas, 4) prejuicios y 5) otros. Tanto en el capítulo 5, tabla 3, como en el apéndice A, se describe y ejemplifica en mayor detalle esta categorización.

De todas formas, la inclusión del registro de la Actividad Referencial de la sesión permitió una aproximación al aspecto más dinámico del papel de la subjetividad social en el tratamiento, en tanto se intentó registrar el proceso de simbolización de emociones en el discurso paciente-terapeuta, como será explicado en los capítulos 3 y 4.

Por último, cabe mencionar aquí que, dado un estado del arte complejo al respecto, se considera que la propuesta del presente estudio, en términos de estrategias empíricas de delimitación y operacionalización de categorías de *subjetividad social*, constituye un aporte en sí mismo, tanto para una mejor precisión del concepto como para la investigación de aspectos específicos del proceso psicoanalítico vinculables con dicha noción.

Capítulo 3. La investigación empírica del proceso psicoanalítico

3.0. Introducción: estructura del capítulo

Como una continuación del desarrollo de antecedentes y de la ubicación teórico metodológica del presente estudio, iniciados en el capítulo 2, este capítulo recorrerá antecedentes de investigación empírica del proceso psicoanalítico. En primer lugar, se analizará la temática como problema dentro del campo del psicoanálisis, donde pueden establecerse diferentes posturas respecto de la investigación empírica, su necesidad y sus limitaciones. Dichas diferencias se evaluarán también desde una perspectiva transcultural, donde diferentes zonas geográficas permiten distinguir diferentes “culturas” psicoanalíticas.

Una vez introducido el problema antes mencionado, se focalizará en los antecedentes sobre: a) el estudio de la actividad referencial (AR), b) la participación de la variable terapeuta en la situación clínica y c) la evaluación de intervenciones psicoterapéuticas. Dichos aspectos consideran cada una de las variables que esta investigación se propone vincular con categorías de subjetividad social, en los términos que ya fue descrito tanto en el capítulo 1 como en el capítulo 2.

3.1. La investigación en psicoanálisis y la existencia de diversas “culturas” psicoanalíticas. Implicancias para el presente estudio.

Dado el carácter transcultural de esta investigación, que busca comparar tratamientos psicoanalíticos gestados en dos contextos culturales diversos, un paso necesario para la ubicación teórico-metodológica de esta tesis implica analizar las

posiciones más representativas dentro del campo psicoanalítico, con foco en el lugar que éstas le otorgan a la investigación empírica sistemática.

En un debate ya anticipado por Wallerstein (1978), Luyten, Blatt, y Corveleyn, (2006) describen la existencia de dos *culturas* dentro del psicoanálisis: 1) una cultural centrada en la clínica, en los significados y en la interpretación, así como en el método tradicional de estudio de casos, entendido éste como la fuente única de conocimiento analítico y del que suele informarse sólo con viñetas comunicacionales, y 2) una cultura, más orientada a la investigación, basada principalmente en métodos tomados de las ciencias naturales y sociales.

Cada una de estas culturas se preocupa por distintos temas en relación con la investigación empírica: la cultura más “clínica” teme que el incremento en la cantidad y la calidad de la investigación empírica sobre conceptos psicoanalíticos desemboque en una unilateralidad empírica, mientras que la cultura más “científica” teme que el no comprometerse en una investigación empírica sistemática pueda dar lugar al aislamiento intelectual y la fragmentación teórica del psicoanálisis.

Una serie de debates entre Robert Wallerstein y André Green sintetiza varios aspectos de estas dos culturas en psicoanálisis, donde el primero suscribe la necesidad de una cultura de investigación mientras que el segundo se ubica como defensor de la cultura puramente clínica (ver, por ejemplo, Green, 2006, Wallerstein, 2006). El enfrentamiento entre estas dos culturas se expresa en la distinción entre enfoques más ideográficos, que enfatizan lo único de cada paciente, buscando comprender ese sujeto, su historia, creencias y conductas particulares e idiosincráticas, y enfoques más

nomotéticos, que se preocupan por identificar las regularidades legítimas entre los individuos.

A diferencia del psicoanálisis francés, de tradición netamente clínica, las investigaciones dentro de la cultura anglosajona (particularmente norteamericana, con algunas producciones inglesas) muestran una convergencia cada vez mayor entre el psicoanálisis y otros enfoques teóricos de la psicología, como la psicología cognitiva, donde la obra de Bucci (1997, 2001), utilizada en este estudio, es un caso paradigmático.

En el marco de la indagación empírica sistemática de la práctica profesional psicoanalítica que propone este estudio, se suscribe fuertemente la segunda posición antes mencionada, donde el psicoanálisis debe realizar un necesario replanteo metodológico, sometiendo a verificación sus procesos y postulados, y estableciendo un diálogo abierto con otras disciplinas científicas, como la ciencia cognitiva. Sin embargo, y en tanto el foco de esta investigación es la subjetividad social, se impone considerar aportes provenientes de la clásica cultura clínica en psicoanálisis. En este sentido, ambas culturas pueden verse como polos de un continuo, donde tanto los aspectos ideográficos como los nomotéticos conforman el objeto de estudio del psicoanálisis y, por ende, todo estudio sistemático sobre el proceso psicoanalítico debería realizar una síntesis entre ambos enfoques (ver, por ejemplo, Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008, Lancelle, 1997).

La distinción desarrollada hasta aquí ofrece un primer eje ordenador para el análisis comparativo que se propone esta investigación. La cultura psicoanalítica argentina tiene una marcada influencia del psicoanálisis francés e inglés, y una relativa impopularidad de desarrollos teóricos norteamericanos (ver, por ejemplo, Leibovich de

Duarte y Rosenvald de Baril, 2007). Así, es esperable que los centros de formación dependientes de la IPA locales suscriban fuertemente la cultura “clínica” antes mencionada. La cultura psicoanalítica norteamericana, en cambio, es más permeable a incorporar elementos de investigación empírica sistemática. De hecho, todo el campo de las terapias psicodinámicas, entendidas como la formalización y actualización del psicoanálisis clásico, tiene un punto de origen en Estados Unidos (Wallerstein, 1989). Partiendo de esta descripción contextual global, esta tesis se propone indagar, comparativamente, el proceso psicoanalítico de sesiones argentinas y norteamericanas.

En este punto, autores ya analizados en el capítulo 2, como Berry y equipo (1992) o Valsiner y Rosa (2007), proponen estudiar los fenómenos sociales, considerando la correspondencia entre: a) los efectos o acciones específicas individuales y b) los niveles contextuales de dichas acciones. De esta forma, sería necesario distinguir las acciones concretas de los individuos de los diferentes contextos o “culturas” que las enmarcan. Por ejemplo, dentro del contexto global de la “cultura local” (donde se desarrollan los tratamientos cuyas sesiones se estudian en esta tesis) se encontraría, a su vez, la cultura “institucional local” de las instituciones IPA. En el presente caso se hace referencia a las asociaciones psicoanalíticas americanas y argentinas, donde se comparten acciones ligadas a la formación de los analistas. En este sentido, y continuando una línea de estudios iniciada por Rodríguez Quiroga de Pereira, Ragau, Borensztein y Jadur (2007), la presente investigación estudia las acciones específicas de terapeutas psicoanalíticos, evaluadas en función de sus intervenciones y el nivel de actividad referencial, en interacción con los niveles contextuales de éstas, entendidos como la cultural local psicoanalítica en la que se inserta el abordaje del terapeuta y el contexto

socio-cultural amplio en el que se desarrolla la sesión de tratamiento. Como se detalló en el capítulo 2, apelando a una definición acotada del término *subjetividad social*, este estudio busca operacionalizar el nivel contextual de las acciones que tienen lugar en el proceso psicoanalítico y que se manifiestan en la interacción discursiva paciente-terapeuta.

Un antecedente directo de este estudio se encuentra en el trabajo de Rodríguez Quiroga de Pereira y equipo (2007) ya mencionado, quienes realizaron una investigación transcultural centrada en conocer la influencia de las diferencias socio-culturales en la formación psicoanalítica, en una muestra de terapeutas provenientes de varios países. Entre muchos de sus resultados, los autores observaron la influencia de la cultura local en relación con los intereses teóricos de los candidatos. Se realizó una encuesta vía Internet sobre una muestra 250 candidatos de Europa, América Latina y América del Norte. La misma incluía un listado de 55 autores sobre los que el candidato debía responder acerca de su grado de interés. Los resultados mostraron diferencias significativas con respecto a los intereses teóricos de los candidatos de las distintas regiones. Más aún, fue significativa también la diferencia de interés de los candidatos de cada región hacia los autores que han desplegado su obra en su misma región, evidenciando pertenencias regionales de los participantes. Sobre la base de este tipo de hallazgos es que la presente tesis se plantea explorar si terapeutas de dos regiones geográficas (Argentina y Estados Unidos) abordan de la misma manera aspectos del contexto socio-cultural en la interacción con sus pacientes. En otras palabras, se trata de indagar si las categorías de subjetividad social se presentan de la misma manera en el accionar clínico del terapeuta de acuerdo con el contexto geográfico de la sesión.

Con el objeto de desarrollar la manera en que este estudio operacionaliza la noción de *accionar clínico*, en los próximos apartados se analizarán los antecedentes vinculados con: 1) la actividad referencial, 2) las variables del terapeuta y 3) la clasificación de intervenciones clínicas.

3.2. Aportes de la ciencia cognitiva al estudio del proceso psicoanalítico: la obra de Wilma Bucci y su concepto de Actividad Referencial

Este estudio utiliza como uno de sus ejes de indagación empírica el registro de la Actividad Referencial (de ahora en adelante, AR), siguiendo el modelo de Bucci y Maskit (2004) y de Roussos y O'Connell (2005) (ver también: Maskit, Bucci y Roussos, 2002). Dentro de este marco, es necesario describir brevemente el aporte fundamental de Bucci al campo de la investigación empírica en psicoanálisis.

Bucci (1997) presenta un modelo de una psicología psicoanalítica para las ciencias cognitivas. La autora toma la doble tarea de reconocer explícitamente los aportes del psicoanálisis a la ciencia cognitiva y a la vez de cuestionar la metapsicología, en tanto modelo explicativo que no ha resultado empíricamente verificable (Bucci, 2001).

En este sentido, explica Bucci (2000) que una ciencia psicoanalítica puede ser vista como una disciplina integradora, centrada en el curso del desarrollo humano, ya sea adaptativo o patológico, y en este último caso, en el proceso de cambio de la patología a la adaptación en el tratamiento. Según la autora, esta ciencia tendría que basarse en campos relacionados como la psicología evolutiva, la psicología cognitiva, la psicolingüística y la neuropsicología. Enumera una serie de sugerencias

de las que el psicoanálisis podría beneficiarse, entre ellas – y específicamente en relación al tema de interés en esta tesis – la necesidad de poner un mayor énfasis en la investigación en relación con la diversidad étnica y cultural, así como la diversidad de la patología.

El trabajo de Bucci (1997) ha buscado acercar dos tradiciones en investigación, respetando sus propias lógicas: la tradición cognitiva que plantea la expansión u obtención de conocimiento a través de las asociaciones verbales y de los estímulos visuales; y la tradición psicoanalítica, que expande el modelo anterior al incorporar un nivel subsimbólico, que trasciende la imagen, incluyendo elementos somáticos e inconscientes, en un sentido amplio del término (ver la revisión de estas nociones en: Roussos, 2011/2012). En la integración de ambas tradiciones, Bucci desarrolla una “teoría del código múltiple” (TCM) (Bucci, 1997, 2001; Maskit, Bucci y Roussos, 2002), a partir de la cual surge su concepto de Actividad Referencial, como será detallado en los apartados siguientes.

3.2.1. La Teoría del Código Múltiple (TCM)

Esta teoría es propuesta como un modelo psicológico de procesamiento de la información emocional capaz de representar los múltiples sistemas que integran el psiquismo. Se refiere aquí a los sistemas emocionales, cognitivos, lingüísticos y orgánicos (Bucci, 1997).

La TCM incorpora tanto el procesamiento subsimbólico como el simbólico, como dos formatos básicos de información y amplía la perspectiva de la ciencia cognitiva para explicar además el procesamiento de la información emocional.

La información debe ser entendida desde una conceptualización más amplia que permita incorporar distintos tipos de eventos somáticos y sensoriales, y no restringirla a la imaginación visual y al lenguaje (Bucci, 1997).

Según explica la autora, existen 3 sistemas principales de representación y procesamiento de la información: *la modalidad subsimbólica no verbal, la modalidad simbólica no verbal, y la modalidad simbólica verbal.*

El sistema simbólico se caracteriza porque sus componentes, los símbolos, se definen como entidades diferenciadas con propiedades de referencia y generatividad; es decir, los símbolos son entidades que hacen referencia a otras entidades y que se pueden combinar para generar una variedad infinita de nuevas formas (Bucci, 2001).

Este sistema simbólico tiene dos niveles, el *simbólico verbal* y el *simbólico no verbal*. El primero de ellos está centrado en el lenguaje y sus símbolos, las palabras componen sistemas de representaciones. El segundo, *simbólico no verbal*, está representado fundamentalmente por imágenes. Tanto las palabras como las imágenes son entidades diferenciadas que hacen referencias a entidades fuera de ellas mismas. Sin embargo, se diferencian en que, al contrario que las palabras, las imágenes se forman en modalidades sensoriales específicas; son concretas en ese sentido especial (Bucci, 2001).

El sistema *subsimbólico no verbal* responde a modalidades específicas, incluidas todas las modalidades sensoriales, así como los formatos visceral y motor y refiere a los procesos que ocurren a nivel orgánico. Es un proceso de tipo analógico y holístico, que representa dimensiones de orden continuo en lugar de eventos discretos.

Estos tres sistemas de procesar la información poseen principios organizadores propios y contenidos que se especifican en la Tabla 1

Tabla 1. *Niveles y formas de procesamiento de la teoría del código múltiple (TCM)* (Bucci, 1997; Roussos 2011/2012)

	Nivel Subsimbólico	Nivel simbólico no verbal	Nivel simbólico verbal
Modo de procesamiento	Establece diferenciaciones en gradientes continuos sin explicación de dimensiones, categorías o medidas.	Organiza en entidades discretas con reglas explícitas, Su combinación permite crear infinitas imágenes.	Organización en entidades discretas con reglas de procesamiento explícitas. Su combinación puede generar infinitos significados.
Información procesada	Patrones de percepción espacial, temporal y motores.	Unidades discretas (imágenes).	Unidades discretas. (palabras).
Función involucrada	Funciones perceptuales, afectivas y motoras.	Funciones perceptuales cognitivas.	Funciones cognitivo-lingüísticas.

Siguiendo la clasificación de la tabla 1, Bucci (2007) desarrolla una serie de implicancias para el proceso psicoanalítico y su estudio empírico, en tanto la dimensión de la conciencia no está asociada de forma unívoca con ninguno de estos tres formatos.

Mientras que el sistema *subsimbólico no verbal* se caracteriza generalmente por ser implícito, automático y no intencional, en algunos casos puede ocurrir con conciencia.

Bucci (2007) explica que formarse psicoanalíticamente implica aprender – de manera

vivencial – cómo leer las pistas que el paciente nos dirige acerca de sus estados internos, y trabajar con ello intencional y conscientemente.

En la misma línea, ejemplifica también la autora sobre el concepto de empatía, argumentando que podría definirse como la habilidad de darse cuenta de la información *subsimbólica no verbal* transmitida por el paciente, en base a una variedad de señales, incluida nuestra propia respuesta *subsimbólica no verbal*.

3.2.2. La Actividad Referencial (AR)

La Teoría del Código Múltiple (TCM) desarrollada muy sintéticamente en los párrafos anteriores, alude a diferentes niveles de procesamiento emocional, desde el nivel subsimbólico no verbal hasta el nivel simbólico verbal, que actúan tanto sobre el emisor como sobre el receptor de la comunicación.

El concepto de Actividad Referencial (AR) (Bucci, 1997) alude a la capacidad de expresar las experiencias no verbales, particularmente las experiencias emocionales en forma verbal. Dicha capacidad varía su nivel entre distintos individuos, indicando un nivel de competencia relativamente estable, determinado por factores genéticos y experienciales. También muestra una considerable variación en su actuación en un mismo individuo a lo largo del tiempo, como una función ligada al contexto interpersonal, y al estado fisiológico y emocional.

En este sentido, la AR es un concepto psicológico que se refiere al grado en que un esquema emocional, que comprende representaciones de eventos e imágenes, es traducido a palabras (Bucci y Maskit, 2004; Roussos y O'Connell, 2005). Los atributos

del estilo de lenguaje y su proceso de cambio, son las variables que posibilitan la identificación del proceso referencial en el que se desarrolla dicha actividad.

La AR alude, entonces, al grado con el que el lenguaje, hablado y escrito, refleja conexiones con la experiencia no verbal y evoca una experiencia no verbal correspondiente en el que lee o escucha el discurso de otra persona. Este proceso opera en el paciente que intenta expresar la experiencia emocional, también opera en el terapeuta que escucha, experimenta y genera una intervención, y en la interacción entre ambos (Roussos, 2011/2012).

Describe Roussos (2011/2012) que los niveles altos de AR se asocian con narraciones emocionales del emisor que resultan vívidas y evocativas para el receptor, a diferencia de los niveles bajos de AR, donde el lenguaje es poco claro y de poco potencial evocativo, no logrando transmitir en forma vívida el emisor y mostrando una disociación entre lo hablado y lo sentido. Desde esta lógica, Bucci (1997) considera que el tratamiento psicoanalítico está específicamente diseñado para permitir la activación de viejos esquemas emocionales, con su núcleo afectivo, en un contexto interpersonal nuevo en el que pueden ser tolerados, examinados y reconstruidos, adquiriendo nuevos sentidos emocionales.

Utilizando el modelo de Bucci, brevemente sintetizado hasta aquí, uno de los objetivos específicos de esta tesis se propone evaluar si la AR decae, se mantiene estable o aumenta cuando el discurso (tanto del paciente como del terapeuta) se refiere a categorías de subjetividad social. Se intenta, así, registrar el proceso de simbolización de emociones en el discurso paciente-terapeuta, cuando éste se aboca a categorías de

subjetividad social. Se considera que esta estrategia empírica puede resultar útil para registrar el impacto de la subjetividad social en el “adentro” del proceso psicoanalítico.

3.2.3. Antecedentes de investigación de la Actividad Referencial (AR) vinculados con este estudio

Dos conjuntos de antecedentes en la investigación sobre AR son relevantes para el presente estudio: por un lado, investigaciones que han vinculado el nivel de AR en relación con la problemática de diferencias socio-culturales; por otro lado, investigaciones que han vinculado el nivel de AR con el uso de intervenciones clínicas.

Entre el primer grupo de estudios, cabe mencionar una investigación análoga al proceso de psicoterapia de King (2011), cuyo objetivo fue investigar cómo sujetos bilingües, biculturales americanos-asiáticos, se involucraban en la revelación de una experiencia emocional de recuerdos personales, en comparación con un grupo americano en general.

El autor exploró los efectos de relatar recuerdos tempranos y eventos emocionales personales recientes, evaluando el nivel de AR. Es interesante observar que para los relatos tanto de recuerdos tempranos y recientes, los asiáticos-americanos utilizaron un lenguaje menos vívido y detallado que la comunidad americana (es decir, se observó un nivel más bajo de AR). Si bien esto se esperaba para los recuerdos tempranos, que probablemente fueron codificados en un idioma asiático, fue sorprendente para los recuerdos recientes, ya que los participantes eran plenamente fluidos en inglés, y los recuerdos recientes probablemente se habían codificado en ese idioma. Este tipo de estudios apoya la idea de que las pertenencias socio-culturales pueden impactar el nivel

de AR, y justifica, al mismo tiempo, investigaciones clínicas (no análogas) como la aquí propuesta.

La AR ha sido más extensamente estudiada en su vínculo con las intervenciones clínicas.

Por sólo citar los más relevantes, Fretter, Bucci, Broitman, Silberschatz y John Curtis (1994) dieron cuenta de una correspondencia entre interpretaciones bien recibidas por una muestra de 3 pacientes y un incremento en sus niveles de AR.

Volviendo sobre la relación entre intervenciones psicoanalíticas y AR, Pessier y Stuart (2000) estudiaron los efectos de intervenciones transferenciales en el nivel de AR. Los autores tomaron episodios relacionales como unidades de análisis, en tres sesiones continuas de tres tratamientos psicodinámicos. Entre sus conclusiones, observaron que durante los episodios relacionales vinculados con el terapeuta, los pacientes mostraban ansiedad al discutir sus reacciones hacia el clínico, y el nivel de AR decaía, quizá reflejando esta situación. Sin embargo, los pacientes mejoraban la productividad de los episodios relacionales con otras personas, en cuyo descripción el nivel de AR del paciente se incrementaba.

En nuestro medio, Roussos, Etchebarne y Waizmann (2009) estudiaron el vínculo entre la interpretación psicoanalítica y su interacción con las características discursivas de un paciente, medidas de acuerdo con el nivel de AR. Realizaron un estudio de caso único, de 29 sesiones de un tratamiento psicoanalítico. Observaron que todas las intervenciones del terapeuta tratante, a lo largo de las 29 sesiones analizadas, eran formuladas cuando el nivel de AR se encontraba por encima de la media de AR del paciente, en una proporción

de 1.2. Constataron, a su vez, una proporción mucho mayor cuando la intervención era una interpretación (1.7). Estos resultados brindaron apoyo empírico sobre cómo el tipo de intervención del terapeuta varía de acuerdo con las diferencias en el discurso del paciente, reflejadas en niveles distintos de AR.

3.3. La participación de la variable terapeuta en la situación clínica

Aunque el presente estudio busque indagar la interacción discursiva paciente-terapeuta, tiene un foco claro en la figura de éste último, en tanto compara sesiones conducidas por clínicos de dos medios culturales diferentes (Argentina y Estados Unidos), y clasifica sus intervenciones dirigidas hacia el paciente.

Juan, Etchebarne, Waizmann, Leibovich de Duarte y Roussos (2009) enfatizan que aún no está definido el aporte que realiza el terapeuta a la situación clínica. Así, características personales del terapeuta, tales como su historia vital, sus propios conflictos emocionales, su nivel socio-económico, las vicisitudes de su entrenamiento y sus convicciones sobre su formación teórica, entre otras, son variables relacionadas con las posibilidades de éxito terapéutico y con la modalidad de intervenciones que utiliza.

En este apartado se tomarán como principales referencias bibliográficas las revisiones que Beutler y equipo (Beutler, Machado, y Neufeldt, 1994; Beutler et al., 2004) realizaron sobre las variables del terapeuta y su vínculo con los procesos y resultados de los tratamientos, en tanto son dos de los trabajos más completos disponibles sobre el tema (Lambert, Gurman, y Richards ,2010). Tanto la organización de las dimensiones de la variable terapeuta, como los antecedentes vinculados con cada uno de ellas, están basados en los trabajos de Beutler y equipo antes mencionado. También el

trabajo argentino de Roussos (1999) es un claro antecedente para la confección del apartado. Este recorrido por antecedentes se justifica porque, en sentido amplio, las variables del terapeuta conforman la subjetividad social del clínico, foco principal de la presente investigación.

Beutler, Machado, y Neufeldt (1994) organizan dos dimensiones principales: 1) *rasgos extra-terapéuticos* y 2) *estados específicamente terapéuticos*. Cada una de estas dos dimensiones se entrecruzan con características del terapeuta, que Beutler y equipo clasifican en: a) *objetivas* y b) *inferidas o subjetivas*. Dichas dimensiones conforman un modelo circunplejo de cuatro cuadrantes, como se ilustran en la Figura 1.

Figura 1. Variables del Terapeuta
(basado en Beutler, Machado, y Neufeldt, 1994 y Roussos, 1999).

	Características objetivas		
Rasgos extra-terapéuticos	Edad	Background profesional	Estados específicamente terapéuticos
	Género	Estilos terapéuticos	
	Etnia	Intervenciones clínicas	
	Características Subjetivas		
	Personalidad	Influencia social	
	Bienestar emocional	Expectativas	
	Valores, actitudes y creencias culturales	Orientación teórica	
		Relaciones terapéuticas	

Siguiendo la Figura 1, los *rasgos extra-terapéuticos* aluden a aquellas cualidades duraderas que se manifiestan en la vida extra-terapéutica del clínico, y que son incidentales al proceso terapéutico. Los *estados específicamente terapéuticos*, en cambio, definen el grado para el cual la variable del terapeuta es utilizada, desarrollada o definida específicamente para ampliar el rol psicoterapéutico. Las características *observables* son aquellas capaces de ser identificadas por procedimientos independientes del terapeuta, mientras que las características *subjetivas* responden a constructos hipotéticos, cuya identificación descansa en procesos inferenciales.

Partiendo de la organización de Beutler y equipo ilustrada en la Figura 1, se entiende que la subjetividad social del terapeuta se vincula con los cuatro cuadrantes del modelo. Se desarrollarán a continuación aquellas variables que resultan de mayor relevancia para el presente trabajo.

3.3.1. Características objetivas del terapeuta

Ya sea aquellas vinculadas con el “afuera” del proceso terapéutico, como las relacionadas con la situación clínica en sí misma, las *características objetivas* del terapeuta (ver Figura 1), revisten especial interés para esta investigación.

Por un lado, las características objetivas extra-terapéuticas aluden a la forma en que la presencia real del analista (edad, status social, raza) se impone en la conformación de la pareja terapéutica. Por otro lado, los estados específicamente terapéuticos observables, como la orientación y el background profesionales, se presentan en estrecha relación con la cultura institucional local en la que los analistas desarrollan su práctica profesional. A su vez, el estilo terapéutico y las intervenciones clínicas fueron utilizadas

en esta tesis para dar cuenta de la interacción discursiva entre paciente y terapeuta en relación con la subjetividad social, evaluando la Actividad Referencial y el tipo y contenido de intervenciones (ver capítulo 4).

Dentro de este contexto, en los apartados siguientes se analizarán las características objetivas del terapeuta, brindando un marco teórico-metodológico para los objetivos de esta investigación.

3.3.1.1. Características objetivas del terapeuta vinculadas con rasgos extra terapéuticos

Los rasgos extra terapéuticos referidos a características observables del terapeuta incluyen características demográficas del terapeuta, como *sexo, edad, status social y raza*. Los estudios que aportan Beutler et al. (2004) indican que el sexo, la edad y la raza son pobres predictores de resultados de tratamientos. Sin embargo, aclara que el efecto de los rasgos observables del terapeuta no puede juzgarse adecuadamente si no se toman en cuenta aspectos del paciente, y de la pareja terapéutica. Bohart y Greaves Wade (2013) informan que la evidencia sobre la igualación étnica en los tratamientos psicoterapéuticos no tiene un impacto sustancial en el resultado, sino mínimo. De cualquier forma esto genera la necesidad de revisar las creencias culturales y otros factores de ese tipo como moderadores de efectos terapéuticos, quizá no solo en relación al emparejamiento de paciente y terapeuta, sino al trabajo de sus diferencias. Roussos (1999) advierte que a pesar de las múltiples etnias que conviven en América Latina, no se conocen trabajos de este tipo en dicha región.

Es interesante hacer notar que el estudio de Orlinsky y Ronnestad (2005), con una muestra de más de 5000 terapeutas de diferentes regiones geográficas, pone en evidencia que el 90% de los encuestados eran nativos del país donde desarrollaban su tarea profesional, y no se veían a sí mismos como miembros de ninguna minoría, ya sea social, cultural o étnica.

3.3.1.2. Características objetivas del terapeuta vinculadas con estados específicamente terapéuticos

Las características objetivas vinculadas con estados terapéuticos refieren a: el background profesional del clínico, su estilo terapéutico y su modalidad de intervenciones.

En relación al background profesional, se ha informado previamente al principio de este capítulo cómo el estudio de Rodríguez Quiroga de Pereira, Ragau, Borensztein, y Jadur (2007) evidenció la influencia de la cultura local en relación con los intereses teóricos de los candidatos en formación psicoanalítica. La diferencia de interés de los candidatos de cada región hacia autores locales mostró pertenencias regionales de los participantes.

El rol de la cultura institucional local en la formación del terapeuta también se expresa en las tareas de supervisión. La supervisión de los casos clínicos ha sido históricamente el método por excelencia para transmitir y desarrollar las competencias y habilidades profesionales del terapeuta. Sin embargo, los estudios sobre supervisión y resultados son escasos. Un hallazgo de interés, reportado por Beutler et al. (2004), sugiere que los supervisores tienden a calificar más positivamente la actuación de los

supervisados que coinciden con su manera de pensar, dando cuenta aquí posiblemente de la fidelidad a líneas teóricas y pertenencias a la cultura institucional local, ya descritas en el trabajo de Rodríguez Quiroga de Pereira y equipo (2007).

Respecto de los estilos terapéuticos interpersonales, Beutler y equipo (2004) plantean que la existencia de estilos interpersonales compatibles, complementarios y positivos entre los terapeutas y sus pacientes, pueden ser indicativos de si la psicoterapia procederá en una dirección positiva. Aunque hay pocos estudios en relación a la correspondencia entre estilos verbales y no verbales de comunicación, la evidencia sugiere que dicha correspondencia facilita los tratamientos. En este punto, cabe señalar que la presente tesis buscó medir el nivel de actividad referencial (AR) (Bucci, 1997) del discurso de paciente y terapeuta en relación con categorías de subjetividad social, permitiendo observar la comunicación emocional entre paciente y terapeuta, cuando éste hacía alusión a las pertenencias socio-culturales de ambos (ver capítulos 4 y 5).

Por último, la revisión de antecedentes sobre intervenciones clínicas será analizada por separado en la última sección de este capítulo

3.3.2. Características subjetivas del terapeuta

Las características subjetivas extra-terapéuticas aluden a las variables de personalidad, de bienestar emocional y de valores, actitudes y creencias culturales del clínico. Las características subjetivas específicamente terapéuticas hacen referencia a las expectativas, la orientación filosófica y teórica que el clínico involucra hacia dentro del proceso terapéutico.

Dentro de los cuadrantes del modelo circunplejo de Beutler y equipo (ver Figura 1), el referido a las características subjetivas del extra-terapéuticas es centrales para dar un marco a la presente investigación. En tanto características subjetivas del clínico vinculables con sus contexto socio-cultural, aluden a la modalidad en que la subjetividad social del terapeuta se hace presente en la interacción con el paciente. Las variables subjetivas específicamente terapéuticas (orientación teórica y relación terapéutica) serán analizadas en el apartado sobre intervenciones.

3.3.2.1. Características subjetivas del terapeuta vinculadas con rasgos extra terapéuticos: valores, actitudes y creencias culturales del clínico

La orientación teórica, más allá de la posibilidad de ser manualizada, es fuertemente dependiente de las contribuciones únicas del terapeuta y su particular sistema de creencias y teorías. Los bajos efectos atribuibles a las distintas clases de intervenciones refuerzan la conclusión de que la efectividad de un tratamiento puede estar más cercanamente relacionada con las particulares creencias y valores que se han transmitido del terapeuta al paciente durante el tratamiento, más que por el uso específico de una técnica (Wampold ,2001).

Según Beutler y equipo (2004), existe preocupación en relación a que los terapeutas ejerzan una influencia no garantizada o no deseada sobre algunos pacientes, en función de sus propias creencias y estilos de vida. La presente tesis busca aproximarse a una arista de este complejo fenómeno, estudiando la presencia de categorías de subjetividad social en la interacción paciente-terapeuta.

Muchos investigadores han conceptualizado la psicoterapia como un proceso en el que los valores del terapeuta son un ingrediente primario. Hall, y Malony (1983) pusieron de manifiesto el control cultural de los clínicos pertenecientes a grupos mayoritarios dominantes, en relación a la posibilidad de manipular valores de personas pertenecientes a grupos minoritarios. El estudio de Greenwald y Banaji (1995) ha sido utilizado para sustentar pautas de alerta, dirigidas a que los terapeutas estén más conscientes y sensibles acerca de sus propias actitudes hacia otros, ya que éstas pueden estar más limitadas de lo que ellos mismos piensan, y contener actitudes negativas acerca de estereotipos en relación a diferentes grupos.

En términos amplios, Frank y Frank (1991) indican que luego de 20 años de investigación, siguen apoyando su visión primera en la que la psicoterapia es un proceso de persuasión interpersonal en que los valores, creencias, y optimismo del terapeuta sirven para sobrellevar la desmoralización, infundir esperanza y proveer un significado creíble de la vida para los pacientes.

Un tema relacionado con el anterior alude a los valores del psicoterapeuta. Beutler et al. (2004) señalan que si bien entre 1970 y 1980 se acumuló una gran cantidad de estudios sobre valores y psicoterapia, esta línea de investigación ha perdido popularidad en las últimas décadas. Se trata a su vez de un área que todavía enfrenta algunos problemas a nivel metodológico, y no se ha llegado a un consenso en relación a qué constituye un valor y en cuáles son los valores importantes para la práctica psicoterapéutica. Aunque están emergiendo mejores instrumentos para evaluar la matriz de valores potenciales entre terapeutas (Bergin, 1991) aún hay escaso acuerdo sobre lo que constituye un valor y se han recolectado muy pocos datos en relación a resultados en

psicoterapia relacionados con valores. Una vez más, este marco de referencia justifica investigaciones como la aquí propuesta, a modo de primeros pasos en la indagación sistemática de la participación de estas variables culturales en la situación clínica.

Kelly y Strupp (1992) investigaron la naturaleza y el alcance de los cambios percibidos en los pacientes en relación con sus valores culturales, y en relación con la similitud de los valores de paciente y terapeuta. Las díadas paciente-terapeuta cuyos valores fueron moderadamente similares mostraron la mayor mejoría, lo que indica que un rango intermedio de similitud en valores puede funcionar como un predictor de resultado positivo. Otros estudios también apoyan la idea de que es necesaria cierta compatibilidad de valores entre el paciente y su terapeuta, como las investigaciones sobre valores religiosos de Worthington, Kurusu, McCullough y Sandage (1996)

El papel de las valoraciones culturales de género y edad también ha tenido cierto lugar en la investigación en psicoterapia, desde la perspectiva de las variables del terapeuta. Algunas revisiones (Beutler y equipo, 2004) sugieren la existencia de sesgos contra pacientes gay, lesbianas y bisexuales por parte de los psicoterapeutas. Más allá de la consistencia de estos hallazgos, resulta evidente que la habilidad de los terapeutas para presentar una imagen útil a sus pacientes depende de sus actitudes hacia el estilo de vida de los pacientes gays, lesbianas, y bisexuales. En cuanto a las distorsiones en relación a la edad, los mismos autores destacan que la situación no difiere mucho con respecto a lo que ocurre con el género. La limitada evidencia que se encuentra al respecto sugiere que los psicoterapeutas tienen una mirada negativa y estereotipada de los pacientes más viejos.

3.3.2.2. A modo de síntesis

Del recorrido efectuado hasta aquí surge que no son demasiadas las investigaciones en relación al efecto que las pertenencias culturales del clínico pueden tener en el proceso y resultado de los tratamientos. Es probable que estas actitudes afecten la capacidad para desarrollar una relación de trabajo, restringiendo los recursos disponibles para el tratamiento de aquellos pacientes que son objeto de estos sesgos o prejuicios. Clarkin y Levy (2004) han señalad la importancia de elaborar hipótesis más sofisticadas sobre la manera en que estas variables psicológicas puede moderar y mediar en los efectos del tratamiento. El presente estudio se propone como un primer esfuerzo exploratorio-descriptivo en dicha dirección.

3.4. Modalidades de intervención clínica

3.4.1. El concepto de intervención

En el marco de la cultura psicoanalítica más orientada hacia la investigación empírica, descrita al comienzo de este capítulo, la presente investigación suscribe la necesidad de buscar nuevos modelos explicativos para el psicoanálisis, donde la indagación de las acciones concretas del analista, más allá de la teoría con las que éstas puedan explicarse, queda en el centro de interés. Una de las acciones críticas para el proceso terapéutico, alude, justamente, a las intervenciones clínicas.

En el marco de estas tesis, el estudio de las intervenciones obedece a indagar, por un lado, las relaciones entre la presencia de categorías de subjetividad social en su contenido y los diferentes ámbitos geográficos en donde se desarrollan los tratamientos.

Por otro lado, se apunta a describir el tipo de intervenciones que se utilizan en relación con la aparición de estos contenidos en el discurso del paciente.

Algunos autores, basándose en su experiencia clínica (Puget, 2005b), enuncian que dichos contenidos manifiestos suelen remitirse, en el análisis, al pasado infantil y a la vida pulsional de los analizados, impidiendo diferenciar la especificidad de los conflictos y sufrimientos provenientes de la pertenencia al contexto social. Sin embargo, esto no ha sido confirmado empíricamente. En este sentido, la presente tesis indaga qué tipo de intervenciones se utilizan cuando el discurso paciente-terapeuta alude a categorías de subjetividad social.

El concepto de intervención, ha sido definido por Beutler et al. (1994) como los *procedimientos técnicos diseñados para promover el cambio terapéutico*.

Específicamente, Roussos, Etchebarne, y Waizmann (2006) definen intervención como *todas aquellas acciones del terapeuta dentro de las sesiones que estén dirigidas al paciente y que tengan un sentido terapéutico*.

3.4.2. Estrategias para el estudio y clasificación de las intervenciones

Según la revisión de Juan, Etchebarne, Waizmann, Leibovich de Duarte y Roussos (2009), las intervenciones han sido estudiadas en relación a diferentes estrategias metodológicas, pudiéndose observar dos grupos distinguibles. El primero de ellos constituido por esquemas contruidos, principalmente, desde el *punto de vista teórico*. El segundo, por *modelos comparativos* de clasificación de intervenciones, según diferentes escuelas terapéuticas.

Entre quienes han clasificado desde esta perspectiva las intervenciones es preciso citar a Sandler, Dare, y Holder (1993) que estudiaron específicamente la clarificación, la confrontación y la interpretación. Wallerstein y De Witt (2000) diferenciaron intervenciones propias de la psicoterapia de apoyo de intervenciones propias de la psicoterapia expresiva.

Town , Hardy, McCullough, y Stride (2012) examinaron empíricamente la relación entre las intervenciones terapéuticas y la respuesta afectiva del paciente en psicoterapias psicodinámicas breves. Se trabajó sobre 6 casos y fue posible poner en evidencia que estadísticamente las intervenciones del terapeuta ofrecían diferencias significativas en relación a la respuesta afectiva inmediata del paciente. Los pacientes experimentaban un alto nivel de afecto inmediatamente después de intervenciones del tipo de confrontación, clarificación y apoyo, a diferencia de intervenciones de tipo de preguntas, auto-revelación o informativas. Los autores alegan acerca de la importancia de utilizar métodos estadísticos para dar cuenta de los procesos de tratamientos y estudiar secuencias entre eventos seleccionados e intervenciones terapéuticas.

Como afirman Roussos, Etchebarne y Waizmann (2005), las clasificaciones de intervenciones descriptas desde el punto de vista teórico, al contemplar sólo las intervenciones propias del modelo teórico, pueden omitir intervenciones no consideradas teóricamente, pero presentes en el diálogo terapéutico, como por ejemplo la interrogación específica y la síntesis, entre otros tipos de intervenciones.

En este sentido, un segundo grupo de clasificaciones se basa principalmente *en información proveniente de psicoterapeutas de distintos ámbitos teóricos* (Trijsburg, Lietaer, Colijn, Abrahamse, Joosten, y Duivenvoorden 2004). Aunque también parten de

una base teórica, enfatizan fundamentalmente la descripción de los terapeutas acerca de su accionar. Desarrollaron una escala completa de evaluación de intervenciones psicoterapéuticas (*Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale, CPIRS*) que fue estudiada en una muestra de 3064 psicoterapeutas holandeses. Dicha clasificación cuenta con 76 tipos de intervenciones derivadas de las principales líneas psicoterapéuticas: terapia centrada en el cliente, terapia psicodinámica, terapia conductual, terapia cognitiva, terapia psicodinámica de grupo y terapia sistémica.

Los autores encontraron 12 factores entre factores específicos de diferentes tipos de tratamientos y factores comunes, en las intervenciones estudiadas.

Algunas estrategias metodológicas en relación a la clasificación de intervenciones hicieron aportes específicos. Por ejemplo, Stiles y Sultan (1979) estudiaron *la intención y la forma de las intervenciones*. Los autores identificaron modos básicos de respuesta verbal (*verbal response modes*): pregunta, información, asesoramiento, reflexión, interpretación, y la auto-revelación. Dichos modos de respuestas verbal son comunes a diversas psicoterapias, pero se utilizan de manera diferencial de acuerdo con el marco teórico del clínico

Wiser y Goldfried (1996), siguiendo la clasificación de Stiles (1992), exploraron las intervenciones utilizadas por terapeutas cognitivo conductuales y psicodinámicos-interpersonales, en sesiones que se evaluaron como asociadas con cambio terapéutico. Entre sus hallazgos, se especificó que las intervenciones verbales más frecuentemente utilizadas por los terapeutas de ambos modelos teóricos fueron la pregunta, el espejamiento y las interpretaciones (definidas en sentido amplio como la provisión, por parte del terapeuta, de su punto de vista sobre la situación del paciente).

Hill (1992) también utiliza el concepto de modos de respuesta verbal, y plantea estudiar cómo las intenciones terapéuticas (entendidas como los propósitos subyacentes, objetivos y estrategias que el terapeuta tiene para sus intervenciones) se vehiculizan a través de los distintos modos de respuesta verbal. Desarrolla una clasificación para las intenciones terapéuticas, los modos de respuestas verbales del terapeuta, y las conductas y respuestas del paciente, describiendo así un modelo de proceso.

