

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA**



**PSICOANÁLISIS, PSICOTERAPIA  
PSICOANALÍTICA Y EVALUACIÓN DEL  
PROCESO PSICOTERAPÉUTICO CON EL  
MÉTODO PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-Sort  
(PQS) EN UN CASO DE PSICOTERAPIA DE  
LARGA DURACIÓN.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR**

**Ignacio Antonio Toro Roa**

Bajo la dirección del doctor

Gerardo Gutiérrez Sánchez

**Madrid, 2011**

**ISBN: 978-84-694-1430-9**

**©Ignacio Antonio Toro Roa, 2008**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
Facultad de Filosofía  
Programa de Doctorado  
“Fundamentos y Desarrollos Psicoanalíticos”



TESIS DOCTORAL

PSICOANÁLISIS, PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA Y  
EVALUACIÓN DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO CON EL  
MÉTODO PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SORT (PQS) EN UN  
CASO DE PSICOTERAPIA DE LARGA DURACIÓN

*Director*

Dr. Gerardo Gutiérrez Sánchez

*Autor*

Ignacio Antonio Toro Roa

Año 2008



---

## *Dedicatorias*

*A mis mujeres,*

*Sandra, vital compañera en esta aventura, gracias por todo.*

*Amanda y Antonia, por vuestra cristalina y alegre presencia en el mundo.*

*A mis padres, constancia y relativismo que me han moldeado.*

*A mis suegros, ilusión y realidad de esta empresa.*



---

## *Agradecimientos*

Diversas personas e instituciones han sido esenciales para llevar a cabo esta investigación, a ellos quisiera expresarles mis sinceros agradecimientos:

Al Dr. Gerardo Gutiérrez, profesor, tutor, director, jefe y amigo, gracias por tu escucha y confianza en tantos momentos, con ellos mantuve la esperanza y seguridad necesarias para desarrollar este proyecto.

Al Master en Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Complutense, espacio de grata universalidad y cantera de excelentes recursos humanos -profesores, amigos, alumnos y asistentes de investigación- imprescindibles para realizar esta empresa.

Al Dr. Alejandro Ávila, coordinador del proyecto de investigación en psicoterapia -pionero en lengua castellana- llamado Salamanca-Madrid-Barcelona Project (SMBP), quien amablemente compartió materiales y elementos imprescindibles para llevar a cabo este trabajo, gracias por todos ellos y por mantener una cultura de investigación en este campo.



---

# ÍNDICE

Introducción	Página 3
--------------	-------------

## PRIMERA PARTE

### *Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica como formas de tratamiento*

#### CAPÍTULO PRIMERO

##### *Defimitación del psicoanálisis como método de tratamiento*

Introducción: <i>El desarrollo y caracterización del psicoanálisis, Freud y seguidores</i>	13
1. Diferenciación de la técnica psicoanalítica: Sigmund Freud	15
2. Primeras modificaciones propuestas a la técnica psicoanalítica: Sandor Ferenczi	25
3. Demarcación de la técnica psicoanalítica, la “visión dicotómica”: Ernest Jones	30
4. Cristalización de la “visión dicotómica”: Edward Glover	31
5. Influencias de la visión dicotómica:	33
a) La “fundamentalmente sugestiva” base de la psicoterapia psicoanalítica: Maxwel Gitelson	33
b) El fundamento educativo de la psicoterapia: Robert Waelder	34

#### CAPÍTULO SEGUNDO

##### *Comienzos de la psicoterapia psicoanalítica*

Introducción: <i>El surgimiento de la psicoterapia psicoanalítica</i>	39
1. La aplicación masiva del psicoanálisis: Estados Unidos	41
2. La lucha por un espacio psicológico: Inglaterra	41

---

## CAPÍTULO TERCERO

### *Caracterización, clasificación y diferenciación de las psicoterapias psicoanalíticas*

Introducción: <i>“La búsqueda de las diferencias” en psicoterapia psicoanalítica</i>	51
1 Propuestas pioneras de clasificación de las psicoterapias: Lawrence Kubie	53
2 Comienzo de la diferenciación Psicoanálisis - Psicoterapia: Bernard Berlinger	54
3 Una clasificación - diferenciación reconocida y consensuada: Robert Knight	55
4 Las diferencias comienzan con una definición de Psicoanálisis: Merton Gill	60
5 Indicaciones ¿psicoanálisis o psicoterapia?: Leo Stone	76
6 El psicoanálisis y la psicoterapia, el día y la noche: Leo Rangel	82
7 Sólo psicoanálisis, pero con parámetros: Kurt Eissler	93
8 Diferencia es mezcla de principios terapéuticos básicos: Edward Bibring	95
9 Reparación de los criterios intrínsecos: Otto Kernberg	97

## CAPÍTULO CUARTO

### *Desarrollo de la Psicoterapia Psicoanalítica “La difuminación de las diferencias”*

Introducción: <i>“La difuminación de las diferencias”</i>	109
1 En la práctica no se ven diferencias: Franz Alexander	111
2 Una teoría puede guiar y sesgar: Fromm - Reichman	120
3 No hay diferencias si la efectúa un Psicoanalista de instituto: Marilia Aisenstein	125

## SEGUNDA PARTE

### *Estudio cuantitativo del proceso en un caso de Psicoterapia Psicoanalítica*

## CAPÍTULO QUINTO

### *Estudio del proceso psicoterapéutico*

Introducción: <i>El concepto de “proceso” terapéutico</i>	133
I Modelos de proceso terapéutico	135
1 El proceso como metáforas: Sigmund Freud	135
2 La libre asociación núcleo del proceso: Leo Rangel	137
3 Disolución de la transferencia: Menninger y Holzman	138
4 La estructuración gradual y normalización del “sí mismo”: Fürstenau	138

5.	Consideración de la interacción en el proceso:Weinschel	140
6.	La “historia natural” Kleiniana del proceso: Donald Meltzer	140
7.	La restauración del self como proceso: Heinz Kohut	141
8.	El “principio de seguridad” en el proceso:Casement	143
	Comentarios	144
II.- Modelos empíricos de proceso terapéutico		146
1	Modelo Universidad de Ulm (Thomä & Kächele)	146
2.	Grupo de investigación en psicoterapia de Berkeley	152
	- Prototipos de psicoterapias	155

## CAPÍTULO SEXTO

### *Investigación empírica del proceso terapéutico en el presente estudio*

Metodología	159
1. Objetivos de la investigación	159
a) Objetivo general	159
b) Objetivos específicos	159
2. Diseño de la investigación	160
a) Muestra	161
a.1 Caracterización del caso en estudio	162
a.1.1 Paciente	162
a.1.2 Terapeuta	162
b) Recolección de datos	163
b.1 Distribución de sesiones investigadas del caso (Tabla 02)	164
b.2 Confiabilidad de la evaluación	165
c) Instrumento para la evaluación del proceso psicoterapéutico	166
c.1 Antecedentes	166
c.2 Construcción del instrumento	168
c.3 Descripción del Psychotherapy Process Q-sort (PQS)	168
c.4 Características Psicométricas del Psychotherapy Process Q-sort	169
c.4.1 Fiabilidad	169
c.4.2 Validez	170
d) Procedimiento	170
d.1 Aplicación	170
d.2 Ejemplos de tarjetas	171
d.3 Ejemplo de protocolo	172
d.4 Ítems a ubicar por categoría (Tabla 03)	173
e) Análisis de los datos	175
e.1 Niveles de acuerdo interjueces (Tabla 04)	176

---

## CAPÍTULO SEPTIMO

### *Resultados*

Introducción	181
I Descriptores Q del proceso de psicoterapia	183
1.- Ítems más y menos característicos del proceso total de psicoterapia	184
a) Descriptores Q del proceso psicoterapéutico (Tabla 05)	184
b) Perfil PQS del proceso terapéutico	185
2.- Ítems más y menos característicos en cada bloque de sesiones	186
a) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque I (Tabla 06)	187
b) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque II (Tabla 07)	188
c) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque III (Tabla 08)	189
d) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque IV (Tabla 09)	190
e) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque V (Tabla 10)	191
f) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque VI (Tabla 11)	192
g) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque VII (Tabla 12)	193
h) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque VIII (Tabla 13)	194
i) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque IX (Tabla 14)	195
j) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque X (Tabla 15)	196
k) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XI (Tabla 16)	197
l) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XII (Tabla 17)	198
m) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XIII (Tabla 18)	199
n) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XIV (Tabla 19)	200
ñ) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XV (Tabla 20)	201
o) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XVI (Tabla 21)	202
p) Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XIX (Tabla 22)	203
II Dimensiones del proceso psicoterapéutico	204
Gráfico de sedimentación	204
Varianza total explicada (Tabla 23)	205
Matriz de componentes rotados (Tabla 24)	207
Factor I: "Actitud Empática" (Tabla 25)	210
Ejemplo del Factor I	211
a. Despliegue durante el tratamiento (Gráfico 02)	214
b. Comparación primera y segunda mitad del tratamiento (Gráfico 03)	216
c. Comparación "fase inicial" y fases "avanzada y final" (Gráfico 04)	217
d. Comentarios	217
Factor II: "Resistencia" (Tabla 26)	220
Ejemplo del Factor II	221
a. Despliegue durante el tratamiento (Gráfico 05)	223
b. Comparación primera y segunda mitad del tratamiento (Gráfico 06)	225
c. Comparación "fase inicial" y fases "avanzada y final" (Gráfico 07)	226
d. Comentarios	226
Factor III: "Intervenciones Terapéuticas" (Tabla 27)	229
Ejemplo del Factor III	230
a. Despliegue durante el tratamiento (Gráfico 08)	233
b. Comparación primera y segunda mitad del tratamiento (Gráfico 09)	234
c. Comparación "fase inicial" y fases "avanzada y final" (Gráfico 10)	235
d. Comentarios	236

Factor IV: "Actitud de Neutralidad" (Tabla 28)	238
Ejemplo del Factor IV	238
a. Despliegue durante el tratamiento (Gráfico 11)	244
b. Comparación primera y segunda mitad del tratamiento (Gráfico 12)	245
c. Comparación "fase inicial" y fases "avanzada y final" (Gráfico 13)	246
d. Comentarios	247
Factor V: "Alianza-Proceso Terapéutico" (Tabla 29)	249
Ejemplo del Factor V	250
a. Despliegue durante el tratamiento (Gráfico 14)	252
b. Comparación primera y segunda mitad del tratamiento (Gráfico 15)	254
c. Comparación "fase inicial" y fases "avanzada y final" (Gráfico 16)	255
d. Comentarios	256
Despliegue factores caso "María" (Gráfico 17)	258
Comentarios generales del análisis de los factores	259

## CAPÍTULO OCTAVO

### *Conclusiones*

Introducción	263
I Conclusiones primera parte: "psicoanálisis - psicoterapia psicoanalítica"	264
1.- Esquema propuesto	264
Figura Nº1: "Representación de los niveles de trabajo de la actividad científica"	265
Figura Nº2 "Representación esquemática de la Teoría Psicoanalítica"	266
Figura Nº3: "Representación de las propuestas diferenciadoras ..."	268
Modificaciones propuestas por Ferenczi	269
Figura Nº4. "Representación de las modificaciones introducidas por Ferenczi..."	270
Autores pioneros de la psicoterapia psicoanalítica	271
Figura Nº5 "Representación de los primeros intentos caracterizadores ..."	272
Propuestas de Robert Knight	273
Figura Nº6. "Propuesta de clasificación de Knight ..."	274
Propuestas diferenciadoras	275
Figura Nº7 "Representación de la propuesta de Merton Gill del año 1954"	276
2.- Corolario primera parte del estudio	278
II Conclusiones segunda parte: "Estudio cuantitativo del proceso terapéutico"	282
1.- Caracterización del proceso terapéutico	283
2.- Elementos principales y descripción del proceso psicoterapéutico	286
3.- Proceso de cambio en base a los factores encontrados	294
4.- Conclusiones metodológicas	297
Bibliografía:	301
Anexo I: Ítems y Protocolo PQS	313
Anexo II: Análisis Factorial	319
Anexo III: Correlaciones intra-factor	331
Anexo IV: Ítems PQS más y menos característicos en cada sesión	339



---

# *Introducción*



Aventurarse a investigar sistemática, formal y cuantitativamente en un mar tan vasto e incierto como las aguas psicoanalíticas, desde cualquier punto de vista, no es tarea fácil. La complejidad propia del estudio del ser humano es ampliada profundamente al añadir la variable inconsciente a la comprensión de éste, variable que, sin lugar a dudas, es el elemento esencial de la teoría psicoanalítica.