Milbrath et al. (1999) trabajaron sobre el micro y macro análisis de las intervenciones. Los autores desarrollaron la *Psychodynamic Intervention Rating Scale* (PIRS), que permite ser utilizada con dos metodologías diferentes para la evaluación de las intervenciones de los terapeutas. Por un lado utilizaron los métodos macroanalíticos, donde las técnicas del terapeuta se examinan a través de una sesión o varias sesiones y resultan de utilidad para estudiar los resultados de un tratamiento. Un segundo tipo de método es el microanalítico, que examina las intervenciones de los terapeutas al nivel de las alocuciones, o giros secuenciales entre paciente y terapeuta. Esto permite observar la relación directa entre lo que el terapeuta hace y como el paciente reacciona a la intervención (microanálisis de la intervención).

El espectro de posibilidades de análisis de las intervenciones entre un estudio macroanalítico y uno microanalítico se despliega entre el estudio de todo un tratamiento, de un grupo de sesiones, de toda una sesión, de un grupo de intervenciones repartidas en varias alocuciones del terapeuta, dentro de una misma sesión, de una alocución del terapeuta o de un fragmento de una alocución.

3.4.3. Clasificación de intervenciones utilizada en este estudio

El modelo clasificatorio de intervenciones utilizado para la presente investigación doctoral es la Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas (CMIP), elaborada por el Dr. Andrés Roussos y equipo (Etchebarne, Fernández y Roussos, 2008; Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2005, 2006; Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003). La CMIP surgió en el contexto del programa de investigación dirigido por el Dr. Andrés Roussos, que abordó las similitudes y diferencias en las intervenciones de tratamientos psicoanalíticos y tratamientos cognitivos, a través del análisis en material clínico y cuasi clínico, audiograbado y/o transcripto.

La clasificación fue construida para realizar un análisis multidimensional del acto de intervenir, considerando 4 dimensiones: el nivel estratégico, el nivel descriptivo, el nivel de contenido, y el nivel espacio-temporal. A su vez, el nivel descriptivo contempla la clasificación de intervenciones específicas y comunes de los marcos psicoanalítico y cognitivo.

Teniendo en cuenta las diversas maneras de definición de las intervenciones desarrolladas en el apartado anterior, puede ubicarse a la CMIP de la siguiente manera: a) propone definiciones específicas de intervenciones de acuerdo a los marcos teóricos psicoanalítico y cognitivo, b) propone definiciones de intervenciones comunes a ambas orientaciones, c) se basa en un análisis micro-analítico de las intervenciones, clasificando cada acción verbal del terapeuta y no la sesión o el tratamiento en su conjunto y d) posee una estructura multidimensional, en la que se clasifican 4 niveles coexistentes de intervenciones.

Además del estudio sobre el uso de la interpretación psicoanalítica y su vínculo con el nivel de Actividad Referencial (AR), ya comentado en este capítulo, la CMIP fue utilizada como herramienta de análisis de datos para la investigación doctoral de la Dra. Waizmann, quien estudió la relación entre la alianza terapéutica y las intervenciones psicoterapéuticas, para los marcos teóricos psicoanalítico y cognitivo. Por sólo mencionar un resultado, Waizmann observó una relación entre las rupturas en la alianza terapéutica y el uso de intervenciones no específicas en ambos marcos teóricos (Waizmann, 2011). También la tesis doctoral del Lic. Etchebarne utilizó la CMIP, con el objetivo de estudiar las relaciones entre las intervenciones y su fundamentación, por parte de terapeutas psicoanalíticos y cognitivos. Entre muchos resultados, Etchebarne (2014) observó que determinadas intervenciones específicas (por ejemplo, la interpretación psicoanalítica y la psicoeducación) correlacionaban de forma inversa con intenciones terapéuticas similares (por ejemplo: establecer un diagnóstico, alentar el autocontrol y atribución interna y/o identificar pensamientos disfuncionales).

En el capítulo siguiente se volverá en detalle sobre la estructura de la CMIP.

Capítulo 4. Metodología

4.1 Diseño y tipo de estudio

Para responder los objetivos específicos de esta investigación (ver capítulo 1), se realizó un estudio exploratorio-descriptivo, con un diseño mixto cuali-cuantitativo. Dada la naturaleza empírica naturalista de este estudio, el diseño utilizado fue observacional. A su vez, se trabajó con una modalidad inter-grupal, comparando dos grupos de sesiones clínicas (20 realizadas en Argentina y 20 realizadas en Estados Unidos). El corte de la investigación fue transversal.

Se utilizó una estrategia mixta, combinando métodos cualitativos y cuantitativos, a modo de una triangulación intermetodológica, definida, según Ramallo y Roussos (2008) como la aplicación de múltiples métodos a los mismos fenómenos o situaciones. En este estudio, la triangulación se refiere específicamente a la metodología cualitativa y cuantitativa. Los resultados obtenidos mediante ambas estrategias fueron luego integrados en una discusión final (ver capítulo 6).

4.2. Hipótesis

Se trabajó con las siguientes hipótesis de diferencia entre grupos, considerando como variable el contexto geográfico de la sesión (Argentina o Estados Unidos): a) las categorías de subjetividad social presentes en el discurso de los pacientes se diferencian dependiendo del contexto geográfico de la sesión (Argentina/EE.UU.); b) diferentes categorías de subjetividad social presentes en el discurso del paciente dan lugar a diferentes modalidades de intervención clínica, dependiendo del contexto geográfico de la sesión (Argentina/EE.UU.), c) el tipo y cantidad de intervenciones orientadas a analizar la subjetividad social del paciente difieren de acuerdo con el

contexto geográfico de la sesión (Argentina/EE.UU.), d) el nivel de Actividad Referencial (AR) del paciente, cuando su discurso se refiere a categorías de subjetividad social, se diferencia según el contexto geográfico de la sesión (Argentina/EE.UU.), e) el nivel de AR del terapeuta, cuando sus intervenciones se refieren a categorías de subjetividad social, se diferencia según el contexto geográfico de la sesión (Argentina/EE.UU.).

4.3. Muestra

Se realizó para el presente estudio un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. El tipo de material utilizado fue clínico, no análogo.

La muestra corresponde a 40 sesiones transcritas de tratamientos psicoanalíticos, provenientes de 20 terapeutas y de 20 pacientes. De esta forma, se analizaron dos muestras: 20 sesiones de 10 pacientes y 10 terapeutas, que ejercen en Argentina, y 20 sesiones de 10 pacientes y 10 terapeutas que ejercen en Estados Unidos.

Solamente pudo ser recabado como dato demográfico el país donde el terapeuta ejercía su práctica profesional, como se especifica en la Tabla 3.

Tabla 2. Características de la muestra

Zona de ejercicio profesional	Nro. Terapeutas	Nro. Pacientes	Nro. Sesiones (2 por paciente)
Estados Unidos	10	10	sesión1- sesión20
Argentina	10	10	sesión21- sesión40

En el caso de las sesiones de América del Norte, el material clínico pertenece a una base de datos existente en EE.UU. y fue provisto, ya transcrito, por la Dra. Bucci.

Como ya fue mencionado (ver capítulo 3), se presentan como antecedente de interés en el tema de este proyecto, y como justificación para la conformación de esta muestra, los resultados de Rodríguez Quiroga de Pereira y otros (2007) en una investigación centrada en conocer la influencia de las diferencias socio-culturales en la formación psicoanalítica, donde exponen claramente la influencia de la cultura local al menos en relación a los intereses teóricos de los candidatos. Los resultados de dicha investigación exponen la necesidad de explorar la identidad grupal y el ideal del grupo, así como la función inconsciente de la teoría (Hinshelwood, 2004), ya que cada región puede discriminarse según los autores que interesan a los candidatos. Dichas diferencias habilitan la consideración de los materiales seleccionados para este estudio, sesiones de tratamientos psicoanalíticos realizados por miembros y/o candidatos de algunas asociaciones/institutos de Estados Unidos y de Argentina, pertenecientes a la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA por su sigla en inglés).

La pertenencia a la IPA implica el atravesamiento de una formación específica y compartida por más de 100 institutos de formación alrededor del mundo. Su entrenamiento mantiene los fundamentos que llevaron a Freud, junto a otros psicoanalistas pioneros como Eitingon, a formar el primer instituto de psicoanálisis en Berlín en 1926. Consiste, en la actualidad, en una formación simultánea y no menor a una duración de 4 años, en tres ejes, a los que se denomina trípode psicoanalítico. Este consiste en seminarios teóricos semanales, supervisiones clínicas semanales de 2 pacientes de alta frecuencia de sesiones y análisis personal de alta frecuencia del psicoanalista. Estos aspectos, junto con la pertenencia institucional, se constituyeron en los pilares básicos de la formación, describiendo un modelo de formación que implica un alto compromiso personal. Aunque hoy en día es posible diferenciar tres

modelos de formación, el británico, el francés y el uruguayo, todos comparten las exigencias explicitadas.

4.3.1. Criterios de inclusión en el estudio.

Se utilizó como criterio de inclusión en el estudio que los participantes fueran terapeutas en Institutos de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Dicho criterio permite evaluar las intervenciones desde una modalidad de formación compartida. Las sesiones debían estar desgrabadas y transcriptas verbatim..

4.4. Materiales.

4.4.1. Guía para la categorización cualitativa de la subjetividad social en el discurso de paciente y terapeuta

Tal cual se analizó en el capítulo 2, fue necesario ubicar la noción de subjetividad social hacia el extremo descriptivo de su significado, por oposición a connotaciones más dinámicas “de proceso”, para permitir identificar segmentos del discurso paciente-terapeuta que incluyeran información referente al contexto socio-cultural. Dicha información fue categorizada cualitativamente, generándose 5 categorías de subjetividad social, clasificables a partir de la producción verbal de paciente y terapeuta, a saber: 1) ideales culturales dominantes, 2) legalidades culturales dominantes, 3) imposiciones contextuales imprevistas, 4) prejuicios y 5) otros. En el capítulo siguiente se ilustrará la guía de clasificación brindada a los jueces (ver capítulo 5, tabla 3). A su vez, en el apéndice A se incluyen ejemplos detallados de cada categoría clasificada.

4.4.2. Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas

(CMIP) (Roussos et al., 2001 – 2009)

La CMIP es una clasificación de intervenciones construida sobre la información registrada en material clínico audio o video grabado. Plantea distintos niveles de análisis del acto de intervenir. El esquema clasificatorio considera las siguientes variables: un análisis estratégico (propósito de la intervención), un nivel descriptivo (estructura y morfología de la intervención), un nivel de contenido (el tema incluido en la intervención) y un nivel de orientación témporo-espacial (lugar y momento al que se refiere la intervención). Se utilizaron para esta tesis los niveles descriptivo y de contenido. En cada uno de los mismos es posible diferenciar intervenciones inespecíficas, de intervenciones específicas psicoanalíticas. Estos aspectos se desarrollan en los apéndices B, C, D y E.

4.4.3 .Programa de Análisis de Atributos del Discurso (Maskit, Bucci y Roussos, 2002), y Diccionario Ponderados de Actividad Referencial (Bucci y Maskit, 2004; Roussos y O'Connell, 2005)

El *Programa de Análisis de Atributos del Discurso* (DAAP) es un sistema de análisis de textos computarizado, diseñado por Maskit, Bucci y Roussos (2002). Ha sido utilizado para el estudio de procesos en psicoanálisis, tal cual se reseñó en el capítulo 3. Su propósito es el de proveer una puntuaciones para la Actividad Referencial (AR) (Bucci, 1997). Usados de forma conjunta con el DAAP, los diccionarios ponderados de Actividad Referencial (Bucci y Maskit, 2004; Roussos y O'Connell, 2005) permiten calcular la puntuación de la Actividad Referencial para cualquier segmento del lenguaje natural.

El *Weighted Referential Activity Dictionary* (E-WRAD) de Bucci y Maskit

(2004) y el *Diccionario Ponderado para medir la Actividad Referencial* (S-WRAD) de Roussos y O'Connell (2005), son listados de palabras, en inglés y en castellano respectivamente, a las que se les ha asignado un peso. El diccionario E-WRAD incluye alrededor del 85% de la muestra de 140.000 palabras de la que fue desarrollado. El diccionario S-WRAD incluye alrededor del 74% de una muestra de aproximadamente 100.163 palabras de la que fue desarrollado. Roussos y O'Connell (2005) explican que casi un 50% de las palabras más frecuentes utilizadas en ambos diccionarios coinciden en ambos idiomas. De hecho, del resto de las palabras que no coinciden, varias corresponden a aquellas que no tienen traducción directa. Esto estaría mostrando una universalidad en las palabras de uso más frecuente y en la Actividad Referencial. El E-WRAD correlaciona .5 a .6 con la Actividad Referencial evaluada por jueces (Bucci y Maskit, 2004).

4.5. Consideraciones éticas

Se requirió el consentimiento informado, tanto del paciente como del terapeuta a cargo, para las sesiones argentinas. Las sesiones de EE.UU. provenían de una base de datos ya existente y tenían el consentimiento otorgado con anterioridad a este estudio. Se presentan en los APENDICES E y F los modelos de consentimiento utilizados.

4.6. Procedimientos

4.6.1. Obtención del material

La obtención de las sesiones norteamericanas provino de la base de datos del equipo de la Dra. Bucci en Estados Unidos. Las mismas contaban ya con

consentimientos informados para su utilización en investigación y posterior publicación de los resultados. Para las sesiones argentinas, tanto terapeuta como paciente firmaron los correspondientes consentimientos. El material de América del Norte fue provisto, ya transcrito.

A diferencia de los materiales de Estados Unidos, la recolección del material de Argentina implicó una tarea ímproba y de larga duración. El equipo de investigación del Dr. Roussos facilitó materiales clínicos de 3 de los terapeutas. Para los casos restantes, la doctoranda realizó un trabajo de contacto directo con diferentes terapeutas, invitándolos a participar de la investigación, dada su pertenencia a la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA) y al Departamento de Investigación del Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM), de la misma asociación psicoanalítica.

Al realizar esta tarea, se presentaron dos obstáculos. El primero de ellos referido al uso de audio grabación para las sesiones requeridas, el segundo en relación al pedido de consentimiento informado. Esta vicisitud implicó una lenta tarea para la recolección. Se entrevistó a los posibles terapeutas para informarlos de la investigación en curso y del pedido de materiales. Se trabajó con cada uno de ellos el tema del consentimiento. Varios de los entrevistados pidieron tiempo para pensar la posibilidad de incorporarse como voluntarios. Se los volvió a contactar tiempo después y finalmente pudo lograrse la muestra necesaria.

El material clínico fue desgrabado de acuerdo a las reglas de Mergenthaler y Grill (1996) para las sesiones argentinas.

4.6.2. Síntesis de los pasos seguidos durante el proceso de investigación

Con el objetivo de facilitar la comprensión de los pasos metodológicos de la

presente tesis y el posterior análisis de datos (ver capítulo 5), a continuación se ofrece una enumeración sintética de todo el proceso de investigación realizado:

- 1) Se construyó una guía para la categorización de la subjetividad social.
- 2) Se evaluó la confiabilidad inter jueces para el uso de dicha guía.
- 3) Se preparó un archivo con todos los documentos (sesiones verbatim de análisis) en el programa de análisis de datos cualitativos “Atlas ti”. Se le asignaron códigos a cada categoría y subcategoría de la subjetividad social; a cada unidad de sentido de la subjetividad social; a cada intervención descriptiva, a cada intervención de contenido y, finalmente, a cada una de las alocuciones.
- 4) Se identificó la presencia/ausencia de las categorías de la subjetividad social en el discurso del paciente y en las intervenciones del terapeuta. Se utilizaron estrategias de establecimiento de acuerdo y consenso entre jueces.
- 5) Se procedió a re-agrupar las unidades de análisis correspondientes a subjetividad social, ya categorizadas, en unidades de sentido. Se utilizaron estrategias de establecimiento de acuerdo y consenso entre jueces para llevar adelante esta tarea.
- 6) Se clasificaron las intervenciones del terapeuta en descriptivas y de contenido, evaluándose la confiabilidad inter jueces para esta tarea.
- 7) El programa Atlas ti. generó una matriz de datos con las categorías de la subjetividad social, las unidades de sentido de la subjetividad social, las intervenciones clasificadas y las alocuciones.
- 8) Se evaluó la Actividad Referencial de paciente y terapeuta de cada una de las sesiones.
- 9) Se procedió a construir una base de datos en el programa SPSS, con las

variables que se detallan a continuación: a) unidades de sentido de la subjetividad social del paciente, b) alocuciones con subjetividad social del paciente, c) alocuciones totales del paciente, d) proporción de alocuciones con subjetividad social del paciente, e) actividad referencial media con subjetividad social del paciente, f) actividad referencial media del total de alocuciones, g) cantidad de alocuciones con subjetividad social, h) cantidad total de alocuciones del terapeuta, l) proporción de alocuciones con subjetividad social del terapeuta, j) media de la actividad referencial con subjetividad social del terapeuta, k) media de la actividad referencial total del terapeuta, l) media de la actividad referencial del paciente sin subjetividad social, m) media de la actividad referencial del terapeuta sin subjetividad social.

- 10) Se constituyeron variables con el puntaje Z de cada una de las variables ya especificadas.
- 11) Se constituyeron variables de cada tipo de intervención descriptiva y de contenido según la clasificación CMIP, así como de cada tipo de intervención descriptiva y de contenido con presencia de la subjetividad social. Los estadísticos descriptivos de estas variables se describen en los apéndices H e I.
- 12) Se procedió al análisis de datos y resultados correspondientes a cada uno de los objetivos específicos planteados.
- 13) Se generaron la discusión y las conclusiones a partir de los resultados obtenidos en el paso 12.

CAPITULO 5. Análisis de datos y resultados: estudios empíricos en detalle

5.0. Introducción

A lo largo del presente capítulo se describirán los estudios empíricos realizados para analizar y responder a cada uno de los objetivos específicos de esta investigación.

El diseño empleado de triangulación intermetodológica (Ramallo y Roussos, 2008) permitió la utilización de información diferente y complementaria brindada por diferentes perspectivas de análisis. Dentro de este contexto, los instrumentos utilizados para responder a los objetivos específicos combinaron enfoques cualitativos y cuantitativos durante el proceso de investigación. Dicha triangulación metodológica posibilitó que procedimientos esencialmente clínicos pudiesen ser explorados y descritos de manera cualitativa, así como validados externamente a través de mediciones empíricas. Así, la identificación de categorías cualitativas de subjetividad social se complementó con la perspectiva cuantitativa. Esta última perspectiva permitió, fundamentalmente, visualizar el fenómeno de la subjetividad social en relación con hipótesis de diferencia de grupos.

La presentación del análisis de datos y resultados ha sido organizada en función de cada objetivo específico. Para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, se incluyó una breve descripción de los procedimientos utilizados en el análisis de cada objetivo específico, complementando la descripción general de la metodología ya realizada en el capítulo 4. Por último, cada análisis de cada objetivo específico fue luego sintetizado de manera breve, con el mismo fin de clarificar la información obtenida.

5.1. Análisis de datos y resultados correspondientes al objetivo específico #1:

Indagar si la presencia de categorías de subjetividad social en las intervenciones del terapeuta se relaciona con el contexto socio-cultural del tratamiento, comparando sesiones de psicoanalistas que desarrollan su práctica profesional en Argentina y en Estados Unidos.

5.1.1. Particularidades del método del objetivo específico #1

El objetivo específico #1 de la presente tesis se proponía analizar si el contenido de las intervenciones del terapeuta mencionaba aspectos relativos a la subjetividad social del paciente y si estos aspectos se diferenciaban con respecto a la región geográfica.

Se utilizó metodología cualitativa para identificar la presencia/ausencia del fenómeno de la subjetividad social en el discurso del paciente y del terapeuta. El carácter de la misma fue deductivo-inductivo, ya que se utilizaron categorías teórico-clínicas (de alcance descriptivo y deductivo), así como también se esperaba que las unidades de análisis produjeran categorías nuevas (alcance exploratorio e inductivo). Es importante resaltar también, como específica de la metodología cualitativa, la perspectiva holística con que se considera el fenómeno de la subjetividad social, ligada a sus manifestaciones en la práctica analítica.

Por último, si bien el foco de este objetivo estuvo en el contenido de las intervenciones psicoterapéuticas, el análisis de datos debió tomar en cuenta el discurso del paciente, a los fines de identificar las intervenciones de los clínicos que hacían referencia a categorías de subjetividad social. Por tales motivos, se incluye en el análisis de datos no sólo la clasificación de las intervenciones sino además el contenido del discurso de los pacientes.

5.1.2. Construcción y aplicación de la guía para la categorización cualitativa de la subjetividad social en el discurso del paciente y del terapeuta

Tabla 3. Categorías de Subjetividad Social clasificadas en este estudio
<u>IDEALES CULTURALES DOMINANTES</u>
<i>Definición conceptual/operacional:</i> Manifestaciones en el discurso del paciente y/o terapeuta que aluden al conjunto de ofertas de ideales que brinda a sus integrantes una cultura determinada, a través de distintos medios, a fin de regular la autoestima de los sujetos que la integran. (modificación de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2005). Se utilizarán las siguientes sub-categorías para su clasificación:
Código A0.1. IDEAL DE EFICIENTISMO: El discurso paciente-terapeuta refiere al ideal de rendimiento y triunfo competitivo. En particular este ideal domina las prácticas sociales en relación tiempo de trabajo/tiempo de ocio y en el uso de dispositivos de comunicación que suministran información actualizada y permanente (modificación de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2005). Esta categoría incluye situaciones en donde se privilegia el rendimiento laboral ante cualquier vicisitud personal (ver apéndice A para ejemplo detallado)
Código A0.2. IDEAL DE INMEDIATEZ: El discurso paciente-terapeuta refiere al ideal de la acción a-histórica, la resolución de un problema sin tomar en cuenta los antecedentes de la misma ni sus consecuencias. En particular, este ideal domina los vínculos eróticos y sociales manifestándose como una intolerancia a la incertidumbre y una actividad impulsiva destinada a reducir la tensión (modificación de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2005). Esta categoría incluye situaciones en donde se recurre a alguna acción no reflexionada sin advertir las consecuencias de la misma (ver apéndice A para ejemplo detallado).
Código A0.3. IDEAL DE MANIPULACION Y CAMBIO CORPORAL: El discurso paciente-terapeuta refiere al ideal de perfección corporal y la posibilidad de cambio sin límite del aspecto y funcionamiento del cuerpo, tanto en sus capacidades somáticas como sexuales. En particular, este ideal se manifiesta en una búsqueda permanente de belleza, potencia y salud, a través de la delgadez, el desarrollo de la musculatura y las manipulaciones quirúrgicas del cuerpo (modificación de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2005). Esta categoría incluye situaciones en donde se alude al ideal de belleza impuesto culturalmente y a los improbables esfuerzos por alcanzarlo (ver apéndice A para ejemplo detallado).

Tabla 3. Categorías de Subjetividad Social (CONTINUACIÓN)
<p>Código A0.4. IDEAL DE “WHITENESS” (BLANCURA): El discurso paciente-terapeuta refiere al ideal de un modelo de raza, género y/o clase social, con el estereotipo dominante de varón de tez blanca y nivel socio-económico alto. En particular, este ideal domina el vínculo del sujeto en relación con otros (modificación de Altman, 2010). Esta categoría incluye situaciones en donde se refiere a dimensiones de pertenencia ligadas a la raza, el género y a las clases sociales (ver apéndice A para ejemplo detallado).</p>
<p>Código A0. 5. IDEAL DE SOLIDARIDAD: El discurso paciente-terapeuta refiere al ideal de un modelo de intercambio y de participación en redes vinculares de sostén, que promuevan tanto el dar como el recibir ayuda y/o posibiliten sentimientos de reconocer y ser reconocido por otros. Esta categoría incluye situaciones en donde se alude a pertenencias que posibilitan un intercambio solidario y al reconocimiento entre sus miembros (ver apéndice A para ejemplo detallado).</p>
<p>Código A0.6. IDEALES REFERIDOS A PROYECTOS VITALES: El discurso paciente-terapeuta refiere a los proyectos vitales, entendidos como ideales. Dichos proyectos incluyen a la realidad social como instancia organizadora, posibilitando la continuidad temporal, para realizar acciones concretas. Esta categoría incluye situaciones en donde se refiere a proyectos vitales sustentados en las posibilidades que brinda la sociedad (ver apéndice A para ejemplo detallado).</p>
Código B7. LEGALIDADES CULTURALES DOMINANTES
<p>Definición conceptual/operacional: Manifestaciones en el discurso del paciente y/o terapeuta que refieren al conjunto de normas y valores de una cultura o micro-cultura determinada; que regulan los vínculos entre sus integrantes y que suelen ser preexistentes al sujeto. Esta definición entiende por normas las reglas y expectativas que regulan las conductas, creencias y emociones deseables e indeseables para los miembros de la cultura (Triandis, 1994). A su vez, los valores son definidos como los fines y principios relevantes en la vida, con los que las personas evalúan lo que es deseable, bueno o bello, guía de la conducta diaria (Triandis, 1994). Ver apéndice A para un ejemplo detallado.</p>

Tabla 3. Categorías de Subjetividad Social (CONTINUACIÓN)
<u>Código C8. IMPOSICIONES CONTEXTUALES IMPREVISTAS</u>
<i>Definición conceptual/operacional:</i> Manifestaciones en el discurso del paciente y/o terapeuta que aluden a eventos contextuales inesperados, que impactan en la vida personal y/o comunitaria (catástrofes, constricciones económicas, pérdidas laborales, acontecimientos políticos, accidentes, etc.). Esta categoría toma en cuenta cómo las imposiciones contextuales imprevistas obligan al sujeto a implementar un hacer con lo que se le presenta, a sabiendas de que no conoce o conocerá la eficacia de su acción hasta después de realizada (modificación de Berenstein, 2004). Ver apéndice A para un ejemplo detallado.
<u>Código D9. PREJUICIOS</u>
<i>Definición conceptual/operacional:</i> Manifestaciones en el discurso del paciente y del terapeuta que aluden a un juicio rutinario, estereotipado, basado en características reales o imaginarias de los miembros de un grupo o del grupo en sí, que cohibe el pensar en posibles evaluaciones alternativas (Allport, 1954/1971). El prejuicio no siempre tiene una connotación negativa sino que puede referirse a una actitud sobrevalorada del propio grupo de pertenencia. Esta categoría incluye situaciones en donde se brinda una opinión preconcebida impuesta por la pertenencia socio-cultural del paciente (ver apéndice A para un ejemplo detallado).
<u>Código E10. OTROS</u>
Esta categoría incluye elementos no considerados en las categorías anteriores que indiquen presencia de subjetividad social en el discurso paciente-terapeuta. Ver apéndice A para un ejemplo detallado.
<u>ESPECIFICACIÓN DE GRUPO (PROPIO, AJENO O NO IDENTIFICABLE)</u>
Se discriminó en cada categorías si se hacía una referencia explícita a determinado grupo de pertenencia, ya sea propio o ajeno, según la siguiente codificación: _ Código 71. GRUPO PROPIO: la referencia explícita es hacia el grupo al que se pertenece (ver ejemplo en apéndice A). _ Código 72. GRUPO AJENO: la referencia explícita es hacia un grupo al que NO se pertenece (ver ejemplos en apéndice A). _ Código 73 GRUPO NO IDENTIFICABLE: la referencia grupal no permite ser identificada ni como propia ni como ajena (ver ejemplo en apéndice A).

Tal cual ilustra la tabla 3, se procedió a categorizar cualitativamente el conjunto de elementos manifiestos y específicos provenientes de la pertenencia al contexto socio-cultural de paciente y terapeuta, presentes en la interacción discursiva de las 40 sesiones de tratamiento estudiadas. En otras palabras, se generó una clasificación de categorías de subjetividad social, a fin de poder analizar los objetivos del presente estudio. La tabla 3 ilustra la categorización utilizada, con sus definiciones e instrucciones de clasificación. Asimismo, en el apéndice A se ofrecen ejemplos detallados de cada categoría, provenientes del material clínico de esta investigación.

5.1.3. Identificación de categorías indicadoras de la presencia de subjetividad social en las sesiones

Para el análisis cualitativo del contenido de los datos, en relación a las categorías teórico-clínicas de la subjetividad social (ver tabla 3), se trabajó con dos evaluadores. Se utilizaron dos tipos de estrategias de evaluación de dicho análisis, las estrategias de *establecimiento de acuerdo inter-jueces* y *las estrategias de establecimiento de consenso entre jueces*. Las mismas fueron utilizadas de forma asociada.

En primera instancia se buscó obtener un nivel básico de acuerdo entre los jueces. Dicho acuerdo inter-jueces fue utilizado para un primer análisis del material. Se entrenó a dos jueces calificados para reconocer la presencia del fenómeno de la subjetividad social en el discurso de paciente y terapeuta. Esto permitió identificar las categorías y sub-categorías descritas (ver tabla 3), así como possibilitó la emergencia de nuevas categorías.

Luego del entrenamiento, se prepararon 20 textos diferentes para ser clasificados por los jueces, evaluándose el acuerdo entre jueces con el coeficiente

Kappa de Cohen (1960). Se observó un valor promedio de .66, lo que indica un acuerdo de “bueno” a “sustancial” entre los jueces, según lo clasifican Landis y Koch (1977).

En una segunda instancia, y una vez que los jueces estuvieron entrenados en la clasificación, se procedió a analizar el material en base a técnicas de consenso. Se clasificaron las sesiones entre dos jueces, dividiéndolas entre ambos de forma equitativa. Esto implicó tomar en cuenta el idioma de las mismas, el número de terapeuta y el número de sesión. Luego, ambos jueces consensuaron una versión final de cada sesión de tratamiento clasificada.

Para facilitar el análisis posterior de los datos, se introdujeron las transcripciones verbatim de las sesiones en un software cualitativo que permitió el análisis de texto (software “Atlas ti”). El Atlas ti facilitó la identificación de las unidades de análisis, y la codificación de las categorías identificadas.

Se consideró como *unidad de análisis* al segmento del discurso del paciente o del terapeuta que refería a la subjetividad social, y se encontraba comprendido en una oración. Esto implicó que dentro de una misma alocución (correspondiente al discurso del paciente y a la siguiente intervención del terapeuta o viceversa), pudieran existir varias unidades de análisis.

Los jueces tabularon de forma independiente las sesiones asignadas a cada uno y luego se reunieron para *consensuar* tanto las unidades de análisis en el discurso del paciente y del terapeuta que corresponden al tema subjetividad social, como la categorización de las mismas. Sobre un total de 626 alocuciones con subjetividad social de paciente y terapeuta, en 118 alocuciones no se arribó a un consenso entre los jueces. En dichos casos las alocuciones fueron auditadas por la doctoranda, definiendo la presencia o no del fenómeno de la subjetividad social y la categoría

pertinente.

Este modelo de interacción entre las estrategias de establecimiento de acuerdo y consenso entre jueces, está basado en técnicas de análisis de material clínico como las de Dubé (2008) y el modelo cualitativo consensual CQR (Hill, Knox,. Thompson, Williams, Hess y Ladany, 2005).

Finalmente se agruparon las unidades de análisis correspondientes a subjetividad social, ya categorizadas, en *unidades de sentido*. Dichas unidades se conformaron por la identificación de un mismo tema o sentido durante la sesión. Se organizó el material de modo que a cada unidad de análisis, de cada categoría y en cada sesión, se le asignara una unidad de sentido. En el ejemplo que se presenta en la tabla 4, se ven dos unidades de análisis a las que se les asigna una misma unidad de sentido, en una misma alocución, referidas a la subcategoría *ideal de inmediatez* de la clasificación de subjetividad social utilizada (ver tabla 3).

Tabla 4
Ejemplo de agrupación de unidades de análisis según unidad de sentido

<i>Categoría Ideal de inmediatez</i>	Material clasificado	Códigos (Alocución)
Analista 13 Sesión 26	Ejemplo de Texto recuperado de dos unidades de análisis correspondientes a la misma unidad de sentido.	
Unidad de sentido 1	<PI> [lo que me pasa esteee porque me agarran esos momentos como de ira como de bronca que eheee que me tengo que fumar un cigarrillo urgente porque si no sé, la sensación es que si lo tengo enfrente me dan ganas de acogotarlo]	002
Unidad de sentido 1	<PI> [o sea por ahí me fumo tres cigarrillos seguidos y después ya está, se me fue y ¿qué, gano? nada eso pensaba y como que respiro, hondo varias veces y no sé dije bueno, ya está, ¿se me paso?]	002

Se procedió a transformar los datos codificados cualitativamente en datos cuantitativos, la tabla 5 presenta las frecuencias observadas de: categorías de

subjetividad social, unidades de análisis con subjetividad social del paciente, alocuciones con subjetividad social del paciente, alocuciones totales del paciente, alocuciones con subjetividad social del terapeuta y alocuciones totales del terapeuta.

Tabla 5
Frecuencias de unidades de análisis y alocuciones con subjetividad social

Subjetividad social					
País	UA Sub.soc P.	Al. Sub.soc. P.	Al. Tot. P.	Al. Sub. Soc. T	Al. Tot. T.
	n	n	n	n	n
EEUU	348	178	891	51	901
Argentina	399	289	1717	108	1717
Total	747	467	2608	159	2618

UA Sub. Soc. P.: Unidades de análisis con subjetividad social paciente. Al. Sub. Soc. P.: Alocuciones con subjetividad social paciente. Al. Tot. P.: Alocuciones totales paciente. Al. Sub. Soc. T.: Alocuciones con subjetividad social terapeuta. Al. Tot. T.: Alocuciones totales terapeuta.

5.1.4. Análisis de datos del objetivo específico #1

Para el análisis de los datos de este objetivo, se realizaron tres bases de datos de las 40 sesiones, utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

En la primera base de datos, se organizó la frecuencia de las unidades de análisis de cada categoría cualitativa de subjetividad social por sesión. En la segunda base, la frecuencia de cada categoría según unidades de sentido, por sesión. La tercera base de datos fue construida con la frecuencia de unidades de sentido de subjetividad social del paciente por sesión, y la frecuencia de las intervenciones del terapeuta por sesión, según unidades de sentido de subjetividad social.

Para establecer si el fenómeno estudiado respondía a una distribución normal, se utilizó la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.

Para evaluar la existencia de diferencias significativas entre los dos grupos (tratamientos realizados en Estados Unidos y en Argentina) en relación con la presencia de manifestaciones de la subjetividad social, se utilizaron las pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney y la prueba de Kolmogorov-Smirnov para muestras independientes.

Se realizó una prueba T para muestras independientes a los efectos de evaluar si la proporción de intervenciones con subjetividad social se diferenciaban según el lugar de ejercicio profesional de los terapeutas (Estados Unidos o Argentina).

Finalmente, se evaluó la correspondencia entre la frecuencia de unidades de sentido categorizadas como subjetividad social del paciente y de las intervenciones del terapeuta, por sesión.

5.1.5. Resultados del objetivo específico #1

A los fines de clarificar la presentación de los resultados, se ofrece un ejemplo de la categoría de subjetividad social “Eficientismo”, clasificada en el material (ver tabla 6). Para una lista completa de ejemplos, ver apéndice A.

Tabla 6
Ejemplo de Ideales Culturales Dominantes, subcategoría Eficientismo

Categoría	Material clasificado (sesión EE.UU.)	Códigos (subjectividad social e intervenciones)
<p><i>Ideal de Eficientismo</i></p> <p>Analista7 Sesión 13 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto 1 para introducir el ejemplo:</u> El paciente relata un sueño que tiene durante una breve siesta en una guardia médica.</p> <p><u>Ejemplo de texto recuperado:</u> <P1> uhuh. as a matter of fact 1 think uh think that dream uh came uh, uh during my nap uh from about two or three or so this morning. When 1'd gotten up at one-thirty 1 had been debating as to whether to go back to bed and finally decided to go back to bed, knowing that 1 would have to be getting up in an hour or so. So 1 guess 1 was.... There's a certain amount of martyr quality to it, or at least- element of that. It, its pride in my ability to uh continue to function uh as if nothing were slowing me down, uh after what to me is an unusually small amount of sleep. 1've never been one to stay up late and study or anything. 1've never been bashful to ... sleeping through class to catchup with my sleep.</p> <p><P2> possibly the thought of in the dream about granddad is, is like your last mentioning of granddad also. Granddad's a man you admired a great deal and a man you feel you could be like.</p> <p><u>Texto2 para introducir el ejemplo :</u> El paciente narra acerca del excesivo trabajo en la guardia médica y cómo esto afecta su relación de pareja.</p> <p><P1> ...it's more of a stable balanced sort of a feeling. It's, you know, it's not the sort of feeling that 1'm suddenly going to come up and realize that my god 1 have overextended myself too far.</p> <p><P2> I thought when you mentioned (Fred) that your, that one facet of this is, is, is expressed in that the facet of, "well 1 have a lot 1'm doing it's necessary 1 enjoy it, but one of the costs is that uh, uh 1 can't be there as much as 1'd like to."</p>	<p>Alocución 025</p> <p>0A-1- Eficientismo 0A-1- EF- unidad de sentido 1</p> <p>01- D2 Explicativas psicoanalíticas 01- Cont.102/151 situación familiar/ sueños</p> <p>Alocución 035. 0A- 1 Eficientismo 0A-1 EF. Unidad de sentido 1. 0I-G2 De Revisión Psicoanalítica 0I-Cont. 117/118/119/121-Citas o Relaciones de pareja/Actividades Laborales-Estudiantiles</p>

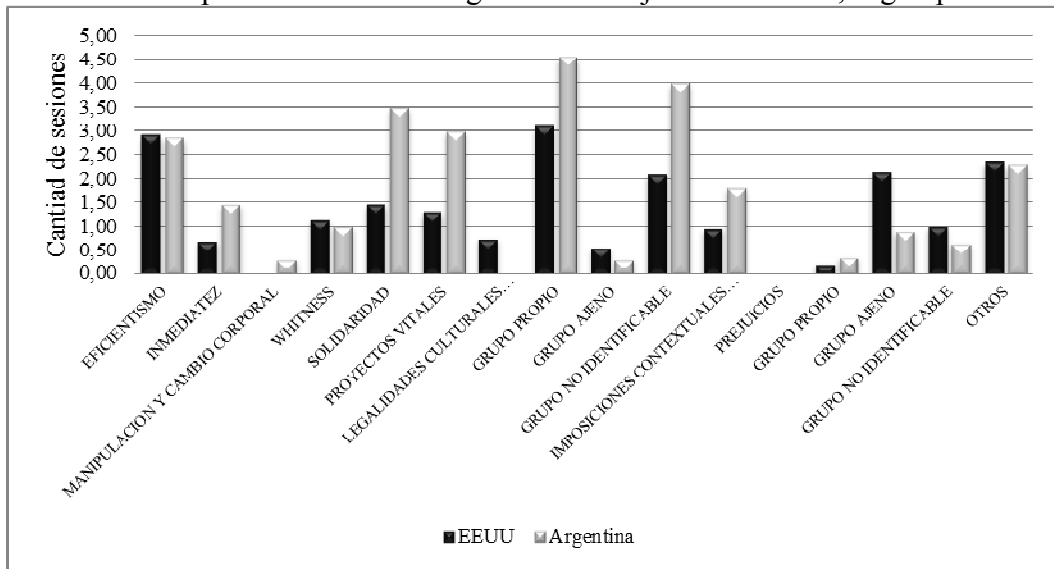
Categoría	Material clasificado (sesión Argentina)	Códigos (subjectividad social e intervenciones)
<p>Analista 13 Sesión 26 (Argentina)</p>	<p><u>Texto 1 para introducir el ejemplo</u> La paciente relata el cansancio que le produce el trabajo en la residencia médica y cómo este se contrapone con su deseo cumplir con las exigencias del trabajo hospitalario. <u>Ejemplo de Texto 1 recuperado</u> <P1> Estoy cansada? <i>estoy cansada de estar acá adentro.</i> <P2> Eh... Me parece que vos estas cansada de esta exigencia que no logras como todavía armonizar por decirlo así ¿no? Este? de que te pidan cosas y vos se ? te olvides de algo y tengas que volver a bajar con la mujer. O de que Mario diga que estuviste en algo que no estuviste.</p> <p><u>Texto2 para introducir el ejemplo</u> La paciente describe las exigencias en relación al trabajo hospitalario. <u>Ejemplo de Texto2 recuperado</u> <P1> ¿si además ahí pude manejar mis tiempos porque yo podía dormir porque ya se había acabado mi turno o podía ocuparme de eso o estudiar o hacer lo que yo quiera. Pero al...pero lo que me doy cuenta es que en el hospital como que no tenes un tiempo para vos o un lugar para vos. Por ejemplo hoy yo <i>La verdad que me estaba haciendo caca y tenía ganas de hacer caca y no hice caca porque tenía un montón de cosas para hacer y era... y era un montón de cosas para hacer y no... porque en un momento es? Bueno este horario es para comer, este horario es para consultorios externos? Por más que no haya más pacientes ahora tenemos que subir todo juntos ¿Entendés? Entonces es... es ? Ay no bueno te dan permiso para irte? Bueno anda a averiguar que llamen a eco para que bajen las ecografías? Como que es todo muy?</i> <P2> mm</p>	<p>Alocución 028</p> <p>OA- 1 Eficientismo 0A-1 EF. Unidad de Sentido 1.</p> <p>0I-D2 Explicativas Psicoanalíticas 0I- Cont. 101./121 Interpersonal/Act. Laborales-Estudiantiles</p> <p>Alocución 092 0A-1 1 Eficientismo 0A-71 Grupo Propio 0A-1- EF- Unidad de sentido 1 0A-7-LCD- Unidad de sentido 1</p> <p>0I- C1-Empáticas no específicas 0I- Cont. 113/114 Interjecciones/conductas</p>

P1=paciente, P2=terapeuta

5.1.6. Análisis cuantitativo del objetivo específico #1

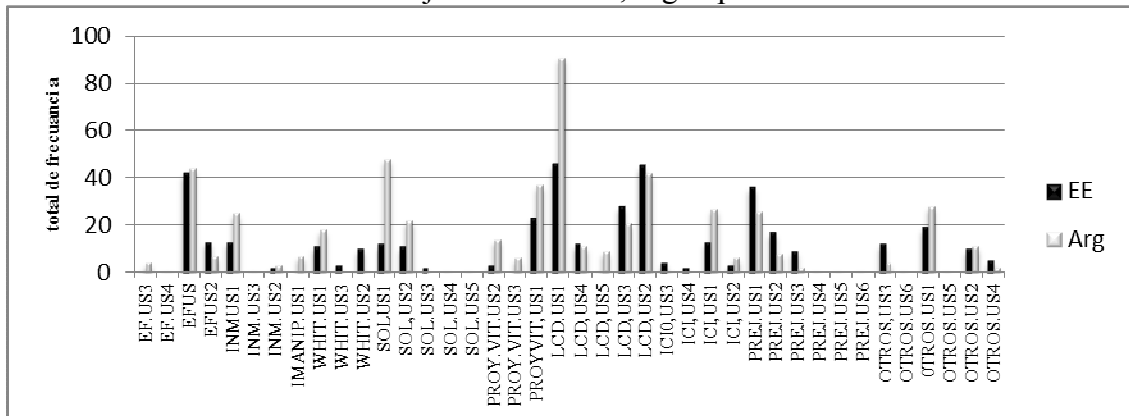
En la figura 2 se observa el promedio de las frecuencias por sesión, según país, de las unidades de análisis de cada categoría de subjetividad social de las sesiones de tratamientos estudiadas.

Figura 2. Promedio de las frecuencias por sesión de las unidades de análisis correspondientes a las categorías de subjetividad social, según país.



En la figura 3 se observa la frecuencia de unidades de sentido por categoría de subjetividad social, según país donde se realizaron los tratamientos.

Figura 3. Frecuencia total de unidades de sentido por categoría de subjetividad social, según país.



Para establecer el *modelo de distribución* de los datos de las variables (cantidad de alocuciones y cantidad de alocuciones con subjetividad social por sesión; segmentadas según la clasificaciones de unidades de análisis), se realizó la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. En todos los casos referidos a cantidad de alocuciones con subjetividad social por sesión se rechazó la distribución normal excepto en las categorías que se explicitan en la tabla 7.

Tabla 7

Categorías de la subjetividad social en las que se acepta una distribución normal.

Categorías	P-Value	<u>M</u>	<u>DS</u>
Subjetividad. Social			
Legalidades Culturales Dominantes Grupo Propio	0.172	4	3.178
Eficientismo	0.73	2.88	3.465

En todos los casos referidos a cantidad de alocuciones con subjetividad social por sesión; segmentadas según la clasificación de unidades de sentido, se rechazó la distribución normal excepto en la categoría que se especifica en la tabla 8.

Tabla 8.

Categoría con distribución normal, según unidades de sentido

Categorías	P-Value	<u>M</u>	<u>DS</u>
Subjetividad Social			
Legalidades culturales dominantes Unidad sentido 1	0.06	3,43	3,679

Dada la no distribución normal de la mayoría de las variables, se decidió trabajar con pruebas no paramétricas. Para evaluar si existen diferencias significativas entre las regiones, según las variables (cantidad de alocuciones con subjetividad social por sesión; y cantidad de alocuciones con subjetividad social por sesión; segmentada

según la clasificación de unidades de sentido); se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney y la prueba de Kolmogorov-Smirnov para muestras independientes.

Se concluyó con dichos análisis que sólo la variable Ideal de solidaridad, como se muestra en la tabla 9, describe una diferencia significativa entre los grupos. La frecuencia acumulada total de manifestaciones del ideal de solidaridad fue de 99 en Estados Unidos y de 70 en Argentina.

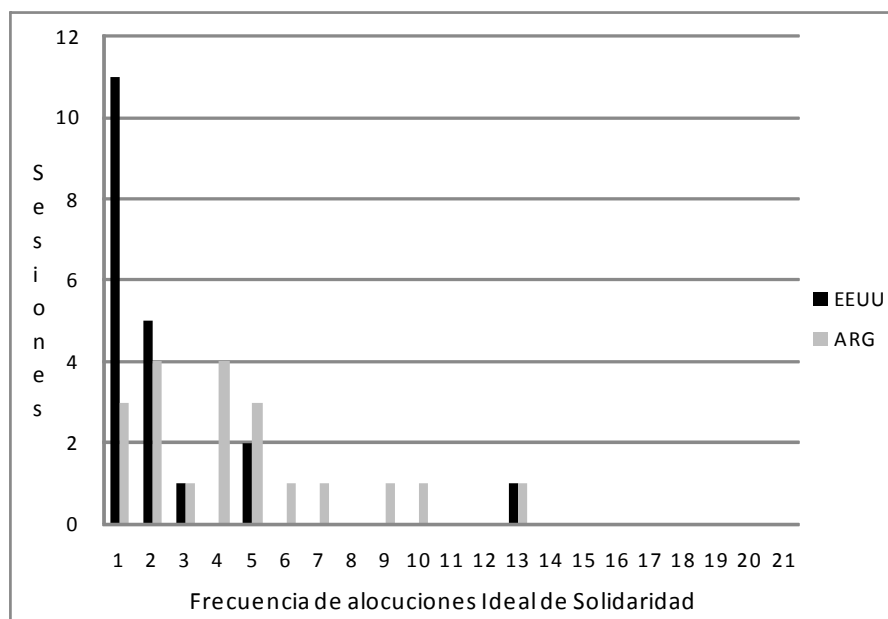
Tabla 9

Categoría de subjetividad social con diferencias significativas entre los grupos

Categorías subjetividad social	U de mann whitney P- value	Kolmogorov-smirnov para muestras independientes P-value
0A-5- Ideal de solidaridad	0.001	0.035

En la figura 4 se describe la frecuencia de la subcategoría *-Ideal de solidaridad-* por sesión, según país, que da cuenta de diferencias estadísticamente significativas entre ambos.

Figura 4. Frecuencia de cantidad de alocuciones categorizadas como ideal de solidaridad por sesión, según país.



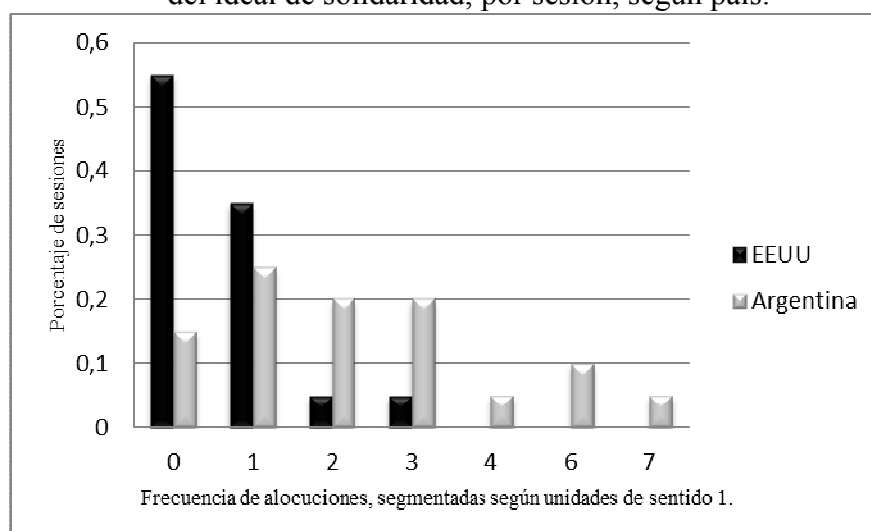
En la comparación de la distribución entre la cantidad de alocuciones con subjetividad social por sesión; segmentadas según la clasificación de unidades de sentido sin agrupar, se rechazó la H0 en la variable ideal de solidaridad, unidad de sentido 1 como se expone en la tabla 10.

Tabla 10
Unidades de sentido con la presencia de la subjetividad social, sin agrupar, que rechazan la H0

Categoría	U de Mann Whitney	Kolmogorov-Smirnov para muestras independientes
Subjetividad Social	P- value	P-value
0A-5- Ideal de solidaridad. Unidad de sentido 1	0.001	0.013

En la figura 5 es posible apreciar el porcentaje de sesiones según frecuencia de alocuciones, segmentadas en unidades de sentido, correspondientes al ideal de solidaridad.

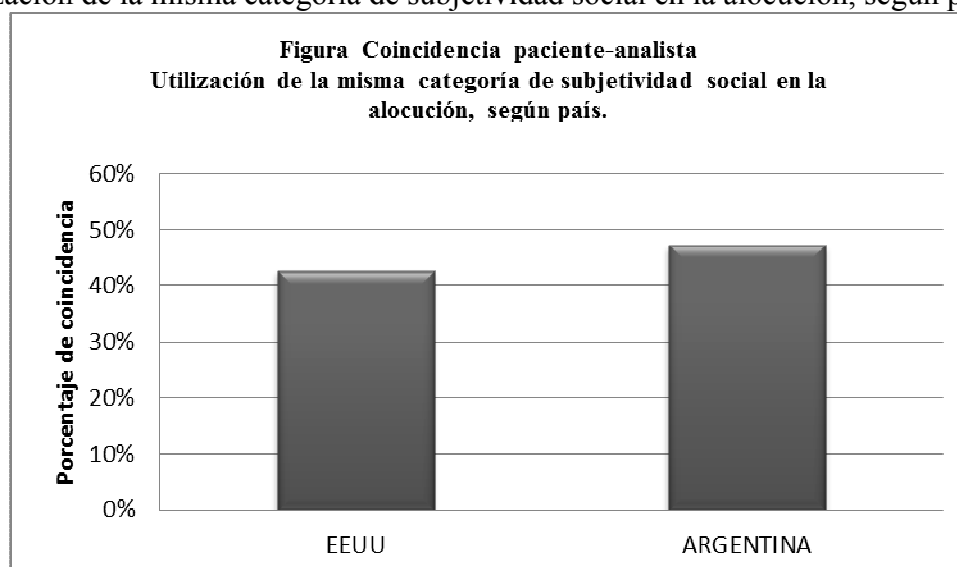
Figura 5. Alocuciones segmentadas según unidad de sentido 1 del ideal de solidaridad, por sesión, según país.



Para evaluar si la proporción de intervenciones con subjetividad social se diferenciaban según el grupo de pertenencia, aludiendo aquí al lugar de ejercicio profesional de los terapeutas (Estados Unidos o Argentina), se corrió una prueba T para muestras independientes, no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos (ver apéndice G).

Para evaluar la coincidencia entre la frecuencia de unidades de sentido categorizadas como subjetividad social del paciente por sesión y la frecuencia de las intervenciones del terapeuta por sesión (según unidades de sentido categorizadas como subjetividad social) se calculó la sumatoria de intervenciones coincidentes de cada una de las variables por sesión. Procediéndose luego a la sumatoria total de las mismas (n=108), y a calcular el porcentaje en relación al total de las intervenciones del terapeuta con subjetividad social (n=159). El porcentaje de coincidencia entre el paciente y el terapeuta en EEUU fue de un 43% y en Argentina de un 47%, como se describe en la figura 6.

Figura 6. Porcentaje de Coincidencias paciente-terapeuta
Utilización de la misma categoría de subjetividad social en la alocución, según país.



5.1.7. Síntesis del análisis cuantitativo del objetivo específico #1

En relación al objetivo #1, fue posible explorar y describir manifestaciones de la subjetividad social en el discurso paciente-terapeuta. Se pudo evaluar la coincidencia entre la frecuencia de unidades de sentido categorizadas como subjetividad social del paciente por sesión y la frecuencia de las intervenciones del terapeuta por sesión (según unidades de sentido categorizadas como subjetividad social), obteniéndose un porcentaje de coincidencia entre el paciente y el terapeuta menor al 50 % en ambos grupos. En otras palabras, en cerca del 50% de las intervenciones de ambos grupos de sesiones (Estados Unidos y Argentina), paciente y terapeuta coincidieron en las temáticas de subjetividad social aludidas.

Se manifestaron diferencias significativas entre los dos grupos de sesiones, con mayor incidencia en Argentina, respecto de la presencia de la sub-categoría “ideal de solidaridad”. Así, en las sesiones de tratamientos argentinos, se aludió más al tema “solidaridad” que en Estados Unidos, de manera significativa.

5.1.8. Análisis cualitativo del objetivo específico #1

Fue posible identificar la presencia de las categorías teórico-clínicas de la subjetividad social en el material provisto por las sesiones. Solamente una de las categorías (“ideal de manipulación corporal”), no se presentó en el grupo de sesiones de Estados Unidos.

La categoría “ideal de solidaridad”, única con diferencias significativas entre los grupos, fue operacionalizada como manifestaciones en el discurso paciente-terapeuta que refieren al ideal de un modelo de intercambio y de participación en redes vinculares de sostén, que promueven tanto el dar como el recibir ayuda y/o posibilitan sentimientos de reconocer y ser reconocido por otros. Resulta de interés

destacar las temáticas surgidas de las sesiones en que se presentó el ideal de solidaridad. En ambos países pudieron ser agrupadas refiriendo el tema a cuestiones ligadas a reconocimientos personales, de la familia, en las relaciones con los otros y con la comunidad. Sin embargo, el tema específico de relaciones con los otros y con la comunidad se presentó de un modo distintivo entre ambos grupos. Las manifestaciones surgidas a lo largo de las sesiones aludieron a ejercer la solidaridad o proponer cambios en relación a ella de modo diferente entre ambos países. En Estados Unidos, se observó que esta temática se presentaba mediatizada por instituciones, tanto vecinales como universitarias o educativas. En Argentina, se presentó el tema solidaridad en las sesiones a través de las redes sociales de internet, pero específicamente ligado a su ejercicio a través de amigos y colegas de trabajo. Una única mención a un instituto fue en una sesión en la que el paciente aludió a una bolsa de trabajo. En la tabla 11 se presenta un ejemplo seleccionado de la categoría “*ideal de solidaridad*” de un paciente de cada país.

En la categoría “otros”, fue posible identificar los *dichos y refranes*, como de uso en ambos países. En la tabla 12 es posible observar un ejemplo de la misma categoría y de la subcategoría conformada inductivamente, según el país.

Tabla 11
Ejemplo de manifestaciones del ideal de solidaridad, según grupo.

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjectividad social e intervenciones)
<p><i>Ideal de solidaridad</i></p> <p>Analista 5 Sesión 9 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> La paciente habla de una cooperativa que se armó para cuidar los bebés del vecindario.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> □P1□...1, ah, baby-sit on Friday night. We have a Cooperative baby club, and we go out -- we accumulate hours. And I baby-sit for 2 little children up the block, and oh I was so nervous I just couldn't sit own.</p> <p><P2> I'm not sure. You did find it or did not find the exit?</p>	<p>Alocución 002 0A-5 Solidaridad Unidad de sentido 1</p> <p>01-B1 Int. cerradas no específicas Cont.100 No clasif.</p>
<p>Analista 15 Sesión 30 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> La paciente narra la organización de un viaje a la playa.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> □P1□Y ahora también vamos a la costa somos seis chicas y una de mis compañeras está embarazada y tiene un nene de seis años, y va y va el nene también. Yo ni le dije a mi vieja q va el nene porque si se llega a enterar que va el nene pero no porque vaya el nene sino porque...tus amigas siempre igual...</p> <p><P2> ¿Ya se quejó en el pasado?</p>	<p>Alocución 043 0A-5 Solidaridad Unidad de sentido 1</p> <p>01-B1 Interrogativa cerrada no específica I.Cont.101/ Situación Familiar</p>

Tabla 12
Ejemplo de subcategoría de la categoría Otros, refranes.

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjetividad social e intervenciones)
<p><i>Otros</i> <i>Refranes</i></p> <p>Analista 8 Sesión 15 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente está narrando un tema en relación a su compromiso con su matrimonio.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> □P1□ It's like my father always says, there are 2 things that are certain in life... it's not my father's, somebody else said it a long time ago.... <i>the old death and taxes thing...</i></p> <p><P2> Anxious says that the idea of decision, almost decision even more than commitment or either way, could be a sort of kind of ...</p>	<p>Alocución028</p> <p>AA-10 Otros Unidad de sentido 4</p> <p>01-Z No clasificable Cont.117/118/119/150 Citas o relaciones de pareja/ Procesos y su externalización</p>
<p>Analista 18 Sesión 36 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> La paciente alude a mudarse para recomenzar su vida.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> no pero no voy a poder <P2> <i>muerto el perro se acabó la rabia</i>, eh como dice el refrán <i>muerto el perro se acabó la rabia</i> quiere decir que en ese caso sentirías que el problema son todos los que te rodean que si te vas a otro país y empezás de cero entonces vas a empezar bien, sin ningún drama, sin angustiarte, sin una carga ...</p>	<p>Alocución 042</p> <p>0AA- 10- Otros 0A-6 Proyectos Vitales 01-G2 Revisión Psicoanalítica Cont.: 101/150 Interpersonal/ Procesos y su externalización</p>

5.1.9. Síntesis del análisis cualitativo del objetivo específico #1

El análisis cualitativo del objetivo específico #1 permitió dar cuenta de la presencia de las categorías de subjetividad social en el discurso del paciente y en las intervenciones del terapeuta. Entre ellas, el *ideal de solidaridad*, que discriminó significativamente entre los dos grupos de sesiones, presentó características distintivas en cada región geográfica. En la categoría *otros* se identificaron los *refranes* como una manifestación de la subjetividad social presente en el discurso de algunos pacientes.

5.2. Análisis de datos y resultados correspondientes al objetivo específico #2:

Indagar las relaciones entre la presencia de categorías de subjetividad social en el contenido de las intervenciones y el tipo y cantidad de éstas, comparando sesiones de psicoanalistas que desarrollan su práctica profesional en Argentina y en Estados Unidos.

5.2.1. Particularidades del método del objetivo específico #2

El objetivo específico #2 se propuso estudiar las relaciones de tipo y cantidad entre las intervenciones orientadas a analizar la subjetividad social del paciente y la región geográfica en que el terapeuta ejercía su práctica profesional (Argentina o Estados Unidos).

Se procedió a la clasificación de las intervenciones de los terapeutas según la Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas (CMIP) (Etchebarne, Fernández y Roussos, 2008; Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2005, 2006; Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003), en sus niveles descriptivo y de contenido, tanto para intervenciones inespecíficas como específicas psicoanalíticas. En los apéndices B, C y D se encuentran descriptos cada uno de estos niveles de clasificación y los clusters correspondientes en las que fueron agrupadas las intervenciones.

Para este estudio, se consideró intervención a toda enunciación verbal que sucede dentro del marco de la sesión, dirigida intencionalmente por el terapeuta hacia el paciente (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006). Esta definición fue acorde con el material clínico transcrito que se utilizó en esta investigación.

5.2.2. Clasificación de las intervenciones en sus niveles descriptivo y de contenido

De acuerdo con la CMIP, el *nivel de análisis descriptivo de las intervenciones* toma en cuenta las características formales de dichas acciones llevadas a cabo por parte del terapeuta. En otras palabras, el nivel de análisis descriptivo de las intervenciones es el estudio exclusivo de los distintos *tipos* de intervenciones psicoterapéuticas. Los autores incluyen para su implementación, las definiciones operacionales de los distintos tipos de intervención, en términos de distintos tipos de acciones directas realizadas por el terapeuta (ver apéndices B y E). Para facilitar el análisis de las intervenciones a nivel descriptivo, los autores desarrollaron clusters. Los mismos permiten identificar grupos de intervenciones similares. En el nivel de análisis de contenido de las intervenciones se analizan las temáticas incluidas en las intervenciones (ver apéndice C y D).

Se procedió a evaluar la confiabilidad entre 2 jueces previamente entrenados en la clasificación de las intervenciones, tanto en el nivel descriptivo como en el de contenido. Para ello se utilizó el estadístico Kappa (Cohen, 1960) para evaluar el acuerdo de los jueces al iniciar el trabajo de evaluación de las sesiones. Este acuerdo se evaluó sobre una sesión en inglés y otra en castellano, a saber: Terapeuta.2-sesión 3 y Terapeuta.12- sesión 24.

Al igual que con el análisis del objetivo específico #1, como criterio clasificatorio de los valores de acuerdo se tomaron como referencia los parámetros de Landis y Koch (1977). Los valores de acuerdo para la sesión en inglés resultaron aceptables (en la evaluación descriptiva de las intervenciones el acuerdo kappa fue .069; para la evaluación de contenido de las intervenciones, el acuerdo Kappa fue de .658).

Los valores del acuerdo para la sesión en castellano fueron más modestos. En

la evaluación descriptiva de las intervenciones el acuerdo Kappa fue de .511. Para la evaluación del contenido de las intervenciones el acuerdo Kappa fue de .294.

Se continuó trabajando en el entrenamiento de los jueces y volvió a evaluarse el acuerdo entre ellos mediante el estadístico Kappa en dos sesiones en castellano, en cada uno de los dos niveles. El acuerdo logrado para el nivel descriptivo, sobre la sesión 27 del terapeuta 14, fue de .653. El acuerdo logrado para la evaluación del contenido de las intervenciones, sobre la sesión 24 del terapeuta 12, fue de .633. Se consideró aceptable el nivel de acuerdo logrado para las sesiones en castellano y se procedió a la tabulación de las intervenciones, dividiendo equitativamente las sesiones según idioma, terapeuta y número de sesión entre los dos jueces (repetiendo el procedimiento utilizado en el análisis del objetivo específico #1).

Nuevamente para facilitar la organización de los datos la clasificación de intervenciones se codificó utilizando el programa Atlas ti.

5.2.3. Análisis de datos del objetivo específico #2

Se realizó una base de datos de las 40 sesiones, utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). Las variables consideradas fueron: a) las categorías de la clasificación de intervenciones descriptivas y de contenido y b) las categorías de la clasificación de intervenciones descriptivas y de contenido específicamente referidas a la subjetividad social.

Para establecer el modelo de distribución de los datos de las variables se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se trabajó con pruebas no paramétricas. Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney y la prueba de Kolmogorov-Smirnov para muestras independientes, para evaluar si las variables estudiadas presentaban diferencias significativas entre los grupos. Se calculó la media de la

cantidad total de alocuciones, y de aquellas específicamente referidas a la subjetividad social, tanto en el paciente como en el terapeuta, para evaluar si estas variables presentaban diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Se calculó la proporción del tipo de intervenciones totales y de aquellas específicamente referidas a la subjetividad social, en el nivel descriptivo, en ambos grupos. Se calculó la proporción del tipo de intervenciones totales y de aquellas específicamente referidas a la subjetividad social, en el nivel de contenido, en ambos grupos.

5.2.4. Resultados del objetivo específico #2

Para establecer el modelo de distribución de los datos de las variables (cantidad de alocuciones por sesión; y cantidad de alocuciones con subjetividad social por sesión; segmentadas según las clasificaciones de intervenciones descriptivas y de contenido) se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Sólo se aceptó una distribución normal para la cantidad total de alocuciones segmentadas según las clasificaciones de intervenciones de nivel descriptivo y de contenido en: nivel descriptivo; intervenciones cerradas, empáticas, explicativas, de revisión, saludos y no clasificables; nivel de contenido: no clasificable, situación familiar, interjecciones, conducta y encuadre y proceso.

Sólo se aceptó una distribución normal para la cantidad de alocuciones con subjetividad social, segmentadas según las clasificaciones de intervenciones descriptivas y de contenido en las siguientes variables: interrogativas abiertas y contenidos de actividades laborales/estudiantiles y procesos internos.

Para evaluar si existían diferencias significativas entre las regiones, según el uso de intervenciones (en su nivel descriptivo y de contenido), se utilizó la prueba no

paramétrica U de Mann Whitney y la prueba de Kolmogorov-Smirnov para muestras independientes.

En relación a la cantidad total de alocuciones, utilizando la prueba U de Mann Whitney, las únicas variables en las que se rechazó la H0 fueron, tal como se detalla en la tabla 13, las *empáticas y de revisión psicoanalítica (confrontaciones y señalamientos)*, según la clasificación descriptiva de las intervenciones, siendo la frecuencia mayor en el grupo de sesiones argentinas.

Tabla 13

Intervenciones totales, descriptivas y de contenido, según prueba de U de Mann Whitney para dos muestras, que presentan diferencias significativas entre los países

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Interrogativas Cerradas	97,000	233,000	-2,016	,044	,046	,044	,022	,001
Empática	68,500	204,500	-2,917	,004	,003	,003	,001	,000
Revisión Psicoanalítica.	58,000	194,000	-3,121	,002	,001	,001	,001	,000
Contenido no clas.	103,000	293,000	-2,449	,014	,014	,013	,007	,000
Interpers.	25,500	70,500	-2,373	,018	,016	,016	,008	,001

En la tabla 14 se presentan las intervenciones totales, descriptivas y de contenido, que presentan diferencias significativas entre los grupos de sesiones, según país.

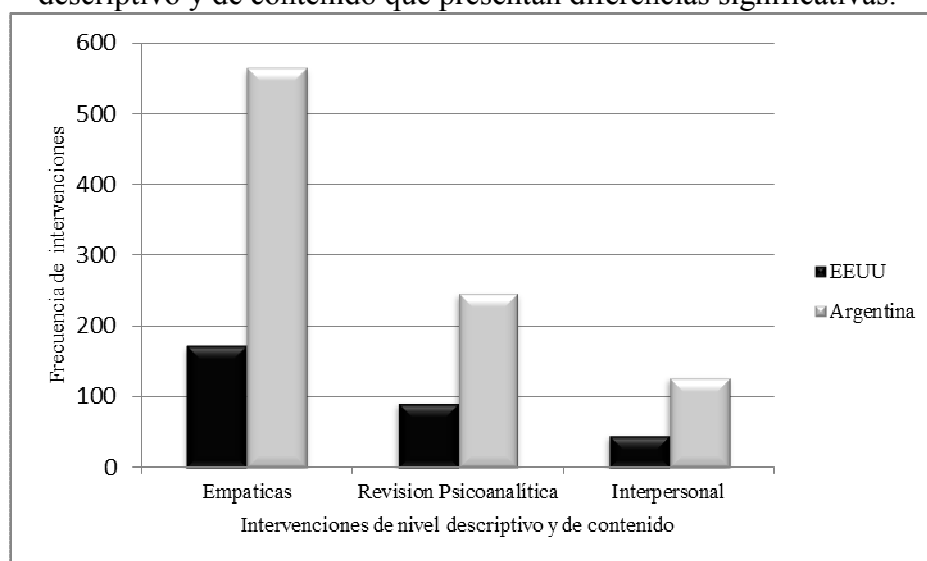
Tabla 14

Intervenciones totales, descriptivas y de contenido según prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras, con diferencias significativas entre los dos grupos.

	Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Probabilidad en el punto
	Absoluta	Positiva	Negativa				
Empáticas	,525	,000	-,525	1,565	,015	,008	,003
Revisión Psicoanalítica	,474	,000	-,474	1,396	,041	,016	,001
Interpersonal	,595	,000	-,595	1,393	,041	,024	,006

En la figura 7 se presentan las variables de nivel descriptivo y de contenido que presentan diferencias significativas, entre los grupos.

Figura 7. Variables referidas a intervenciones totales de nivel descriptivo y de contenido que presentan diferencias significativas.



En relación a la cantidad de alocuciones con subjetividad social, discriminadas según intervenciones descriptivas y de contenido, se aplicó la prueba U de Mann Whitne y la de Kolmogorov- Smirnov para muestras independientes, siendo las intervenciones de *revisión psicoanalíticas*

(confrontaciones y señalamientos) las únicas en la que se rechazó la H0, según ambas pruebas, a favor de las sesiones argentinas. Estos datos se detallan en las tablas 15 y 16.

Tabla 15
Intervenciones referidas a subjetividad social con diferencias significativas entre sesiones de Estados Unidos y Argentina

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. Exacta [2*(Sig. unilateral)]	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Revisión Psicoanalítica con Subj. Social	5,000	33,000	-3,040	,002	,002	,001	,000	,000

Tabla 16
Intervenciones referidas a subjetividad social con diferencias significativas entre sesiones de Estados Unidos y Argentina

	Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Probabilidad en el punto
	Absoluta	Positiva	Negativa				
Revisión Psicoanalítica + con Subjetividad social	,857	,000	-,857	1,739	,005	,001	,001

La cantidad total de alocuciones, tanto en el paciente como en el terapeuta, mostró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, siendo más alta en Argentina. En la tabla 17 se describen las medias del total de alocuciones de los pacientes y de los terapeutas de cada uno de los países.

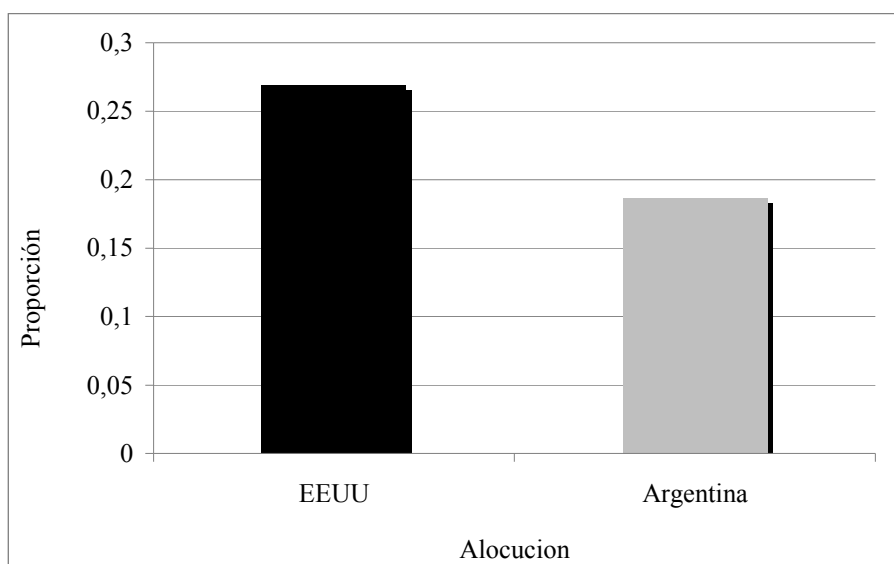
Tabla 17
Media del total de alocuciones de paciente y terapeuta, según grupos.

Total alocuciones	País	<u>N</u>	<u>M</u>
Paciente	Estados Unidos	20	44,55
	Argentina	20	85,85
Terapeuta	Estados Unidos	20	45,05
	Argentina	20	85,85

En relación a la cantidad de alocuciones con subjetividad social y la proporción de alocuciones con subjetividad social del terapeuta, no se observaron diferencias significativas entre los grupos (ver apéndice G). Esto implica que no se utilizó una proporción mayor de intervenciones con subjetividad social en un grupo por sobre otro. De todas formas, se observó una tendencia de alrededor del 10% de los terapeutas americanos a tener más intervenciones con subjetividad social, aunque no llegó a ser significativa.

En relación a la proporción de alocuciones con subjetividad social del paciente, respecto del total de sus alocuciones, fue estadísticamente más alta en las sesiones de Estados Unidos. En la figura 8 se detalla esta proporción (ver también apéndice G). En el apéndice H se describen las medias de la frecuencia de las intervenciones descriptivas y de contenido con subjetividad social.

Figura 8. Proporción de alocuciones con subjetividad social del paciente



En cuanto al tipo de intervenciones descriptivas, las intervenciones explicativas psicoanalíticas (interpretaciones) y las intervenciones de revisión psicoanalíticas (señalamientos y confrontaciones), fueron las variables de mayor frecuencia asociadas con subjetividad social en ambos grupos. En la figura 9 se observa como en EE.UU. la frecuencia fue de 12 y 9, y en Argentina de 24 y 30, respectivamente.

Los contenidos de las intervenciones de los terapeutas en relación a la subjetividad social reportan lo referido a continuación. Las variables de mayor frecuencia de aparición se describen en la figura 10.

Figura 9.
Variables descriptivas con subjetividad social con mayor frecuencia.

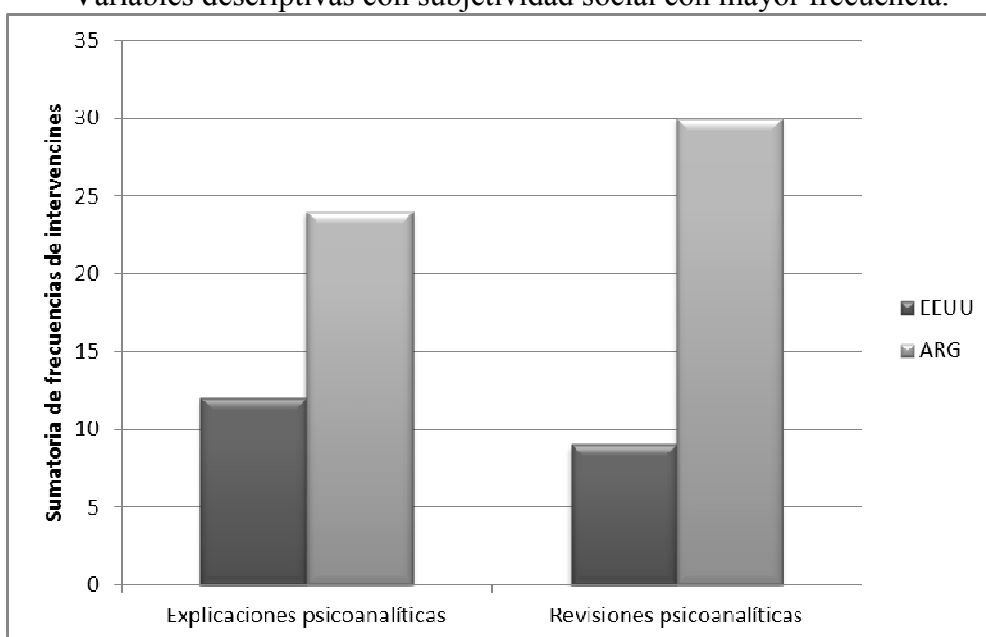
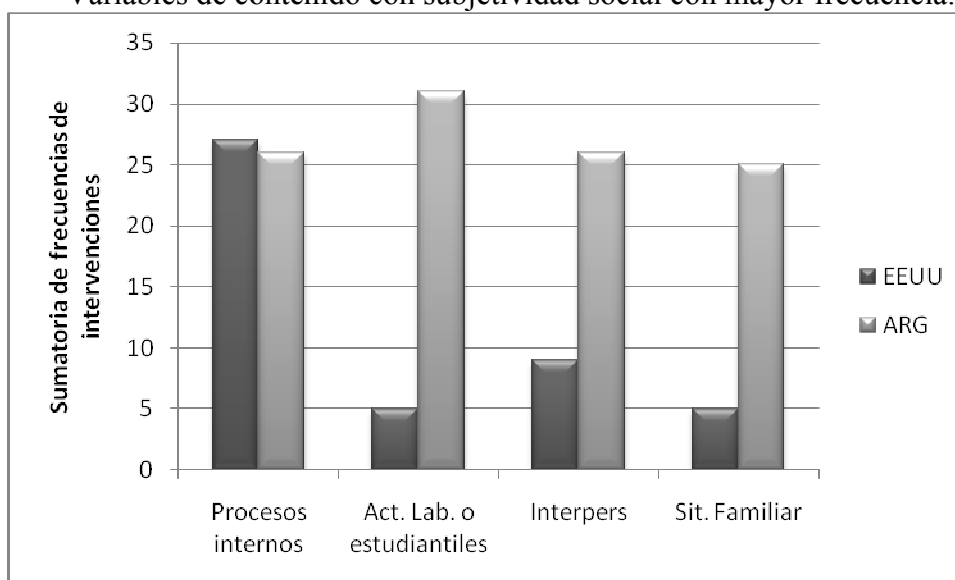


Figura 10.
Variables de contenido con subjetividad social con mayor frecuencia.



5.2.5. Síntesis del análisis del objetivo específico #2

El segundo objetivo específico se planteó indagar relaciones entre la presencia de categorías de subjetividad social y el tipo, contenido y cantidad de intervenciones del terapeuta, en relación a los dos grupos de analistas que desarrollan su actividad profesional en Estados Unidos y en Argentina.

El análisis del nivel descriptivo y de contenido de las intervenciones totales permitió establecer diferencias significativas entre los grupos en las intervenciones empáticas, de revisión psicoanalítica (confrontaciones y señalamientos) y de contenido interpersonal.

El tipo de intervenciones asociadas con la subjetividad social, de mayor frecuencia de aparición, fueron las *explicativas psicoanalíticas (interpretaciones)* y las de *revisión psicoanalítica (confrontaciones y señalamientos)*. En estas últimas se

observaron diferencias significativas entre ambos grupos, a favor de los analistas argentinos.

El contenido de las intervenciones asociadas con la subjetividad social de mayor frecuencia de aparición aludió a: *procesos internos, actividades laborales y estudiantiles, interpersonales y situaciones familiares*.

Con respecto a la cantidad total de alocuciones, tanto en el paciente como en el terapeuta, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, a favor de las sesiones argentinas. No se encontró una proporción mayor de intervenciones con subjetividad social en un grupo por sobre otro. Sí se observó una tendencia cercana al 10% en los terapeutas americanos a tener más intervenciones con subjetividad social, pero ésta no llegó a ser significativa.

En relación con la proporción de alocuciones con subjetividad social del paciente, respecto del total de sus alocuciones, se observó una diferencia significativa a favor de los pacientes de las sesiones en Estados Unidos.

5.3. Análisis de datos y resultados correspondientes al objetivo específico #3:

Indagar las relaciones entre la presencia de categorías de subjetividad social en el contenido de las intervenciones y el nivel de actividad referencial, tanto en el discurso del paciente como del terapeuta, comparando sesiones de psicoanalistas que desarrollan su práctica profesional en Argentina y en Estados Unidos.

El tercer objetivo específico de la presente tesis se propuso evaluar si la Actividad Referencial del paciente, cuando se refiere a la subjetividad social presente en su discurso, decae, se mantiene estable o aumenta, en relación al tipo de intervención del terapeuta.

5.3.1. Particularidades del método del objetivo específico #3

Como se analizó en el capítulo 3, la *Actividad Referencial* (AR) (Bucci, 1997) se define como la identificación de formas lingüísticas, expresadas en estilos de lenguaje a la que alude el discurso del paciente y las intervenciones del terapeuta, que medirán la capacidad de expresar las experiencias de imágenes subsimbólicas en forma verbal. En el marco del tercer objetivo específico, esta capacidad de expresión fue analizada en forma diferencial, en términos de las porciones del discurso paciente-terapeuta que hacían y no hacían referencia a categorías de subjetividad social.

5.3.2. Evaluación de la Actividad Referencial

Se definió operacionalmente la Actividad Referencial (AR) por la medición de segmentos de sesión concernientes a la temática de la subjetividad social aludida por el paciente en la sesión y por las intervenciones del terapeuta. Cabe recordar aquí (ver capítulo 3), que la AR es un proceso bidireccional que vincula la experiencia no

verbal, que puede incluir imágenes y experiencia emocional, con las palabras. Esta opera tanto en la expresión de quien habla como en quien escucha, conectándolo con sus propias experiencias internas. Los niveles altos de AR están asociados con la descripción de experiencias recientes o del pasado que han sido sentidas intensamente en ese momento particular.

Se trabajó inicialmente en clarificar algunas palabras específicas (para la utilización del diccionario técnico en inglés, según su característica morfológica) de las sesiones provenientes de EE.UU. Este procedimiento consistió en leer las sesiones, e indicar con una letra adosada a la palabra su característica morfológica.

Se utilizó el DAAP (Maskit, Bucci y Roussos, 2002) para analizar los niveles de AR de las 40 sesiones, tanto del discurso del paciente como del terapeuta. El programa permitió la graficación de estos niveles. En el apéndice J se incluyen las 40 figuras correspondientes a los niveles de AR de las 40 sesiones de tratamiento.

Se promedió la AR de cada alocución de cada una de las 40 sesiones. Se procedió luego a diferenciar las alocuciones, tanto del paciente como del terapeuta, que habían sido categorizadas con la presencia del fenómeno de la subjetividad social, de aquellas en las que éste no se presentaba.

5.3.3. Análisis de datos del objetivo específico #3

Se confeccionó una base de datos con las siguientes variables, tanto del paciente como del terapeuta: alocuciones totales, alocuciones con subjetividad social, alocuciones sin subjetividad social, proporción de alocuciones con subjetividad social, media de la AR total, media de la AR con subjetividad social, media de la AR sin subjetividad social.

Se realizó la Prueba de Levene para la igualdad de varianzas, indicadora de la

variabilidad de los datos, trabajando con valor de significación de 0.05.

Se realizó la prueba T para indagar si las medias de las variables estudiadas en los dos grupos, eran estadísticamente diferentes entre sí.