Dicha complejidad incrementada por el prisma psicoanalítico ha devenido en propuestas, desarrollos y reformulaciones teóricas psicoanalíticas, en las cuales -a modo general- pareciera observarse un desarrollo dispar, donde el nivel teórico abstracto y metapsicológico aparece notoriamente mayor que la aplicación de dicho conocimiento en un nivel concreto o técnico<sup>1</sup>, hecho que ha permitido la aplicación del cuerpo teórico psicoanalítico a diferentes fenómenos como el arte, la literatura y la cultura entre muchos otros. No obstante, en el ámbito clínico el conocimiento teórico psicoanalítico por momentos pareciera desligarse de los hechos ocurridos en la clínica.

Observando desde esta perspectiva el conocimiento psicoanalítico, destacamos algunos inconvenientes en su propuesta teórica, en primer lugar, su apasionante y poderosa capacidad explicativa, ha sido su mayor logro y a su vez su mayor pesar, pues dicha capacidad permite argumentar coherente y complejamente tanto la presencia como la ausencia de un fenómeno clínico cualquiera, como por ejemplo la pulsión de muerte o en nuestro caso el proceso psicoterapéutico (Vaughan, S., et al. 1997; Fonagy, P. 2002; Seitz, P. 1966;). En este sentido, la capacidad explicativa de la teorización psicoanalítica se relaciona arduamente y, por momentos, se aprecia muy diluida, cuando el prisma de indagación se acota cada vez más al registro concreto o fidedigno de lo ocurrido en las sesiones, no apreciándose claramente una relación respaldada entre teoría y hechos consensuados<sup>2</sup>.

En segundo lugar, la efectividad<sup>3</sup> de la aplicación teórica psicoanalítica, sustentada en una parte de “verdad” descubierta y explicada por esta perspectiva, se

---

<sup>1</sup> “La discrepancia en las velocidades en que progresan la teoría y la práctica es preocupante y sería difícil de entender, si no fuera por la relativa independencia de estas dos actividades” (Fonagy, P. 2002)

<sup>2</sup> “Hay argumentos poderosos que apoyan la idea general de que la práctica psicoanalítica no tiene una relación lógica con la teoría”, “Es tan fácil ilustrar cómo la misma teoría puede generar diferentes técnicas que mostrar cómo la misma técnica puede ser justificada desde diferentes teorías”, “El hecho de que no estemos de acuerdo en relación a cómo trabaja el Psicoanálisis también sugiere que la práctica no está enraizada en la teoría en forma lógica” (Fonagy, P. 2002)

<sup>3</sup> Reconocemos que el concepto de efectividad y la forma de evaluarla es un tema polémico y que su definición y consecuente evaluación en un tratamiento psicoanalítico abarca distintos niveles, no obstante, frente a la evaluación más ruda o concreta de dicha efectividad (reducción de síntomas) los abordajes psicoanalíticos muestran niveles similares de efectividad que otras perspectivas teóricas.

aprecia similar a la efectividad de otras perspectivas teóricas (Luborsky, L. Singer, B. y Luborsky, L. 1975, Smith, M & Glass, G 1977; Smith, M; Glass, G & Miller, T. 1980), con lo que la importancia de otras “verdades” o partes de “verdades” asumidas por otros abordajes teóricos es, por lo menos, un hecho llamativo que nos hace reflexionar respecto a los métodos de validación de la teoría psicoanalítica, tradicionalmente dada por la coherencia interna de sus postulados y el estudio de casos clínicos.

En tercer lugar, frente a la importante cantidad de teorización respecto al fenómeno inconsciente, su desarrollo y explicación del proceder humano, resalta la recurrente ausencia de criterios de validación compartidos por las teorías psicoanalíticas, que no sean la mencionada coherencia interna o principio de no contradicción entre sus postulados, hecho que ha permitido -entre otras cosas- que las teorías en el campo psicoanalítico sean mantenidas mientras tengan adeptos a ellas, con las implicancias que ello conlleva, como la multiplicación y superposición de distintos modelos teóricos.

Por último, podemos recordar el escaso o nulo poder predictivo propio de las ciencias humanas, donde la teoría psicoanalítica, no es ajena a dicha realidad, pudiendo observarse como el intento por predecir la ocurrencia o ausencia de un fenómeno futuro podría poseer un mismo nivel de coherencia teórica para ambas predicciones, hecho incómodo, pues limita o revoca uno de los criterios de validación más preciados para un cuerpo teórico como es la predicción de fenómenos en su campo, como forma de validar sus postulados, hecho que en parte se refleja al constatar que el grueso de investigaciones de proceso en psicoanálisis, independiente del diseño de investigación y perspectiva teórica asumida, son investigaciones post facto, es decir, una vez ocurridos los hechos.

Con lo anterior, no queremos decir que el conocimiento psicoanalítico alcanzado no sea válido ni útil, por el contrario reconocemos su valor y posibilidad de aplicación en diversos contextos clínicos -afines o no a la teorización psicoanalítica-, no obstante, consideramos necesarios los intentos de depuración de una excesiva teorización desvinculada de los datos clínicos, lo cual puede alentar fenómenos de idealización (Jimenez, J. 2000) o ideologización teóricas que desemboquen en distorsiones de la práctica clínica (Cohen P. & Cohen J. 1984), no sustentables desde los resultados consensuados, formales o empíricos de investigación.

La perspectiva anterior enmarca la presente investigación, la cual no pretende ser una investigación psicoanalítica en un sentido tradicional como sería un estudio

puramente teórico o un estudio de caso, sino que más bien pretende, por un lado, sistematizar las propuestas de aplicación del conocimiento teórico psicoanalítico desde aquella propuesta clásica de aplicación denominada “psicoanálisis” hasta las diferentes propuestas de aplicación que desde una misma perspectiva teórica han sido denominadas “psicoterapias psicoanalíticas”, buscando con ello establecer puntos en común y diferenciales entre ambas propuestas de aplicación.

Por otra parte, la presente investigación pretende mediante la aplicación de una metodología formal y sistemática como es el Psychotherapy Process Q-sort (PQS) (Jones, E.E. 2000, 1985a) en su traducción castellana “Ordenamiento Q del Proceso de la Psicoterapia” (Ávila, A., Vidal, J., Epstein, R., Duarte, A., Roussos, A., Winkel, R. 1999) observar empíricamente un proceso psicoterapéutico, buscando obtener los elementos compartidos -consensuados- entre dos o más observadores que caractericen el proceso psicoterapéutico de una psicoterapia específica. Con ello, dos son los objetivos fundamentales del presente estudio, por un lado *esclarecer las relaciones y diferencias entre lo que se ha denominado “psicoanálisis” y “psicoterapia psicoanalítica”*, y por otro, *investigar formal, sistemática y empíricamente un proceso de psicoterapia psicoanalítica de larga duración*, ambos objetivos han dado lugar a las dos partes que conforman este estudio.

La primera parte de esta investigación intenta conocer cómo el abordaje individual de los problemas psicológicos en adultos, llamado “psicoanálisis”, se relaciona y diferencia del abordaje llamado “psicoterapia psicoanalítica”, con lo cual, se intenta clarificar y responder a la clásica imprecisión psicoanálisis - psicoterapia psicoanalítica, relaciones y diferencias. Para ello se requirió la revisión bibliográfica relevante<sup>4</sup> de aquellas publicaciones representativas del pensamiento psicoanalítico, que den cuenta o estén vinculadas con el tema de las relaciones y diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Dicha revisión lleva a acotar qué se entiende y cómo se caracteriza el psicoanálisis desde su perspectiva más clásica, es decir, como lo propusiera el constructor de la teoría psicoanalítica, Sigmund Freud. Luego de lo cual se revisan aportes significativos respecto al origen, desarrollo y diferenciación de lo que se ha denominado “psicoterapias psicoanalíticas”. Es necesario destacar que la imprecisión psicoanálisis - psicoterapia psicoanalítica se mantiene hoy en día y se

---

<sup>4</sup> International Journal of Psychoanalysis; Journal of the American Psychoanalytic Association; Psychoanalytic Psychology; The Psychoanalytical Review como publicaciones periódicas, junto a la revisión de autores atinentes al tema.

actualiza cada vez que se menciona el concepto psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis, siendo una tensión principal y lamentablemente zanjada por posturas ideológicas desde ambos abordajes.

Una vez clarificadas algunas relaciones y diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, se intenta aclarar qué se entiende por “proceso terapéutico”, lo cual da comienzo a la segunda parte de esta investigación que abarca el estudio de la noción de “proceso terapéutico” mediante la revisión, y sucinta exposición, de las principales propuestas de modelos de proceso terapéutico, muchas de las cuales se encontraron claramente cargadas o teñidas por la teoría de quien observa el tratamiento a evaluar. Buscando evitar el, por momentos excesivo, sesgo teórico de algunos modelos de proceso, se deriva hacia modelos más cercanos a la investigación sistemática, formal y empírica del proceso terapéutico, entre los cuales destacamos el modelo de proceso del grupo de investigación de la Universidad de Ulm (Thomä, H. & Kächele, H. 1985; Kächele, H. 1988), el cual intenta aunar tanto las posturas psicoanalíticas más clásicas como las propuestas psicoterapéuticas de modelos de proceso. En este punto profundizamos en la propuesta de estudio del proceso terapéutico desarrollada por el grupo de investigación en psicoterapia de la Universidad de California en Berkeley (Jones, E.E., Hall, S., & Parke, L.A. 1991), de la cual solamente utilizamos la sistematización de su propuesta metodológica para la evaluación del proceso terapéutico denominada Psychotherapy Process Q-sort (PQS) (Jones, E.E. 2000, 1985a) en su traducción castellana “Ordenamiento Q del Proceso de la Psicoterapia” (Ávila, A., Vidal, J., Epstein, R., Duarte, A., Roussos, A., Winkel, R. 1999). Se opta por este instrumento (PQS) por múltiples razones destacando dos como principales: la primera es la consideración del paciente y terapeuta así como la calidad de su interacción en la sesión terapéutica para la evaluación del proceso terapéutico, lo que se consideró como una visión más completa del proceso estudiado y diferencia a este método de otros procedimientos formales de estudio de proceso como, por ejemplo, el Tema Central de la Conflictiva Relacional<sup>5</sup> (CCRT) (Luborsky, 1990); en segundo lugar, se opta por este instrumento pues utiliza como unidad de análisis una hora entera de sesión, no siendo necesario seleccionar segmentos o introducir cortes arbitrarios en la sesión o en el

---

<sup>5</sup> Los elementos considerados para obtener el CCRT, son el Deseo, la Respuesta de los otros y la Respuesta del Self los que no incluyen de manera importante al terapeuta para la formulación del CCRT del paciente, además, este método trabaja sólo con los episodios relacionales (ER) hallados en la sesión los cuales si bien son divisiones naturales del discurso de la paciente no abarcan la totalidad de la sesión investigada (Luborsky, 1990).

discurso transcrito como, por ejemplo, el mencionado CCRT o El Modelo de Ciclos Terapéuticos<sup>6</sup> (TCM) (Mergenthaler 1996a, Bucci 1997), lo que diferencia al método PQS de algunos de los métodos sistemáticos más utilizados para la evaluación del proceso terapéutico en psicoterapias psicoanalíticas.

La evaluación sistemática y empírica del proceso psicoterapéutico, mediante la aplicación del PQS, en un diseño de investigación de caso único cuantitativo no experimental (Hilliard, R. 1993) de la transcripción de un caso de psicoterapia psicoanalítica de larga duración cedido por el Proyecto Salamanca-Madrid-Barcelona (SMBP)<sup>7</sup>, abarca la segunda parte de la presente investigación, la cual refleja el segundo objetivo del presente estudio, que es evaluar de manera formal y sistemática el proceso terapéutico de un caso de psicoterapia psicoanalítica.

Por último, en el apartado de las conclusiones se discuten y comentan los resultados y hallazgos obtenidos en las dos partes del presente estudio, discutidos y comentados entre la Escala de la teorización en extremo abstracta y Caribdis del pragmatismo empírico.

---

<sup>6</sup> El sistema computacional utilizado por el método TCM si bien considera al paciente y terapeuta requiere fragmentar el discurso transcrito en bloques de 150 palabras para su análisis (Mergenthaler, 1996a; Bucci, W.1997).

<sup>7</sup>“Los efectos de los planes e intervenciones del terapeuta sobre el proceso terapéutico a través del análisis intensivo y extensivo de un caso en psicoterapia psicoanalíticamente orientada”, proyecto de investigación desarrollado desde 1998 por los profesores Dr. Alejandro Ávila Espada (Universidad Complutense, coordinador del proyecto), Dr. Gerardo Gutierrez Sánchez (Universidad Complutense), Dra. Mercè Mitjavila García (Universidad Autónoma de Barcelona), Dr. Joaquim Poch i Bullich (†) (Universidad de Barcelona).



---

PRIMERA PARTE

*Psicoanálisis y Psicoterapia  
Psicoanalítica como formas de  
tratamiento*



---

CAPÍTULO PRIMERO

*Delimitación del Psicoanálisis como  
método de Tratamiento*



## INTRODUCCIÓN CAPÍTULO PRIMERO

# *El desarrollo y caracterización del psicoanálisis: Freud y seguidores*

El presente capítulo tiene por propósito mostrar el origen, el desarrollo y las posturas más radicales de los intentos por diferenciar claramente el psicoanálisis de otras formas de tratamiento psicológico en adultos. Para ello, se revisan los planteamientos al respecto del creador del psicoanálisis Sigmund Freud, desde sus antecedentes en el “moderno tratamiento anímico” (Freud, S. 1890a) pasando por el “método catártico o analítico de la psicoterapia” (Freud, 1905a) hasta la definición del psicoanálisis que hiciera en 1923. De dicha revisión, queremos destacar la recurrente utilización de analogías diversas para diferenciar al psicoanálisis de otras formas de tratamiento, analogías minerales<sup>1</sup>, escultóricas<sup>2</sup> y metalúrgicas<sup>3</sup> entre muchas otras, las cuales son de amplia utilización en la obra de Freud respecto a diversos tópicos, en nuestro caso, notamos cómo estas analogías y metáforas por sus características mantienen por un lado lo fresco de sus postulados, que al estar metafóricamente planteados no se ven afectados por el paso del tiempo lo que además permite que cualquier lector las reviva con su representación de ellas, lo que las ubica en un lugar atemporal. Por otro lado, estas analogías en la obra de Freud parecieran funcionar a modo de salvavidas o tabla de salvación frente a las innumerables incertidumbres que suelen abarcar los temas psicoanalíticos. Luego de las propuestas de Freud, exponemos los planteamientos de un cercano compañero y colaborador de éste como fue Sandor Ferenczi y sus propuestas innovadoras, para luego mencionar sucintamente la postura de

---

<sup>1</sup> “Sobre esta base Freud ha creado un *arte de interpretación* destinado, por así decir, a extraer del mineral en bruto de las ocurrencias no deliberadas el contenido metálico de pensamientos reprimidos” (Freud, 1904a)

<sup>2</sup> “En verdad, entre la técnica sugestiva y la analítica hay la máxima oposición posible: aquella que el gran Leonardo da Vinci resumió, con relación a las artes, en las formulas *Per via di porre* y *per via di levare*” (Freud, 1905a)

<sup>3</sup> “Y también es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa y quizás el influjo hipnótico vuelva a hallar cabida...” (Freud, 1919a).

un seguidor cercano y más bien radical respecto al tema de diferenciar el psicoanálisis de otras formas de tratamiento como fue Ernest Jones. Por último revisamos un exponente de las posturas más radicales respecto al tema como fue Edward Glover. Finalizamos el presente capítulo ejemplificando el profundo impacto que causó la radicalización de los planteamientos de Freud por Ferenczi, Jones y Glover en la concepción y estudio de las psicoterapias psicoanalíticas, mediante la exposición del sustento teórico de las psicoterapias psicoanalíticas según Maxwel Gitelson y Robert Waelder.

## 1.- Diferenciación de la técnica psicoanalítica, Sigmund Freud:

La historia del Psicoanálisis como método terapéutico y como teoría, nos lleva naturalmente a los trabajos de Freud, donde ya en escritos tempranos (Freud, S. 1890a, 1905b, 1905c), se observa el origen que luego dará pie a la polémica aún no resuelta, de un intento por diferenciar el Psicoanálisis de los demás métodos terapéuticos utilizados en aquel tiempo, como estimulaciones eléctricas, curas de reposo y sugestión hipnótica, entre otros.

A grandes rasgos, en estos escritos tempranos se aprecia el incipiente desarrollo y caracterización de un “*moderno tratamiento anímico*” (Freud, S. 1890a) de los problemas psicológicos, el cual a medida que se gesta va diferenciándose y distanciándose gradualmente de los demás métodos terapéuticos existentes, de los cuales, sin embargo, ha surgido. Este “*moderno tratamiento anímico*” se irá desarrollando paulatinamente, adquiriendo características propias y será posteriormente llamado “*método catártico*” y luego “*Psicoanálisis*”, manteniéndose caracterizado “*por una intelección más honda de los procesos de la vida anímica*” (Freud, S. 1890a).

Luego, durante el período de utilización del método catártico, es donde Freud muestra clara pero incipientemente, los intentos de diferenciación de su técnica de las demás imperantes en su tiempo, especialmente de aquellas que tienen un carácter más psicológico que orgánico o biológico, como son la sugestión simple y la sugestión hipnótica, lo cual apreciamos en el comienzo de su escrito “El método psicoanalítico de Freud” de 1904: “*Por tanto, el carácter principal del método catártico, por oposición a todos los otros procedimientos de la psicoterapia, reside en que no transfiere la eficacia terapéutica a una prohibición impartida por el médico mediante sugestión.*” (Freud, 1904a Subrayado añadido). Además, en este escrito se adelanta, también de manera incipiente, el origen de la metáfora minera del “oro puro”, y el “cobre de la sugestión”<sup>3</sup> - que luego revisaremos- planteando: “*Sobre esta base Freud ha creado un arte de interpretación destinado, por así decir, a extraer del mineral en bruto de las ocurrencias no deliberadas el contenido metálico de pensamientos reprimidos*” (Freud, 1904a). Surgirán a su vez las bases para las indicaciones y contraindicaciones del método psicoanalítico -que serán detalladas posteriormente-, que a futuro serán argumento de diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, indicaciones, que al parecer, constituirán una parte distintiva del carácter de la técnica psicoanalítica clásica respecto

a la psicoterapia psicoanalítica, es decir, su carácter selectivo y no generalizado de aplicación.

Por otra parte, en esta publicación se destaca, acorde con el desarrollo de la teoría psicoanalítica, los rangos de tiempo necesarios para el tratamiento, a futuro muchas veces utilizados para diferenciar Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica: *“Para un tratamiento eficaz, Freud exige plazos largos, desde medio año hasta tres años; pero nos informa que hasta ahora, a raíz de circunstancias que fácilmente se coligen, debió aplicar casi siempre su tratamiento a casos muy graves...”, “En los casos más leves, la duración del tratamiento podría acortarse mucho y se obtendría una extraordinaria ganancia en lo que concierne a profilaxis para el futuro.”* (Freud, 1904a subrayado añadido)

El intento de Freud de diferenciar el Psicoanálisis de las demás formas de tratamiento, plantea la necesidad de profundizar y detallar las características de su técnica, en aspectos como: indicaciones respecto a quienes aplicarla, qué pertenece y no pertenece a ella, sus diferencias con los demás métodos de tratamiento, entre otros aspectos. Pareciera que este intento de diferenciación se basa en su intención de establecer el Psicoanálisis como “la” psicología científica y “la” terapia científica de su época, la cual se mantuvo como tal y hegemónica durante casi toda la vida de Freud, como ha sido planteado por otros autores (Wallerstein, 1966, 1995b). Con esta idea, en 1905 en el escrito “Sobre psicoterapia”, Freud establece conocidas y notables distinciones entre esta nueva, poderosa y científica herramienta terapéutica que llamó *“método catártico o analítico de la psicoterapia”* (Freud, 1905a) y otras técnicas previas, hasta hoy presentes, como las técnicas hipnóticas y/o sugestivas.

De este artículo, para nuestros fines, se destaca un primer momento de reconocimiento y valoración de la psicoterapia conocida hasta ese tiempo, la cual gozaba de una desfavorable reputación como producto acientífico, siendo reconocida sólo como una forma de sugestión, que aunque no se quisiera, estaría presente en cualquier intento terapéutico. No obstante Freud, pese a reconocer la presencia e influencia de la psicoterapia, sólo reconoce el papel de ésta como adosada a cualquier técnica y como sinónimo de sugestión, idea que acompañará y obscurecerá todo fenómeno que no se ajuste al nuevo procedimiento llamado “analítico” (Wallerstein, 1966). Las ideas antes mencionadas pueden desprenderse de los siguientes párrafos: *“Permítanme ustedes, entonces, que defienda aquí la causa de la psicoterapia y ponga de relieve lo que en ese juicio adverso ha de tildarse de incorrecto o erróneo.*

*En primer lugar les recordaré que la psicoterapia no es un procedimiento terapéutico moderno. Al contrario es la terapia más antigua de que se ha servido la medicina...con miras a la curación se inducía en los enfermos el estado de “crédula expectativa”, que todavía hoy nos presta idéntico servicio. Y aún después que los médicos descubrieron otros recursos terapéuticos, los empeños psicoterapéuticos de una u otra clase nunca desaparecieron de la medicina.*

*En segundo lugar...los médicos no podemos renunciar a la psicoterapia [pareciera, entendida en los términos anteriores de “crédula expectativa”]...porque la otra parte que debe tenerse muy en cuenta en el proceso terapéutico – a saber: los enfermos – no tienen propósito alguno de hacerlo...[no es que el médico quiera sino que el enfermo no deja de hacerlo]...Un factor que depende de la disposición psíquica de los enfermos viene a influir, sin que nosotros lo busquemos, sobre el resultado de cualquier procedimiento terapéutico introducido por el médico...Hemos aprendido a aplicar a este hecho la palabra “sugestión”... Nosotros, los médicos, todos ustedes, por tanto, cultivan personalmente la psicoterapia [como sinónimo de “sugestión”], por más que no lo sepan ni se lo propongan” (Freud, 1905a )*