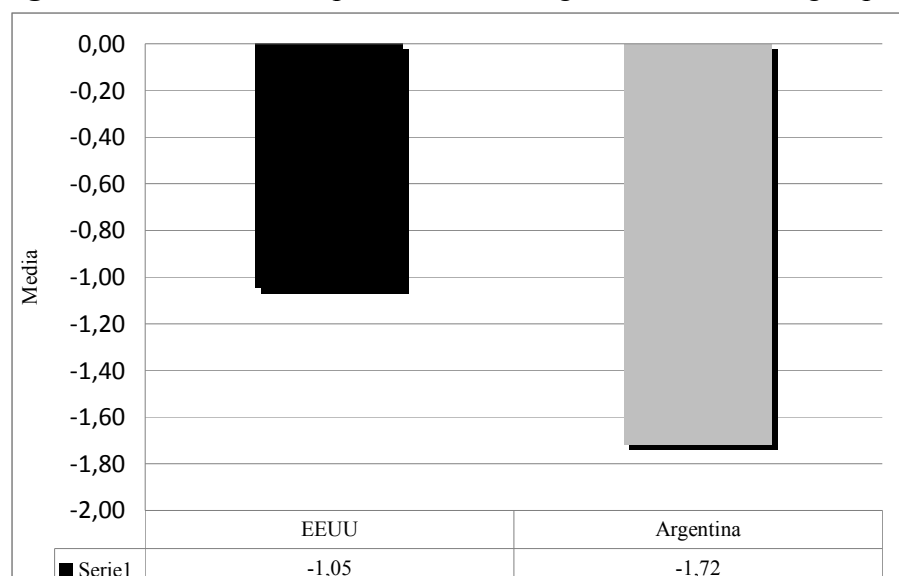
5.3.4. Resultados del objetivo específico #3

La media de la AR. del total de las alocuciones del terapeuta, y la media de la AR en relación al fenómeno de la subjetividad social en las alocuciones del terapeuta, no presentaron diferencias significativas entre los dos grupos. Tampoco se encontraron diferencias entre los grupos en relación a la media de la AR con subjetividad social del terapeuta o sin subjetividad social.

Se concluye entonces que la AR del terapeuta no se diferencia ni según el lugar de ejercicio profesional, ni en relación al fenómeno de la subjetividad social.

Con respecto a la media de la Actividad Referencial en relación a las alocuciones del paciente no se presentó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. Con respecto a la media de la AR del paciente, en los segmentos que refieren al fenómeno de la subjetividad social, se observó una diferencia significativa entre los grupos, a favor del grupo de Estados Unidos. Se grafican estos valores en la figura 11.

Figura 11. AR media del paciente en los segmentos con SS, según país.



5.3.5. Síntesis del análisis del objetivo específico #3

No se observaron diferencias significativas en los niveles de AR de los episodios de subjetividad social entre los dos grupos de sesiones. Los episodios de subjetividad social no parecen disparar un proceso mental diferencial. Sin embargo, sí se encontró una diferencia significativa entre los grupos en relación a la media de la AR del paciente, en los segmentos referidos a subjetividad social, a favor del grupo de los pacientes de Estados Unidos.

CAPITULO 6. Discusión y conclusiones

6.0. Introducción

La presente investigación se propuso indagar la presencia de categorías de subjetividad social en el discurso paciente-terapeuta, y cómo éstas se vinculaban con las modalidades de intervención clínica y el nivel de Actividad Referencial de la sesión, comparando materiales clínicos conducidos por psicoanalistas de Argentina y Estados Unidos.

A lo largo de este capítulo, se discutirán los resultados obtenidos en el análisis de cada objetivo específico, integrando luego la información en una conclusión general. Previamente, se explicitarán las limitaciones de esta investigación, brindando así el marco necesario para la correcta interpretación de la información empírica recogida.

6.1. Limitaciones de este estudio

En tanto estudio empírico naturalista, de carácter observacional, esta investigación apuntó a generar hipótesis, sólo susceptibles de ser confirmadas en indagaciones posteriores, a pesar de la significancia estadística obtenida en algunos análisis de datos (ver más adelante). Los datos obtenidos, entonces, deben ser interpretados como una descripción de un conjunto amplio de datos, que buscó ser punto de partida para futuras investigaciones y fomentar la reflexión en nuestra disciplina sobre diferentes aspectos relacionados con el papel de la subjetividad social en el tratamiento psicoanalítico y el contexto socio-cultural de la sesión clínica.

Otro conjunto de limitaciones refiere a la definición descriptiva de subjetividad social que se utilizó en la presente investigación. Esta investigación

intentó una aproximación empírica descriptiva a aspectos de la situación clínica que tenían o no lugar cuando la interacción discursiva paciente-terapeuta se refería a aspectos de subjetividad social. En relación con lo anterior, no se evaluaron los efectos de las intervenciones en los participantes, ni los efectos del discurso de los pacientes sobre los terapeutas, en términos de producción de subjetividad social. Queda para futuros estudios la indagación de estos aspectos.

6.2. Discusión y conclusiones sobre el análisis del objetivo específico #1

El primer objetivo de la tesis consistió en analizar si el contenido de las intervenciones del terapeuta mencionaba aspectos relativos a la subjetividad social del paciente, y si estos aspectos se diferenciaban de acuerdo con la región geográfica del tratamiento (Estados Unidos o Argentina).

Fue posible explorar y describir manifestaciones de la subjetividad social en el discurso paciente-terapeuta. Exceptuando la categoría “ideales de manipulación corporal”, la cual fue inexistente en las sesiones de Estados Unidos, el resto pudo ser clasificado en el material clínico de las sesiones de ambos países. En cerca del 50% del discurso paciente-terapeuta de ambos grupos de sesiones (Estados Unidos y Argentina), paciente y terapeuta coincidieron en las temáticas de subjetividad social aludidas. En las sesiones de tratamientos argentinos, se aludió más al tema “solidaridad” que en Estados Unidos, de manera significativa.

El hecho de que se hayan clasificado casi todas las categorías de subjetividad social propuestas por este estudio apoya la idea del protagonismo que tienen en el proceso terapéutico las pertenencias socio-culturales de paciente y terapeuta. No se trataría, entonces, de un fenómeno ocasional o residual de los tratamientos analizados. Incluso, en casi el 50% de los casos, los terapeutas retomaron temas de subjetividad

social en sus intervenciones dirigidas al paciente. Este resultado implica interrogantes respecto de qué criterios clínicos sirven de base al terapeuta para tomar o no en cuenta aspectos de subjetividad social en la sesión con sus pacientes.

Yendo a la presencia de categorías específicas de subjetividad social, no se observaron diferencias significativas entre las regiones, salvo en relación con el ideal de solidaridad, el cual tuvo mayor incidencia en las sesiones argentinas. Desde una perspectiva social, la mayor incidencia de la presencia del ideal de solidaridad en las sesiones del grupo argentino podría pensarse en relación con las dimensiones evaluadas por Hofstede (1991), a través de las cuales pueden ordenarse los valores e ideales culturales dominantes de las diferentes naciones. Según el estudio del autor, Estados Unidos y Argentina se ubican en posiciones divergentes. El primero, en un cuadrante que pone en evidencia una pequeña distancia al poder y un alto individualismo. El segundo, en el cuadrante opuesto, revelando una gran distancia al poder y un bajo individualismo. Estos planteos guardan cierta congruencia con los resultados observados en el presente estudio.

Otra diferencia asociada con la anterior, aludió a que en Estados Unidos se refirió al ideal de solidaridad mencionando acciones mayormente mediatizadas por instituciones, tanto vecinales, como universitarias, o ligadas al colegio al que asistían los hijos de los pacientes. En Argentina, en cambio, las referencias al ideal de solidaridad se presentaron más ligadas a intercambios vinculares, tanto personales como a través de las redes sociales, es decir, sin un marco institucional.

Tomando en conjunto estos resultados, se puede plantear que, al menos en Argentina, el ideal de solidaridad y sus manifestaciones presentaron un foco de atención para los analistas. Una explicación posible remite a la solidaridad como factor protector de la salud, en virtud del cual los clínicos tomarían esta temática en

sesión. Algunos estudios como el de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld (2005) ya citado en el capítulo 2, han dado cuenta empíricamente de la importancia de la percepción subjetiva de sostén en la recuperación de pacientes, no sólo por recibir ayuda, sino también por brindarla. Quizá el conocimiento de la presencia de este ideal en las narraciones de los pacientes, le permita al clínico comprender el valor protector de analizar y significar las modalidades de pertenencia a los vínculos y conjuntos en los que se despliega este ideal. Futuras investigaciones podrán ahondar en cómo el contexto socio-cultural y geográfico de los tratamientos plantea diferencias técnicas y de comprensión teórica.

6.3. Discusión y conclusiones sobre el análisis del objetivo específico #2

El segundo objetivo específico consistió en estudiar las relaciones entre el tipo y la cantidad de intervenciones referidas a subjetividad social y la región geográfica en que el terapeuta ejercía su práctica profesional.

Los tipos de intervenciones asociadas con la subjetividad social de mayor frecuencia de aparición fueron las intervenciones específicas psicoanalíticas, es decir, las explicativas psicoanalíticas (interpretaciones) y las de revisión psicoanalítica (confrontaciones y señalamientos). A su vez, en estas últimas, se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, a favor de los analistas argentinos. El contenido de las intervenciones asociadas con la subjetividad social de mayor frecuencia de aparición aludió a: procesos internos, actividades laborales y estudiantiles, interpersonales y situaciones familiares.

Los terapeutas argentinos intervinieron con mayor frecuencia, en general, que sus pares estadounidenses, de manera significativa. Sin embargo, no se encontró una proporción mayor de intervenciones referidas a subjetividad social en un grupo por

sobre otro. En relación con la proporción de alocuciones con subjetividad social del paciente, respecto del total de sus alocuciones, se observó una diferencia significativa a favor de los pacientes de las sesiones en Estados Unidos.

Los resultados descriptos apoyan la idea de que las temáticas de subjetividad social fueron abordadas, mayoritariamente, con intervenciones específicas psicoanalíticas, en comparación con las intervenciones comunes o inespecíficas, en ambos grupos de terapeutas.

Ambos tipos de intervención dan cuenta de la puesta en juego del terapeuta de la subjetividad social desde una modalidad dinámica. Un próximo estudio podría permitir esclarecer el propósito de las mismas en el contexto de cada proceso psicoanalítico, ya sea formular el significado inconsciente de expresiones y/o patrones de conducta del paciente, de operaciones defensivas y tendencias instintivas inconscientes excluidas. Y, más aún, esclarecer si remiten por ejemplo al pasado infantil del paciente o explican e indagan acerca de la problemática del sujeto en relación a su pertenencia socio-cultural.

Este resultado, además, resulta llamativo dada la enorme preponderancia de intervenciones comunes por sobre las específicas observada en numerosos estudios que utilizaron la misma clasificación (ver, por ejemplo: Etchebarne, 2014; Roussos, Waizmann y Etchenarne, 2010; Waizmann, 2011). Así, podría plantearse que las temáticas de subjetividad social no solo fueron relevantes para los participantes de este estudio, sino que además priorizaron intervenciones específicas psicoanalíticas cuando las abordaron en sus tratamientos.

Otra conclusión sobre estos resultados alude que ambos grupos de terapeutas intervino en relación con la subjetividad social en proporciones similares y con una predominancia similar de intervenciones específicas psicoanalíticas. Este dato podría

ser pensado en función de la formación compartida, en el marco de institutos psicoanalíticos componentes de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Sin embargo, la forma de abordar el fenómeno en sesión mostró algunas diferencias significativas por zona geográfica. En concreto, los terapeutas argentinos utilizaron más confrontaciones y señalamientos para aludir a subjetividad social que sus pares estadounidenses. Una hipótesis posible a partir de este hallazgo sería que los analistas de Estados Unidos fueron menos exploratorios que sus pares argentinos al referirse a categorías de subjetividad social, lo que se estaría expresando en un menor uso de señalamientos y confrontaciones.

A nivel de contenido, no se observó una categoría específicamente vinculada con temáticas de subjetividad social. Esto implica, a diferencia de lo observado a nivel descriptivo, que las temáticas de subjetividad social fueron vinculadas con diferentes contenidos de las intervenciones, sin observarse diferencias significativas entre los grupos. Teniendo en cuenta estos datos, el nivel descriptivo de las intervenciones fue en donde se encontraron las mayores discriminaciones por grupo.

De todas maneras, es de notar que los contenidos observados con mayor frecuencia suelen asociarse con situaciones de pertenencias a conjuntos (por ejemplo, situaciones laborales o situaciones familiares), lo que brindaría cierta lógica a su vinculación con categorías de subjetividad social.

6.4. Discusión y conclusiones sobre el análisis del objetivo específico #3

El tercer objetivo específico consistió en indagar las relaciones entre la presencia de categorías de subjetividad social en el contenido de las intervenciones y el nivel de Actividad Referencial (AR), tanto en el discurso del paciente como del

terapeuta, comparando sesiones de psicoanalistas que desarrollan su práctica profesional en Argentina y en Estados Unidos.

No se observaron diferencias significativas en los niveles de AR de los episodios de subjetividad social entre los dos grupos de sesiones. Sin embargo, sí se encontró una diferencia significativa entre los grupos en relación a la media de la AR del paciente, en los segmentos referidos a subjetividad social, a favor del grupo de los pacientes de Estados Unidos.

Las medias de AR de los terapeutas en relación con el fenómeno de la subjetividad social no presentaron diferencias significativas entre los grupos (Argentina y Estados Unidos). Este resultado permite pensar que las temáticas de subjetividad social no dispararon un proceso mental diferenciado en los terapeutas, independientemente de su región geográfica.

A diferencia de lo observado en los terapeutas, los pacientes de las sesiones conducidas en Estados Unidos mostraron un nivel de AR significativamente más alto que los pacientes argentinos, cuando su discurso abordaba categorías de subjetividad social. Quizá sea posible pensar que en estos pacientes la cultura local incide en la forma de manifestación de las problemáticas planteadas y su comunicación emocional. Tomando en conjunto ambos resultados, podría plantearse un impacto diferente de la temática “subjetividad social” en la díada paciente-terapeuta, mediada por la zona geográfica del tratamiento.

6.5. Conclusiones finales y posibles aportes de esta investigación

En términos amplios, este estudio buscó aportar a la disciplina en función de 4 ejes: 1) la necesidad de una reflexión teórica en psicoanálisis respecto del potencial papel de la subjetividad social en el tratamiento, 2) el desafío técnico de discriminar

de qué manera intervienen los psicoanalistas cuando la interacción discursiva de la sesión alude a categorías de subjetividad social, 3) la utilidad de complementar tanto la teoría como la técnica psicoanalíticas con estrategias de investigación provenientes de otros campos científicos, en este caso, las ciencias cognitivas y 4) cómo las variables anteriores se modifican al considerar el contexto socio-cultural del tratamiento.

Respecto de los aportes para la teoría y la técnica psicoanalíticas, una conclusión primordial de los resultados obtenidos alude a que las categorías establecidas de subjetividad social pudieron ser reconocidas tanto en el material del paciente como en las intervenciones del terapeuta. Resulta entonces que, de alguna manera, aquello adscrito históricamente al “afuera” de la sesión, fue registrable en el “adentro” de la misma.

Sobre la base de estos datos, no sería posible de argumentar para un clínico, por ejemplo, que la situación analítica no da lugar a que las manifestaciones de la subjetividad social se hagan presentes para ser analizadas. Y, aún más, alerta al clínico a poder reconocer estas manifestaciones y a estudiar la manera de intervenir frente a ellas, ya que, según este estudio, el match entre el contenido de la narración del paciente y el contenido de la intervención terapeuta, sólo concuerda en menos del 50% de las alocuciones con subjetividad social.

Otro aporte de la presente investigación refiere a poder discriminar de qué manera intervenían psicoanalistas que ejercen su profesión en distintas zonas geográficas. Los resultados mostraron diferencias significativas en pocas de las variables estudiadas. Tanto las divergencias observadas como las convergencias, ameritan una reflexión para el campo de la teoría y técnica psicoanalíticas.

Respecto de las diferencias, este estudio brinda una primera exploración respecto de variables contextuales del tratamiento que impactarían en las modalidades técnicas.

Respecto de las semejanzas, que hayan sido escasas las diferencias significativas entre los grupos, replantea el tema de la “babelización” del psicoanálisis, formulada, por ejemplo en el debate Green (2006) / Wallerstein (2006). En otras palabras, pese a las grandes divergencias y enfrentamientos del campo psicoanalítico, este estudio empírico mostró cierto “terreno común” a partir del cual los terapeutas aludieron a categorías de subjetividad social. Quedan para futuros estudios, indagar sobre qué tipo de intervenciones ligadas a qué manifestaciones de subjetividad social resulta más eficaz para qué tipo de pacientes, renovando desde un ángulo específico el debate amplio planteado por Roth y Fonagy (2005).

Quizá, de manera incipiente, los resultados expuestos en el presente trabajo den cuenta del giro que Bernardi (1989) propone en relación a dejar de lado la discusión estéril sobre cuál es la teoría más verdadera para dejar paso a la pregunta sobre la forma en la que éstas inciden en la interacción con el paciente.

6.6. Preguntas científicas y líneas futuras de investigación

Dado que la presente investigación estuvo centrada en aspectos del proceso terapéutico, una línea futura de estudios podría combinar los hallazgos de este estudio con indagaciones del papel de la subjetividad social en los resultados de los tratamientos.

A su vez, la evidencia presentada, aunque limitada, permite considerar la necesidad de próximos estudios que cuenten con la inferencia del terapeuta, además de con sus intervenciones, para profundizar en la comprensión del fenómeno de la

subjetividad social. En este sentido, los resultados de la tesis ameritan estudiar la manera en que el terapeuta elabora los juicios o la hipótesis relativos a la subjetividad social y cuáles propone o deja de proponer a su paciente. Más aún, se presenta la necesidad de considerar la coincidencia o diferencia entre sus propias pertenencias socio-culturales y las de su paciente.

Otra dirección de investigación se abre en relación a la formación psicoanalítica en las distintas culturas institucionales, y cómo esto afecta la práctica clínica. Los resultados obtenidos en esta investigación sugieren la necesidad de mayor indagación respecto del impacto cierto que el contexto de formación del terapeuta en la manera en que éste se desempeña técnicamente con sus pacientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, se desprenden algunas preguntas científicas a desarrollar en estudio ulteriores: ¿Qué relaciones existen entre la forma en que la subjetividad social es trabajada en el proceso psicoterapéutico y los resultados del tratamiento? ¿De qué manera incide la región geográfica de formación del analista en sus intervenciones clínicas? ¿Cómo se vincula dicha influencia con los resultados de los tratamientos? ¿Qué necesidades metodológicas vigentes del campo psicoanalítico podrían beneficiarse de estrategias como las de la Actividad Referencial utilizada en este estudio? ¿Cómo incorporar los resultados de investigaciones como la aquí presentada en la formación de terapeuta?

Referencias bibliográficas

- Adler, A. (1961). *Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires: Paidós.
- Allport, G (1971). *La Naturaleza del Prejuicio*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Altman, N. (2010)(2nd.ed). *The analyst in the inner city. Race, Class and Culture through a Psychoanalytic Lens*. New York: Routledge.
- Amati Sas S. (2000). La interpretación en lo transobjetivo. *Revista en Psicoanálisis*, 7(1), 129-139.
- Arbiser, S. (2013). El concepto de realidad en psicoanálisis. Simposio *Anual XXXV. Las realidades del psicoanálisis: Teoría, clínica y transmisión*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires
- Aulagnier P. (2001). *La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Baranger, M., y Baranger, W. (1961-1962). La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 5(1), 3-54.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., y Weakland, J., (1956), Hacia una teoría de la esquizofrenia. En Bateson , *Pasos hacia una ecología de la mente* , 1991, Buenos Aires: Planeta.
- Berenstein, I. (1976). Familia y Enfermedad Mental .Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I. (1991). Reconsideración del concepto de vínculo. *Psicoanálisis*, 2(13), 219- 235.
- Berenstein, I. (Ed.). (2004). *Devenir otro con otro(s). Ajenidad, presencia e interferencia*. Buenos Aires: Paidós.

- Berenstein, I. (Ed.). (2007). *Del Ser al Hacer. Curso sobre vincularidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I. (2012) El relato sobre el origen biológico de los hijos adoptivos y su relación con el vínculo parentofilial.. (Tesis de Maestría inédita). Instituto Universitario de Salud Mental de APdeBA, Buenos Aires.
- Berenstein, I., y Puget, J. (1997). *Lo vincular clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Bergin, A.(1991)Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, Vol 46(4), Apr 1991, 394-403.
- Bernardi, R. (1989). The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 341-347.
- Bernardi, R. (1994): Sobre el Determinismo Psíquico. En: *Temporalidad, Determinación, Azar*: 15-44. Buenos Aires: Ed. Paidós
- Bernardi, R. (2006). Fenómenos de cambio en las ideas psicoanalíticas en el Río de la Plata durante las décadas de 1960 y 1970. (Tesis inédita de doctorado). Uruguay.
- Bernardi, R.,y de León, B. (1999). Masoquismo, narcisismo y el síndrome de burnout en el psicoanalista. *Actualidad Psicológica*, 24(265), 18-22.
- Berry, J., Poortinga, Y., Segall, M., y Dasen, R. (1992).*Cross-cultural psychology*. New York, EE.UU: Cambridge University.
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P., yNeufeldt, S. (1994). Therapist variables. In M.J.Lambert (Eds). *Bergin y Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (4th ed.).(p. 259-269). Nueva York: John Wiley y Sons.

- Beutler, L., Malik, M., Allmohamed, S., Harwood, T., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004) Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed). *Bergin and Garfield's, Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (5ta ed.). Nueva York: John Wiley y Sons.
- Bion, W. R. (1990). *Experiencias En Grupos*. Barcelona: Paidós.
- Bleger, J. (1978). *Simbiosis y ambigüedad: Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar (1999) Hugo Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional. Aperturas N.1. Disponible en:
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=52ya=Fundamentos-y-aplicaciones-del-enfoque-modular-transformacional>
- Bohart, A.C., y Greaves Wade, A. (2013). The client in Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed). *Bergin and Garfield's, Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6ta ed.). Nueva York: John Wiley.
- Braun, J. y Puget, J. (2001). Perplexity: an effect of social trauma. 42nd International Psychoanalytical Association Congress. Nice, France
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science: a Multiple Code Theory*. New York: Guilford Press.
- Bucci, W. (2000). The need for a psychoanalytic psychology in the cognitive science field. *Psychoanalytic Psychology*, 17, 203-224.
- Bucci, W. (2001). Toward a psychodynamic science. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 57-68.
- Bucci, W. (2002) .Caminos de la comunicación emocional. *Aperturas Psicoanalíticas*.10. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/>

- Bucci, W.(2007). Dissociation from the perspective of multiple code theory: Part II: the spectrum of dissociative processes in the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis* 43(3) 305-326
- Bucci, W.(2010). The uncertainty principle in the psychoanalytic process. In: J. Petrucelli(Ed.) *Knowing, not-knowing, and sort of- knowing: psychoanalysis and the experience of uncertainty* (p.203-214). London, UK.: Karnac Books.
- Bucci, W., K-Mckay, R., y the R.A. Research Group. (1992). *Scoring referential activity: Instruction for use transcripts of spoken narrative texts* .Ulm: Ulmer Textbank.
- Bucci, W., y Maskit, B. (2004). Building a Weighted Dictionary for Referential Activity. En Y. Qu, Y. J.G. Shanahan, y J. Wiebe (Eds.), *Exploring attitudes and affect in text; Theories and aplicacionts*. New York: AAAI Press.
- Clarkin, J. F., y Levy, K. N. (2004).The influence of client variables on psychotherapy.In M. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 194-226). New York: Wiley y Sons.
- Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and psychological measurement*, 20(1), 37–46.
- Constantino, M. J., Adams, M. L., Pazzaglia, A. M., Bernecker, S. L., Ravitz, P., y McBride, C. (2013). Baseline patient characteristics as predictors of remission in interpersonal psychotherapy for depression. *Psychotherapy Research*, 23(2), 190–200. doi:10.1080/10503307.2013.765997
- Cook, T.D., y Reichardt, Ch.S. (1995). Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En T.D.Cook y Ch.S. Reichardt (Eds.). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativo*. Madrid: Morata.

- De Celis Sierra, M. (2004) Las variedades de las experiencias disociativas desde la teoría de Wilma Bucci sobre los códigos subsimbólico y simbólico. *Aperturas Psiconalíticas*.17. Recuperado de <http://www.aperturas.org/>.
- Dimen, M. (2006).Response to roundtable. Something's gone missing In L. Layton, N. C. Hollander and S. Gutwill (Eds).*Psychoanalysis, Class and Politics. Encounters in the Clinical Setting*. Chapter 13..New York: Routledge
- Dubé, E. (2008). Evaluación del acuerdo interjueces en investigación clínica: Breve introducción a la confiabilidad interjueces. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17.
- Elliott, R., Hill, C. E., Stiles, W. B., Friedlander, M. L., Mahrer, A. R., y Margison, F. R. (April, 1987). Primary therapist response modes: Comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 218-223.
doi: 10.1037/0022-006X.55.2.218
- Eng, .D. y Han, S. (2000). A Dialogue on Racial Melancholia. *Psychoanalytic Dialogues*, 10(4):667–700.
- Erickson, E. (1980). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Etchebarne, I. (2014). *Estrategias psicoterapéuticas iniciales para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Tesis doctoral defendida y aprobada. Universidad de Buenos Aires.
- Etchebarne, I., Fernández, M., y Roussos, A. J. (2008) Un esquema clasificatorio para las intervenciones en terapia interpersonal. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA*, vol. XV,15-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a01.pdf>

- Fonagy, P. (2003). Genética psicopatología evolutiva y teoría psicoanalítica: El argumento para terminar con nuestro (no tan) espléndido aislamiento. *Aperturas Psicoanalíticas*, 15. Recuperado de <http://www.aperturas.org/3fonagy.html>
- Frank, J.D., y Frank, J.B. (1961, 1991). Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. *The Johns Hopkins University Press*, Baltimore.
- Freedman, N., Lasky, R., y Hurvich, M. (2003). Two pathways towards knowing psychoanalytic process. En M. Leuzinger –Bohleber, A.U. Dreher, y J. Canestri (Eds.) *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis* (pp.207-221). London: International Psychoanalytical Association.
- Fretter,P.,Bucci ,W., Broitman , J.,Silberschatz, G. yCurtis, J. (1994) How the Patient's Plan Relates to the Concept of Transference,*Psychotherapy Research*, 4:1, 58-72, DOI: 10.1080/10503309412331333902 To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/10503309412331333902>
- Freud, A. y Burlingham, D. (1948/1965) La guerra y los niños. Buenos Aires, Hormé.
- Freud, S. (1908/2001). *Obras completas: La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*. (Vols. 9). Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1912/2001). *Obras completas: Tótem y tabú*. (Vols. 13). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917/2001). *Obras completas: Una dificultad del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/2001). *Obras Completas: La fijación al trauma, lo inconsciente*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1921/2001). *Obras completas: Psicología de las masas y análisis del yo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Referencias bibliográficas

- Freud, S. (1926/2001). *Obras completas: Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (1930/2001). *Obras completas: El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fromm, E. (1941). *Escape from freedom*. New York: Rinehart y Company, Inc.
- Gampel Y. (1986). La aniquilación contemporánea: de la supervivencia a la revitalización. *El malestar en nuestra cultura*. Simposio llevado a cabo en el XV congreso interno de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires.
- García, F. (1991). Una clasificación tentativa de metodologías de investigación en psicoterapia. *Boletín Argentino de Psicología*, 4, 11-14.
- Gay, P. (1989). *Freud una vida de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Paidós.
- González Rey, F. (2008) Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales Centro Universitario de Brasilia, Brasil ISSN: 1794-9998 / Vol. 4 / No 2 / 2008 / pp. 225-243
- Green, A. (2006). La ilusión del “terreno común” y el pluralismo mítico. *Psicoanálisis APdeBA*, 28(3), 657-665
- Greenwald, A.yBanaji, M. (1995)Implicit Social Cognition: Attitudes, Self-Esteem, and Stereotypes. Vol. 102, No. 1,4-27.Copyright 1995 by the American Psychological Association, Inc.0033-295X/95/S3.00
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Herder, Barcelona.
- Hall, G. yMalony, H. (1983) Cultural control in psychotherapy with minority clients. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, Vol 20(2), 1983, 131-142.doi: 10.1037/h0088484

Referencias bibliográficas

- Hartmann, H (1937/1987). *La psicología del yo y el problema de la adaptación*. Buenos Aires, Paidós
- Hartmann, H (1960). *Psychoanalysis and Moral Values*. New York, International Universities Press.
- Heimann, P. (1950) On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31: 81-84.
- Herskovits, M.J.(1938). *Acculturation: The study of cultural contact*. New York: Agustin.
- Herskovits, M. J. (1948). *Man and his works: The science of cultural anthropology*. New York, Knopf.
- Hill, C.E. (1992). An overview of four measures developed to test de Hill Process Model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions and client behaviors. *Journal of Counseling and Development*. Vol. 70, 728-739.
- Hill, C., Hess, S., Knox, S., Thompson, B., Williams, E., y Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196-205.
- Hinshelwood, R.D.(2004). *Reflections on psychic ownership and psychoanalytic studies. Who owns psychoanalysis?* London. Ed. A. Casement-Karnac. 41-54.
- Hinshelwood R.D. (2013). *Research on the Couch. Single Case Studies, Subjectivity, and Psychoanalytic Knowledge..* New York: Routledge.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. London: McGraw-Hill.
- Horney, K (1939/1957). *El nuevo psicoanálisis*. México: Fondo de cultura económica.
- Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24, 602-609.

- Jiménez, J. P. (2004). Validez y validación del método psicoanalítico: Alegato sobre la necesidad de pluralismo metodológico y pragmático en psicoanálisis. *Aperturas Psicoanalíticas*, 18. En: www.aperturas.org/18jppjimenez.html
- Jiménez, J. P. (2005). *Psicoanálisis y Psicoterapia ¿Dónde están las diferencias? El aporte de la investigación empírica*. Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis, 7/8, 91-114
- Jones, E. (1960). *Vida y obra de Sigmund Freud*. Segunda ed. Vol. II- Los años de madurez 1901-1919: Ediciones Horme S.A.E.
- Jones, E. y Korchin, S. (1982). *Minority Mental Health*. New York, Praeger Publishers.
- Juan, S., Etchebarne, I., Waizmann, V., Leibovich de Duarte, A., y Roussos, A. (2009). El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta. *Anuario de investigaciones*, 16, 43-51.
- Kaës, R. (1996). *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës, R. (1998). *La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Kächele, H. (2010). Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(1), 35–43; discussion 51–4; discussion 59–61. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00232.x
- Kelly, Timothy A.; Strupp, Hans H. Patient and therapist values in psychotherapy: Perceived changes, assimilation, similarity, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 60(1), Feb 1992, 34-40. doi: 10.1037/0022-006X.60.1.34

- Kernberg, O. (2001). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de fortalecimiento: controversias contemporáneas. *Psicoanálisis APdeBA*, 23(1), 201-228
- King, S. (2011). They were born with two tongues: Bilingual Asian American emotional disclosure of personal memories. Dissertation Research, Adelphi University.
- Klein, M. (1957/1988). Envidia y Gratitud y otros trabajos. Buenos Aires, Paidós.
- Laing, R.D. y Esterson, A. (1967). *Cordura, locura y familia. Familias de esquizofrénicos*. Fondo de cultura económica: México .
- Lambert, M.J. (2013) (Ed). Bergin and Garfield's, Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change (6th ed.). Nueva York: John Wiley y Sons.
- Lancelle, G. (1997). El psicoanálisis y la investigación en escorzo desde una perspectiva clínica. *Psicoanálisis APdeBA*, 19(1y2), 119-156
- Landis, J. y Koch, G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33, 159–174.
- Laplanche, J., y Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Layton, L., Hollander, N., y Gutwill, S. (2006). *Psychoanalysis, class and politics encounters in the clinical setting*. London and New York: Routledge.
- Leibovich de Duarte, A. et al., (2004). Como psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos construyen sus inferencias clínicas. *Aperturas psicoanalíticas*.017. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000297ya=Como-psicoanalistas-y-psicoterapeutas-cognitivos-construyen-sus-inferencias-clinicas-Estudio-empirico>

- Leibovich de Duarte, A. y Rosenvald de Baril, M. (2007). Psicoanálisis: Psicología del Yo, su inclusión en el plan de estudios en psicología. En: Leibovich de Duarte, A. (comp.). *Ayer y hoy. 50 años de enseñanza de la psicología*. Buenos Aires, Eudeba.
- Loewenberg, P. y Thompson, N. L. (2011). 100 years of the IPA: the centenary history of the International Psychoanalytical Association. London: International Psychoanalytical Association.
- Luyten, P., Blatt, S. y Corveleyn, J. (2006). Salvando la distancia entre el positivismo y la hermenéutica en la investigación psicoanalítica. *Hacia Modelos Integradores. Aperturas Psicoanalíticas.*, 4. Recuperado de <http://www.aperturas.org/24luyten.html>
- Maskit, B., Bucci, W., y Roussos, A. (2002). The discourse attributes analysis program: Parameters and problems. *Paper presented at the 33rd International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Barbara.*
- McCarty, K. S., y Barber, J. P. (2009). The multitheoretical list of therapeutic interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research*, 19(1), 96-113.
- Mead, G. (1953). *Espiritu, Persona y Sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*. Mind, Self and Society. Buenos Aires: Paidós.
- Meltzer, D. (1974). *Estados sexuales de la mente*. Buenos Aires: Kargieman.
- Mergenthaler, E., y Grill, S. (1996). Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones psicoterapéuticas. *Revista de Clínica Psicológica*, 5(2), 163-177.
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J., y Perry, J. C. (1999). Sequential consequences of therapist's interventions. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 8(1), 40-54.
- Moguillansky, R. (1999). *Vínculo y Relación de Objeto*. Buenos Aires: Polemos.

- Moguillansky, R.(2007). Sumario de los problemas planteados en la sexualidad y los enunciados de fundamentos de la cultura. Ateneo llevado a cabo en abril en la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires: Buenos Aires.
- Moguillansky, R., y Nussbaum, S. (2008). Un nuevo sujeto de la psicoterapia: la familia. *Presentado en el Primer Congreso de la FEAP, San Sebastián.*
- Moguillansky, R., y Seiguer, G. (1990). Sobre el pensamiento como versión entre el punto de vista del pensamiento y la visión total de la convicción. *Psicoanálisis*, 12, 2-3.
- Moguillansky, R., Seiguer, G. y Vorchheimer, M.(2001) A propósito de un material clínico institucional: apuntes para una discusión sobre conflictos de contratransferencia, instituciones y homosexualidad *Psicoanálisis*.XXIII (1)
- Moro, L. (1996). Aportaciones de la antropología psicológica al estudio de la personalidad desde la cultura. *Universidad Pontificia de Salamanca.*
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. La psychanalyse son image et son public. Buenos Aires: Huemul.
- Muran, J.C. (2007) (Ed) *Dialogues on Difference. Studies of Diversity in the Therapeutic Relationship*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. y Ronnestad, M. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pachuk, C., y Friedler, R. (AÑO). *Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Buenos Aires: Ediciones del Candil.
- Páez, D., Fernández, I., Ubillos S., y Zubieta, E. (2004). *Psicología social, cultura y educación*. Madrid: Pearson- Prentice Hall.

- Páez, D., y Zubieta, E. (2004). Cultura y psicología social. En D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos Zubieta, y E. J. Valencia (Eds.), *Las representaciones sociales de la inteligencia. Psicología social, cultura y educación*. Madrid: Pearson- Prentice Hall.
- Pessiery J. Stuart (2000) A new approach to the study of therapeutic work in the transference. *Psychotherapy Research*, 10:2, 169-180
- Pichon Riviere, E. (1970). *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Argentina: Galerna.
- Puget, J. (1986). Violencia social y psicoanálisis. Lo impensable y lo impensado. *Psicoanálisis*. Vol. VIII (2-3).307-366
- Puget, J. (1987).El contexto social. En busca de una hipótesis. Presentado en el Congreso Internacional de Psicoanálisis, Montreal.
- Puget, J. (1988). ¿Qué es material clínico para el psicoanalista? Los espacios psíquicos. *Psicoanálisis*. Vol. X (3).445-453.
- Puget, J. (1994). *Realidad Social: una nueva realidad psíquica*. Panel presentado en las 10ª Jornadas Anuales de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoanálisis de Grupo, Buenos Aires, Argentina.
- Puget, J. (2002). *Pensar en Tiempos de Cólera*. Documento presentado en la Conferencia de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoanálisis de Grupo, Buenos Aires.
- Puget, J. (2003). *Crisis de la Representación*. Documento presentado en la Asociación Argentina de Psicología y Psicoanálisis de Grupo, Buenos Aires.
- Puget, J. (2005a). Pensar solo o pensar con otro. En J.F. Jordán Moore (Presidente). *Trauma: New developments in psychonalysis*. Trabajo presentado en el 44th Congress de la IPA, Rio de Janeiro.

- Puget, J. (2005b). *Intersubjetividad. Crisis de la Representación*. Trabajo presentado en el campus virtual de APdeBA, Buenos Aires. Trabajo recuperado de <http://www.apdeba.org>.
- Puget, J. (2011). Pensar la subjetividad social. *Trabajo presentado en el Departamento de Familia y Pareja, APdeBA*
- Racker, H. (1960) *Estudios Sobre Técnica Psicoanalítica* .Buenos Aires: Editorial Paidós
- Ramallo, M., y Roussos, A. (2008). *Lo cualitativo, un modelo para la comprensión de los métodos de investigación* (Documento de Trabajo N° 216).Disponible en: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/216_ramallo.pdf
- Reiss-Schimmel, I. (2002). Au-dela du divan en Freud, le sujet social [Monographies]. *Revue Francaise de Psychanalyse*, 115.
- Rizzuto, A. (1991). Psychoanalysis and religion. *The International Review of Psycho-Analysis*, 18, 576-580.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Messina, V., y Samsalone, P. (2012). Informed consent calling for debate between analysts and researchers. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 963-980.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Ragau, R., Borensztein, L., y Jadur, S. (2007). Autores que impactan en la formación de candidatos. Diferencias culturales y lenguajes teóricos. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 1-15.
- Ronning, G., Bucci, W., y Maskit, B. (June, 2008). *Adolescent violence: What we're missing*. En B. Strauss (President-Elect y Program Council chair). Panel held at the 39th SPR International Meeting, Barcelona.
- Roth, A. y Fonagy, P. (2005). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York, The Guilford Press

- Roussos, A. (1999). *La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los Psicoterapeutas. Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos* (Tesis doctoral). Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- Roussos, A.(2011/2012). Un puente entre saberes. Aportes de Wilma Bucci para la gestación de una psicología psicoanalítica para las ciencias cognitivas. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*.15/16, 253-269.
- Roussos, A., Boffi Lissin, L.y Leibovich de Duarte, A. (2007) 'The importance of the theoretical framework in the formulation of clinical inferences in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17:5, 535 – 54
- Roussos, A., Etchebarne, I., y Waizmann, V. (2005). *Clasificación de intervenciones. Una clasificación de intervenciones en psicoterapia que posibilite la exploración de las diferencias intra e inter marcos teóricos psicoanalítico y cognitivo*. http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/129_roussos.pdf
- Roussos, A. Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2006). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones*. Vol. XIII, 51-61.
- Roussos, A. J., Etchebarne, I., y Waizmann, V. (2009). La interpretación psicoanalítica y su relación en el estilo lingüístico del paciente. Un estudio de caso único. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, 16(1)*, 95–102.
- Roussos, A., y O'Connell, M. (2005). Construcción de un diccionario ponderado en español para medir la Actividad Referencial. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA, 10(2)*.
- Roussos, A., Waizmann, V., y Etchebarne, I. (2003). *Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia*. Trabajo presentado en Memorias de las X

Jornadas de Investigación: Salud, educación, justicia y trabajo de la Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires.

Roussos, A., Waizmann, V., y Etchebarne, I. (2008). *The interaction between psychoanalytic interpretations and referential activity*. En B. Strauss (President-Elect y Program Council chair). Panel held at the 39th SPR International Meeting, Barcelona.

Roussos, A.; Waizmann, V. y Etchebarne, I. (2010). Common interventions in two single cases of cognitive and psychoanalytic psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 20, No. 3, 327–346.

Salvatore, S. y Zittoun, T (Eds.).(2011). *Cultural Psychology and Psychoanalysis: Pathways to synthesis*. Charlotte, North Carolina: Information Age Publishing, Inc.

Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Lucio, P.B. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta ed.). México: Mc Graw Hill.

Samuels, A. (1993). *The Political Psyche* [La Psique Política]. London, UK.: Rutledge.

Samuels, A. (2006). Working directly with political, social and cultural material in the therapy session. In L.Layton, N.Hollander yS. Gutwill (Eds). *Psychoanalysis, Class and Politics. Encounters in the clinical setting*. East Sussex: Routledge.

Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., Schubert, J. (2000). Varieties of Long-Term Outcome Among Patients in Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy: A Review of Findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (Stopp). *Int. J. Psycho-Anal.*, 81:921-942.

- Sandler, J.; Dare, C.; Holder, A. (1993). *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Buenos Aires, Paidós.
- Simon, J. (1970). Research in Psychoanalysis: Experimental Studies. *J Amer Psychoanal Assn* 18:644-654.
- Seganti, A., Carnevale, G., Mucelli, R., Solano, L., y Target. (2000). From sixty-two interviews on the worst and the best episode of your life. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 529-551.
- Stiles, W. (1992). *Describing talk: A taxonomy of verbal response modes*. London, Sage Publications.
- Stiles, W., y Sultan, F. E. (1979). Verbal response mode use by clients in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy*, 47, 611-613.
- Sullivan, H. (1947/1959) *Concepciones de la Psiquiatría Moderna*. Buenos Aires, Psiqué.
- Szecsödy I. (2000). Commentary. *J Amer Psychoanal Assn* 48:397-403.
- Thomä, H., y Kächele, H. (1985/1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis: Fundamentos*. Barcelona, España: Herder S.A.
- Triandis, H.(1994). *Individualism y Collectivism*. Boulder, San Francisco, Oxford: Westview Press.
- Trijsburg, R. W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R. M., Joosten, S., y Duivenvoorden, H. J. (2004). Construct validity of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating Scale. *Psychotherapy Research*, 14 (3), 346-366.
- Valsiner, J. y Rosa, A. (2007)(Ed.). *The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology*. New York, Cambridge University Press.

- Waizmann, V. (2011). *La alianza terapéutica y el tipo de intervenciones realizadas por los psicoterapeutas de dos marcos teóricos: psicoanalítico y cognitivo*. Tesis doctoral defendida y aprobada, Universidad de Buenos Aires.
- Waizmann, V., Jurkowski, L., y Roussos, A. (2006). *Descripción de las intervenciones elegidas por psicoterapeutas psicoanalíticos y cognitivos*. Recuperado del sitio de Internet de Facultad de Psicología - UBA / secretaría de investigaciones / anuario de investigaciones / volumen xiv / año 2006
- Wallerstein, R. (1978). Perspectives on psychoanalytic training around the world. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 477–503.
- Wallerstein, R.S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psycho-analysis and psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wallerstein, R. (1988) ¿Un psicoanálisis o muchos? *Libro Anual de Psicoanálisis*, 1-15. Londres-Lima, Ediciones Psicoanalíticas Imago.
- Wallerstein, R. (1989). Psicoanálisis y psicoterapia: una perspectiva histórica. Libro Anual de Psicoanálisis, 299-326, Londres-Lima, Ediciones Psicoanalíticas Imago.
- Wallerstein, R. (2006). ¿Diálogo o ilusión? ¿Y cómo seguimos a partir de aquí? Respuesta a André Green. *Psicoanálisis APdeBA*, 28(3), 667-675
- Wallerstein, R. y DeWitt, K. (2000). Modos de intervención en psicoanálisis y en psicoterapias psicoanalíticas: una clasificación revisada. En J. Ahumada, J. Olagay, A. Kramer Richards y A. D. Richards (Eds.), *Las tareas del Psicoanálisis. Ensayos en honor de R. Horacio Etchegoyen*. Buenos Aires: Polemos.
- Wallerstein, R.S. y Sampson, H. (1971). *Issues in research in the psychoanalytic process*. *Int J Psychoanal* 52:11–50.

- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Publishers, 263 pp.
- Westen, D. (2001). Beyond the binary opposition in psychological anthropology: Integrating contemporary psychoanalysis and cognitive science. In H. Mathews and C. Moore (Ed.), *The psychology of cultural experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winnicott D.W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.
- Wiser, S., y Goldfried, M. R. (1996). Verbal Interventions in Significant Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy Sessions. *Psychotherapy Research*, 6(4), 309-319.
- Worthington, E., Kurusu, T., McCullough, M. y Sandage, S. (1996) Empirical Research on Religion and Psychotherapeutic Processes and Outcomes: A 10-Year Review and Research Prospectus. *Psychological Bulletin*. Vol. 119, No. 3, 448-487. Copyright 1996 by the American Psychological Association, Inc.
- Zuckerfeld, R. (1999). Psicoanálisis actual: Tercera tópica, vulnerabilidad y contexto social. *Aperturas Psicoanalíticas*, 002.
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000090ya=Psicoanalisis-actual-tercera-topica-vulnerabilidad-y-contexto-social>
- Zúckerfeld, R. (2004) Inconscientes, memorias y tópicos. *Aperturas Psicoanalíticas*, 017. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=293ya=Inconscientes-memorias-y-topicas>
- Zúckerfeld, R. y Zonis Zúckerfeld, R. (2005). *Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

APÉNDICE A. Material clínico clasificado según categorías subjetividad social.*Ejemplo de Ideales Culturales Dominantes, subcategoría Eficientismo*

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjetividad social e intervenciones)
<p><i>Ideal de Eficientismo</i></p> <p>Analista 1 Sesión 1 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente habla de su padre que ha tenido un ataque al corazón.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> ...yes. He's been working and probably was working too hard. This can't, and he has, he has high blood pressure, he worries about things and he finally just, you know, he overstrained himself, but there's nothing that you can do with him...</p> <p><P2> umhmm.</p>	<p>Alocución 007</p> <p>0A-1 Eficientismo Unidad de sentido 1</p> <p>01-B1. Interrogativa cerrada no específica</p> <p>Cont.:102/ Situación familiar.</p>
<p>Analista 14 Sesión 29 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> La paciente comienza la sesión aludiendo a que parece que viene de moqueo (aludiendo a que va a llorar). Luego comienza a hablar de la muerte de su abuelo.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> ...Y a las tres de la tarde, me fui de lo de mi abuelo y me fui a estudiar <P2> Mm <P1> Y fue el entierro y todo y yo no pude ir... porque tenía que sentarme a estudiar. Había quedado con todos mis compañeros de la facultad que íbamos os a estudiar, me faltaba preparar un par de temas Y bueno, mi viejo, o sea yo no sé qué nada necesitaba la aprobación de mi papá que me dijera andá tranquila? Andá, no te hagas problema, (no se entiende), andá a estudiar, no hace falta que vengas al entierro? Y, y no fui, y ese día, esa tarde estuve tranquila, estuve estudiando en mi casa, -, al día siguiente fui rendí, me fue, muy bien (empieza a toser), esto fue, (tose otra vez), -, el, el 7 de diciembre, "no? El tres de diciembre, una semana antes de mi cumple, --. Y bueno, y yo te digo, una semana después del cumpleaños, una amiga hizo una fiesta, eh, fin de año me fui de vacaciones, -, me fui de vacaciones, volví de vacaciones, qué se yo, y, -, y no sé, si no cayó o qué (no se entiende) noches atrás, me fui a dormir y, y, -, nada, me empezaron a, no sé me empezaron a aparecer, -, cosas de mi abuelo (el tono de voz es muy alto, angustiado), recuerdos de mi abuelo y me, causan muchísima angustia, y me, llama la atención</p>	<p>Alocución 007</p> <p>0A- 1 Eficientismo</p> <p>01-C1 Empática no esp. Cont.:113 interjecciones</p>

P1=paciente, P2=terapeuta

APÉNDICE A (continuación).

Ejemplo de Ideales Culturales Dominantes, subcategoría Inmediatez

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjetividad social e intervenciones)
<p><i>Ideal de Inmediatez</i></p> <p>Analista4 Sesión 7 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente propone renunciar a su trabajo pues no logra encontrar horarios con el analista para comenzar un análisis de alta frecuencia.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P2> yeah.</p> <p><P1> what if I had said ok, <i>I'm quitting my job tomorrow. Schedule me for four times a week... I guess you could do that now.</i></p> <p><P2> Well, it would take some time for me to get reorganized</p>	<p>Alocución 021</p> <p>0A-2 Inmediatez 0A-2Unidad de sentido 1</p> <p>01- Empáticas no específicas 01- cont.113- interjecciones</p>
<p>Analista 16 Sesión 32 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente envía un mail a los clientes que atiende del banco en que trabaja. En el banco consideran que el mail fue inapropiado y lo despiden.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> ...si el sentimiento que me quedo es que me fui por la puerta de atrás ...digamos no me gusta o no es lo mismo ...puedo...puedo disfrazarlo o justificarme y decir ...y ...bueno ahora voy a hacer lo que quiero y si está bien pero la-la sensación de vergüenza de decir y...hacia falta hacerlo así?</p> <p><P2> si terminar así</p> <p><P1> terminar así</p> <p><P2> bueno hizo falta sino no hubieras podido. <i>Parece ser que es lo que pudiste...por algo decís que no pudiste pensar las consecuencias del mail, no? Otra cosa no pudiste hacer.</i></p>	<p>Alocución 044</p> <p>0A-2 Inmediatez. Unidad de sentido 1 01-G2 Revisión psicoanalítica 01- Cont.: 121 Actividades Laborales y estudiantiles.</p>

P1=paciente, P2=terapeuta

APÉNDICE A (continuación). *Ejemplo de Ideales Culturales Dominantes, subcategoría Manipulación y cambio corporal*

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjektividad social e intervenciones)
<p><i>Manipulación y cambio corporal</i></p> <p>Analista 12 Sesión 24 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> No se presentaron ejemplos de esta categoría, ni en el material de los pacientes, ni en las intervenciones de los analistas cuyos tratamientos transcurrieron en Estados Unidos.</p> <p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> La paciente habla de su temor a engordar.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> si ... me peso ayer Fernández y pesaba 49 y me dijo empezó a comer porque estás muy flaca pero...yo no se lo dije a ella pero ... <i>tengo miedo a engordar este...y trato... es algo raro lo mío porque yo tengo miedo a engordar pero los sábados y domingos- los sábados domingos no ... porque no me lo permito ...pero los sábados si como por ahí una porción de torta porque tengo ganas de comer algo rico... entonces sí, pero no. El otro día ponele yo había hecho ñoquis caseros y como yo había comido pastas en la semana dije no, está bien pasa no comas este...entonces me serví cinco ñoquis y los chicos me dijeron eso vas a comer, cinco ñoquis? no lo que pasa es que yo ya había comido .Mamá tenés que engordar, como vas a comer cinco ñoquis !bueno no sé qué excusa yo comí cinco ñoquis...</i></p> <p><P2> a pesar... bueno los chicos soportan un poco la racionalidad, el sentido común, ¿no? cinco ñoquis son muy poquitos, a pesar de eso es como que... porque yo creo que como que adentro suyo están las dos cosas el sentido común de darse cuenta de... de vos o ... idea que bueno que no hay que comer... no?</p>	<p>Alocución 048</p> <p>0A-3 I. Manipulación y cambio corporal 0A- 3-I.Manipulación y cambio corp. Unidad de sentido 1</p> <p>0I- D2 explicativas psicoanalíticas 0I- Cont. 150/110/114 Proceso y su externalización / nutrición / conductas.</p>

P1=paciente, P2=terapeuta

APÉNDICE A (continuación).*Ejemplo de Ideales Culturales Dominantes, subcategoría Whiteness (Blancura)*

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjectividad social e intervenciones)
<p><i>Ideal de Whiteness</i></p> <p>Analista 2 Sesión 3 (Estados Unidos).</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente habla de la suerte que tiene por ser hombre.</p> <p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> <P2> Yes <P1> and ... I won't be able to talk in a low modulated tone. And to be a female is certainly not ah, my bag. Or it's not a bag that I'd be interested in having. You know, here's ... here's an interesting one. During the sexual act, I think sometimes in the female that I got, think of all the semen being deposited in her vagina. She's carrying around all that gunk goeey stuff. I, boy am I lucky I'm a male getting rid of it. That sort of thing, and she's carrying it and ah maybe that means something. I'm happy to be the male getting rid of the semen rather than the female receiving it. And they seem to just like it, receiving it. They uh, it doesn't bother them. Of course, I guess nature made them what they were or what they are. <i>I'm talking about women like a foreign, foreign race or something, different breed, which perhaps she is. When I think of women I think of 2 types.</i> I think of the old biblical Ruth following her husband. I think of that goddamn Kate Millet and her, or Betty Friedan and her creatures, and they give me a real burn. Me and my enemy...</p> <p><P2> Yes.</p>	<p>Alocución 013</p> <p>0A-92 Grupo Ajeno 0A-9-Prej- Unidad De Sentido 1 0A-4- I Whiteness 0A-4 I Whiteness- Unidad de sentido 1 0A-92 Grupo Ajeno</p> <p>01-C1 Empáticas no específicas 01-Cont.: 113/Interjecciones</p>

APÉNDICE A (continuación).*Ejemplo de Ideales Culturales Dominantes, subcategoría Solidaridad*

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjetividad social e intervenciones)
<p><i>Ideal de Solidaridad</i></p> <p>Analista 5 Sesión 9 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> La paciente relata al analista dos momentos en los que tuvo un ataque de ansiedad.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1>... and then, ah, friday I felt the same way in the evening. Everything was all right until ...we have a gas stove, <i>and some of the neighbors were coming over to use the gas stove to cook, because they had no electricity.</i> ...and, ah, well, everything was fine. and then, all of a sudden they left and the lights went back on about six-thirty and we started to eat and, all of a sudden, whether it was the whole, ah, idea of everybody coming in and going out, ...</p> <p><P2> but that was actually in the house, friday night.</p>	<p>Alocución 008</p> <p>0A- 5 I. de Solidaridad</p> <p>01-B1 Interrogativas cerradas no esp.</p> <p>0I-Cont: 102/122/ Situación familiar/síntomas.</p>
<p>Analista 17 Sesión 34 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> La paciente relata lo que le sucede en la residencia médica.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> Ay si estoy re enojada con lo que me toca. Y por.. pero por ejemplo el sábado.. el sábado fue totalmente distinto porque bueno.. estuve con Liliana todo el día haciendo partos y y me daba el lugar de ?Vos tenés que hacer esto dale, hace todos los partos, hace todo vos. Nosotras estamos acá y.. que si nos necesitas estamos acá .?. Que es buenísimo en el momento que lo necesite estaban ahí. Y.. y por otro lado era suponete: Cenamos todos juntos .? Era: ?"Te acordás? todas mostrando las cagadas viste: "Te acordás eso oh..oh.. ah..?y no desde el lado, claro son todos má s grandes pero no desde el lado de ?Yo nunca me confundo? sino que todos nos confundimos?</p> <p><P2> Mm</p>	<p>Alocución 059</p> <p>0A- 5 I. de Solidaridad</p> <p>01-C1 Empática no esp.</p> <p>01-Cont: 113/interjecciones</p>

P1=paciente, P2=terapeuta

APÉNDICE A (continuación).

Ejemplo de Ideales Culturales Dominantes, subcategoría Proyectos vitales.

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjetividad social e intervenciones)
<p><i>Proyectos Vitales</i></p> <p>Analista 1 sesión 2 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> La paciente habla sobre su deseo de ser tener un hijo en relación a su vínculo de pareja. <u>Ejemplo de Texto recuperado:</u></p> <p><P1> Hmm. Just working on my feelings. Well, it may be that that's true, but I, I mean it's very likely, that it is, that I uh, that's one reason why I, I can't think about giving him up. But uh one, one function he fulfills in being on the scene is to do that. But I uh I mean I think that just has to be, I can't really fight that. Or I, I mean I know you're not recommending that I get rid of him so that uh -- I'm feeling tearful now. <i>I was wondering why then I thought the fact that uh I'm in, sometimes I, I react to the uh limitations of the relation with him and other times I realize that even were they listed, that I wouldn't know what I wanted. Like having children, I mean, one thing to say he doesn't want any it's another to suppose that uh that he would and then I realize that I'm not sure that I in any case, would want any.</i> And then I just thought about, we went to see another movie yesterday in which there was a an abortion scene, very terrible. I mean, it was not awful, it was badly done. (Pause) Another thing I'm feeling now, I'm started yesterday when I realized that I, I was so out of focus I couldn't even really read. And so I felt some, you know, I wanted to punch something but I didn't know exactly what. I mean, probably I was mad at MCI uh because of his daughter. But I, that I can't really work either. I mean, I just can't do anything. And I just was comparing the fact that I, unless I deny myself uh all pleasures and or at least all, not all pleasures, but you know, I just, that I haven't any, haven't a leg to stand on, as I've said before.</p> <p><P2> I don't understand.</p>	<p>Alocución 012</p> <p>0A-6 I Proyectos Vitales 0A-6 I Unidad de Sentido 1</p> <p>0I-7-No clasificable 0I-CONT. 100- No clasificable.</p>

<p>Analista 16 Sesión 31 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente está desempleado y buscando una opción acorde con su proyecto vital. <u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P2> y... como te estás manejando con todo esto, como te sentís. <P1> eee y ... en algún sentido como que aprovecho, <i>la oportunidad de... digamos de estar sin trabajo para buscar un trabajo de lo que realmente quiero hacer ...</i> <P2> sabes qué es?</p>	<p>Alocución 016 0A-6 I Proyectos vitales 0a-6 Unidad de sentido 2 BI-Interrogativas cerradas no específicas 0I- Cont.: 121- Actividades Laborales/estudiantiles 0I- Cont.: 150/Procesos. Inconscientes y su externalización.</p>
--	---	--

P1=paciente, P2=terapeuta

APÉNDICE A (continuación). *Legalidades culturales dominantes, grupo propio*

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjetividad social e intervenciones)
<p><i>Legalidades Culturales Dominantes</i></p> <p>Analista 5 Sesión 10 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente está hablando de que propone realizar un cambio en la modalidad con que se realiza la sucesión de autoridades en el consejo de padres de la escuela, pues a quien le tocaría ser el próximo presidente, manifiesta actitudes que no conciben con una escuela laica.</p> <p><u>Ejemplo de texto recuperado:</u> ... I told him about F.(name), was going to be president, and I told him, never in the history of the school, 5 years, had the person next in line not made the presidency. And he said, well, there could be the first time. Why don't you do as you've been doing? Just talk to the neighbors, and so forth, and point out that this thing is wrong, and he said, I'll leave you alone from then on. And then the night came for him ... meanwhile I started going to p.t.a. (name of a place), and the night came for him to, ah, give his opening prayer and I got a phone call, and he said, would you, I have just found out that I have to ... I'm on the board of boys club, and I just found out that the meeting is going to be much too long for me to come. So will you please go over and excuse me from ah, giving our prayer? ... <P2> why do you think that you were wrong?</p>	<p>Alocución 002</p> <p>0A- 71 Legalidades culturales dominantes .Grupo Propio 0A-7.LCD Unidad de sentido 2</p> <p>0I- A1- Interrogativas Abiertas Esp. 0I-Cont.100 No clasificable</p>
<p>Analista 13 Sesión 26 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> La paciente habla de un conflicto en relación a su pertenencia religiosa.</p> <p><u>Ejemplo de texto recuperado:</u> <P1> ...si y es que me encantaría como poder llevar las cosas de esa manera y estar tranquila pero es como que me cuesta un poco, lo mismo que te contaba por ejemplo de la religión. <i>Estoy inclusive estoy tratando de convencerme también de que ya no soy más católica y que soy atea porque no lo siento adentro, pero me cuesta mucho porque es como que son parámetros que te van poniendo en la cabeza. Ayer hablando con dos compañeras de trabajo que una está embarazada y la otra está por tener entonces hablando de los bautismos y yo eeee no dije nada y en ese momento dije `ah no pero si yo no soy más católica no voy a bautizar a mi hijo cuando lo tenga entonces digo `por qué, estoy pensando, me tengo que convencer que no lo voy a bautizar y que no va a tomar la comunión y todo eso no me sale naturalmente.</i> <P2> mmm...</p>	<p>Alocución 022.</p> <p>0A-71 Grupo Propio 0A-7-LCD- Unidad de sentido 3</p> <p>0I- C1- Empáticas no específicas. 0I-Cont.113 Interjecciones</p>

P1=paciente, P2=terapeuta

APÉNDICE A (continuación). *Ejemplo de Imposiciones Contextuales Imprevistas*

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjectividad social e intervenciones)
<p><i>Imposiciones contextuales imprevista</i></p> <p>Analista 5 Sesión 9 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente refiere a su reacción frente a las responsabilidades que tuvo que asumir en la guerra y las compara con el pánico que le surge frente a sus compromisos cotidianos con sus hijos.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> ...<i>(laugh)</i> but, ah, gosh, in a hospital, sometimes, when I first, started training, because of the war, I was left in charge of maybe forty or fifty people who were ill, and so forth, and I had no qualms about it. And I felt that I could -- I felt very responsible, and yet, ah, somehow, now even leaving, my being left with a little child, a six year old who is perfectly normal and healthy I get panicky. I don't know. If something happened when I was in charge of something had done wrong I think I would understand. But it never has that I can recall, (silence; cough) hope I'll be able to make it back home all right today, too. (sighs) I'm, I don't, I don't always feel that way with, when the boys are out of the house, ah, and I just have the little, my little girl. Once in a while I do, but, ah, all three of us, very often four of us, are at home. (cough) I get the, ah, panicky feelings when, the boys are home, not that, ah, I'm afraid that I'm going to upset them. If anything happens to me, they'll become terribly upset (sniff)</p>	<p>Alocución 008</p> <p>0A- 1 1 Eficientismo 0A- 1 EF. Unidad de sentido 1 0A- 5 1 Solidaridad 0A-5 1 SOL- Unidad de sentido 1 0A-8 Imposiciones contextuales imprevistas 0A-8- ICI Unidad de sentido 1</p> <p>0I-A1 Interrogativas abiertas no específicas 0I- Cont. 102/ Situación familiar</p>

	<p>and, ah, won't know what to do.</p> <p><P2> I don't quite understand. When the little girl is at home...?</p>	
<p>Analista 16 Sesión 31 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente habla acerca de que fue despedido de su trabajo en un banco. <u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> <i>Y en la situación de pérdida de trabajo hace que todo eso se desequilibre y se pierda un poco la proyección, las posibilidades, hasta que no se reordene la situación económica como que queda todo en stand by...</i></p> <p><P2> y vos te sentís como muy responsable de esta pérdida?</p>	<p>Alocución 007</p> <p>0A- 8 Imp.Cont.Imp. 0A 8-ICI Unidad de sentido 1</p> <p>01-B1- Interrogativas cerradas no específicas. 01-Cont. 121/150 Actividades. Lab.Estud./Procesos Int. y su externalización</p>

P1=paciente, P2=terapeuta

APÉNDICE A (continuación). *Ejemplo de Prejuicios, grupo ajeno*

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjetividad social e intervenciones)
<p><i>Prejuicio</i> Analista 10 Sesión 20 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente habla de un allegado, del temperamento que tenía, de su característica de no expresar sus sentimientos, de ser como una piedra. <u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> ...<i>Right. Fucking Aryan...</i> <P2> You start to feel guilty?</p>	<p>Alocución 038 0A- 92 Grupo ajeno. 0A-9-PREJ- Unidad de sentido 5 0I-BI Interrogativas Cerradas no específicas 0I-Cont. 150- Procesos internos y su externalización</p>
<p>Analista 20 Sesión 40 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente habla acerca del trabajo en gastronomía. <u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> ... voy a serte... voy a serte franco eee... poder manejar yo, siempre dije que en gastronomía, porque vas a encontrar de <i>todo están los tipos que tienen guita que no saben y dicen uy que lindo me pongo un restaurant.</i> <P2> mjum</p>	<p>Alocución 178 0A-92 Grupo ajeno 0A-9-PREJ- Unidad de sentido 2 0I- CI Empáticas no específicas. 0I-Cont. 113- Interjecciones</p>

P1=paciente, P2=terapeuta

APÉNDICE A (continuación).

Ejemplos clasificados según las subcategorías de grupo propio y no identificable

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjetividad social e intervenciones)
<p><i>Grupo no identificable</i></p> <p>Analista 3 Sesión 5 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El terapeuta expresa su propia ubicación frente al tema homosexualidad.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P2> <i>Homosexually inclined uh everybody has feelings toward other men whether they're anger or fear or disgust or dislike ...</i> <P1> But they're always ...</p>	<p>Alocución 077 0A-93 Grupo no identificable 0A-9. Prejuicio. Unidad de sentido 1 0I- D1- I. explicativas no específicas 0I-Cont.:109/150. Sexualidad/ Procesos y su externalización</p>
<p><i>Grupo propio</i></p> <p>Analista 13 Sesión 26 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> La paciente habla de la homosexualidad de su hijo y de cómo fue surgiendo el tema en la familia.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> sí, sí, no, digamos que... tendremos que estar, yo tengo que ir pensando en nuestras posibilidades, en las de Luis y en las mías y..., y ella pensará en las propias. Lo que pasa es que a veces a mí se me mezcla con la culpa, mirá todo lo que mezclo eh, pero... tiene que ver con Juan, Ana supo mucho tiempo antes que nosotros que su hermano era homosexual. Y, obviamente cuando yo rezongaba porque no estudiaba, porque no sabía qué iba a hacer de su vida, en qué andaba, él parecía como caliente de su parte por haberlo sostenido tanto, y lo sostuvo mucho. Cuando nosotros dos nos enteramos lo de Juan nos angustiamos mucho (llora) porque estábamos destruidos. Entonces, a veces siento y digo `pobre, bastante tuvo que cargar con nosotros`. siempre jodo, el otro día estaba con una amiga y le digo `qué familia disfuncional` y... Mora me dice `él la hizo, viste?`, le dije `nosotros nos dimos cuenta antes que ella de su hermano y haber sufrido nosotros por su hermano y no necesariamente ella, que fueron años difícilísimos, por supuesto, nosotros la veíamos mal, fue a terapia ... estaba muy enojada`</p> <p><P2> pero estuvo bien como funcionó, funcionó como debería funcionar. Los hermano entre ellos se hablan y se cuentan cosas que los padres no, no saben, digamos, no?</p>	<p>Alocución 078/079 04- Whiteness Unidad de sentido 2 0A- 72 Grupo propio 0A-9 Prejuicio. Unidad de sentido 2</p> <p>01-C1 Empáticas no específicas. 01- Cont: 102. Situación familiar</p>

P1=paciente, P2=terapeuta

APÉNDICE A (continuación). *Ejemplos de la categoría Otros*

Categoría	Material clasificado	Códigos (subjetividad social e intervenciones)
<p><i>Otros</i></p> <p>Analista 7 Sesión 13 (Estados Unidos)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> El paciente cuenta un sueño.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1>... it's funny that I can remember the theme but can't remember how it applies to the dream, uh or much about it. somehow it strikes me <i>as having had some sort of a, of a James bond kind of a theme</i> to it. ... I find myself really tempted to have a cigarette...</p> <p><P2> could you capture what you were thinking when you said that the James bond theme and then you paused and said you're tempted to have a cigarette?</p>	<p>Alocución 92</p> <p>0AA-10-Otros 0A-2. Inmediatez</p> <p>0AA-10-Otros-01-A1. Interrogativa Abierta no esp. Cont.: 114, 150 Conductas/ Procesos y su externalización</p>
<p>Analista 18, Sesión 36 (Argentina)</p>	<p><u>Texto para introducir el ejemplo:</u> La paciente alude a mudarse para recomenzar su vida.</p> <p><u>Ejemplo de Texto recuperado:</u> <P1> no pero no voy a poder <P2> <i>muerto el perro se acabó la rabia, eh como dice el refrán muerto el perro se acabó la rabia</i> quiere decir que en ese caso sentirías que el problema son todos los que te rodean que si te vas a otro país y empezás de cero entonces vas a empezar bien, sin ningún drama, sin angustiarte, sin una carga ...</p>	<p>Alocución 042 0AA- 10- Otros 0A-6 Proyectos vitales</p> <p>01-G2 Revisión psicoanalítica Cont: 101/150 Interpersonal/ Procesos y su externalización</p>

P1=paciente, P2=terapeuta

Apéndice B. Clusterización del nivel descriptivo de las intervenciones (basado en: Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006)					
<i>Intervenciones No específicas</i>			<i>Int. específicas psicoanalíticas</i>		
<i>Cluster</i>	<i>Intervenciones</i>	<i>Código</i>	<i>Cluster</i>	<i>Intervenciones</i>	<i>Código</i>
<i>Interv. interrogativas abiertas (open ended interventions)</i>	<i>Demanda de información</i>	A1	<i>Interv. interrogativas abiertas (open ended interventions)</i>		A2
	<i>Demanda de mayor elaboración</i>				
<i>Interv. Interrogativas cerradas (closed interrogative interventions)</i>	<i>Preguntas cerradas</i>	B1	<i>Interv. Interrogativas cerradas (closed interrogative interventions)</i>		B2
	<i>Administración de escalas y/o cuestionarios</i>				
<i>Interv. empáticas (empathic interventions)</i>	<i>Anticipación</i>	C1	<i>Interv. empáticas (empathic interventions)</i>		C2
	<i>Repetición</i>				
	<i>Síntesis</i>				
	<i>Interven. de orden fático</i>				
	<i>Aquiescencia</i>				
	<i>Apoyo</i>				
<i>Interv. explicativas (explanatory interventions)</i>	<i>Información o explicación</i>	D1	<i>Interv. explicativas (explanatory interventions)</i>	<i>Interpretación psicoanalítica</i>	D2
	<i>Explicación del fundamento Teórico (solo trat. psicoanal)</i>				
	<i>Información o explicación psicológica (solo trat. psicoanal)</i>				
	<i>Meta-intervenciones</i>				

<i>Interv. indicativas (indicative interventions)</i>	<i>Sugerencia o consejo</i>	E1	<i>Interv. indicativas (indicative interventions)</i>	<i>Asociación libre</i>	E2
	<i>Instrucción u operaciones de encuadre</i>				
	<i>Puesta de límites</i>				
	<i>Cierre de sesión</i>				
<i>Otras interv. (other interventions)</i>	<i>Contactos con 3 partes</i>	F1	<i>Otras interv. (other interventions)</i>		F2
<i>Interv. de revisión (reassessing interventions)</i>	<i>Observación (solo tratam. cognitivos)</i>	G1	<i>Interv. de revisión (reassessing interventions)</i>	<i>Señalamiento</i>	G2
	<i>Racapitulación</i>			<i>Confrontación</i>	
<i>Saludos (greetings)</i>					X
<i>Interacciones de dudosa intencionalidad tales como una risa, estornudo o tos (interactions of dubious intentionality such as laughing, sneezing or coughing)</i>					Y
<i>Interv. no clasificables (non classifiable interv.)</i>					Z

Apéndice C. Análisis de contenido común y/o no específico para tratamientos psicoanalíticos (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006)		
Nombre	Cod.	Definición
No clasificable	100	La intervención del terapeuta incluye un contenido no comprendido en la presente clasificación o la intervención es demasiado breve y/o ambigua como para identificar su contenido. En caso de dudar entre varias categorías existentes se debe registrar todas ellas en forma conjunta (ver Instrucciones para los evaluadores o jueces).
Interpersonal	101	La intervención del terapeuta se refiere a la forma en que el paciente se relaciona con cualquier persona externa a su grupo primario (familia) y que no forme parte de un vínculo erótico (cita o pareja) como, por ejemplo, amistades, compañeros/as de trabajo, personas que acaba de conocer el paciente, etc. <i>Advertencia:</i> Se incluye en esta categoría cualquier información sobre estas personas, incluso, comentarios de los pacientes sobre conversaciones o interacciones de las que ellos/as no formaron parte (modificación de contenido “Interpersonal” de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 59).
Situación familiar	102	La intervención del terapeuta se refiere a la forma en que el paciente se relaciona con sus familiares (estructura, funcionamiento y/o clima familiar del paciente). Se incluye en esta categoría cualquier información sobre estas personas.
Etiológico	103	La intervención del terapeuta se refiere al origen o causa de la condición psíquica actual del paciente.
Diagnóstico	104	La intervención del terapeuta incluye la asignación de una categoría diagnóstica a los síntomas del paciente.
Pronóstico	105	La intervención del terapeuta incluye observaciones sobre el curso futuro del tratamiento, posible eficacia del mismo, y sobre las consecuencias que puede traerle al paciente no iniciarlo.
Viabilidad del tratamiento	106	La intervención del terapeuta se refiere a la posibilidad de iniciar o de continuar con el tratamiento. Incluye consideraciones referentes a la existencia o no de una demanda de tratamiento.
Evolutivo	107	La intervención del terapeuta se refiere a la etapa del ciclo vital que el paciente se encuentra atravesando. Explica situaciones presentes y pasadas dentro de este marco.

Sexualidad	109	La intervención del terapeuta se refiere a cuestiones relacionadas con la actividad sexual del paciente, su orientación sexual, etc.
Nutrición	110	La intervención del terapeuta se refiere a los hábitos alimentarios y peso del paciente.
Situación global actual	111	La intervención del terapeuta se refiere a la situación actual nacional y/o problemáticas internacionales de incidencia mundial. Incluye cuestiones de seguridad social, desempleo, situaciones de crisis o catástrofes sociales, etc.
Enfermedades médicas y salud física en general	112	La intervención del terapeuta se refiere a cuestiones relacionadas con enfermedades de naturaleza orgánica o virósica que el paciente padece o ha padecido en el transcurso de su vida.
Interjecciones	113	La intervención del terapeuta contiene expresiones del tipo "mj", "ajá", "sí", "claro", "ok", "bueno", "Te escucho", etc.
Hobbies y actividades recreativas	115	La intervención del terapeuta se refiere a actividades recreativas y/o a hobbies del paciente.
Actividades laborales o estudiantiles	121	La intervención del terapeuta se refiere a actividades relacionadas con el trabajo o estudios del paciente. Con respecto a lo laboral, incluye desde entrevistas para obtener un nuevo puesto como reuniones laborales, viajes de trabajo, etc. Con respecto a los estudios del paciente, incluye cuestiones relacionadas con contenidos estudiantiles de distintas materias, exámenes, graduación, etc. Muy probablemente, esta categoría aparezca combinada con el contenido «Interpersonal»
Encuadre y procesal	116	La intervención del terapeuta se refiere a cuestiones relacionadas con el establecimiento, sostén y/o modificación del encuadre, así como, a la descripción que acompaña a la implementación de cualquier procedimiento implicado en el tratamiento. Un ejemplo de esta categoría es, cuando el terapeuta le explica al paciente en qué consiste la técnica de la «Asociación libre» (no debe confundirse este ejemplo, con solicitarle explícitamente al paciente que asocie libremente; es decir, no es lo mismo presentar una técnica que introducirla), etc.
Citas o relaciones de pareja		La intervención del terapeuta se refiere a cuestiones relacionadas con el establecimiento, sostén y/o dificultades en las citas con potenciales parejas sexuales o en las relaciones de pareja del paciente, que:
	117	a) Conviven con el/la paciente durante el tratamiento (esposa/o o concubina/o).

	118	b) No conviven con el/la paciente durante el tratamiento.
	119	c) Se desconoce si conviven o no con el o la paciente.
Muerte	120	La intervención del terapeuta se refiere a cuestiones relacionadas con la muerte. <i>Advertencia:</i> esta categoría suele combinarse con los contenidos «Enfermedades médicas y salud física en general», «Situación familiar» y/o «Interpersonal» (cuando la intervención, en vez de referirse al paciente, se refiere a la muerte de otra persona). En casos como este, debe registrarse todas las categorías combinadas (ya sea que estén encadenadas, fusionadas y/o generen confusión), tal como se indica en el instructivo.
Conductas	114	La intervención del terapeuta se refiere a las conductas del paciente, en términos de sus acciones y reacciones a nivel comportamental, ante situaciones o acontecimientos determinados.
Síntomas (modificada)	122	La intervención del terapeuta aborda cuestiones relacionadas con signos y/o síntomas del paciente, sin la presentación formal de un diagnóstico por parte del terapeuta. <i>Advertencia:</i> En esta categoría se incluyen tanto aquellos síntomas presentados por el o la paciente así como potenciales síntomas presentados por el terapeuta como parte de sus interrogaciones acerca del estado de salud del paciente (por ejemplo, si le pregunta cómo está durmiendo o cómo está su sexualidad, presuponemos que está indagando acerca de la presencia de síntomas en dichas actividades). Por otro lado, si la intervención del terapeuta aborda exclusivamente el tema de las actividad de preocuparse, entonces debe asignarse las categorías de «Preocupación» y «Procesos intrapsíquicos /afectivos y exteriorización de los mismos».

Apéndice D. Análisis de contenido específico psicoanalítico (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006)		
Nombre	Cod.	Definición
Relación terapéutica	108	La intervención del terapeuta se refiere al papel o rol que le adjudica el paciente al terapeuta y viceversa. Esta categoría incluye cualquier contenido que haga referencia al vínculo entre el paciente y el terapeuta.
Procesos intrapsíquicos /afectivos y exteriorización de los mismos	150	La intervención del terapeuta se refiere al mundo interno del paciente: fantasías, contenidos inconscientes, aspectos yoicos y superyoicos. Incluye: conflictos, mecanismos defensivos, emociones, constructos personales y sistema de creencias.
Sueños	151	La intervención del terapeuta se refiere a la producción onírica del paciente; es decir, aborda las imágenes y escenas que surgen de sueños descritos por el paciente; su relato del sueño.

Apéndice E. Análisis descriptivo específico psicoanalítico (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006)		
Nombre	Cod.	Definición
Señalamiento	G2	Subtipo específico de observación en el cual, el terapeuta llama la atención al paciente sobre sus procesos conscientes y preconscientes. El terapeuta explicita (señala) al paciente algo que ha dicho, un rasgo, una costumbre, etc. Este tipo de intervención no se focaliza en procesos inconscientes.
Confrontación	G2	Subtipo específico de señalamiento que consiste en dirigir la atención del paciente hacia aspectos contradictorios de sus procesos de pensamiento, actitudes o conductas manifiestas.
Asociación Libre	E2	El terapeuta le solicita al paciente, en forma explícita, que exprese todos sus pensamientos, imágenes y emociones, tal como se le presentan en su mente, sin seleccionarlos ni omitirlos, aun si los mismos le parecen incoherentes, inapropiados o faltos de interés. El terapeuta puede realizar esta solicitud indicándole al paciente que verbalice todos sus procesos mentales a partir de un elemento dado (una palabra, un número, algún aspecto de un sueño, etc.) o puede solicitarle al paciente que ejerza esta actividad sin proporcionarle punto de partida alguno.

<p>Interpretación Psicoanalítica</p>	<p>D2</p>	<p>Formulación en la cual, el terapeuta presenta el significado inconsciente de expresiones y/o patrones de conducta del paciente, operaciones defensivas y tendencias instintivas inconscientes excluidas. Esta puede ser transferencial o no transferencial (también conocida como "extra-transferencial").</p> <p>Advertencia: sólo debe codificarse "92" si el evaluador identifica una «Interpretación psicoanalítica» y no logra discernir si se trata de una interpretación transferencial o de una no transferencial; o bien, si considera que se trata de un tipo de «Interpretación psicoanalítica» no contemplada en la presente clasificación.</p> <p>A) Interpretación transferencial: Formulación del terapeuta que se refiere, exclusivamente, a lo que le ocurre al paciente en relación con la persona del terapeuta, a nivel inconsciente.</p>
	<p>D2</p>	<p>Explica las ideas latentes del paciente, vinculadas a la comunicación con el terapeuta; es decir, vinculadas con aquello que está sucediendo entre el paciente y el analista, durante la sesión terapéutica.</p>
	<p>D2</p>	<p>B) Interpretación no transferencial: Formulación del terapeuta sobre aspectos inconscientes del paciente referidos al conflicto actual del paciente (cualquier aspecto de la situación actual del paciente), al conflicto infantil del paciente (cualquier aspecto de la conflictiva edípica del paciente) y/o al conflicto temprano del paciente (cualquier aspecto relacionado con el primer año de vida del paciente).</p>

APÉNDICE F1. Consentimiento Informado PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:/...../.....-

Yo, declaro conocer los objetivos de la investigación (Evaluar si la subjetividad social presente en el discurso del paciente genera diferentes modalidades de intervención clínica entre psicoanalistas que desarrollan su práctica profesional en Estados Unidos y en Argentina) denominada *Psicoanálisis y subjetividad social. Una perspectiva transcultural* y accedo voluntariamente a que mis sesiones privadas de psicoterapia sean desgrabadas y utilizadas como casuística de este estudio. Además, estoy informado/a acerca de las responsabilidades de los investigadores a cargo, que incluyen: a) preservar mi identidad mediante el uso de seudónimos en las desgrabaciones y b) brindarme las garantías necesarias para interrumpir este permiso cuando yo así lo decida, sin ver afectada la calidad y continuidad de la asistencia terapéutica que recibo.

Doy conformidad.

.....

NOTA: Este protocolo será completado por cada participante y archivado bajo responsabilidad del investigador principal.

APÉNDICE F2. Consentimiento Informado TERAPEUTA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:/...../.....-

Yo, declaro conocer los objetivos de la investigación (Evaluar si la subjetividad social presente en el discurso del paciente genera diferentes modalidades de intervención clínica entre psicoanalistas que desarrollan su práctica profesional en Estados Unidos y en Argentina) denominada *Psicoanálisis y subjetividad social. Una perspectiva transcultural* y accedo voluntariamente a que las sesiones privadas de psicoterapia de mi paciente sean desgrabadas y utilizadas como casuística de este estudio. Además, estoy informado/a acerca de las responsabilidades de los investigadores a cargo, que incluyen: a) preservar mi identidad y la de mi paciente mediante el uso de seudónimos en las desgrabaciones y b) brindarme las garantías necesarias para interrumpir este permiso cuando yo así lo decida.

Doy conformidad.