Luego Freud realiza un recorrido en el cual valora las diversas psicoterapias existentes, donde la sugestión mencionada anteriormente, pensamos, sería sólo una variedad de psicoterapia: *“Hay muchas variedades de psicoterapias, y muchos caminos para aplicarla. Todos son buenos si llevan a la meta de la curación.”(Freud, 1905a).* Posteriormente resume su aplicación de diversos métodos psicoterapéuticos para luego justificar su elección, de esta nueva forma de procedimiento psicoterapéutico llamado “analítico”, la argumentación planteada nos sirve como diferenciación de esta, su nueva técnica psicoterapéutica: *“Hemos desarrollado la técnica de la sugestión hipnótica, la psicoterapia basada en la distracción mental, en el ejercicio, en la suscitación de afectos adecuados. No menosprecio a ninguna de ellas, y en condiciones apropiadas las aplicaría. Si yo en realidad me circunscribí a un solo procedimiento terapéutico, el método que Breuer llamo “catártico” y yo prefiero calificar como “analítico”, no fueron sino motivos subjetivos los que me decidieron a ello.”, “... Me es lícito aseverar que el método analítico de la psicoterapia es el de más penetrantes efectos, el que permite avanzar más lejos, aquel por el cual se consigue la modificación más amplia del enfermo. Y si se me permite abandonar por un momento el punto de vista terapéutico, puedo aducir en su favor que es el más interesante, el único que nos enseña algo acerca de la génesis y de la trama de los fenómenos patológicos. A raíz de las*

*intelecciones sobre el mecanismo de las enfermedades anímicas a que nos da acceso, quizá sea el único capaz de superarse a sí mismo y de señalarnos el camino hacia otras variedades de influjo terapéutico*". (Freud, 1905a)

En estos párrafos, se decanta la idea de Freud de que el método analítico es una forma más de procedimiento psicoterapéutico, el cual ha emergido de los métodos terapéuticos practicados por él, procedimiento con algunas características importantes y propias que lo llevan a optar por éste, además de su interés personal. Quisiera destacar los dos últimos párrafos donde se aprecia nuevamente la característica de este nuevo procedimiento, que además de terapéutico, es un método de descubrimiento de los mecanismos de la vida anímica, y sobre todo que será aquel que permita señalar "*el camino hacia otras variedades de influjo terapéutico*", comenzando a mi modo de ver la separación de los niveles técnicos y abstractos de la teoría psicoanalítica, donde se da pie para una nueva forma de aplicación de los conocimientos que este método terapéutico y de investigación obtiene.

Acotándonos a nuestro tema de investigación, se aprecia ya un intento de diferenciación claro entre la técnica sugestiva y la analítica, como aparece expresado en los siguientes párrafos: "*En verdad, entre la técnica sugestiva y la analítica hay la máxima oposición posible: aquella que el gran Leonardo da Vinci resumió, con relación a las artes, en las formulas Per via di porre y per via di levare*" (Freud, 1905a), buscando establecer con esto una analogía con el trabajo de la pintura que actuaría *Per via di porre*, es decir, por vía de acumulación de colores en la tela en blanco donde antes no estaban, y por otro lado, la escultura que actúa *per via di levare*, que quita de la piedra todo lo que recubre las formas de la estatua contenida en ella -destaquemos que lo contenido en esa piedra generalmente es alguna idea pre-establecida del escultor, o en otras palabras, que distintos escultores con la misma piedra realizaran distintas esculturas- metáfora que se aplica a las técnicas que busca diferenciar de la siguiente manera: "*La técnica sugestiva busca operar per via di porre; no hace caso del origen, de la fuerza y la significación de los síntomas patológicos, sino que deposita algo, la sugestión, que según se espera, será suficientemente poderosa para impedir la exteriorización de la idea patógena*" (Freud, 1905a). Se observa un intento diferenciador que apunta principalmente al nivel de teoría de la técnica, respecto a la terapia analítica señala: "*La terapia analítica, en cambio, no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, y con ese fin se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y la trama psíquica de la idea patógena, cuya eliminación se propone como meta. Por*

*este camino de investigación, ha hecho avanzar muy considerablemente nuestros conocimientos*”(Freud, 1905a). La diferenciación se mantiene en un nivel teórico técnico, agregando incipientes elementos teórico abstractos de la teoría psicoanalítica que sustentaría las diferencias mencionadas a nivel técnico, luego reaparece una característica importante para nuestro tema de la teoría psicoanalítica que es la de ser, además de una técnica de tratamiento, una forma o método de investigación, característica que será posteriormente formalizada por Freud en su definición de Psicoanálisis de 1923: *“Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica”* (Freud, 1923a).

Volviendo al artículo de 1905, donde existe un aspecto que podríamos considerar una advertencia que realiza Freud sobre un “error muy difundido”, que considera que la técnica por él planteada sería “fácil y obvia”, es decir, sin necesidad de formación alguna, lo cual se traduciría para nuestros fines, en una técnica sin aspectos que la identifiquen: *“...entre mis colegas hay otro error muy difundido: el de que la técnica para buscar las ocasiones de la enfermedad y para eliminar sus manifestaciones mediante esa exploración sería fácil y obvia”* (Freud, 1905a subrayado añadido), frente a lo cual Freud señala que es una técnica que requiere preparación y formación específica, no siendo solamente sentido común. Luego plantea algunas “peculiaridades” del tratamiento que la alejarían del ideal del tratamiento médico de curar en forma segura, rápida y agradable, peculiaridades que le otorgan aspectos identificatorios: *“El tratamiento psicoanalítico plantea elevadas exigencias tanto al enfermo cuanto al médico; a aquel le exige como sacrificio una sinceridad total, le insume mucho tiempo y por ende le resulta costoso; también al médico le insume tiempo, y a causa de la técnica que tiene que aprender y practicar, le es bastante trabajoso”* (Freud, 1905a). Aquí, dadas las características mencionadas de su técnica, plantea la validez de las otras técnicas terapéuticas, cuando exista expectativa de lograr algo por medio de ellas: *“Por eso mismo hallo enteramente lícito aplicar métodos terapéuticos más cómodos siempre que haya la perspectiva de lograr algo con ellos”* (Freud, 1905a), con esto da pie para el desarrollo de técnicas que puedan demostrar algún tipo de eficacia, que sean diferentes a la técnica por él señalada.

Siguiendo con nuestro tema de diferencias y relaciones, Freud establece luego en este artículo *“las indicaciones y contraindicaciones de este tratamiento”*, advirtiendo que no son definitivas, realizando un intento por *“elucidar algunos puntos”*, varios de los cuales han demarcado para algunos la concepción de lo que sería *“un buen paciente psicoanalítico”* (Wallerstein, 1966), es decir, un buen paciente para el psicoanálisis, *“las indicaciones y contraindicaciones de este tratamiento”* abreviadas serían:

1. *“Además de la enfermedad, es preciso tomar en cuenta el valor de una persona en otros campos, y debe rechazarse a los enfermos que no posean cierto grado de cultura y un carácter en alguna medida confiable. No puede olvidarse que también hay personas sanas que no sirven para nada, y que con excesiva facilidad se tiende en el caso de esas personas de escaso valor, a atribuir a la enfermedad todo lo que las vuelve incapaces para la existencia...”*

2. - *“Si se quiere actuar sobre seguro, es preciso limitar la elección a personas que poseen un estado normal, pues en el procedimiento psicoanalítico nos apoyamos en él para apropiarnos de lo patológico. Las psicosis, los estados de confusión y desazón profunda (diría: tóxica), son, pues, inapropiados para el psicoanálisis, al menos tal como hoy lo practicamos. No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esa contraindicación y abordar así una psicoterapia de la psicosis”.*

3. - *“...las personas que se acercan a la cincuentena o la sobrepasan suelen carecer de la plasticidad de los procesos anímicos de la que depende la terapia – los ancianos ya no son educables – y, por otra parte, porque el material que debería reelaborarse prolongaría indefinidamente el tratamiento. El límite inferior de edad solo se determina según los individuos...”*

4. - *“No se recurrirá al psicoanálisis cuando sea preciso eliminar con rapidez fenómenos peligrosos...”*(Freud, 1905a subrayado añadido)

Desde la perspectiva de estos artículos, se puede apreciar que el método psicoterapéutico de Freud finalmente llamado psicoanálisis, surge como una prometedora técnica que se aleja y diferencia claramente de los mal afamados y primitivos métodos psicoterapéuticos presentes en ese tiempo, especialmente la sugestión y la hipnosis, frente a las cuales el psicoanálisis “clásico” de Freud aparece como la única psicoterapia científica y curativa disponible que supera prometedoramente las limitaciones de los métodos anteriores, llegando a alcanzar

niveles explicativos etiológicos, situación que duró prácticamente la totalidad de la vida de Freud, no obstante, pese a la demarcación y declaración de criterios “científicos” de este nuevo procedimiento llamado psicoanálisis, los psicoanalistas no tenían mucho que ofrecer, por no decir nada, a aquellos pacientes que no cumplieran con los requisitos impuestos por este método, hoy en día llamado clásico. Para estos pacientes, la ciencia psicoanalítica sólo les deparaba derivados de la sugestión y tratamientos de probada ineficacia vigentes en ese tiempo, que además podían ser aplicados por sujetos con o sin formación específica.

Lo anterior sienta las bases de una característica muy criticada del psicoanálisis “clásico”, como es la clara selectividad de pacientes para su aplicación, selectividad que no sólo es de origen psicológico sino que también socioeconómico: *“Las condiciones de nuestra existencia nos restringen a los estratos superiores y pudientes de nuestra sociedad”* (Freud, 1919a), lo cual demandará, a mi modo de ver, el desarrollo de una técnica psicoanalítica con un carácter más universal de aplicación, que abarque a los sectores socioeconómicos menos favorecidos.

Estos aspectos aparecerán claramente en la célebre conferencia de Budapest de 1918 (Freud, 1919a), donde los temas principalmente abordados son técnicos, abarcando desde el estado del psicoanálisis en ese tiempo, las limitaciones de la técnica: *“...las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden tramitarse mediante una misma técnica”*(Freud,1919a), las necesidades de modificar la técnica utilizada y las posibles modificaciones que se están realizando: *“Por eso el desarrollo de nuestra terapia emprenderá sin duda otros caminos, sobre todo aquel que Ferenczi, en su trabajo “Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse”[Dificultades técnicas de un análisis de histeria (Ferenczi, 1919)] ha caracterizado recientemente como la “actividad” del analista”* (Freud, 1919a), los principios que deberían enmarcar futuras modificaciones de la técnica en especial respecto al analista: *“...me conformare con destacar un principio que probablemente sea soberano en este campo. Postula lo siguiente: En la medida de lo posible, la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación – de abstinencia - .*

*Quedará librado a un examen de detalle averiguar la medida en que sea posible respetar esto”* (Freud, 1919a).