.....
NOTA: Este protocolo será completado por cada terapeuta participante y archivado bajo responsabilidad del investigador principal

APÉNDICE G. Pruebas T para muestras independientes

EEU=1; Argentina=2	N	M	DS	ET	
Proporción de	1	20	,0650	,07824	,01749
alocuciones con	2	20	,0670	,05930	,01326
subjetividad social del					
terapeuta					
Alocuciones totales del	1	20	44,55	30,270	6,769
paciente	2	20	85,85	45,667	10,212
Proporción alocuciones	1	20	,2695	,16599	,03712
con subjetividad social	2	20	,1865	,07177	,01605
del paciente					
Actividad referencial	1	20	-1,0480	,62500	,13975
media con subjetividad	2	20	-1,7155	,93922	,21002
social del paciente					
Actividad referencial	1	20	-,1695	,08003	,01790
media del total de	2	20	-,1780	,10778	,02410
alocuciones					
Cantidad de	1	20	2,55	3,069	,686
alocuciones con	2	20	5,40	4,593	1,027
subjetividad social					
Cantidad total de	1	20	45,05	30,315	6,779
alocuciones del	2	20	85,85	45,417	10,155
terapeuta					
Media de la AR con	1	20	-,4135	,58257	,13027
Subjetividad social del	2	20	-,6780	,70719	,15813
terapeuta					
Media de la AR total	1	20	-,1715	,14922	,03337
del terapeuta	2	20	-,1490	,15957	,03568
Puntuación Z:	1	20	-,4738	,69448	,15529
alocuciones totales del	2	20	,4738	1,04775	,23428
paciente					
Puntuación Z:	1	20	-,5056	,69419	,15522
alocuciones con	2	20	,5056	1,01614	,22722
subjetividad social del					
paciente					
Puntuación Z:	1	20	,3119	1,24770	,27900
proporción alocuciones.	2	20	-,3119	,53944	,12062
con subjetividad social					
del paciente					
Puntuación Z: AR	1	20	,3895	,72936	,16309
intervenciones media	2	20	-,3895	1,09604	,24508
con subjetividad social					
del paciente					
Puntuación Z: AR	1	20	,0453	,85321	,19078
media del total de	2	20	-,0453	1,14906	,25694
alocuciones					
Puntuación Z: cantidad	1	20	-,3461	,74547	,16669
de alocuciones . con	2	20	,3461	1,11565	,24947
subjetividad social					
Puntuación Z: cantidad	1	20	-,4706	,69927	,15636
total de alocuciones del	2	20	,4706	1,04761	,23425
terapeuta					
Puntuación Z:	1	20	-,0146	1,14164	,25528
proporción de	2	20	,0146	,86535	,19350
alocuciones con					
subjetividad social del					
terapeuta					
Puntuación Z: media	1	20	,2005	,88755	,19846
de la AR intervenciones	2	20	-,2005	1,08640	,24293
con subjetividad social					
del terapeuta					
Puntuación Z: media	1	20	-,0736	,97585	,21821
AR total del terapeuta	2	20	,0736	1,04353	,23334

APÉNDICE H. Estadísticos descriptivos para categorías de subjetividad social, intervenciones descriptivas y de contenido

Variables	N	Mín.	Máx	Med	D.E.
0a- 1 I Eficientismo	40	0	13	2,87	3,465
0a- 2 I Inmediatez	40	0	5	1,08	1,591
0a- 3 I Manipulacion Y Cambio Corporal	40	0	6	,15	,949
0a- 4 I Whiteness	40	0	8	1,08	2,030
0a- 5 I Solidaridad	40	0	13	2,48	3,343
0a- 6 I Proyectos Vitales	40	0	16	2,15	3,355
0a- 7 Legalidades Culturales Dominantes	40	0	11	,37	1,793
0a- 71 Grupo Propio	40	0	13	3,83	3,202
0a- 72 Grupo Ajeno	40	0	5	,42	,931
0a- 73 Grupo No Identificable	40	0	18	3,05	4,668
0a- 8 Imposiciones Contextuales Imprevistas	40	0	11	1,38	2,436
0a- 9 Prejuicios	40	0	0	,00	,000
0a- 91 Grupo Propio	40	0	2	,28	,599
0a- 92 Grupo Ajeno	40	0	12	1,53	2,611
0a- 93 Grupo No Identificable	40	0	10	,82	1,824
0aa- 10- Otros	40	0	8	2,33	2,576
0i-- A1- Interrog. Abiertas No Especificas	40	0	25	7,58	5,523
0i-- A2- Interrog. Abiertas Psicoanaliticas	40	0	0	,00	,000
0i-- B1- Interrog. Cerradas No Especificas	40	0	30	8,03	7,771
0i-- B2- Interrog. Cerradas Psicoanaliticas	40	0	0	,00	,000
0i-- C1- Empaticas No Especificas	40	0	146	18,42	25,49
0i-- C2- Empaticas Espec. Psicoanaliticas	40	0	0	,00	,000
0i-- D1- Explicativas No Especificas	40	0	16	2,53	3,154
0i-- D2 Explicativas Psicoanaliticas	40	0	18	6,17	5,012
0i-- E1 Indicativas No Especificas	40	0	19	4,23	4,666
0i-- E2 Indicativas Psicoanaliticas	40	0	3	,20	,564
0i-- F1 Otras Intervenciones No Especificas	40	0	2	,08	,350
0i-- F2 Otras Intervenciones Psicoanaliticas	40	0	0	,00	,000
0i-- G1 De Revisión No Especificas	40	0	14	1,90	3,120
0i-- G2 De Revisión Psicoanaliticas	40	0	37	8,65	7,989
0i-- X -Saludos	40	0	3	,62	,897
0i-- Y -Interacciones De Dudosa Intencionalidad	40	0	9	,32	1,439
0i-- Z -No Clasificables	40	0	32	6,43	6,767
0i- Cont. 100- No Clasificable	40	1	54	13,32	10,24
0i- Cont. 101 Interpersonal	40	0	16	4,20	5,100
0i- Cont. 102- Situacion Fliar	40	0	64	6,85	11,77
0i- Cont. 103- Etiologia	40	0	0	,00	,000
0i- Cont. 104- Diagnostico	40	0	2	,05	,316
0i- Cont. 105- Pronostico	40	0	2	,10	,379
0i- Cont. 106- Viabilidad Del Tratamiento	40	0	6	,15	,949
0i- Cont. 107- Evolucion	40	0	0	,00	,000
0i- Cont. 108- Relacion Terapeutica	40	0	15	2,40	3,720
0i- Cont. 109- Sexualidad	40	0	24	1,83	5,728
0i- Cont. 110- Nutricion	40	0	5	,15	,802
0i- Cont. 111- Situacion Global	40	0	0	,00	,000
0i- Cont. 112- Enf. Medica-Salud	40	0	12	,55	2,037
0i- Cont. 113- Interjecciones	40	0	140	15,12	24,43
0i- Cont. 114- Conductas	40	0	11	2,15	2,851
0i- Cont. 115- Hobbies	40	0	15	,85	2,860
0i- Cont. 116- Encuadre Y Proceso	40	0	27	3,75	5,462
0i- Cont. 117,118,119- Citas O Rel. De Pareja	40	0	37	5,75	8,790
0i- Cont. 120- Muerte	40	0	13	,50	2,196
0i- Cont. 121- Act.Laborales/Estudiantiles	40	0	57	6,68	12,40
0i- Cont. 122- Sintomas	40	0	5	,30	1,043
0i- Cont. 135 - Preocupacion	40	0	0	,00	,000
0i- Cont. 150- Procesos I. Y Su Externalizacion	40	0	34	11,30	7,559
0i- Cont. 151- Sueños	40	0	15	1,00	2,670
N Válido (Según Lista)	40				

APÉNDICE I. Estadísticos descriptivos para unidades de sentido de categorías de subjetividad social

Variables	N	Mín.	Máx	Med	D.E.
0A-1-EF.- Unidad De Sentido 3	40	0	4	,13	,648
0A-1-EF.- Unidad De Sentido 4	40	0	1	,05	,221
Grupos	40	1	2	1,50	,506
0A-1 EF- Unidad De Sentido 1	40	0	10	2,15	2,675
0A-1 EF- Unidad De Sentido 2	40	0	5	,50	1,240
0A-2- INM- Unidad De Sentido 1	40	0	5	,95	1,377
0A-2-INM.- Unidad De Sentido 3	40	0	1	,05	,221
0A-2-INM.-Unidad De Sentido 2	40	0	1	,13	,335
0A-3 I MANIP.- Unidad De Sentido 1	40	0	6	,18	,958
0A-4- I WHIT. Unidad De Sentido 1	40	0	7	,72	1,358
0A-4- WHIT.- Unidad De Sentido 3	40	0	3	,08	,474
0A-4-I WHIT. Unidad De Sentido 2	40	0	4	,27	,905
0A-5- I SOL- Unidad De Sentido 1	40	0	7	1,50	1,783
0A-5- I SOL- Unidad De Sentido 2	40	0	8	,83	1,796
0A-5- I SOL.- Unidad De Sentido 3	40	0	1	,05	,221
0A-5- I SOL.- Unidad De Sentido 4	40	0	1	,03	,158
0A-5- I SOL.- Unidad De Sentido 5	40	0	1	,03	,158
0A-6- I PROY. VIT.- Unidad De Sentido 2	40	0	7	,43	1,318
0A-6- I PROY. VIT.- Unidad De Sentido 3	40	0	5	,15	,802
0A-6 I PROY VIT- unidad de sentido 1	40	0	8	1,50	1,974
0A-7- LCD- unidad de sentido 1	40	1	17	3,43	3,679
0A-7-LCD- unidad de sentido 4	40	0	5	,58	1,299
0A-7-LCD- unidad de sentido 5	40	0	6	,25	1,056
0A-7 - LCD- unidad de sentido 3	40	0	11	1,22	2,213
0A-7.- LCD- unidad de sentido 2	40	0	17	2,18	3,327
0A-8- ICI- unidad de sentido 3	40	0	2	,13	,404
0A-8-ICI- unidad de sentido 4	40	0	2	,05	,316
0A-8.- ICI-unidad de sentido 1-	40	0	11	1,00	2,000
0A-8.-ICI- unidad de sentido 2-	40	0	4	,23	,768
0A-9- PREJ.- unidad de sentido 1	40	0	13	1,55	2,650
0A-9- PREJ.- unidad de sentido 2	40	0	5	,62	1,102
0A-9- PREJ.- unidad de sentido 3	40	0	3	,27	,679
0A-9- PREJ.- unidad de sentido4	40	0	1	,03	,158
0A-9- PREJ.-unidad de sentido 5	40	0	1	,03	,158
0A-9- PREJ.-unidad de sentido 6	40	0	1	,03	,158
0AA-10- OTROS- unidad de sentido 3	40	0	5	,40	,955
0AA-10-OTROS- unidad de sentido 6	40	0	1	,03	,158
0AA-10-OTROS- unidad de sentido 1	40	0	6	1,17	1,299
0AA-10-OTROS- unidad de sentido 5	40	0	1	,03	,158
0AA-10-OTROS- unidad de sentido2	40	0	4	,53	,905
0AA-11- OTROS- unidad de sentido 4	40	0	2	,18	,446
N válido (según lista)	40				