Destaco la preocupación de Freud en esta conferencia por responder a las crecientes demandas de atención terapéutica que se le imponen al psicoanálisis, y que según él, se le impondrán en el futuro desde la sociedad, apreciándose una preocupación

social en este escrito: *“puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Y que las neurosis no constituyen menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por tanto, lo mismo que a ésta, no se las puede dejar libradas al impotente cuidado del individuo perteneciente a las filas del pueblo”* (Freud, 1919a), planteando una necesidad de atención a las masas que el psicoanálisis tal como se encuentra no puede responder, debiendo adaptarse a las nuevas demandas con los riesgos y problemas que implica, pero donde es seguro, que lo mejor de esta adaptación será lo que quede del *“psicoanálisis riguroso”*. Es en este contexto donde Freud plantea: *“Y también es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa y quizás el influjo hipnótico vuelva a hallar cabida ...”, “Pero cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa que elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo”* (Freud, 1919a). Cita recurrente entre los futuros autores de psicoterapia psicoanalítica hasta nuestros días, que posee implicancias políticas, de identidad y sociales, que a modo de ejemplo, apreciamos en la siguiente cita: *“Un resultado de la metáfora de Freud ha sido que aquella psicoterapia ha sido considerada, políticamente, la opción del hombre pobre, y en todo caso, teóricamente, formaciones en psicoterapia han sufrido el sentido de tener una pobre relación con el psicoanálisis”* (Coles, 2001 traducción personal).

A pesar de este claro intento de diferenciación, y especialmente los esfuerzos por purgar del psicoanálisis todo aspecto sugestivo, aparecen en la extensa obra de Freud algunos matices al respecto. Si miramos detenidamente los artículos mencionados encontramos que Freud reconoce la presencia, se quiera o no, de la sugestión en toda técnica psicoterapéutica incluido el psicoanálisis, en el cual también estarían presente aspectos sugestivos, solo que vinculados a la transferencia. Este aspecto aparece en diversos artículos técnicos de Freud como *“Sobre la iniciación del tratamiento”* de 1913, *“Recordar, repetir y reelaborar”* de 1914 y claramente se reconoce la presencia y utilización de aspectos sugestivos en el siguiente párrafo de su presentación autobiográfica de 1925: *“Es del todo correcto que también el psicoanálisis, como otros métodos psicoterapéuticos, trabaja con el recurso de la sugestión. Pero la diferencia*

*esta en que no deja librada a ella – a la sugestión o la transferencia – la decisión sobre el éxito terapéutico. Antes bien, la emplea para mover al enfermo a rendir un trabajo psíquico – la superación de sus resistencias transferenciales – que significa una alteración permanente de su economía anímica” (Freud, 1925d).*

No obstante a lo largo de la obra de Freud, se puede apreciar un claro intento - algunos de ellos ya mencionados- de marcar una clara diferenciación del psicoanálisis de la hipnosis y sugestión como hemos visto, que luego con insistencia, seguirán manteniendo algunos de sus colaboradores más cercanos como Ernest Jones, intentos de apartar lo más posible cualquier influencia importante de la sugestión en el proceso de cura psicoanalítica, aspecto claramente señalado por autores como Wallerstein: “...*en muchos lugares de sus voluminosos escritos Freud hace clara su intención de diferenciar claramente el psicoanálisis de la hipnosis y sugestión fuera de la cual este nació, insistiendo en la necesidad de remover lo más posible mediante análisis minucioso de cualquier vestigio de impacto sugestivo sobre el proceso de cambio y cura” (Wallerstein, 1995b).*

Durante este período, que abarca casi exclusivamente la obra de Freud, podemos observar cómo surge del trabajo casi solitario de Freud una nueva herramienta terapéutica para el tratamiento de los trastornos anímicos que finalmente llamará psicoanálisis. Al ser un período de construcción y posicionamiento, fue necesario forjar un espacio para esta nueva herramienta psicoterapéutica, para lo cual tuvo que apartarse y despejarse de métodos terapéuticos presentes en su tiempo, algunos de los cuales constituyeron sus orígenes, es decir, aclarar y caracterizar su herramienta terapéutica con el fin de conseguir un lugar y reconocimiento en la “sociedad de los hombres”. Este intento de diferenciación fue claro y fuerte, como ha sido señalado, y abocado principalmente a la sugestión e hipnosis, diferenciación válida y necesaria en su tiempo, pero que al mantenerse a través del tiempo ha dañado profundamente la concepción de futuras variantes técnicas de la teoría psicoanalítica.

Es necesario mencionar que durante este período de construcción de la teoría psicoanalítica durante la vida de Freud, no se aprecian otras perspectivas psicoterapéuticas importantes, es decir, con una etiología psicológica de los trastornos. Sí se aprecia al interior del movimiento psicoanalítico, una diferenciación cada vez más dicotómica que desafortunadamente liga la teoría por él desarrollada, a una forma de tratamiento estándar o tipo, que ha llegado a ser conocida como clásica, la cual generará

un espacio de “madurez teórica” al reconocer sus limitaciones, madurez que permite desligar la forma “tipo” de aplicación técnica de los conocimientos teóricos alcanzados.

La influencia hegemónica de Freud, principalmente durante su vida, en la construcción de la teoría psicoanalítica -período también llamado “prehistoria de la psicoterapia psicoanalítica” (Wallestein, 1966, 1989a, 1995b)-, lleva a que visiones divergentes al interior de sus colaboradores, se marginen del fundador de la teoría psicoanalítica. Divergencias que culminan con el abandono de “la” teoría y técnica psicoanalítica hegemónica, como es el caso de Alfred Adler, Wilhelm Reich y Carl Jung que acarrearán la consecuente creación de escuelas psicoterapéuticas de base psicoanalítica diversas, dando a mi modo de ver la base para una característica del pensamiento psicoanalítico actual, que es su desarrollo escolástico.

Dadas estas características -principalmente la hegemonía de Freud y sus colaboradores respecto a la teoría y técnica de tratamiento asociada- es que no se observan intentos claros de aparición de otras formas de aplicación de los conocimientos obtenidos por este “prometedor método de tratamiento y descubrimiento de la vida anímica”, que no sean la técnica adosada a la teoría reconocida como “la” única válida, postura que se mantiene hasta la maduración teórico-técnica marcada por el reconocimiento de las limitaciones de la técnica “tipo” de intervención, lo cual permitirá primero una modificación de ella. Modificaciones leves en un comienzo, apoyadas por Freud y del brazo de Sandor Ferenczi, que luego serán significativas y que culminarán junto con el avance de la teoría, en una diversificación de aplicaciones técnicas de la teoría psicoanalítica. Diversificación que no sólo responde a la madurez planteada, sino que también de manera importante, a las demandas cada vez más crecientes a la teoría y técnica psicoanalíticas hechas por la sociedad.

## 2.- *Primeras modificaciones propuestas a la técnica psicoanalítica, Sandor Ferenczi:*

Al final de este período se observan por un lado intentos por mejorar y ampliar la aplicación de la técnica clásica, que se mantiene aún como la única técnica válida para la aplicación de la teoría psicoanalítica, modificaciones importantes hechas por autores como Sandor Ferenczi conocidas bajo el nombre de “técnica activa” (Ferenczi, 1919, 1921, 1924, 1925, 1926) y posteriormente junto a Otto Rank (Ferenczi, S. & Rank, O. 1924). Estos autores reconocen su intención de mejorar y especialmente acortar, la aplicación de la técnica psicoanalítica clásica, es decir, superar algunas de sus limitaciones, con lo cual afirmamos que no se observa en ellos, en un comienzo, otra visión de la teoría de la cura diferente de la asumida para la cura tipo. Sin embargo, luego de los “experimentos analíticos” de Ferenczi y el desarrollo de la “técnica activa”, comienza a asomar una nueva teoría de la técnica que sustentará estas innovaciones.

Dado lo pionero del pensamiento de Ferenczi -en los años 20- que ha marcado el desarrollo de futuras teorizaciones respecto al pensamiento analítico y la psicoterapia psicoanalítica, es que revisaremos brevemente sus planteamientos, para dilucidar sus ideas y justificar nuestra afirmación de que su interés puede acotarse a un intento por mejorar la técnica clásica, y no a desarrollar un sistema psicoterapéutico psicoanalítico diferente de la cura tipo, pero que sin embargo, ha tenido un impacto importante en los futuros desarrollos de las psicoterapias psicoanalíticas. Por último culminaremos destacando la diferenciación por él planteada respecto al psicoanálisis y los demás métodos de tratamiento.

Sandor Ferenczi -cercano colaborador y compañero intelectual de Freud- se esfuerza durante su vida en aumentar la efectividad del psicoanálisis como terapia, debido en parte, a que durante su actividad clínica, vivencia las limitaciones de la técnica tipo o clásica utilizada por él hasta entonces como aparece reflejado en “principio de relajación y neocatarsis” de 1930:

*“Durante mi larga práctica analítica, me he hallado constantemente en trance de infringir alguno de los consejos técnicos de Freud. La fidelidad al principio según el cual el paciente debe estar tumbado fue traicionada ocasionalmente por el impulso incontrolable de los enfermos a levantarse de golpe, a deambular por la sala o de hablar conmigo, mirándonos a los ojos...”* (Ferenczi, 1930)

*“El efecto de choque de la interrupción brutal de la sesión de análisis me obligo más de una ocasión a prolongar la sesión hasta el final de la reacción emotiva, incluso a consagrar al enfermo dos sesiones al día o más”* (Ferenczi, 1930)

En su esfuerzo se centra en mejorar la aplicación clínica del psicoanálisis, destacándose su afán clínico entusiasta y crítico respecto a la práctica y técnica psicoanalítica oficial: *“Formulas como “la resistencia del paciente es insuperable” o “el narcisismo no permite profundizar en este caso” o incluso la resignación fatalista ante lo que llaman bloqueo de un caso, me parecen inadmisibles. Creo que mientras el paciente siga viniendo, el hilo de la esperanza no se rompe. Me tenía que plantear siempre la misma pregunta: ¿la causa del fracaso es siempre la resistencia del paciente; no es más bien nuestra propia comodidad lo que hace que nos neguemos a adaptarnos a las particularidades de la persona en cuanto al método?”* (Ferenczi, 1930)

Los esfuerzos de Ferenczi comienzan por intentar manejar algunas regulares y recurrentes resistencias que ocurren en la situación analítica clásica, con esto damos base a lo planteado anteriormente de que la alternativa terapéutica hacia los pacientes siempre será la técnica clásica y sus intentos fueron por mejorar esta forma de tratamiento.

Específicamente Ferenczi intenta lidiar con resistencias regulares y recurrentes que impiden el acceso al material inconsciente durante la aplicación de la cura tipo analítica, como se observa en los diversos casos clínicos por él publicados, que abarcan desde una paciente histérica que mantenía sus piernas cruzadas durante la totalidad de la sesión analítica, un paciente músico con pánico escénico (performance frihgt) y pacientes obsesivos. En general, plantea que el analista puede de cuando en cuando practicar “terapia activa”, en el sentido de forzar o solicitar al paciente que cumpla una prescripción o prohibición de conducta dada por el analista, que podrá llevarlo por ejemplo a superar su incapacidad fóbica de tomar una decisión, con lo cual -argumenta-, debido al cambio en la excitación afectiva que la técnica activa produce, se podrá tener acceso al material inconsciente hasta el momento inaccesible, es decir, mediante una orden, una directriz clara del analista al paciente, se podrá luego someter al escrutinio analítico la ansiedad de éste.

En 1920 sistematiza sus experiencias, planteando qué se busca mediante la técnica activa: *“Técnica activa desea nada más ni nada menos que descubrir tendencias latentes de repetición y mediante esto ayudar a la terapia con estos triunfos poco frecuentes hasta ahora”* (Ferenczi, 1920).

Ferenczi recibe bastantes y fuerte críticas por su terapia activa, frente a lo cual argumenta que el mismo Freud fue directivo con sus pacientes en situaciones críticas que generan aumento de la ansiedad, lo cual Ferenczi llamo “método de experimento”, también argumenta que su actividad no es nueva en análisis, refiriéndose al método catártico de Breuer–Freud que fue muy activo; Por último plantea que “la educación del Ego” fue siempre parte del trabajo analítico.

Al mismo tiempo, Ferenczi es consciente de los peligros que pueden acarrear sus modificaciones, que en ese momento llama “técnica activa”, planteando una serie de precauciones respecto a su uso, precauciones que consideramos nuevamente para dar cuenta de nuestra afirmación de que Ferenczi se abocó a mejorar la técnica analítica clásica, no a proponer una nueva técnica en ese momento. Volviendo a las precauciones planteadas, éstas son en primer lugar que la técnica activa debe utilizarse “en ciertos casos excepcionales” y con una extensión limitada a superar el estancamiento del análisis, luego de lo cual, se volverá a la técnica tradicional analítica: *“tan pronto como el estancamiento del análisis, la única justificación para y el único motivo de modificación sea superado, el experto podrá inmediatamente reasumir la actitud de pasividad receptiva más favorable para la eficiente co-operación del inconsciente del doctor”* (Ferenczi, 1920). En segundo lugar, señala que la técnica activa debe evitarse durante el comienzo del análisis porque puede tomarse por un “análisis salvaje” en el sentido ya advertido por Freud. Ferenczi plantea que el final o el sentido del análisis es que el paciente pueda exitosamente, sin interferencia activa o tareas planteadas, desarrollarse mediante la adherencia de éste, a la regla fundamental. Luego de estas precauciones, menciona algunas intervenciones activas utilizadas, como forzar decisiones necesarias, disponer de una fecha de terminación e incluso prohibir el acto sexual por algún tiempo.

Junto a estas intervenciones activas, Ferenczi plantea un punto polémico, que será retomado en el futuro por Alexander y French, como es que el analista deliberada y planificadamente manipula su propia conducta en relación con el paciente, buscando una “temperatura óptima” de la relación entre doctor y paciente, la cual una vez alcanzada, permite al analista volver a la principal tarea interpretativa del análisis.

En 1924 en “El desarrollo del psicoanálisis” Ferenczi junto a Rank elaboran una base teórica diferente a la planteada para la cura tipo, que dará soporte a la llamada “terapia activa” teorización, que se centra en el trabajo de transformar la repetición en memoria.

*“...Así nosotros finalmente llegamos al punto de atribuir el rol principal en la técnica analítica a la repetición en vez de recordar. Esto, sin embargo...consiste ...en una gradual transformación del material reproducido en un recordar actual...Nosotros sin duda enfatizamos mayor “actividad” por que absolutamente lo requiere como recurso la tendencia a reproducir....*

*Este es realmente el insight obtenido de la comprensión de la compulsión a la repetición que hace justamente los resultados de la “terapia activa” comprensibles y otorga la razón teórica de su necesidad”* (Ferenczy, S. & Rank, O. 1924).

Ferenczi, además de las precauciones mencionadas, se refiere a cierta actividad “salvaje” de algunos analistas noveles que pueden agravarse con su “terapia activa”, lo cual lo lleva a destacar aspectos débiles y peligrosos de su técnica, como que la “actividad” incuestionablemente estimula la resistencia del paciente en el sentido de que se busca incrementar la tensión psicológica de éste mediante molestias, frustraciones, inducciones y prohibiciones para obtener nuevo material del paciente, el cual será bien utilizado por analistas con buen conocimiento, que podrán ampliar las perspectivas de la psicoterapia psicoanalítica, por el contrario, en otras manos este material puede llevar a una regresión a la práctica sugestiva pre-analítica. Otra debilidad de su técnica es contratransferencial, donde prohibiciones e inducciones pueden ser un acting-out del analista. Por último, plantea el riesgo del exceso, reconociendo que junto a Rank y su teoría del trauma han ido demasiado lejos.

Ferenczi planteó procedimientos nuevos como forma de mejorar y superar aspectos que hacían poco eficiente la técnica psicoanalítica clásica. En general su búsqueda fue de una mayor efectividad clínica del psicoanálisis, reconociendo a su vez los errores y peligros de su terapia activa, sobre todo su extremo llamado “análisis mutuo”, del cual negará su posibilidad de aplicación. Sin embargo, él reconoce que sus descubrimientos fueron mal utilizados y sobreutilizados por varias razones, destacando dos principales: una es la tendencia, no sólo en los principiantes, a la exageración, lo cual disminuyó e incluso eliminó sus planteamientos respecto a la empatía necesaria para poder llevar adelante el análisis con o sin técnicas activas y que menoscabo el factor más importante para la utilización de la técnica activa, como es la evaluación consciente de la situación dinámica, así como el respeto por el timing de la actividad hacia los pacientes. Otra razón por la que sus descubrimientos y aportes, reconoce, han sido mal utilizados, es debido a la hipocresía propia de sus colegas, lo que aparece claramente planteado en su último artículo “Confusión de lenguas” de 1933, donde

señala que el mayor obstáculo para la realización de los máximos beneficios de la terapia activa fue la “hipocresía profesional”, en el sentido de la reticencia de los analistas para reconocer directamente errores técnicos y deformaciones contratransferenciales.

Para concluir podemos afirmar que Ferenczi, antes y durante sus primeras “traiciones” a las recomendaciones técnicas de Freud, comienza a desarrollar “experimentos analíticos” que sistematiza y dan forma a la “técnica activa” que luego será “terapia activa”, con una incipiente pero enriquecedora teoría de la técnica propia. Estas interesantes exploraciones siempre tuvieron su base en la teoría y técnica analítica clásica y siempre buscaron volver a ella como se ha señalado, sin embargo, Ferenczi con su recorrido, descubre y llama la atención a otros fenómenos presentes en la relación analítica no desarrollados por la técnica clásica de línea más Freudiana, fenómenos que hoy son reconocidos y valorados como imprescindibles para el éxito de las técnicas analíticas. Estos fenómenos se aprecian en el énfasis del trabajo de Ferenczi por considerar el valor de los aspectos afectivos de la experiencia transferencial como precondition necesaria para un trabajo interpretativo efectivo y exitoso resultado del análisis, es decir, eleva la relación analítica transferencial y su tendencia a la repetición, con énfasis en la experiencia genuina del análisis, a ser una vía central o vehículo principal de cambio en el análisis a diferencia de la preocupación central de Freud por la interpretación como generadora de insight.

Seguidores de Ferenczi como Balint han resumido aspectos similares a los planteados de la siguiente manera: *“cualquier evento en esta situación analítica debe ser comprendido como un interjuego entre la transferencia del paciente, esto es, su compulsión a la repetición y la contratransferencia, esto es, la técnica”* (Balint, 1967 citado por Paumelle, 2001).

Volviendo a nuestro tema de investigación, los intentos por mejorar la eficacia de la técnica tipo psicoanalítica fueron justificados por Ferenczi, siendo muchos de ellos absorbidos por el concepto de “parámetro”, que luego desarrollará Eissler. En este sentido, Ferenczi se adscribe a la diferenciación planteada por Freud entre psicoanálisis y sugestión, como se aprecia en los siguientes planteamientos:

*“El sugestionador fomenta creencia, mientras que el psicoanalista fomenta escepticismo por exposición de resistencias; el sugestionador desea impresionar a su paciente favorablemente, mientras que el psicoanalista interpreta la transferencia*

*negativa; el sugestionador quiere sólo transmitir pensamientos placenteros, mientras que el psicoanalista decididamente enfrenta verdades desagradables”* (Ferenczi, 1912).

Si bien Ferenczi delimitó las diferencias entre el análisis y la sugestión, también al igual que Freud reconoce la presencia de ésta en el tratamiento analítico y recalca la advertencia a controlar y trabajar cualquier aspecto sugestivo que aparezca en la relación analítica.

En este contexto del desarrollo del psicoanálisis, las modificaciones de Ferenczi recibieron fuertes críticas que disminuyeron su importancia y trascendencia inmediata. Uno de los más férreos críticos fue Edward Glover, quien en su artículo “Terapia activa y Psicoanálisis: Una revisión crítica” (Glover, E. 1924) plantea cuestionamientos importantes a la técnica activa de Ferenczi. Perspectivas, tanto de Freud y Glover, que permanecen durante un largo período de tiempo.

### *3.- Demarcación de la técnica psicoanalítica, la “visión dicotómica”, Ernest Jones:*

Otro de los colaboradores cercanos a Freud, y que se adscriben al punto de vista de que el mundo de las psicoterapias está dividido de manera dicotómica entre el psicoanálisis por un lado y la sugestión y sus derivados por otro fue Ernest Jones, quien en un extenso artículo de 1910 “the action of suggestion in psychotherapy” sobre la acción de la sugestión en psicoterapia, plantea que la “*sugestión juega la principal parte en todos los métodos de tratamiento de las psiconeurosis excepto en el psicoanálisis*” (Jones 1910, citado por Wallerstein 1966, 1989a, 1995b). Con esta visión, que intenta eliminar cualquier elemento sugestivo del psicoanálisis, se marca una clara diferenciación entre psicoanálisis por un lado y “derivados de la sugestión” por otro, como hemos apreciado en Freud, Ferenczi y ahora con Jones.

Al asumir esta visión de que los otros intentos terapéuticos, basados o no en divergencias teóricas psicoanalíticas los psicoanalistas, tienen poco o realmente nada que ofrecer a pacientes que no poseen las características que los hacen adecuado para la técnica clásica y única reconocida hasta entonces, quedando a merced de tratamientos “no científicos”.

#### 4.- *Cristalización de la “visión dicotómica”, Edward Glover.*

La posición dicotómica mencionada, en general posee gran aceptación en la comunidad psicoanalítica y fue Edward Glover quien, apoyándose en la perspectiva de Jones planteando: *“Fue Ernest Jones, creo, quien solía decir que existían solo dos formas de psicoterapia, el psicoanálisis y la sugestión”* (Glover, E. 1959 citado por Wallerstein 1989a, 1995b) radicaliza esta postura al máximo con un influyente y radical artículo de 1931 llamado *“The effect of inexact interpretation”* (Glover, E. 1931). La tesis sostenida por Glover es claramente resumida por Wallerstein en 1966:

*“La tesis central fue que todas las psicoterapias excepto el psicoanálisis son variedades de sugestión desde que se basan en elementos (aunque a veces incluyen interpretación de conflictos inconscientes) que no son totalmente analizados y vueltos atrás a sus raíces genético dinámicos y que por lo tanto, se basan en la fuerte autoridad transferencial (sugestiva) del terapeuta”* (Wallerstein, 1966). Además, Glover marca su punto de vista respecto al tema de las interpretaciones inexactas, que de ser así volverían en sugestión toda interpretación no exacta y por ende los análisis que no respondieran a una única línea interpretativa que cabría para cada caso, lo cual se detalla en la siguiente cita: *“¿Cuál es el efecto de la interpretación inexacta en comparación con una aparentemente exacta? Al respecto afirma: “Si estamos de acuerdo en que la exactitud de la interpretación es uno de los factores que contribuye a la cura, y si estamos de acuerdo con que la exactitud de la interpretación descubre, de vez en cuando, nuevos sistemas de fantasías, ¿Cómo debemos entender las curas que se efectuaron antes de que esos sistemas se descubrieran?”* (Glover, 1931, citado por Wallerstein 1966, 1989a, 1995b. traducción personal). En este punto es importante destacar que una contribución a este tema hubiera sido el concepto posteriormente desarrollado de “foco” o área de trabajo del paciente, en parte porque el concepto “exactitud de la interpretación” tendría que estar vinculado a “algo” para poder comparar su nivel de exactitud o inexactitud, además de las diversas acepciones que este concepto posee. Por último, es sabido que el nivel de “exactitud interpretativa” de los terapeutas es comprobablemente más bajo del que reportan (Bergin, A. & Garfield, S.: 1994 pg.476). La respuesta de Glover a la pregunta de cómo entender las curas que se realizaron antes del descubrimiento de nuevos sistemas de fantasías, mantiene su línea de pensamiento: *“Si en tiempos anteriores los analistas no habían descubierto del todo el contenido inconsciente, entonces el éxito analítico de los primeros tiempos se debería, al menos*

*en parte, a elementos de sugestión”* (Glover, 1931 citado por Wallerstein 1966, 1989a, 1995b traducción personal) y - añade Wallerstein- *“lo que no esta totalmente analizado descansa, en último extremo, sobre la fuerte autoridad transferencial del analista”* (Wallerstein, 1966).