APÉNDICE J. Niveles de Actividad Referencial de las 40 sesiones estudiadas

Figura J.1. Grupo1, Terapeuta 1, Sesión 1

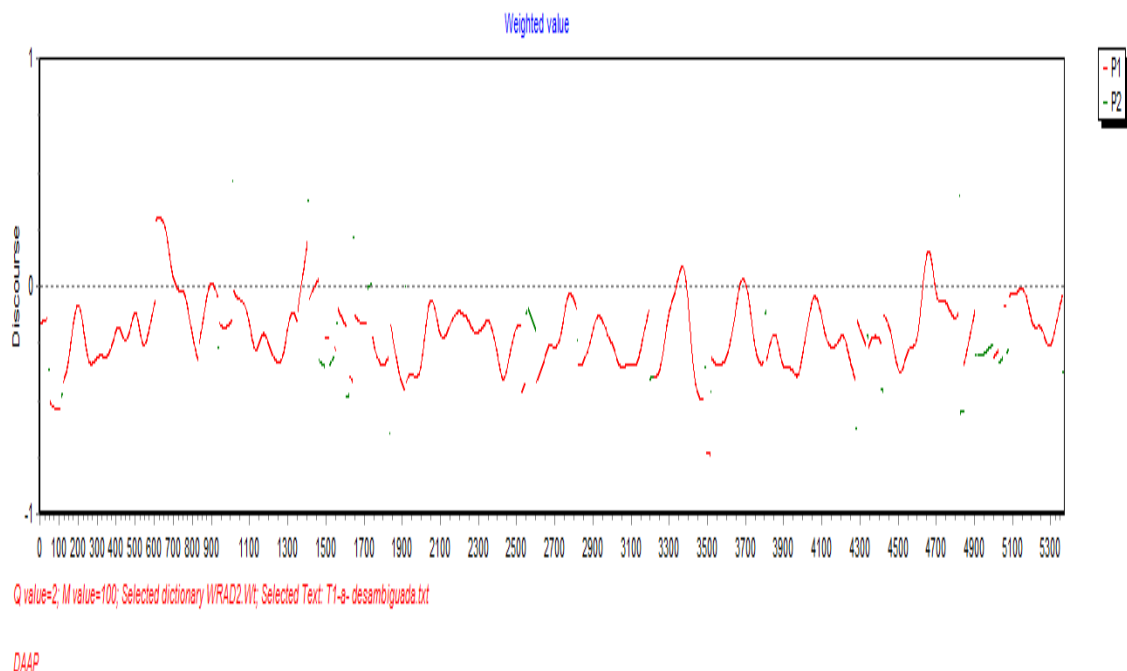


Figura J.2. Grupo1, Terapeuta 1, Sesión 2

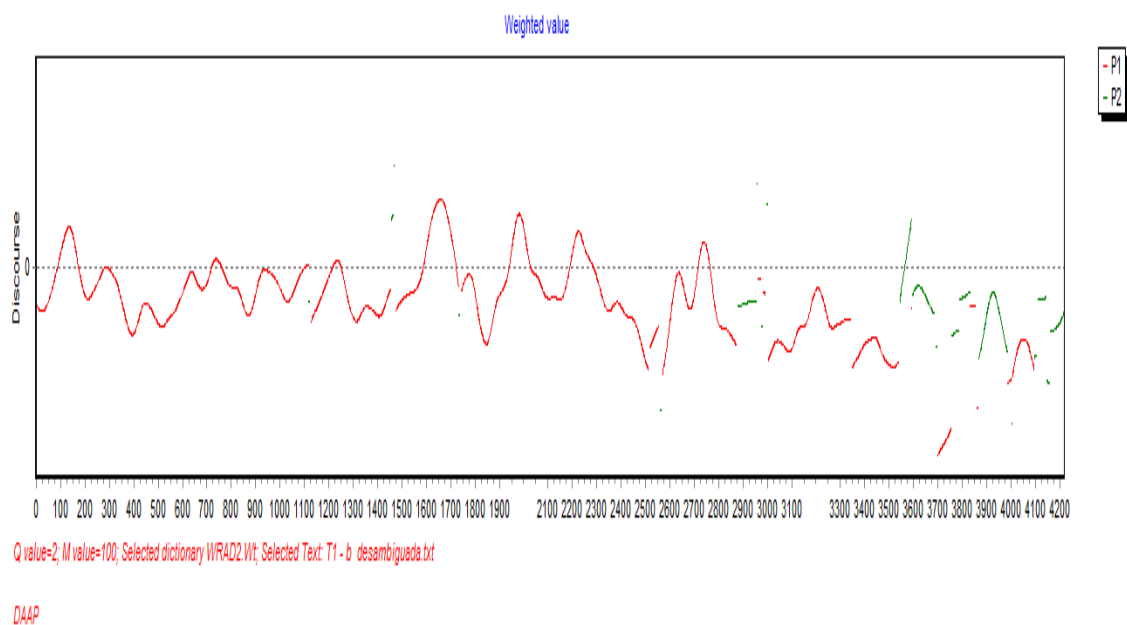


Figura J.3. Grupo1, Terapeuta 2, Sesión 3

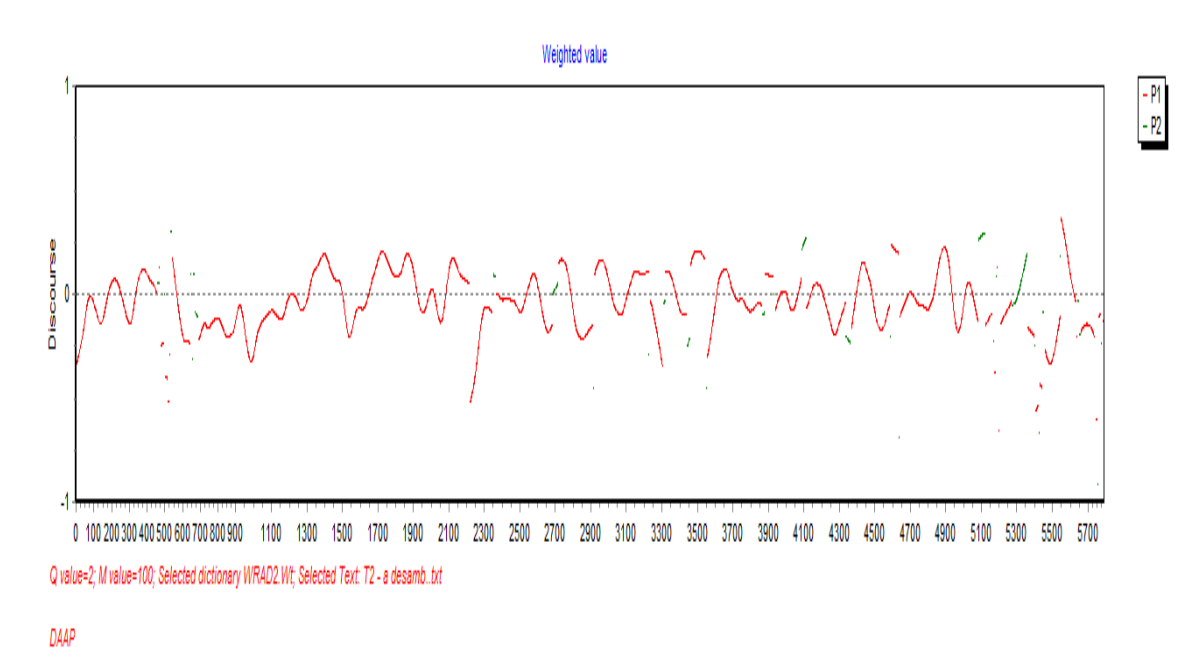


Figura J.4. Grupo1, Terapeuta 2, Sesión 4

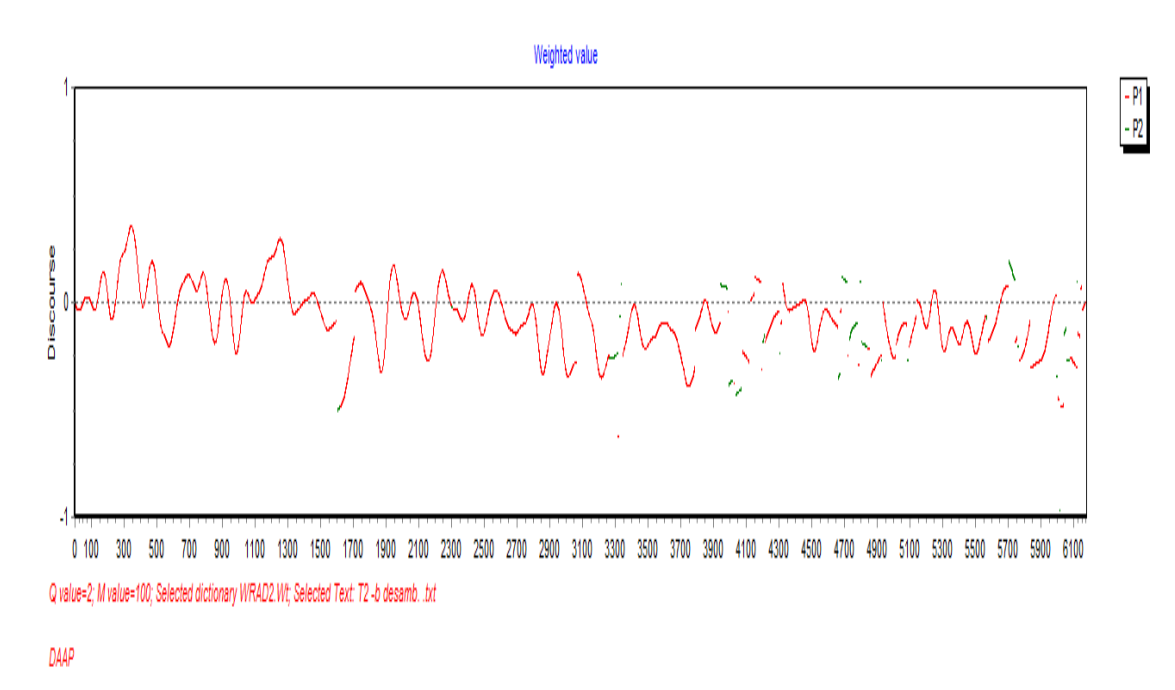


Figura J.5. Grupo1, Terapeuta 3, Sesión 5

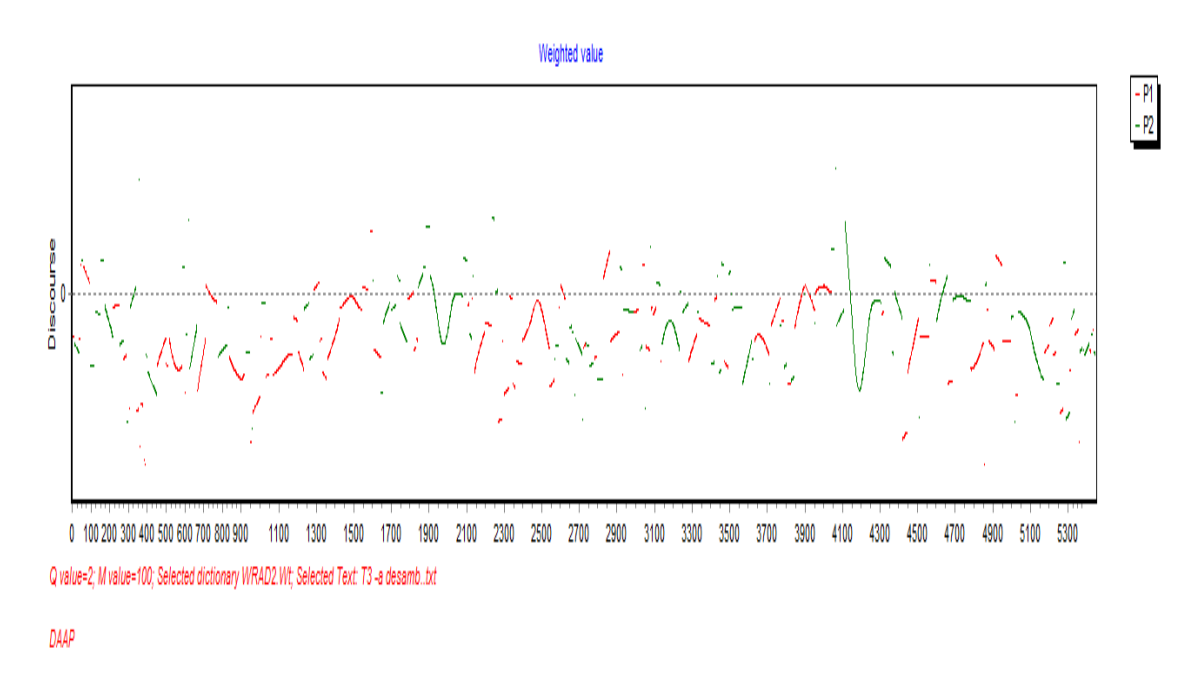


Figura J.6.Grupo1, Terapeuta 3, Sesión 6

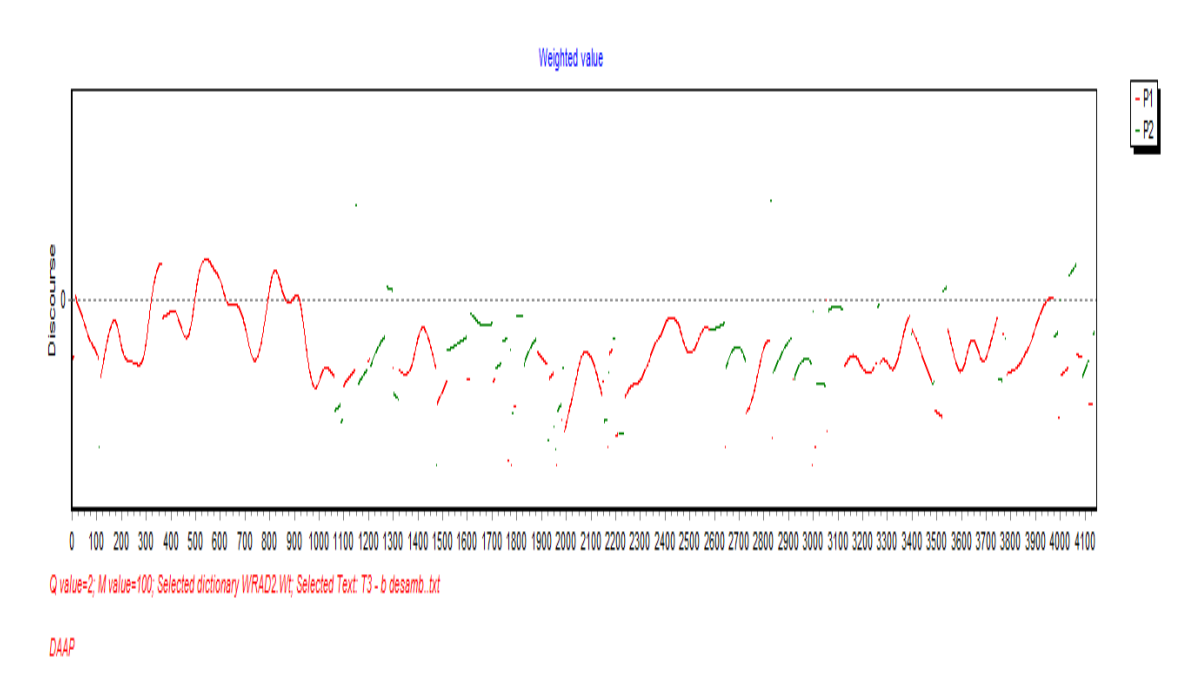


Figura J.7.Grupo1, Terapeuta 4, Sesión 7

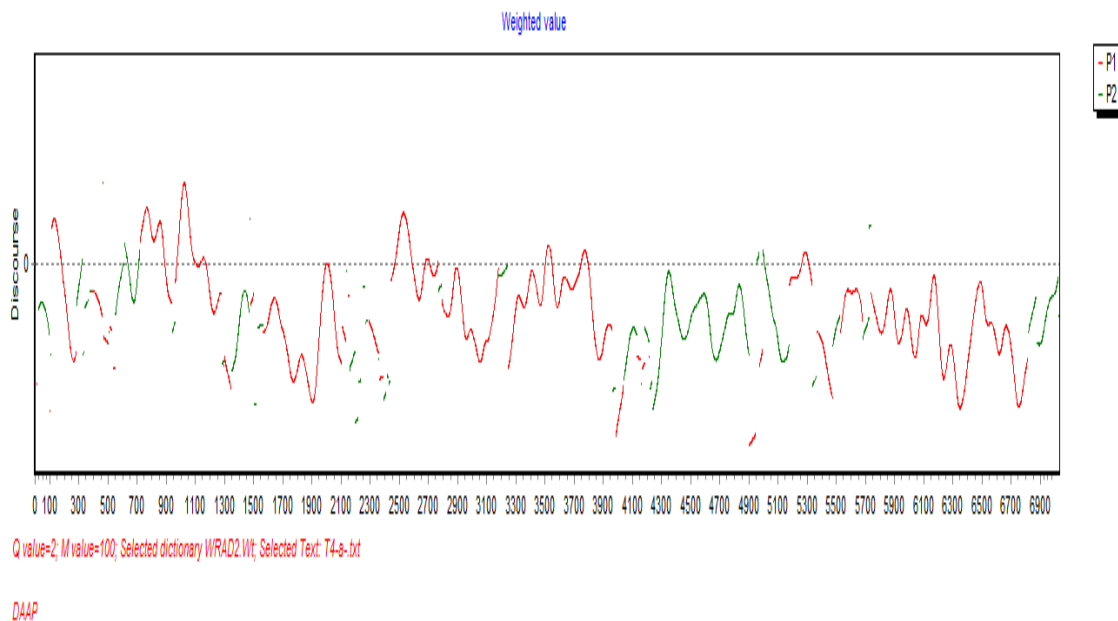


Figura 0.8.Grupo1, Terapeuta 4, Sesión 8

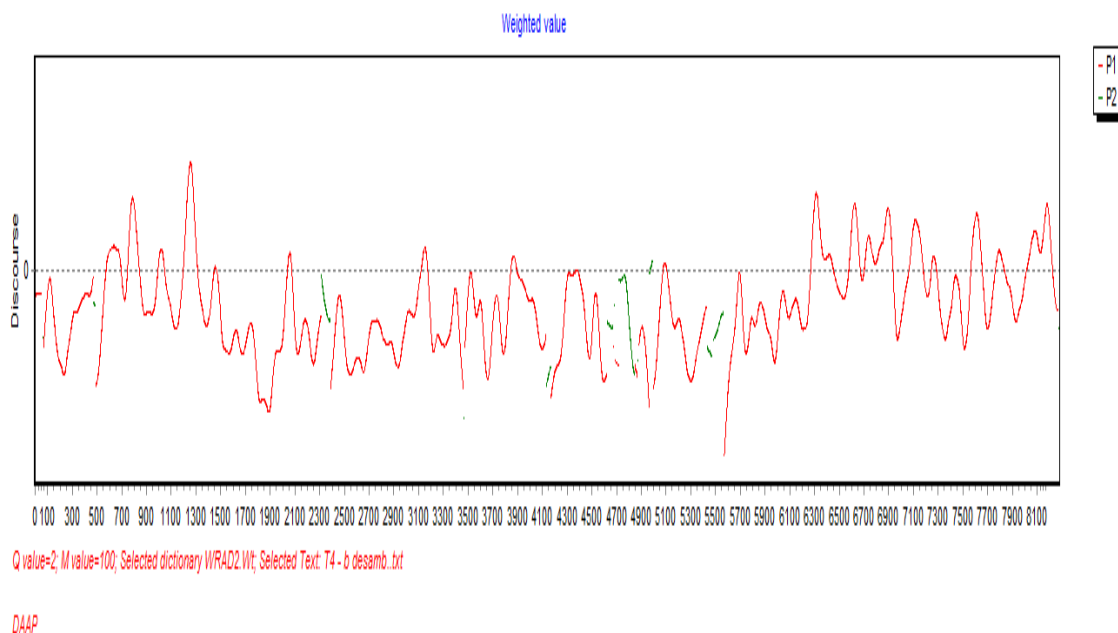


Figura J.9. Grupo1, Terapeuta 5, Sesión 9

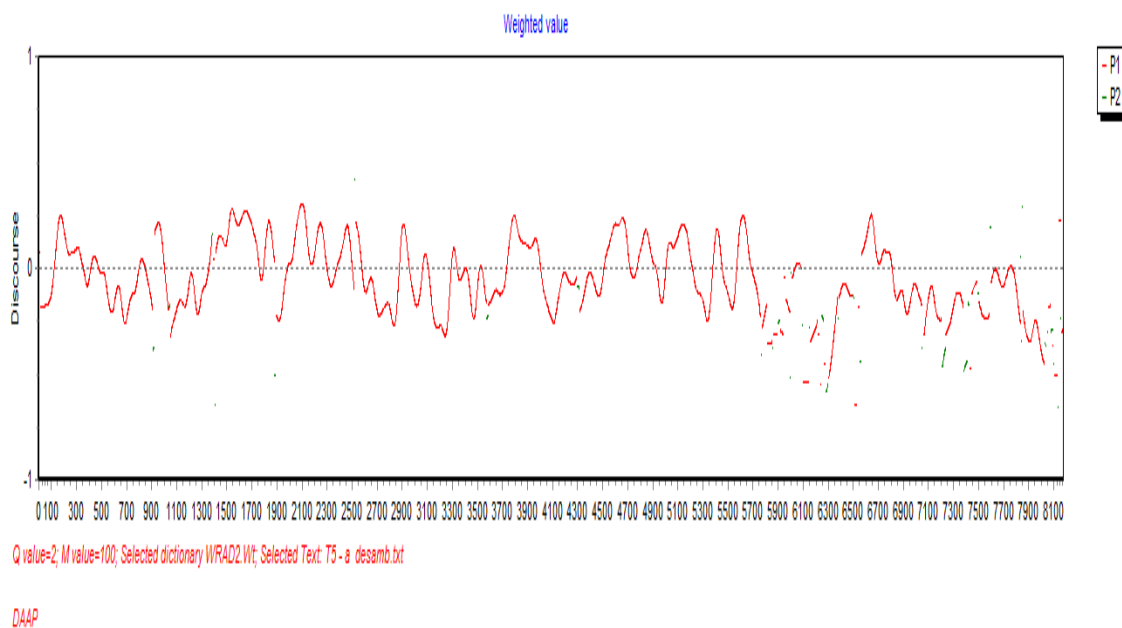


Figura 0.10.Grupo1, Terapeuta 5, Sesión 10

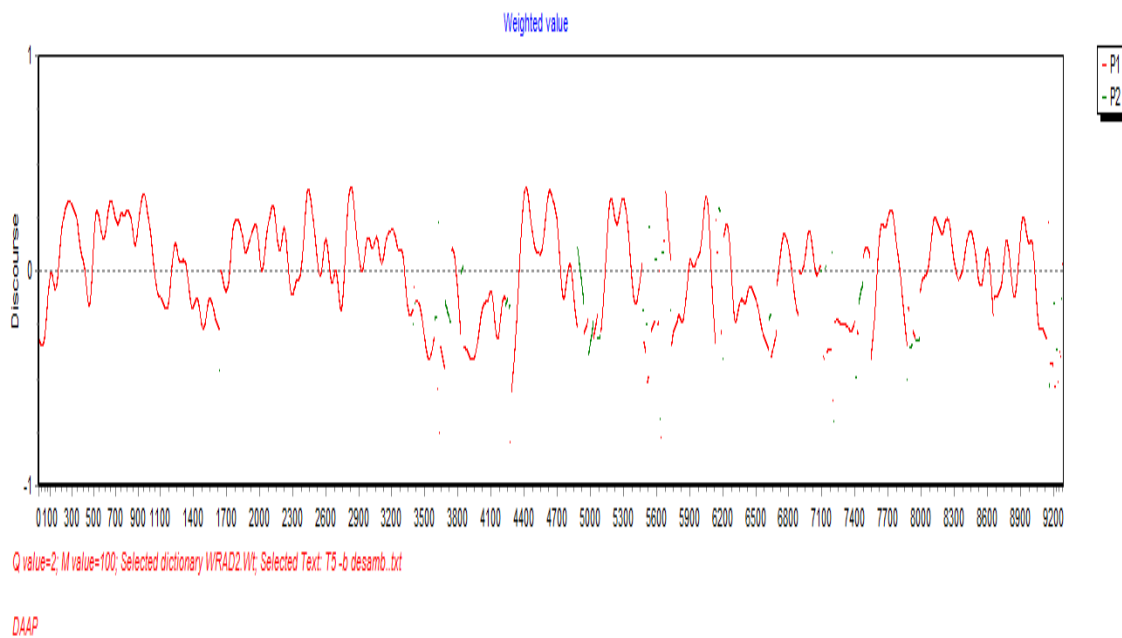


Figura J.21. Grupo1, Terapeuta 6, Sesión 11

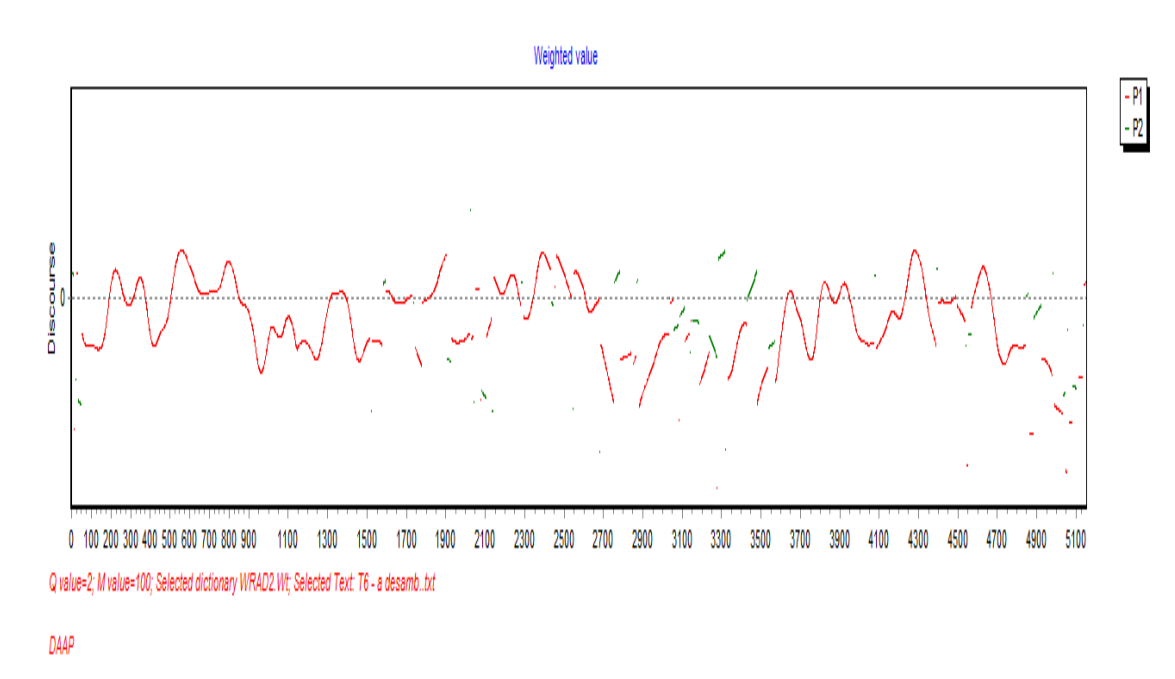


Figura O12.Grupo1, Terapeuta 6, Sesión 12

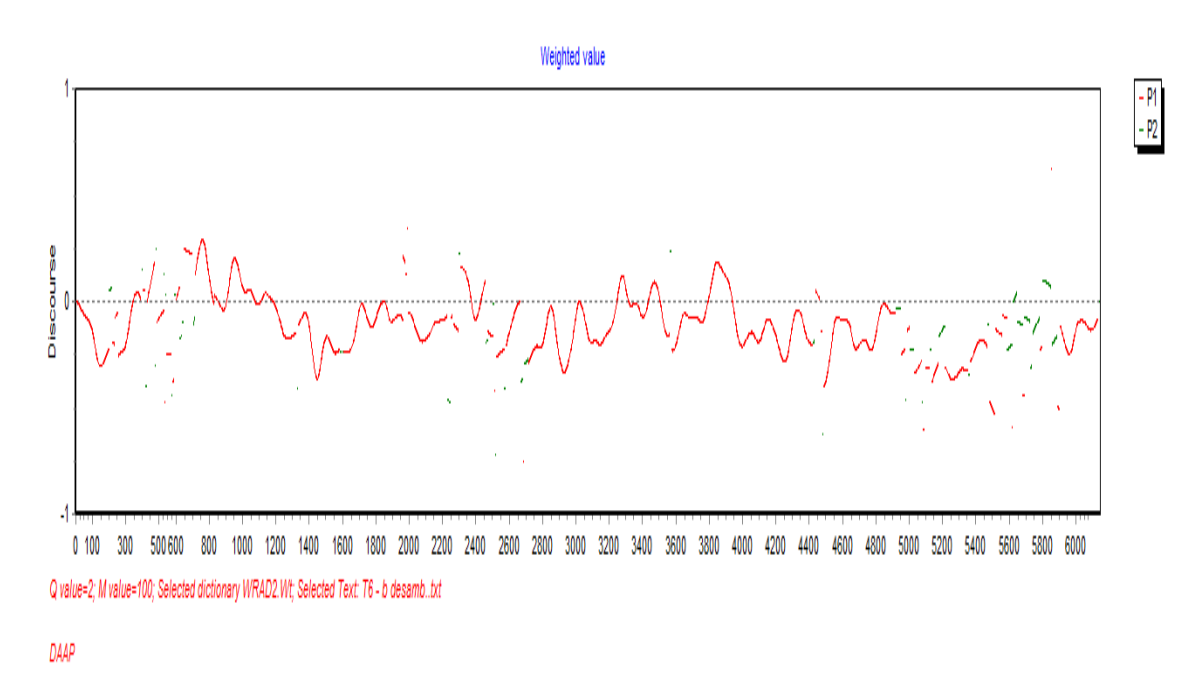


Figura J.33. Grupo1, Terapeuta 7, Sesión 13

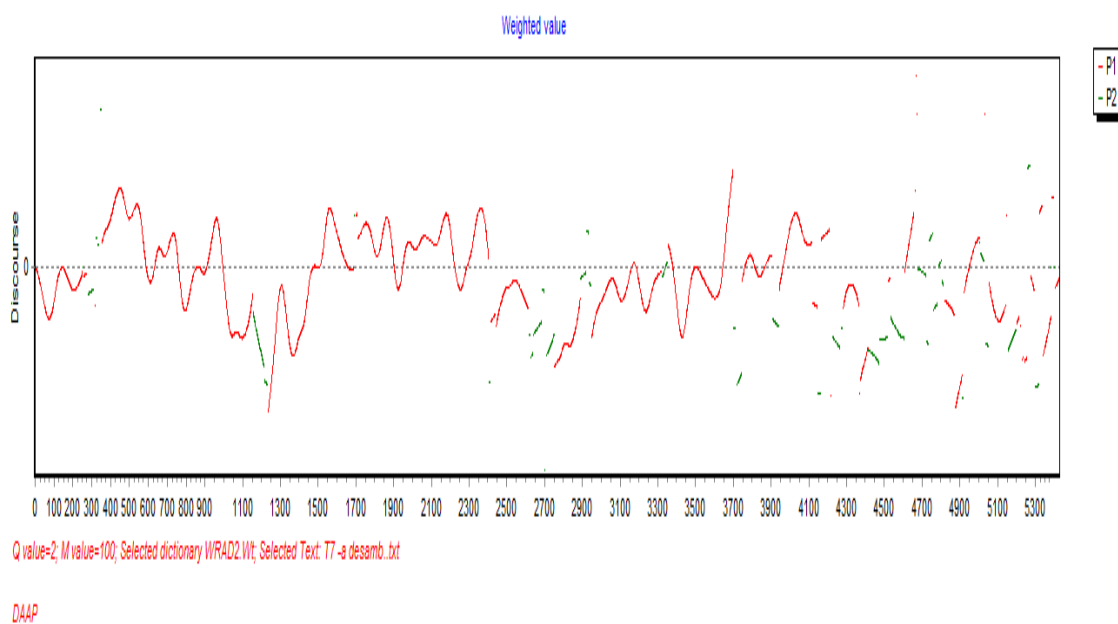


Figura J.14.Grupo1, Terapeuta 7, Sesión 14

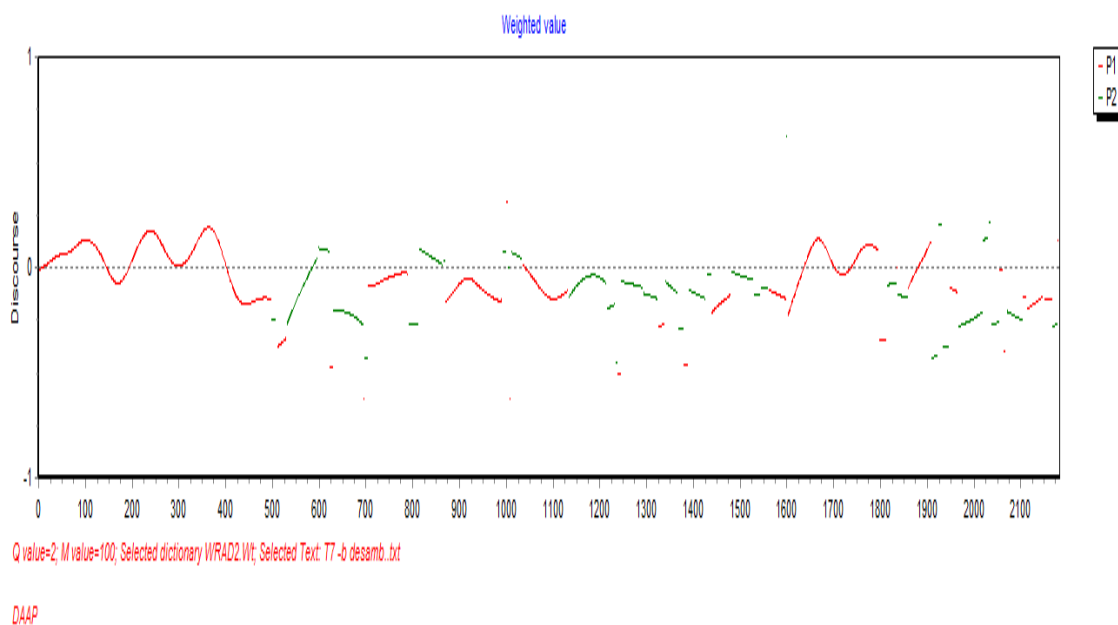


Figura J.45. Grupo1, Terapeuta 8, Sesión 15

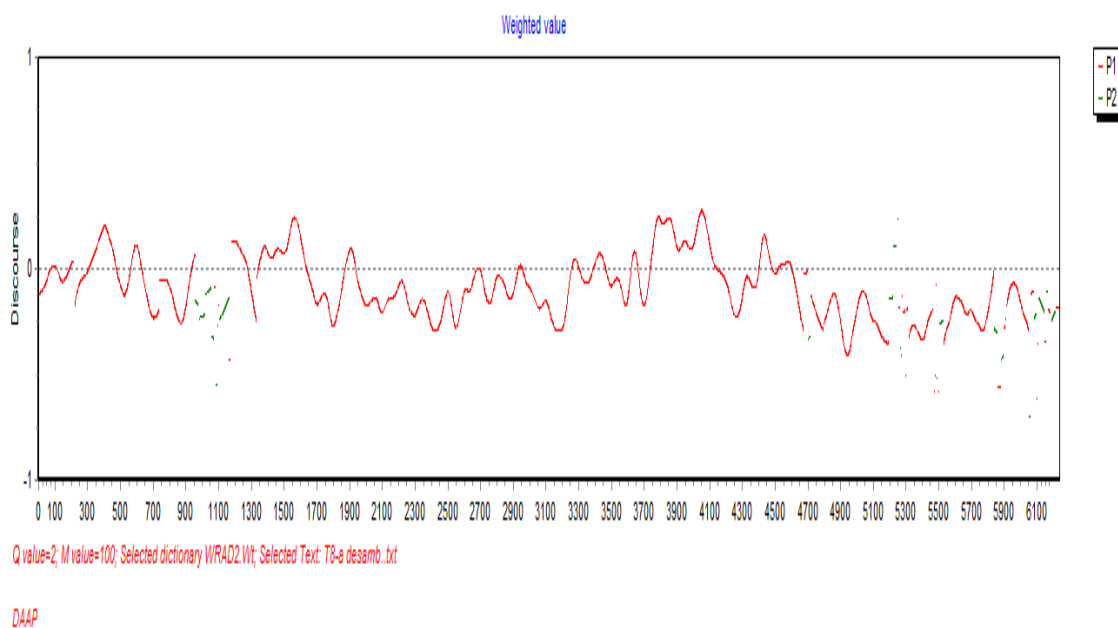


Figura J.16.Grupo1, Terapeuta 8, Sesión 16

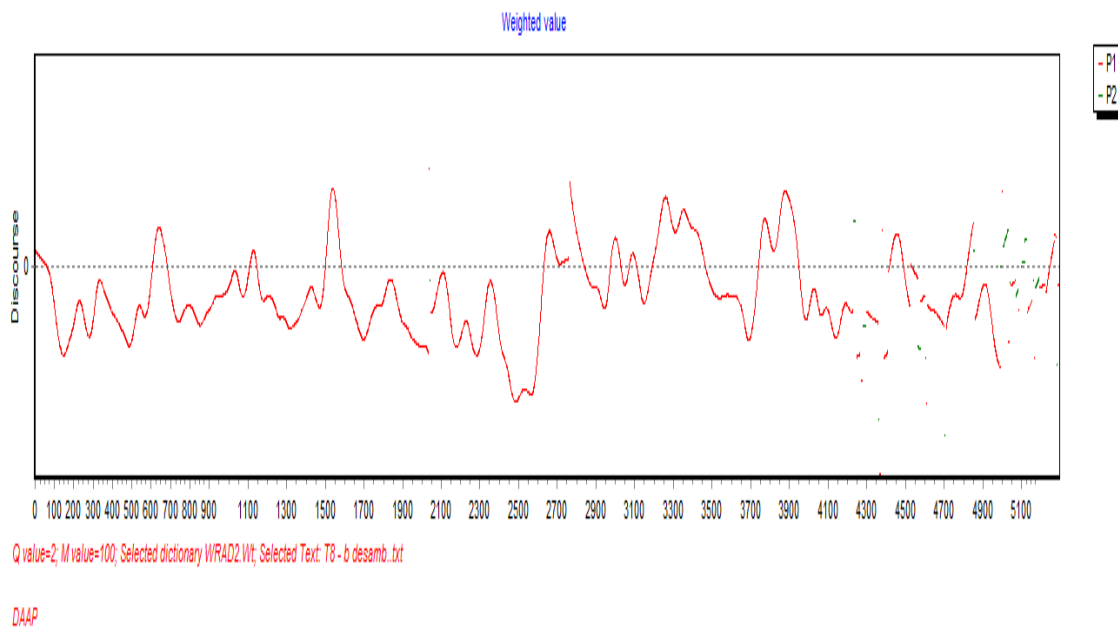


Figura J.57. Grupo1, Terapeuta 9, Sesión 17

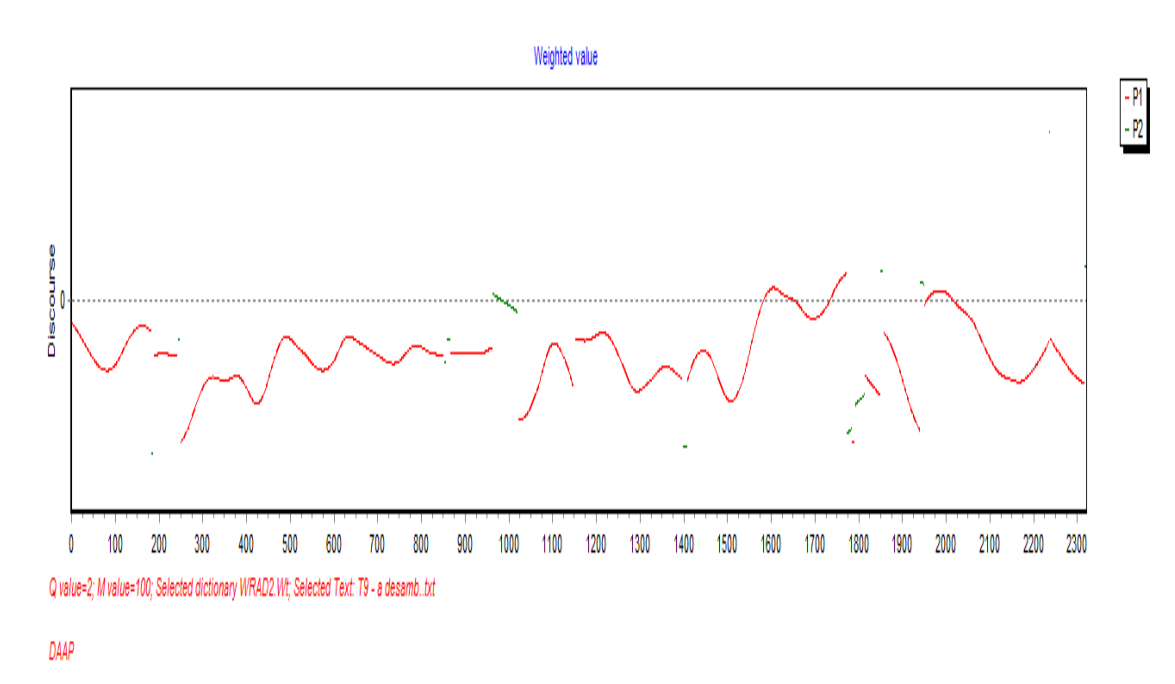


Figura J.18. Grupo1, Terapeuta 9, Sesión 18

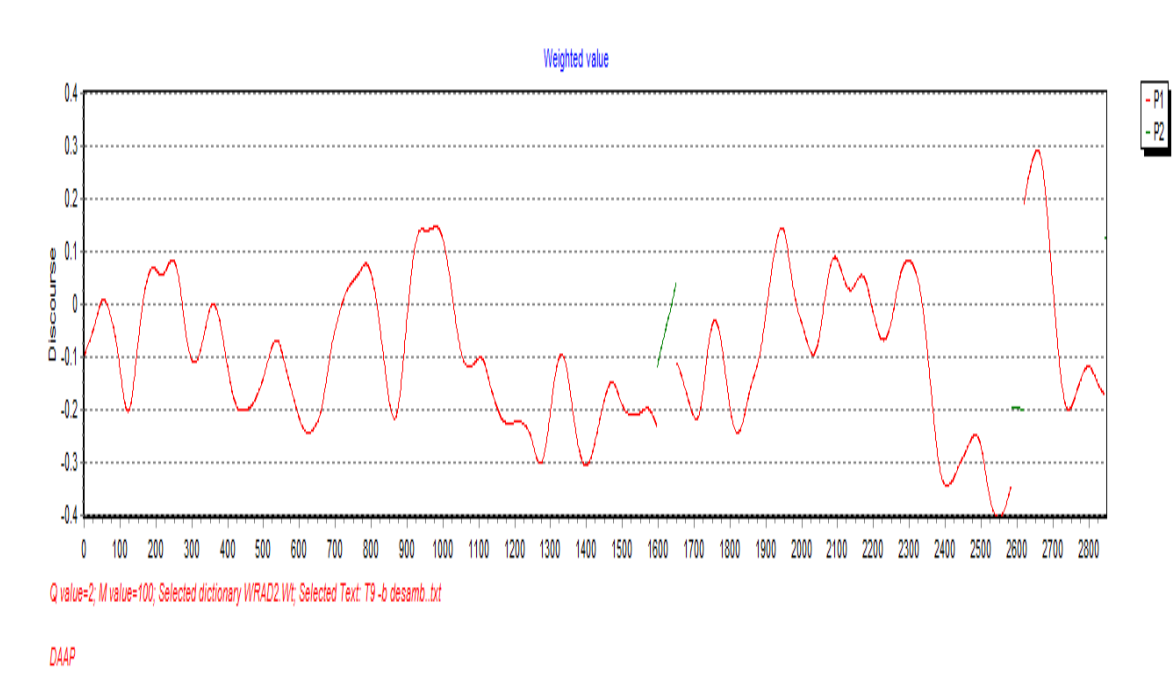


Figura J.19. Grupo1, Terapeuta 10, Sesión 19

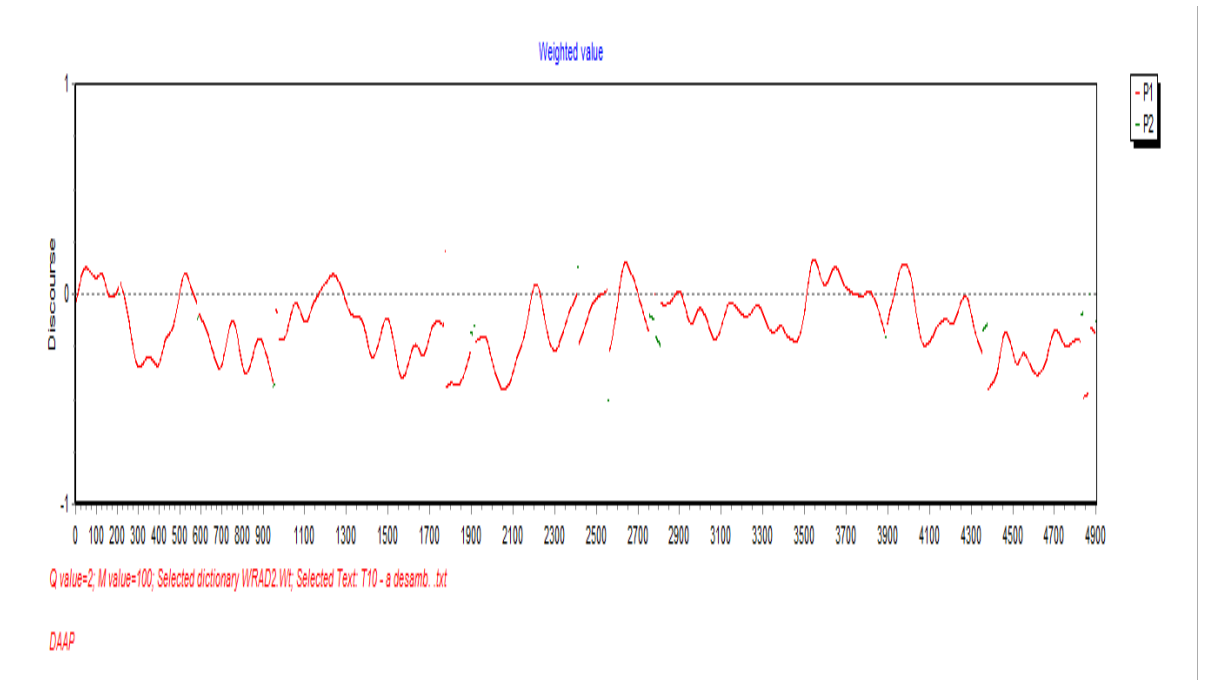


Figura J.60. Grupo1, Terapeuta 10, Sesión 20

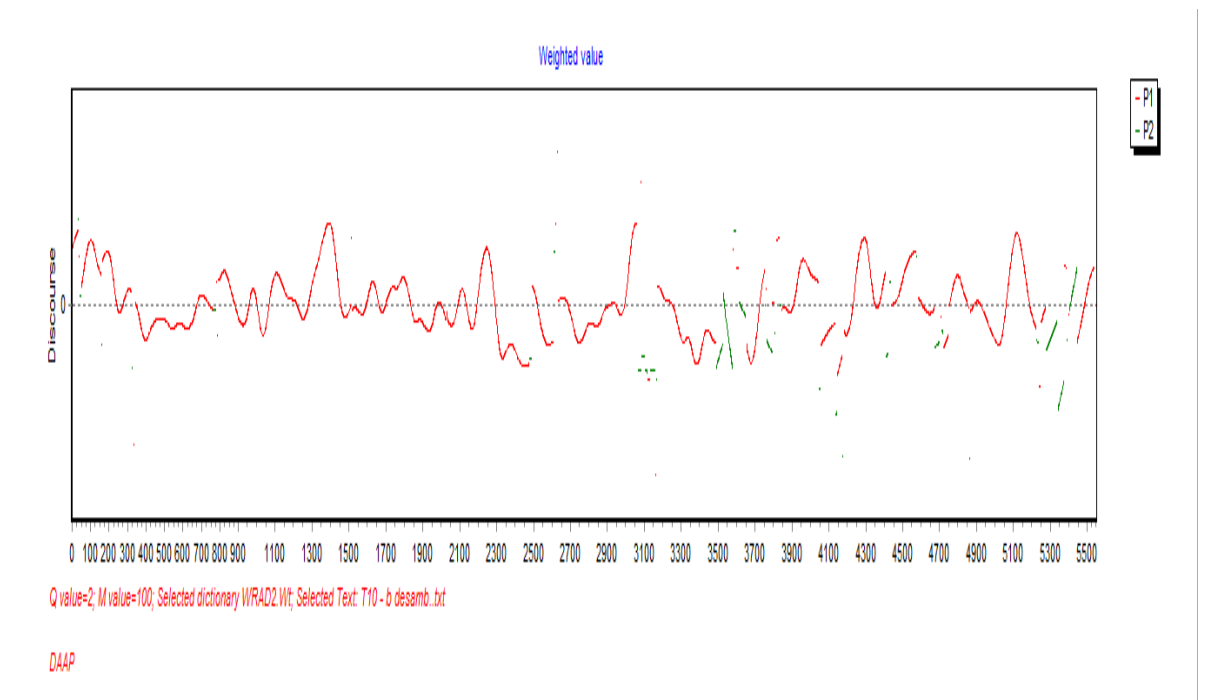


Figura J.21. Grupo2, Terapeuta 11, Sesión 21

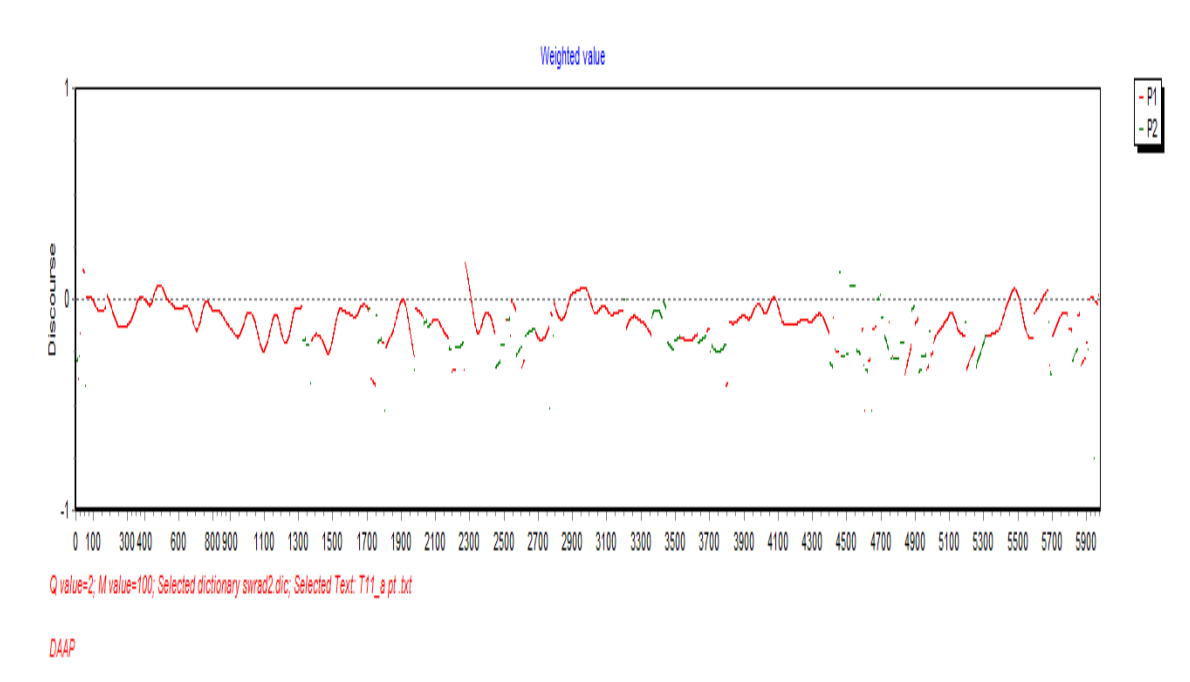


Figura J.22. Grupo2, Terapeuta 11, Sesión 22

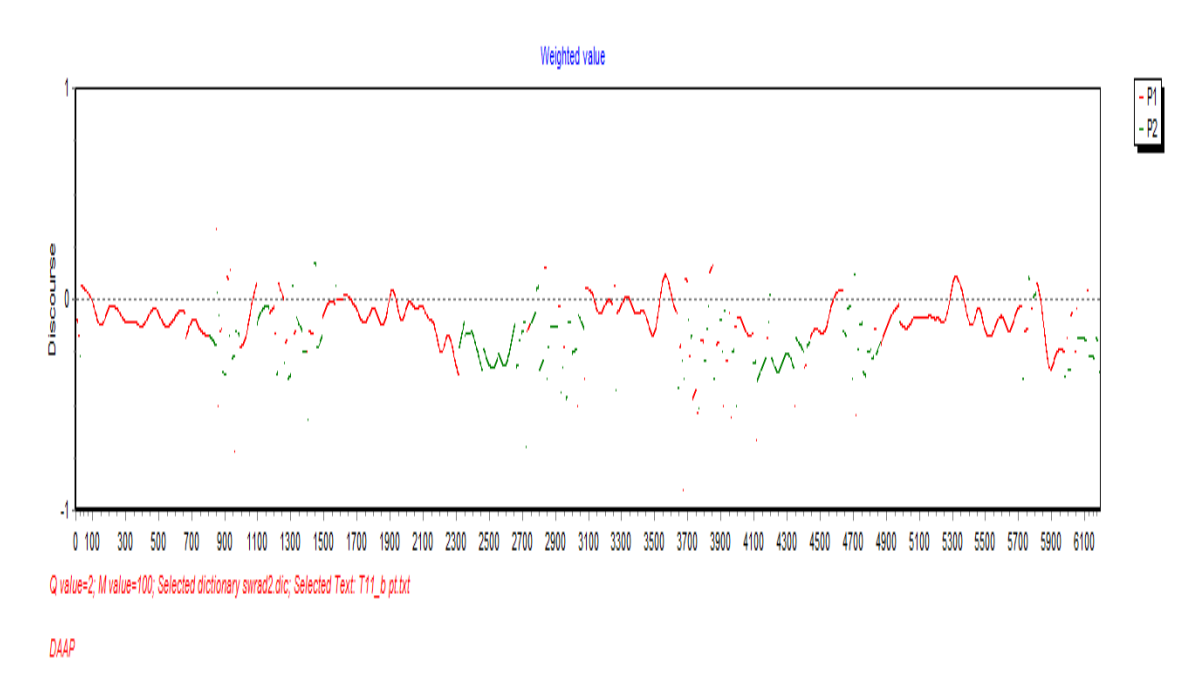


Figura J.23. Grupo2, Terapeuta 12, Sesión 23

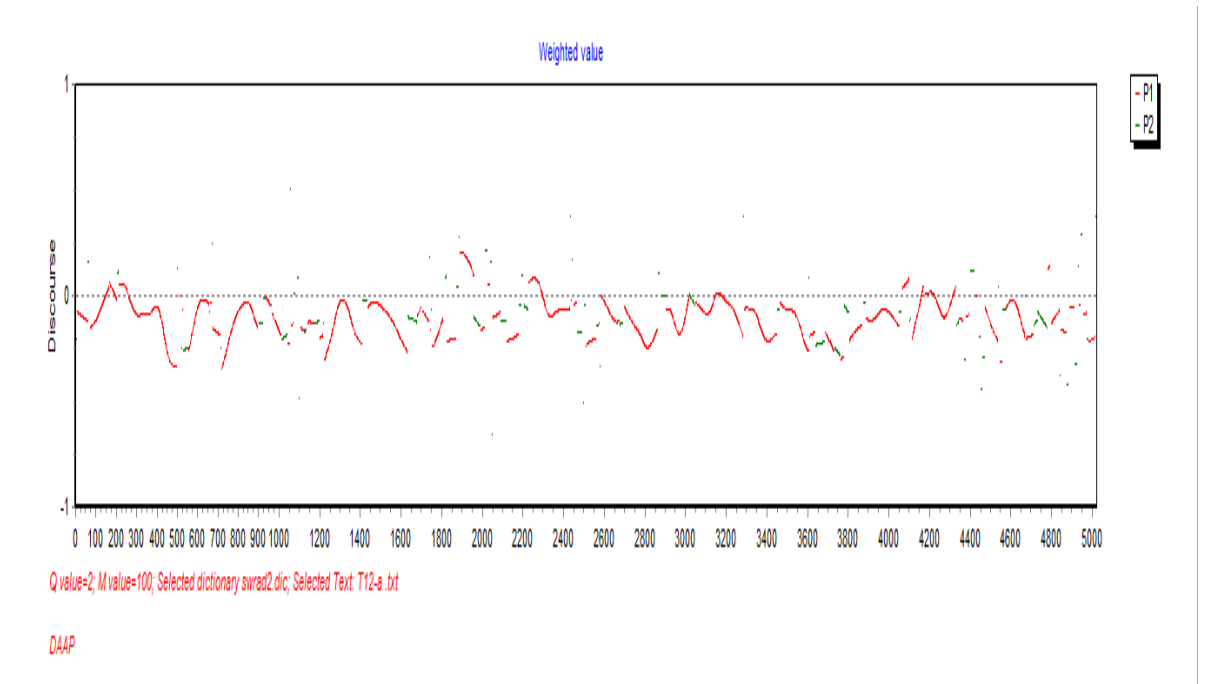


Figura J.24. Grupo2, Terapeuta 12, Sesión 24

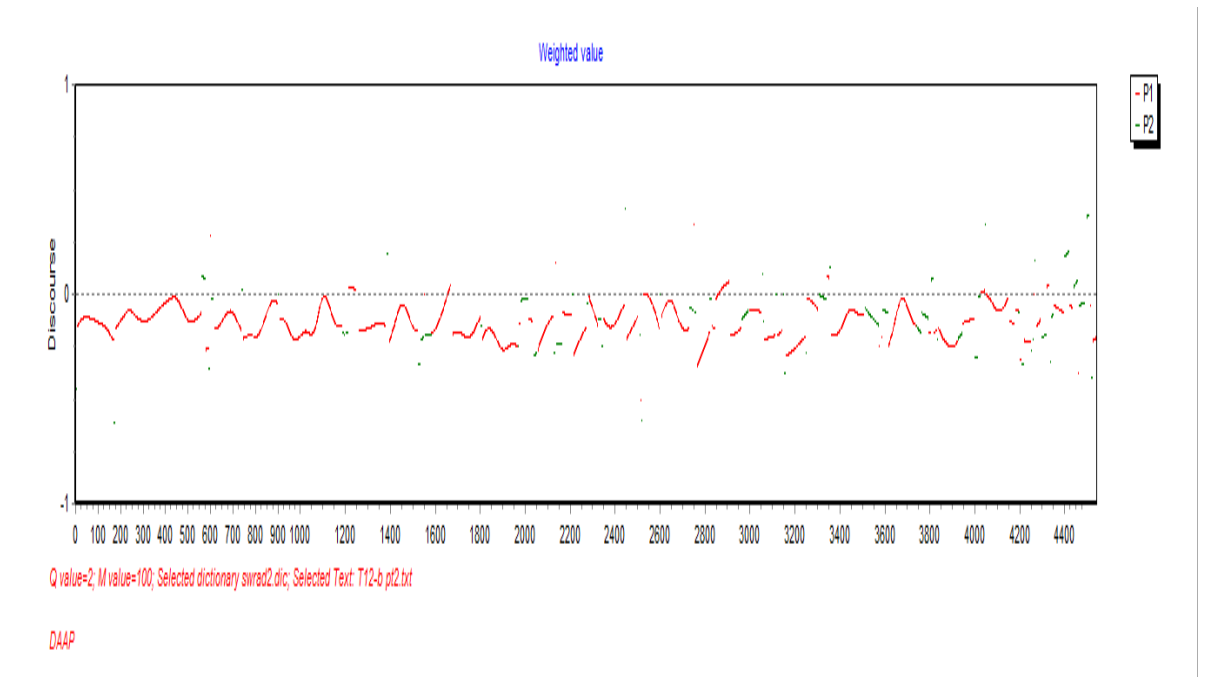


Figura J.25. Grupo2, Terapeuta 13, Sesión 25

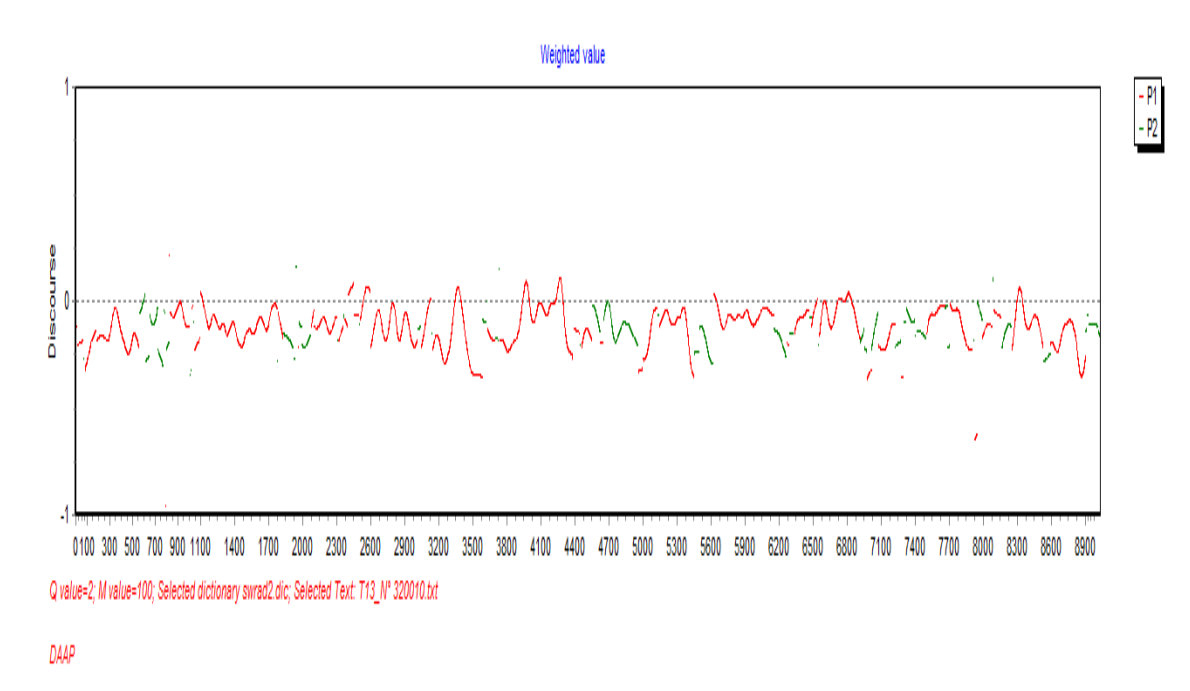


Figura J.26.Grupo2, Terapeuta 13, Sesión 26

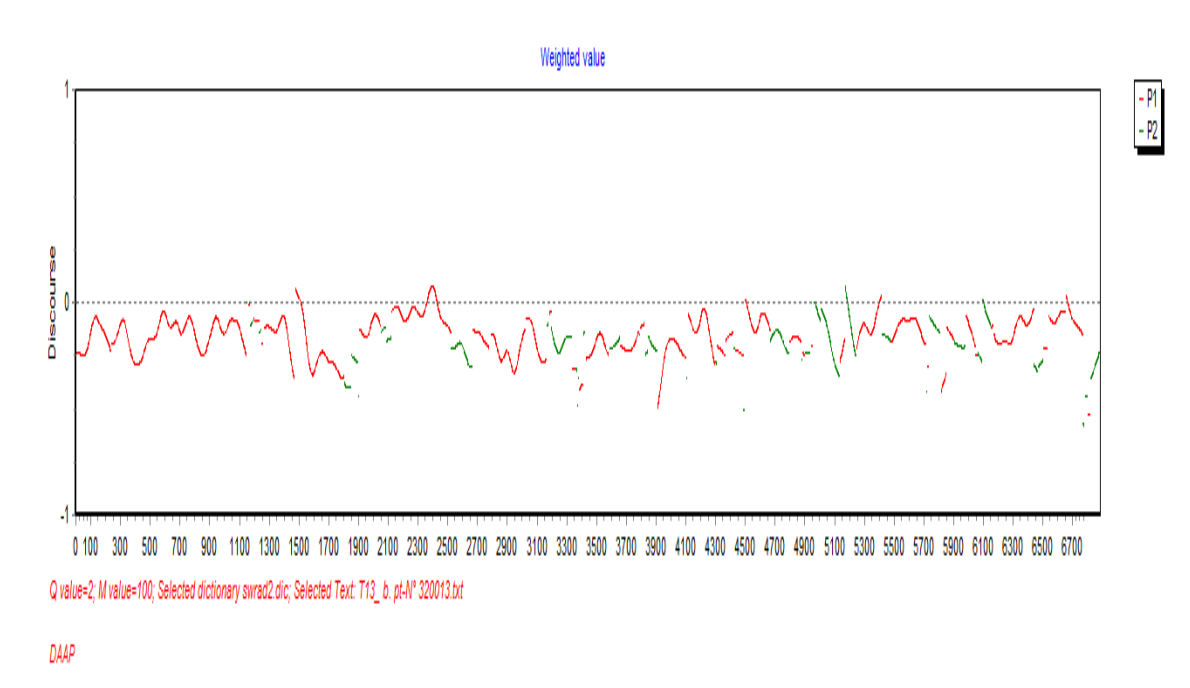


Figura J.27. Grupo2, Terapeuta 14, Sesión 27

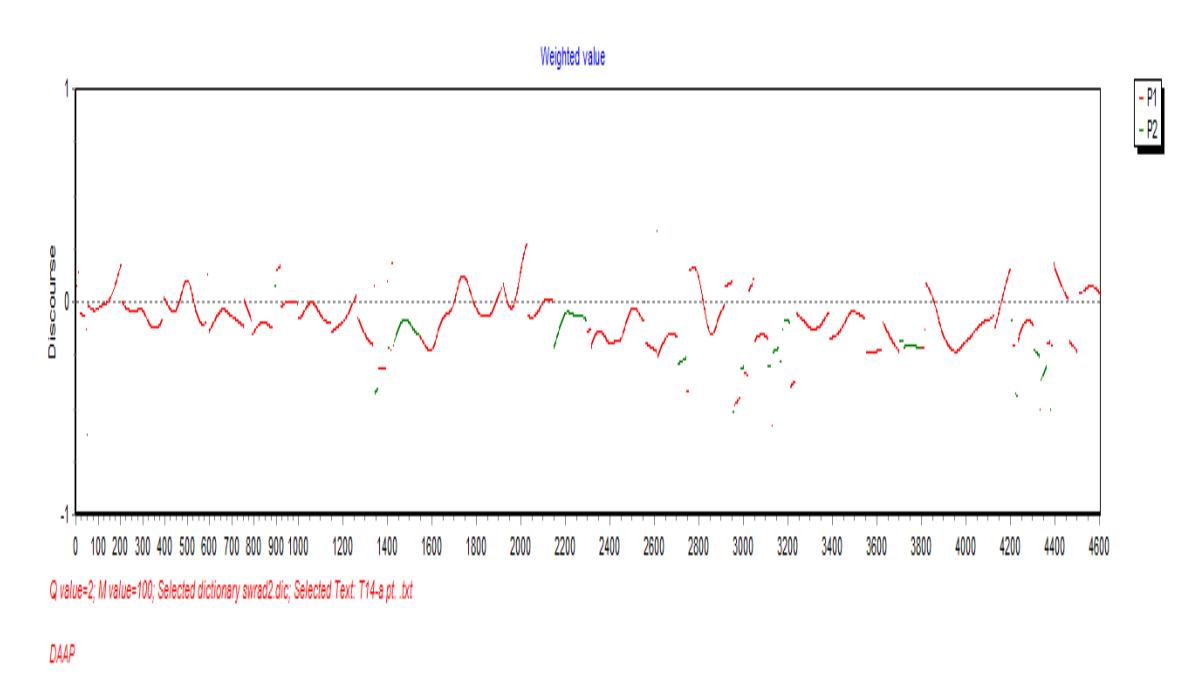


Figura J.28. Grupo2, Terapeuta 14, Sesión 28

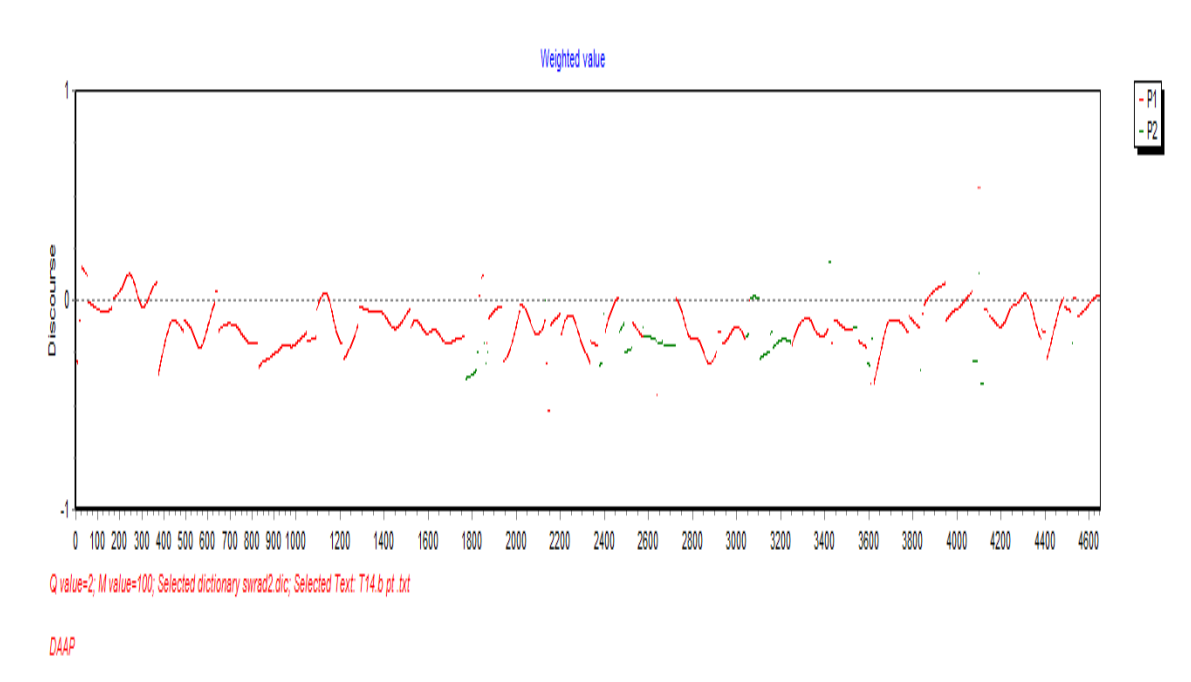


Figura J.29. Grupo2, Terapeuta 15, Sesión 29

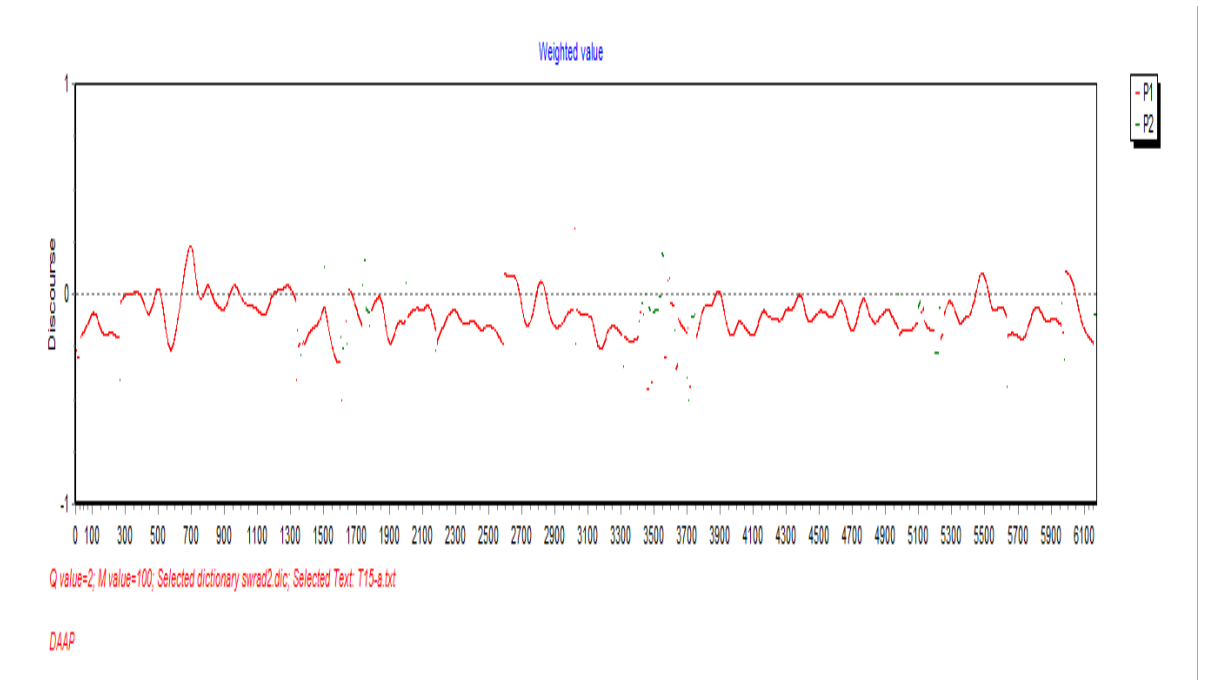


Figura J.30.Grupo2, Terapeuta 15, Sesión 30

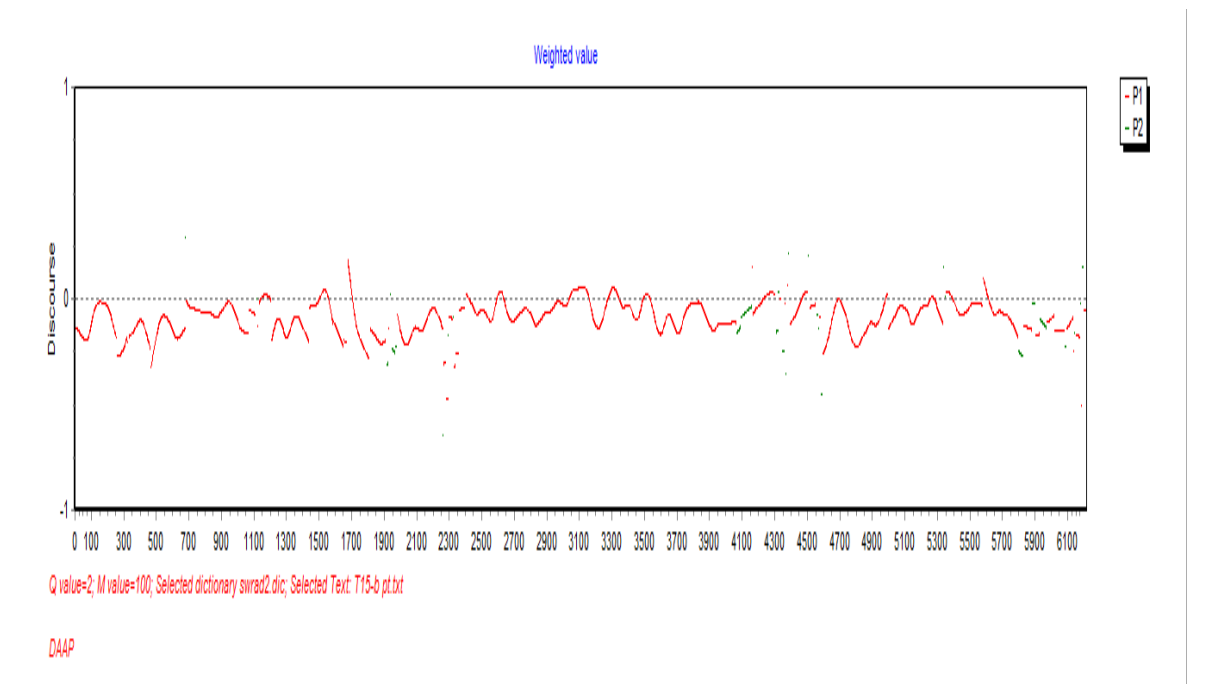


Figura J.37Grupo2, Terapeuta 16, Sesión 31

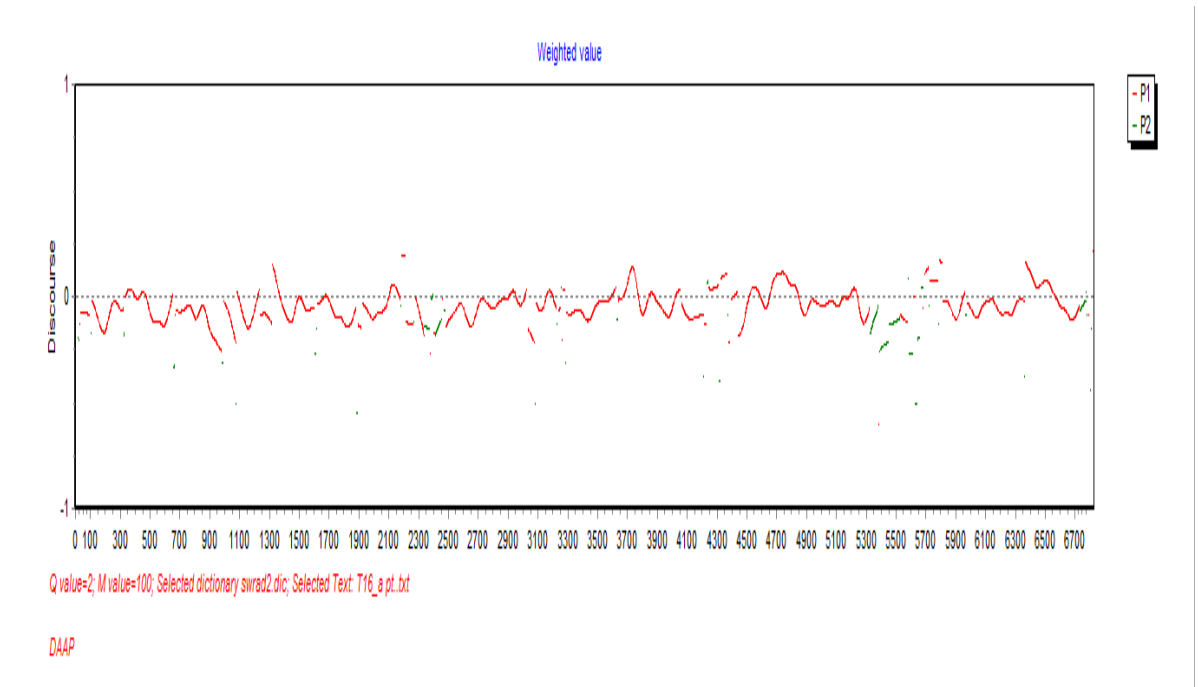


Figura J.32.Grupo2, Terapeuta 16, Sesión 32

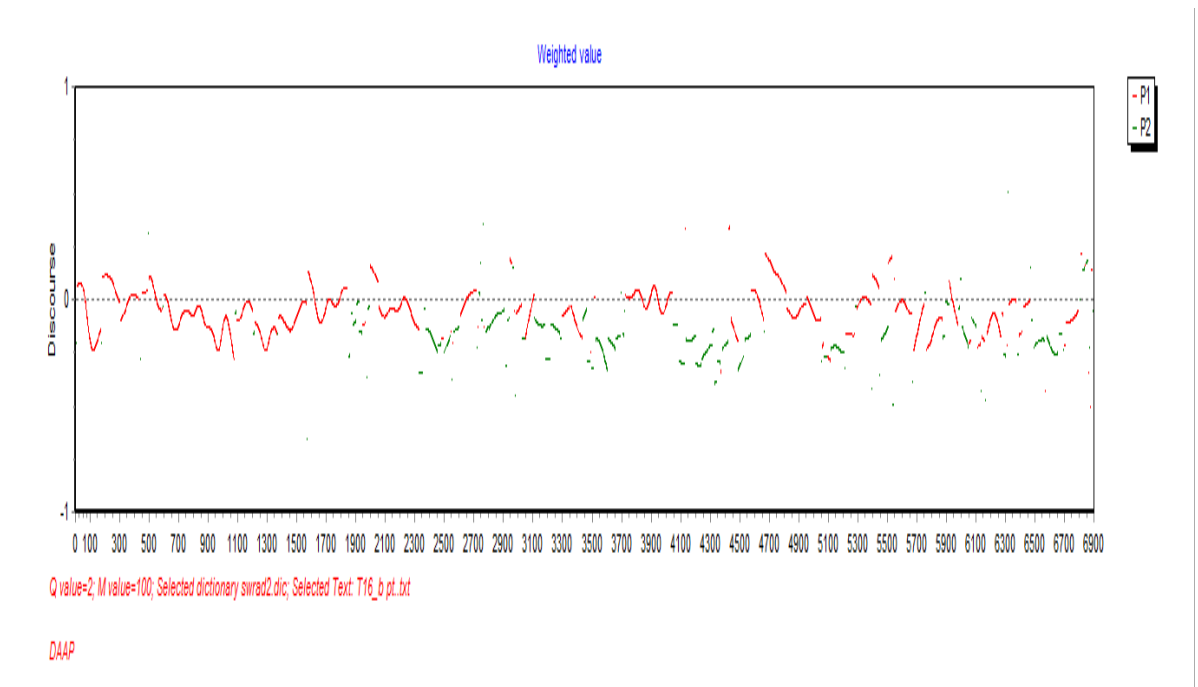


Figura J.33. Grupo2, Terapeuta 17, Sesión 33

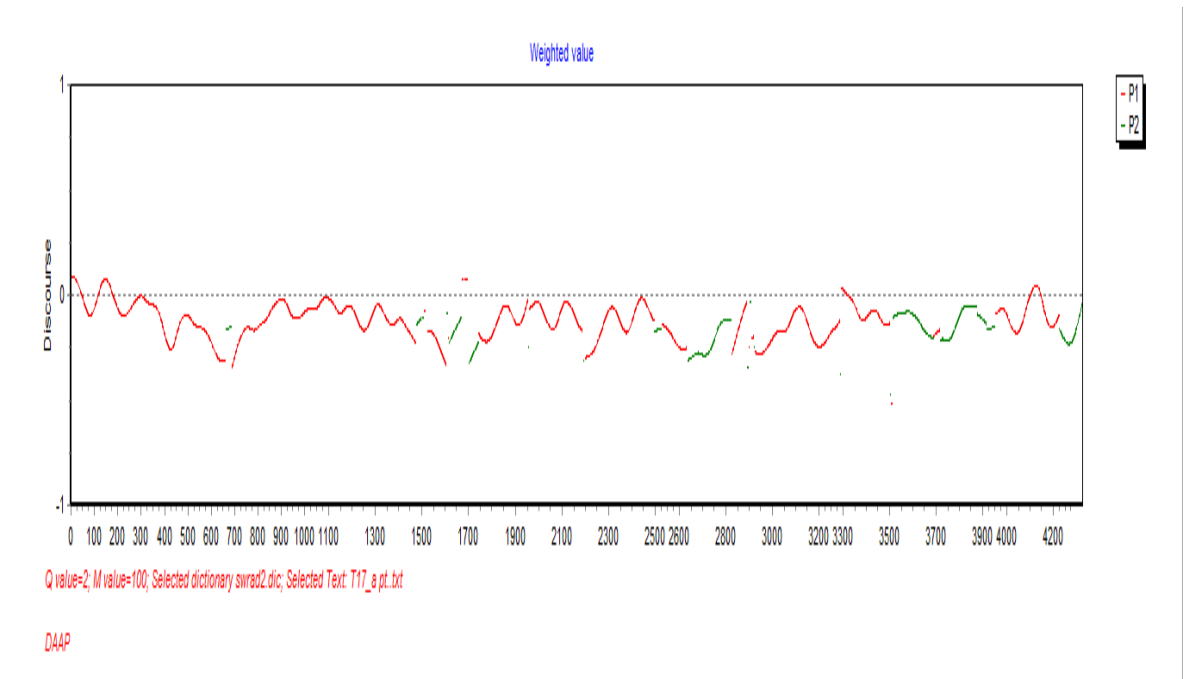


Figura J.34. Grupo2, Terapeuta 17, Sesión 34

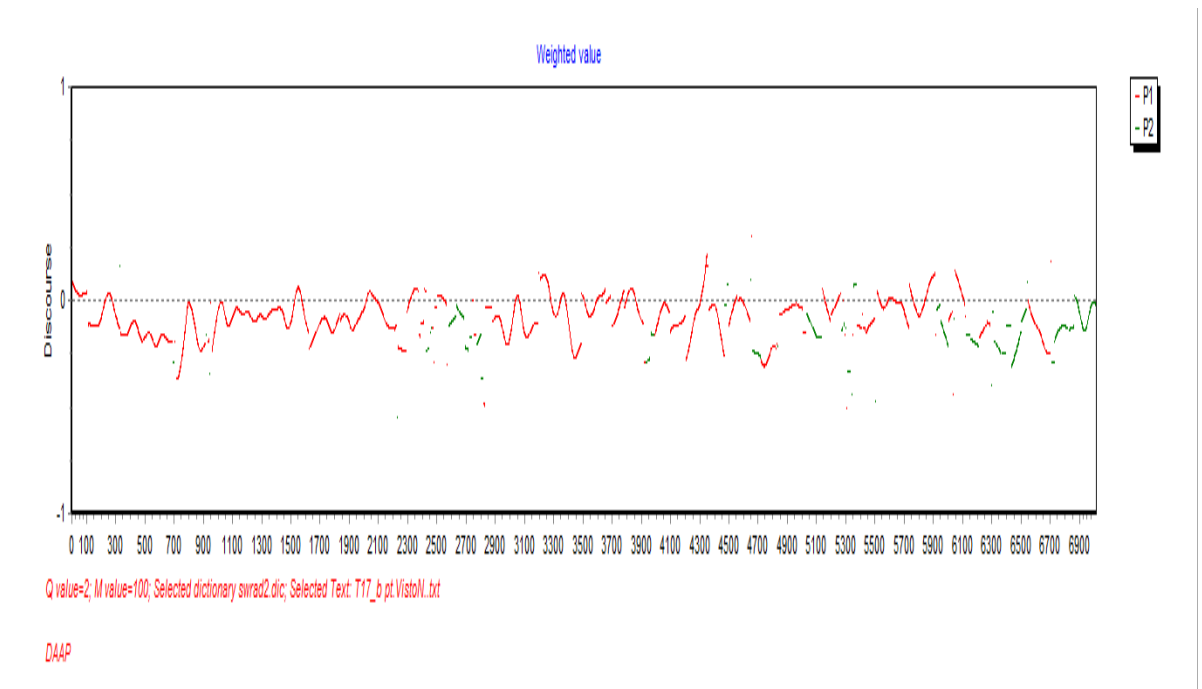


Figura J.35. Grupo2, Terapeuta 18, Sesión 35

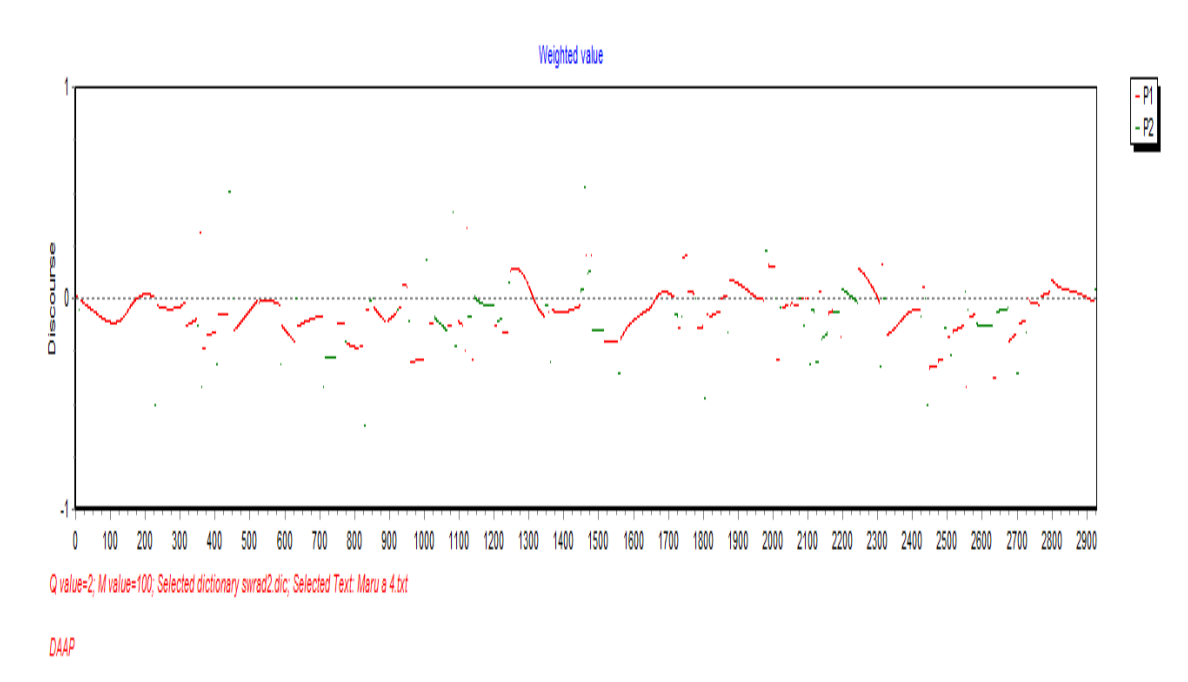


Figura J.36.Grupo2, Terapeuta 18, Sesión 36

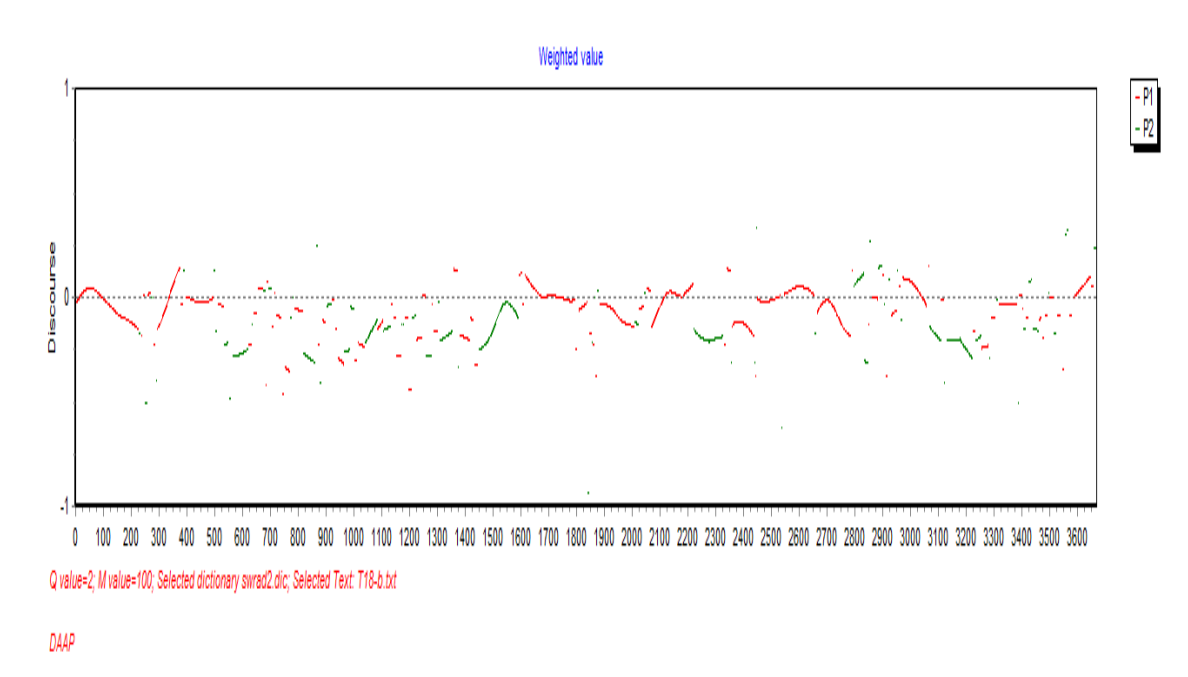


Figura J.37. Grupo2, Terapeuta 19, Sesión 37

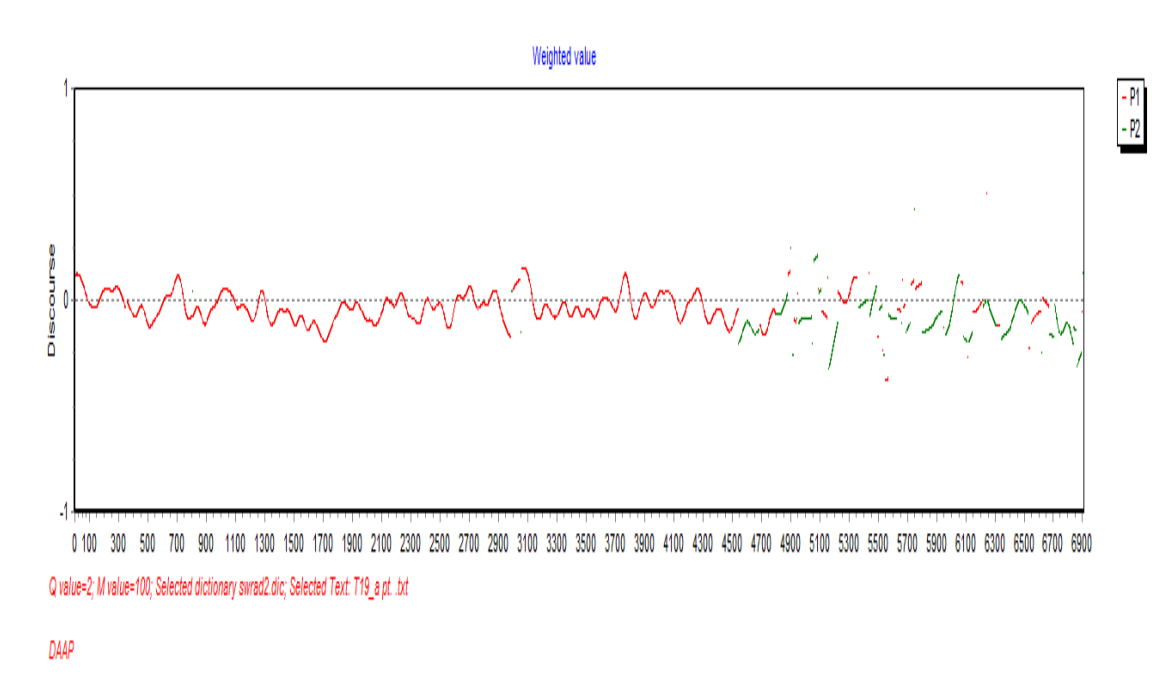


Figura J.38. Grupo2, Terapeuta 19, Sesión 38

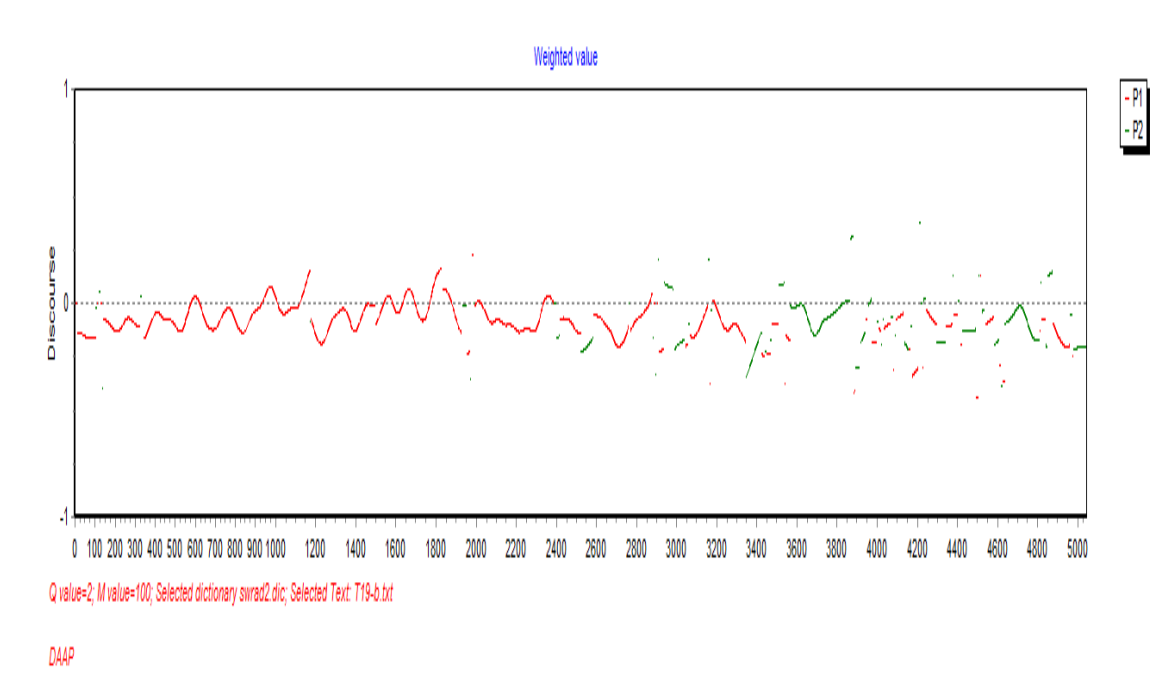


Figura J.39. Grupo2, Terapeuta 20, Sesión 39

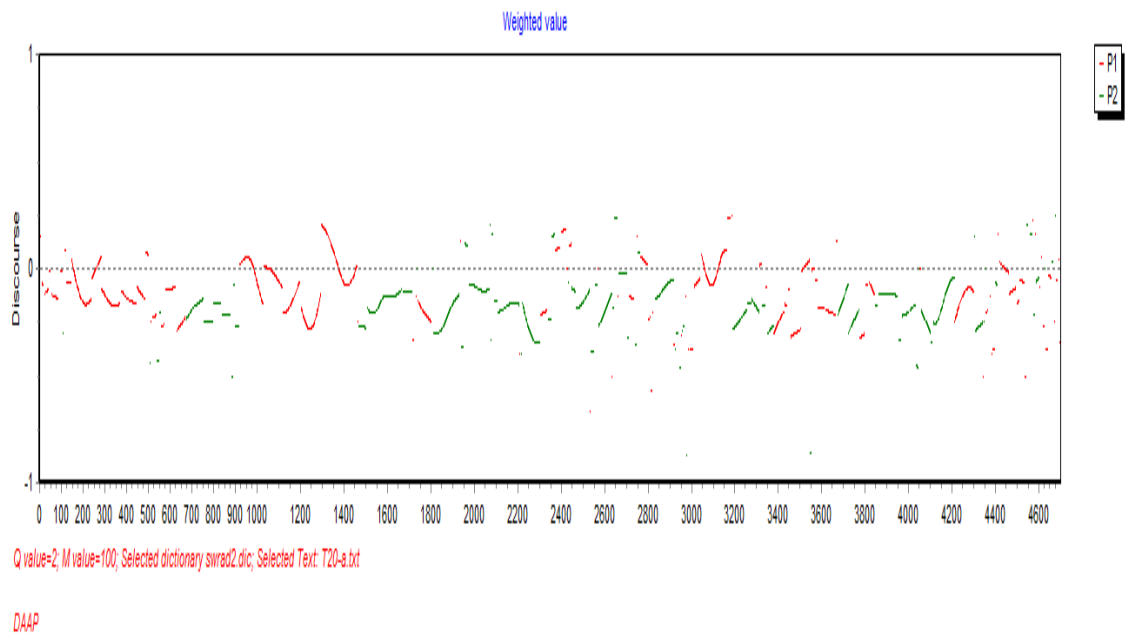


Figura J.40. Grupo2, Terapeuta 20, Sesión 40



CURRICULUM VITAE

ANDREA RODRÍGUEZ QUIROGA DE PEREIRA



1. DATOS PERSONALES

- Fecha de Nacimiento: 2 de mayo de 1956.
- Nacionalidad: Argentina
- Estado Civil: casada, 3 hijos.
- D.N.I.: 12.045.298
- Matrícula Profesional: Lic. En Psicología, 3296.
- Domicilio: Bermúdez 306, La Lucila, Pcia.de Buenos Aires
- Cel.: 1550555005
- Teléfono:-
- Fax: -
- Email: amrqpereira@gmail.com

2. FORMACION

- Título de Grado: Lic. en Psicología, Universidad de Belgrano, Año de egreso: 1979.
- Título de Grado: Auxiliar en Estadística aplicada a la Psicología. Universidad: Belgrano, Año de egreso: 1976.
- Postgrado
- **2008**, Plan de tesis de doctorado aprobado.
- **2003**, Acreditada como analista de niños y adolescentes por la Asociación Psicoanalítica Internacional.

- **2002**, Miembro adherente de la Asociación Psicoanalítica de Bs. As.
- **2001**, Research Fellow, Collage of Research Fellows, IPA.
VII Programa de entrenamiento en investigación, Asociación Psicoanalítica Internacional, Londres.
- Seminario Internacional de Investigación en Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica, aprobado, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Secretaría de Posgrado.
- **1987**, Terapeuta Familiar: egresada del Entrenamiento Intensivo en Terapia Familiar auspiciado por el Hospital Italiano de Buenos Aires.
- **1984**, Egresada de la residencia en Psicología Clínica Infantil, a cargo de la II Cátedra de Pediatría de la Universidad de Buenos Aires con sede en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

3. EXPERIENCIA PROFESIONAL DOCENTE

- Categoría/Grado Docente: Titular. Universidad Del Salvador.
Años: 1993-1998, 2004-2014.

Carrera/s en la/s que se desempeña: Facultad de Psicología y Psicopedagogía.

Materias que dicta: Metodología de la Investigación y Psicoterapia Familiar.
- Docente: Adjunta a cargo. Universidad Católica Argentina.
Años: 2011-2014.

Carrera/s en la/s que se desempeña. Facultad de Psicología.

Materias que dicta: Taller de Integración Final 1
- Docente: Coordinadora docente. Universidad de Belgrano.

Años: 1977-1980, 1992-1995

Carrera/s en la/s que se desempeña: Facultad de Humanidades, Psicología.

Materias que dicta: Práctica Profesional III y Psicología General

4. ANTECEDENTES PROFESIONALES

Años	Cargo/Actividad	Organización
1980-2014	Consultorio particular.	
2014	Coordinadora Alterna Comisión de Investigación.	FEPAL
2009-2013	Integrante Comisión de Investigación.	
2007-2009	Secretaria COCAP	IPA.
2013-2016	Directora del Departamento de Investigación	IUSAM de APdeBA.
2009-2013	Secretaria del Departamento de Investigación.	
2003-2008	Integrante Departamento de Investigación.	
2007	Representante IUSAM	CRUP, Consejo de Rectores de Universidades Privadas.
2003-2005	Supervisora	Hospital de Niños de San Isidro.
1999 – 2001	Presidente	IPSO (Organización Internacional de Estudios

		Psicoanalíticos)
1997-1999	Presidente electo	IPSO
1996-1997	Secretaria Interinstitucional del Claustro de Candidatos	APdeBA
1992		Psicóloga de TIM (Medicina Pre-Paga)
1981-1984	Residente en Psicopatología	Hospital de Niños Ricardo Gutierrez.
1979-1982	Psicóloga	Instituto Roman Rosell, Subsecretaría del Menor y la Familia.
1977-1980	Pasantía	Moderno Instituto Psicopedagógico

5. ANTECEDENTES EN INVESTIGACIÓN

- **2014.** Septiembre. Co- Coordinadora del Comité de Organización Local de la Jornada Satélite de Investigación del 30° Congreso Latinoamericano De Psicoanálisis -Realidades Y Ficciones-.
- Jornada de Investigación del IUSAM. Julio. Organizada por el Depto. de Investigación del IUSAM.

- **2014-** Directora del Proyecto: *El uso y opinión del consentimiento informado entre psicoanalistas latinoamericanos*. Investigación a realizarse conjuntamente entre el Instituto de Investigación de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL y el Departamento de Investigación del IUSAM. Código 1337.
- **2011-2014-** Coordinadora del Grupo de Observación clínica del Departamento de Investigación del IUSAM de APdeBA
- **2010-2013-** Integrante de la Comisión de Investigación de FEPAL.
- **2009-2013.** Secretaria del Departamento de investigación IUSAM-APdeBA.
- **2010.** Coordinadora del curso de Educación a Distancia - Debates en investigación y elementos de metodología para psicoterapeutas-, IUSAM-APdeBA.
- **2008.** Tesis de doctorado en curso. Tema: Subjetividad Social y Análisis. Perspectiva Transcultural. Directora: Dra. Wilma Bucci, Co- Director, Dr. Andrés Roussos.
- Coordinadora del espacio de Investigación en el Departamento de Familia y Pareja, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- **2003-2008,** Integrante de la Comisión de Investigación de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, IUSAM.