Es decir, Glover mantiene un punto de vista radicalmente dicotómico, durante más de veinticinco años, en su diferenciación del Psicoanálisis y las psicoterapias, estas últimas “derivados de la sugestión”. En 1954 afirma *“Existe un caso extremo: si las interpretaciones del analista fueran consistentemente inexactas, entonces estaría practicando claramente una forma de sugestión, independiente de cómo él pueda llamarlo”* *“ de esto se deduce que cuando los analistas difieren radicalmente respecto a la etiología o estructura de un caso unos u otros deben estar practicando sugestión”* (Glover, 1931, citado por Wallerstein 1966, 1989a, 1995b) realizando la celebre afirmación en el mismo artículo: *“un mal análisis puede concebirse como una buena sugestión”*. Punto de vista que reafirmará al referirse al desarrollo de la psicoterapia en Inglaterra, planteando que no existiría razón para suponer que en el curso del tiempo la clara distinción entre psicoanálisis y “terapias de rapport” (para él variedades de sugestión) no se borraría en ese país como él sentía que había ocurrido en Estados Unidos.

El tipo de pensamiento mantenido por E. Glover posee serias limitaciones, como que sólo debería existir una línea interpretativa correcta para cada situación analítica y cualquier desviación, intencionada o no, basada en la inexactitud, ignorancia, contratransferencia o lo que sea, será únicamente sugestión normalmente juzgada de forma peyorativa.

He destacado esta postura respecto a la diferenciación entre psicoanálisis y “derivados de la sugestión”, ya que lamentablemente perdura en algunos sectores hasta hoy en día. Lamentablemente como se ha señalado, Glover basándose en Freud, Ferenczi y Jones, al establecer esta dicotomía, perjudicaron tal vez sin saberlo, el desarrollo futuro de la moderna psicoterapia psicoanalítica con fuerte base teórica en la psicología psicoanalítica. Esta dicotomía oscureció las complejidades teóricas y técnicas que aparecen en la práctica de las psicoterapias inspiradas y orientadas psicoanalíticamente, aplicando la rúbrica de sugestión de manera amplia para referirse a la multiplicidad de fenómenos que se desarrollan en la relación terapéutica, que confunden y enturbian diversos principios, prácticas y formación de “una de las formas de psicoterapia, hoy en día, ampliamente aplicada” (Sammons & Gravitz, 1990 en Bergin, A & Garfield, S.: 1994 pg 468).

Los autores mencionados, Freud, Ferenczi, Jones y Glover, conforman un grupo que da coherencia y fuerza a esta perspectiva dicotómica de las diferencias entre Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, perspectiva que se mantiene durante algún tiempo caracterizada por esta visión, sin embargo, esta postura radical no se mantiene intacta o hegemónica a través del tiempo, lo cual se aprecia en algunos efectos que esta visión tuvo en diversos autores, principalmente norteamericanos, enfrentados a la polémica de diferenciar y vincular las psicoterapias psicoanalíticas al Psicoanálisis, donde la radicalidad de esta visión comienza a diluirse o difuminarse, creo, principalmente, debido a que la sugestión no puede dar cuenta del cambio, la estabilidad de este y la proliferación de tratamientos psicoterapéuticos, es decir, comienza a decantarse la idea de que hay algo más que sugestión en esas psicoterapias y la incógnita por saber qué es.

#### *5.- Influencias de la visión dicotómica:*

Veamos a modo de ejemplo, como algunos autores enfrentados a la difícil situación, en el entorno pragmático y exigente norteamericano, de diferenciar y vincular el Psicoanálisis con las psicoterapias psicoanalíticas, donde la clara diferenciación dicotómica hegemónica comienza a difuminarse.

##### *a) La "fundamentalmente sugestiva" base de la psicoterapia psicoanalítica Maxwel Gitelson:*

Reconocido psicoanalista norteamericano que destaca por ayudar al desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica en Estados Unidos, se muestra ambiguo respecto a la posibilidad de que la psicoterapia psicoanalítica fuera algo más que sugestión, como se desprende de las siguientes citas:

*"Hoy en día la psicoterapia es racional debido a que esta basada en lo que sabemos sobre psicopatología y la psicodinámica, tal como el psicoanálisis las ha definido. Desde este punto de vista, la buena psicoterapia se parece tanto al psicoanálisis que de hecho, ¡casi no se pueden distinguir! Y, sin embargo, creo que existen importantes diferencias. La psicoterapia moderna merece la posición que ocupa dentro de la psiquiatría debido a que, de facto, es la razón de ser de la psiquiatría.*

*Además, ha llegado a ser un instrumento verdaderamente efectivo. Nada de lo que diré sobre ella debe dar a entender que desestimo su utilidad y validez. No obstante no es psicoanálisis aún cuando sea psicoanalítica*”(Gitelson, 1956, citado por Wallerstein 1966, 1989a, 1995b, subrayado añadido).

Se aprecia una validación de la psicoterapia, al considerarla como un instrumento verdaderamente efectivo, más que la sugestión, pero diferente al psicoanálisis aún cuando comparta su teoría en niveles abstractos como el etiológico. Sin embargo, esta valoración pragmática se diluye en posteriores referencias del mismo autor respecto a los resultados obtenidos por la psicoterapia psicoanalítica que *“dependen para que sean efectivos, de lo que constituye dinámicamente la represión de un conflicto básico, seguido por alguna solución parcial de los conflictos derivados y, finalmente, aceptada sobre la base fundamentalmente sugestiva de un transferencia irresuelta”* (Gitelson, 1956, citado por Wallerstein 1966, 1989a, 1995b, traducción personal, subrayado añadido).

Se observa, pese a lo contradictorio respecto a la valoración de la cita anterior, un intento importante de presentar rudimentariamente una teoría de la técnica diferente para la psicoterapia psicoanalítica de la utilizada por la cura tipo o clásica. Aparecen conceptos novedosos, como “conflictos derivados”, pero aún se observa la persistencia de la diferencia dicotómica planteada anteriormente que fundamenta la psicoterapia psicoanalítica en la sugestión.

#### *6) El fundamento educativo de la psicoterapia, Robert Waelder:*

Otro autor que se enfrenta a la difícil situación de relacionar y diferenciar la psicoterapia psicoanalítica del Psicoanálisis, dado el fuerte desarrollo y crecimiento de la psicoterapia psicoanalítica en Estados Unidos, fue Robert Waelder, quien se plantea una concepción más bien simplista (solo sugestión) de la psicoterapia psicoanalítica.

Waelder plantea una diferenciación entre Psicoanálisis, que para él es “*psicoterapia exploratoria*”, que consiste en la exploración del inconsciente y hacerlo consciente para el paciente, y la “*psicoterapia educativa*” como término amplio y simplista para llamar a todas las formas de influencia que intentan alcanzar una mejor adaptación del individuo al mundo exterior de diversas formas.

Busca Waelder, mezclando ambos tipos de psicoterapia, desarrollar una aplicación masiva de la terapia psicoanalítica. Mezcla que según él, recibe el nombre de

“psicoterapia de orientación psicoanalítica”, la cual posee importante peligros: *“La mezcla de psicoanálisis y terapia educacional, por lo tanto, puede muy bien terminar en forma parecida a las coaliciones entre partidos democráticos y totalitarios, donde es probable que los segundos absorban a los primeros; al final solo subsiste la educación”*(Waelder, 1960, citado por Wallerstein 1966, 1989a, 1995b).

El peligro por él advertido no es nuevo, y a mi parecer, tampoco su propuesta, que estaría muy cercana a lo hecho por Ferenczi y su técnica activa, sin embargo, considero importante plantear frente a esta afirmación de Waelder ¿Cuál sería el partido democrático y cual el autoritario tanto en la teoría como en la comunidad analítica?



---

CAPÍTULO SEGUNDO

*Comienzos de la Psicoterapia  
Psicoanalítica*



## INTRODUCCIÓN CAPÍTULO SEGUNDO

### *El surgimiento de la psicoterapia psicoanalítica*

Para poder comprender los importantes intentos por delimitar y relacionar el Psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, es preciso observar el contexto de su aparición en el ámbito clínico de tratamiento -tanto en Estados Unidos e Inglaterra- para luego vislumbrar los importantes esfuerzos de delimitación y diferenciación de la psicoterapia psicoanalítica del Psicoanálisis, posteriores a Freud y sus seguidores más cercanos.

Para comprender la aparición de la psicoterapia psicoanalítica, hecho atribuido principalmente a Estados Unidos e Inglaterra, debemos revisar sucintamente su historia, que posee características muy diferentes a las del psicoanálisis desarrollado por Freud.

Podemos entender que el Psicoanálisis fue en su comienzo una creación individual del notable y extenso trabajo de Freud, quien lo elabora durante algún tiempo bastante aislado -durante el fin de siglo en Viena-, a pesar de que algunos colegas y estudiantes se unen a su trabajo hacia 1905. Sin embargo, su empresa continúa de manera principalmente individual y -destaco- fuera de las instituciones universitarias, médicas y del mundo psiquiátrico. Este aislamiento obedece a diversos factores, como la reacción contra las escandalosas doctrinas planteadas por Freud o -como plantean algunos<sup>1</sup>- el antisemitismo del imperio Austro - Húngaro. En todo caso, independiente de lo que favoreciera este aislamiento, será éste una característica que considero necesaria destacar de la historia del psicoanálisis, donde su desarrollo y posterior práctica se realiza más bien en contextos privados, entendiéndolo por ello, al margen de las instituciones tradicionales de enseñanza, independiente de las razones de esto.

Las ideas psicoanalíticas crecen en Viena y en otras ciudades de la Europa central como Zurich, Budapest y Berlín, característicamente como un empresa individual y privada, es decir, en consultas privadas lejos de las instituciones públicas de salud, además, el sistema educativo psicoanalítico se encuentra poco sistematizado,

---

<sup>1</sup> Wallerstein, 1989a

pudiendo reducirse a escuelas privadas nocturnas donde sus primeros practicantes fueron médicos, principalmente neurólogos, al igual que Freud.

Los pacientes psiquiátricos, es decir, aquellos más allá de las neurosis, eran vistos en clínicas y hospitales psiquiátricos, así como en escuelas de medicina con una visión basada en la nosología de Kraepelin que guiaba a los psiquiatras de aquel tiempo, donde los tratamientos se fundamentaban en cuidados humanitarios, curas de reposo y estimulaciones eléctricas entre otros.

Si no consideramos la propagación de las ideas analíticas en Holanda, Inglaterra y también en Estados Unidos, en las primeras décadas del siglo, el psicoanálisis continúa con su encuadre de trabajo de consultas privadas alejado del mundo universitario y del mundo organizado de la medicina y psiquiatría, por ende alejado del cuidado de los más dañados mentalmente.