- **2002-2005,** Principal investigador de -Formación Psicoanalítica y Cultura Institucional Local-, Investigación subsidiada por la Asociación Psicoanalítica Internacional y por IPSO
- **2004,** Coordinación del curso “Investigaciones en Psicología”, realizado en el Hospital Materno Infantil de San Isidro, (mayo-octubre), Secretaría de Extensión de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

- **2001**, Research Fellow. Collage of Research Fellows, International Psychoanalytic Association
- Curso de doctorado, Universidad de Buenos Aires, Seminario Internacional de Investigación en Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica.
- **1995**, Aplicación del sociograma en el ámbito educacional desde una perspectiva psicoanalítica, Cátedra de “Práctica Profesional III” de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Belgrano.
- **1986-1990**, Trabajo de investigación coordinado por la Lic. H. Casartelli, sobre Prevención Primaria, Obra Social Para la Actividad Docente.

PUBLICACIONES Y CONGRESOS:

- Rodríguez Quiroga, A., Borensztein, L., Corbella, V., Marengo, J. (Septiembre, 2014). Realidades y ficciones en la formación psicoanalítica. Panel en el 30° Congreso Latinoamericano De Psicoanálisis -Realidades Y Ficciones-.
- Rodríguez Quiroga, A., Corbella, V., Bongiardino, L., Borensztein, Marengo, J.C., Riveros, C., Varrenti, M., Pacheco, G., y Pilheu, S. El uso y opinión del consentimiento informado entre psicoanalistas latinoamericanos. Jornada Satélite de investigación del 30 Congreso de Fepal (septiembre, 2014)
- Rodríguez Quiroga, A., Borensztein, L., Corbella, V., Marengo, J. (Agosto, 2014).
Herramientas de investigación empírica aplicadas a un caso clínico en psicoanálisis. Presentado en la Jornada de Investigación de la Universidad Austral.
- Rodríguez Quiroga, A., Borensztein, L., Corbella, V., Marengo, J. (Julio, 2014).

Herramientas de investigación empírica aplicadas a un caso clínico en psicoanálisis. Panel en Jornada de Investigación del IUSAM.

- Rodríguez Quiroga, A (Junio, 2014).). Coordinación de un Grupo de Observación Clínica en la Sociedad Argentina de Psicoanálisis.
- Rodríguez Quiroga, A, Borensztein, L., Corbella, V. & Marengo, J. (2014). *Herramientas de investigación empírica aplicadas a un caso clínico de terapia psicoanalítica*. Presentado en el XXIX Congreso Argentino de Psiquiatría. Mar del Plata. Argentina
- Rodríguez Quiroga, A, (2013, Septiembre el Congreso de Frepasi, Campo Grande, Brasil. Coordinación de un Grupo de Observación Clínica en la Sociedad Argentina de Psicoanálisis.
- Rodríguez Quiroga, A, (2013, agosto) Coordinación de un Grupo de Observación clínica en el Congreso de IPA, Praga. Rodríguez Quiroga, A.,
- Grasso, L., Lamas, M.C., Pozo Gowland & Mongeló, M. C. R (2013). Documento conjunto entre el .Departamento de Investigación – IUSAM y la UCA. Dirección de Trabajo de Integración Final Convenio UCA. Documento de Trabajo N° 1. Guía para la capacitación de docentes para la elaboración del Plan de TIF. Cátedra - Taller de Tif.
- Rodríguez Quiroga, A., Grasso, L., Lamas, M.C., Pozo Gowland & Mongeló, M. C.R (2013). Documento conjunto entre el .Departamento de Investigación – IUSAM y la UCA. Dirección de Trabajo de Integración Final Convenio UCA. Documento de Trabajo N° 3. Guías para ayudar al alumno en la elaboración del Trabajo de Integración Final Teórico. Cátedra - Taller de Tif.

- Rodríguez Quiroga, A., Messina, A., Samsalone, P. (2012). Informed Consent calling for debate between analysts and researchers. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 963-980.
- Rodríguez Quiroga, A. (Noviembre, 2009). Malestares de la subjetividad social en la clínica. En C. E. Barredo (Presidencia), *El analista frente al malestar. Vicisitudes de la clínica y de lo social e institucional*. Panel presentado en el XXXI Simposio Anual de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Rodríguez Quiroga, A. (Abril, 2009). Book Review Revisión del libro *Psychoanalysis, class and politics. Encounters in the clinical setting*, por L. Layton, N. Hollander, y S. Gutwill. *International Journal of Group Psychotherapy*.
- Ferrari, H., Lancelle, G., Rodríguez Quiroga, A., Roussos, A., y Wenstein, L. (2008). *El Manual Diagnóstico Psicoanalítico. Discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad* (Universidad de Belgrano reportes de Investigación N° 1).
- Rodríguez Quiroga, A., Borensztein, L., y Bongiardino, L. (Septiembre, 2008). *Subjetividad social y análisis didáctico*. Trabajo presentado en el XXVII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Santiago de Chile.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Ragau, R., Borensztein, L. & Jadur, S. (2007). Autores que impactan en la formación de candidatos. Diferencias culturales y lenguajes teóricos. *Internacional Journal of Psychoanalysis*. 88,1–15.
- Rodríguez Quiroga, A., Ragau, R., Borensztein, L. (Julio, 2005). *Do cultural differences reflect on training or have all analysts been trained equally since*

1920? Panel held at the 44th Congress of the International Psychoanalytical Association, Rio de Janeiro.

- Pereira, A., Ragau, R., Jafee. L., Jadur, S., Liberman, A., Borensztein L., Ramallo, I. & Russos, A. (2004). *International perspective on psychoanalytical. Training and local institutional cultura*. Recuperado del sitio de Internet de la Asociación Psicoanalítica Internacional:
<http://www.ipa.org.uk/research/pereira.asp>
- Pereira, A., Ragau, R., Borensztein, L., Ramallo, I., y Russo, E. (2004). Incidencia de la pertenencia sociocultural e institucional en la formación psicoanalítica. Investigación de IPSO. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 26(3).
- Pereira, A., Ragau, R., Borensztein, L., Ramallo, I., y Russo, E. (2004) ¿Inciden las diferencias culturales en la formación analítica? 94 entrevistas a candidatos de las tres regiones. Investigación de IPSO. *Revista de la Asociación psicoanalítica de Buenos Aires*, 26(3).
- Pereira, A., Ragau, R., Borensztein. L., Jaffe, L. (2004). Perspectiva internacional en la formación psicoanalítica y la cultura institucional local, Investigación de IPSO. Trabajo presentado en el 43 Congreso Internacional de IPA, New Orleans.
- Pereira, A., Ragau, R., Jadur. S. (2002). *Resultados preliminares de la primera fase de la investigación de IPSO*. Trabajo presentado en el Congreso Fepal, Montevideo.
- Pereira, A. (2002). *Realidad social y formación psicoanalítica*. Trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoanálisis, Gramado.

- Pereira, A. (1999). Aprendiendo de la experiencia: Descubriendo nuevos sentidos a las diferencias. *Revista de IPSO (Internet)*, *Revista Devenir*
- Pereira, A., Wajnchuch, S. (1997). Interpretación y proceso interpretativo en el psicoanálisis con niños. *Revista IPSO*.
- Pereira, A., Wajnbuch, S. (1997). *Frecuencia semanal y proceso analítico*. Trabajo presentado en la Jornada Argentina de Candidatos, Buenos Aires.
- Álvarez, R., et al. (1995). *Familia y salud, Guías para el trabajo en prevención primaria*. Buenos Aires.
- Casartelli, H., Pereira, A. (1995). Aplicación del sociograma en el ámbito educacional desde una perspectiva psicoanalítica. Trabajo presentado en XL Jornadas de Psicodiagnóstico, Buenos Aires.
- Devoto, R., Menéndez, F., Pereira, A. (1994). *Familia como fuente de recursos y soluciones*. Buenos Aires: Lumen.
- Casartelli, H., et al. (1990). *Relato de un experiencia de investigación sobre prevención primaria familiar*. Trabajo presentado en las primeras jornadas sobre funciones maternantes de la Asociación mundial de Psiquiatría de la Primera Infancia y Profesionales Afines (WAIPAD), Buenos Aires.
- Casartelli, H., et al. (1992). Prevención primaria familiar. *Revista Argentina de Psicopatología*, 3(1).
- Álvarez, R., et al. (1989). Prevención primaria familiar, relato de una experiencia interdisciplinaria en el ámbito de la seguridad social. Trabajo presentado en el XII Congreso Interamericano de Psicología, Buenos Aires.
- Splivalo, G., Pereira, A. (1983). *Psicoterapia pre y post quirúrgica de un niño sordomudo de tres años de edad*. Trabajo presentado en el Primer Congreso Interinstitucional de Psicopatología y Salud Mental, Buenos Aires.

Apéndices

- Splivalo, G., Pereira, A. (1982). Psicoterapia pre y post quirúrgica de un niño sordomudo de tres años de edad. *Revista del Hospital de Niños*, 24(102).