Al producirse la llegada de Hitler al poder en 1933, con su consecuente marcha a través de Europa transformará la mencionada situación, los principales centros psicoanalíticos se fueron despoblando de la presencia de analistas, mayoritariamente judíos, debido a su exilio principalmente a Estados Unidos y en menor medida pero significativamente (Freud y su familia) a Inglaterra, Australia, Palestina, Asia, Sudamérica y otros lugares.

Este hecho cambiará el número de analistas en Norteamérica, incrementados notoriamente debido a su huida de Hitler.

### *1.- La aplicación masiva del psicoanálisis: Estados Unidos*

En Estados Unidos, a diferencia del nacimiento y crecimiento del psicoanálisis en Europa aislado de la psiquiatría, medicina y la academia como fue señalado, los analistas norteamericanos, se embarcaron y eran conscientes de un largo y exitoso proceso para penetrar con las ideas psicoanalíticas el terreno receptivo de la psiquiatría norteamericana, capturar la academia psiquiátrica y los centros de entrenamiento formal, llegando a ser la teoría y terapéutica prevalente. Además, al tener una fuerte base en la medicina, poder ingresar a las escuelas de medicina y por esta vía a la academia, se produjo un cambio radical y generalizado en el panorama de la psiquiatría norteamericana en un breve período de tiempo, cambiando la forma tradicional de entrenamiento de psiquiatras en la teoría psicobiológica de Adolf Meyer a una formación y entrenamiento de psiquiatras psicoanalíticamente orientados.

Esta impregnación de la psiquiatría norteamericana por el psicoanálisis, brindó a ambos la oportunidad y la obligación de desarrollar aplicaciones técnicas de la teoría psicoanalítica, para el alivio de un amplio espectro de pacientes vistos en clínicas y hospitales psiquiátricos, pacientes hospitalizados y no adecuados para el psicoanálisis clásico o tipo como se venía practicando. Este hecho marca la emergencia de un tipo de publicaciones diferentes que comenzaron a ser llamadas “psicoanalíticas” o “terapias psicoanalíticamente orientadas” que respondían a la demanda de atención de contextos y pacientes donde no era posible aplicar psicoanálisis clásico.

### *2.- La lucha por un espacio psicológico: Inglaterra*

No fue sólo la menor migración de analistas que huían de la amenaza de Hitler lo que hizo que la psicoterapia psicoanalítica en Inglaterra se retrasara en su aparición, y posterior desarrollo. A diferencia de lo ocurrido en Estados Unidos, en Inglaterra su desarrollo fue independiente del pensamiento norteamericano y más bien circunscrito a ciertas instituciones. Revisaremos algunas características sociales que sustentan en parte estas peculiaridades del surgimiento de la psicoterapia psicoanalítica en Inglaterra.

En general la llegada y asentamiento del pensamiento psicoanalítico fue bastante conflictiva en Inglaterra, dado que a principios de siglo existía un fuerte desarrollo de la Neurología, donde la Psiquiatría estuvo relegada a un segundo plano y lejos del

desarrollo apreciado en Francia e Italia, caracterizándose en Inglaterra por estar subordinada a la Neurología

Esta situación formalmente comienza a cambiar con la publicación de títulos como “The psychology of Insanity” en 1913 de Bernard Hart, señalado por historiadores que *“fué probablemente el libro más ampliamente leído y trabajo de influencia sobre una aproximación psicoanalítica a la psiquiatría por más de dos décadas”* (Pine, 1991b citado por Wallerstein 1995b traducción personal), además de la publicación de “The new psychiatry” en 1915 de W.H.B. Stoddart’s. Fue el trabajo combinado de de estos autores, junto a otros importantes y cercanamente involucrados, como Ernest Jones, quienes en el contexto de los trastornos neuropsiquiátricos en el ejército durante la primera guerra mundial tuvieron éxito en la lucha de la psiquiatría británica, contra su dominación por la neurología e hicieron más receptiva una aproximación psicológica a la enfermedad mental

Durante la primera guerra mundial se produce la lucha entre la aproximación neurológica y psicológica frente a las víctimas mentales de la guerra, siendo la batalla principal la histeria, además de la neurastenia y el shock por los bombardeos entre otras dolencias, todas vinculadas al ejército Británico.

Fueron estas importantes e impactantes dolencias psicológicas, como las neurosis de guerra de la primera guerra mundial, que fueron tratadas ineficaz y cruelmente por médicos y neurólogos<sup>2</sup>, además de los psiquiatras más bien vinculados a su intuición y con poco o escaso conocimiento psicológico de la enfermedad mental, lo que dio el impulso necesario para el reconocimiento de las influencias, origen y tratamiento psicológico de muchos de estos trastornos, que llevan al desarrollo de centros dedicados especialmente al tratamiento de estas dolencias.

En el contexto planteado, es donde se insertan la primera generación de analistas británicos, con Jones a la cabeza, junto a psiquiatras psicoanalíticamente interesados seguidores de Jung y Adler además de muy variados aliados, que van desde miembros de la Sociedad para la Investigación Paranormal y seguidores de Havelock Ellis -el filósofo del amor- hasta el mundo intelectual y literario que apoyan la idea psicoanalítica. En este terreno, luego de la primera guerra mundial, se establecen los centros de tratamiento de la enfermedad mental como la clínica Tavistock y el Hospital

---

<sup>2</sup> Freud hace una revisión de los tratamientos eléctricos utilizados para las neurosis de guerra y de los excesos producidos durante su aplicación en su “introducción al simposio sobre las neurosis de guerra” de 1918 (Freud, 1919d:205) y específicamente en el apéndice de la misma presentación titulado “informe sobre la electroterapia de los neuróticos de guerra” de 1920 (Freud, 1919d:209).

Cassey en 1920, donde se sientan las bases de lo que se ha llamado “la nueva psicología” en Inglaterra. Centros que luego serán trascendentes para el nacimiento y desarrollo de ideas psicoanalíticas tanto en psicoanálisis clásico como en la reciente psicoterapia psicoanalítica.

Estos nuevos psicólogos trabajando en la clínica Tavistock, poseerán un manejo amplio de diversas técnicas terapéuticas, desde sugestión a psicoanálisis clásico como ha señalado el historiador Pine: “*estarán preparados para trabajar con todas las técnicas terapéuticas, sugestión, persuasión y algunos hasta cierto punto hipnosis y aplicar psicoanálisis completo o en forma modificada cuando esos métodos no tuvieran éxito*” (Pine, 1990 citado por Wallerstein, 1995b traducción personal).

A la par de este desarrollo, dado por los centros de atención Tavistock y el Hospital Cassey, es fundada en 1920 por Jones y otros la *Sociedad Británica Psicoanalítica* (British Psychoanalytical Society) además del *International Journal of Psychoanalysis*. Esta nueva Sociedad Británica Psicoanalítica, reemplazará a la temprana *Sociedad Psicoanalítica de Londres* (London Psychoanalytical Society), en parte por estar fuertemente infiltrada por Jungianos.

La fundación de la Sociedad Británica Psicoanalítica, la publicación del *International Journal of Psychoanalysis* y el aporte de Jones en publicaciones como el *British Journal of Psychology: Medical Section* junto a otros analistas, permitieron que en 1926 Jones obtuviera un logro importante, especial para nuestra investigación, al “*reconocer un comité de la asociación médica británica que el psicoanálisis fué una auténtica forma de tratamiento y que el término no debe ser utilizado para ninguna otra técnica o teoría aparte de aquella descrita por Freud*” (Pine, 1991 citado por Wallerstein, 1995b traducción personal). Obviamente este reconocimiento no fue concedido a la psicoterapia psicoanalítica, Jones, figura central en estos desarrollos, siempre mantuvo una actitud dicotómica frente a la posibilidad de una psicoterapia psicoanalítica, planteando que ésta sólo era derivado de la sugestión, sin embargo, se aprecia que esta concepción se muestra ambivalente y por momentos antagónica.

Como cabeza de la Sociedad Británica de Psicoanálisis, Jones pareciera que intenta controlar el Psicoanálisis, y dado el eclecticismo reinante en instituciones como la Clínica Tavistock y los psicoanalistas al margen de la Sociedad Británica, prohíbe a los miembros de la Sociedad Británica de Psicoanálisis trabajar en la clínica Tavistock, planteando que “*se ve [el trabajo en la clínica Tavistock] una disolución del oro puro*

del psicoanálisis” (Pines, 1991b citado por Wallerstein, 1995b traducción personal). Prohibición que sólo será removida luego de la Segunda guerra mundial.

Esta actitud y visión intransigente de Jones, Edward Glover y otros analistas pioneros, opuesta vehementemente al trabajo de analistas, médicos y psiquiatras afines al psicoanálisis que se desempeñaban principalmente en la clínica Tavistock y el Hospital Cassey, ayudó a mantener largo tiempo el aislamiento del psicoanálisis de la corriente principal de la psiquiatría británica

En resumen, la polémica desarrollada por Jones y la Sociedad Británica de psicoanálisis, autodenominados garantes del verdadero psicoanálisis, y los analistas, médicos y psiquiatras afines al psicoanálisis que desarrollaban un trabajo más bien ecléctico desde diferentes posiciones teóricas psicoanalíticas con seguidores de Reich, Jung y Adler entre otros, mantiene aislado al psicoanálisis, puro o no, de la corriente principal de la psiquiatría británica, que junto a la igual intransigente postura de la psiquiatría académica -refractaria a las visiones psicológicas de la enfermedad mental-, trae como consecuencia el significativo retraso del desarrollo de una psicoterapia psicoanalítica en Inglaterra en comparación con Norteamérica.

Sin embargo, pese al retraso en el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica planteado, serán cuatro instituciones, entre muchas otras, las que destacarán por la aplicación de ideas psicoanalíticas en el tratamiento de diversos problemas, reconocidas por sus aportes al desarrollo y caracterización de la psicoterapia psicoanalítica, siendo éstas: la Clínica Tavistock, Hospital Cassey, Hospital Maudsley y la Clínica Portman. Revisaremos brevemente las características de estas instituciones, donde surge y se desarrolla la psicoterapia psicoanalítica en Inglaterra.

La fundación de la Clínica Tavistock se remonta al año 1920 durante la I guerra mundial, cuando Hugh Crichton-Miller *“Impresionado por estas experiencias, . . . decide fundar una clínica para el tratamiento de los desordenes nerviosos funcionales ...”* (Dicks, 1970 citado por Wallerstein 1995b, traducción personal). En poco tiempo la Clínica Tavistock se convierte en el principal centro de psiquiatría psicodinámica en Inglaterra, recibiendo luego de la segunda guerra mundial un nuevo impulso. El Objetivo principal de la Clínica es *“Proveer psicoterapia sistemática mayor sobre la base de conceptos inspirados por la teoría psicoanalítica, para pacientes externos que sufren de psiconeurosis y desordenes aliados que no puedan permitirse afrontar los honorarios de manera privada”* (Dicks, 1970 citado por Wallerstein 1995b, traducción personal).

El equipo de trabajo de la Clínica Tavistock fue creado de manera multidisciplinaria y multiteórica, que incluía Freudianos, Jungianos, Adlerianos, Eclécticos y seguidores de Janet y la escuela Francesa de sugestión. La clínica se caracterizó por una curiosa independencia, por un lado aislada entre la psiquiatría y medicina oficial, y de la ortodoxia psicoanalítica por otro, siendo un punto de encuentro de psicoterapeutas de las principales escuelas teóricas. Esta posición, de relativo aislamiento, lleva consigo una autoconciencia de ser el puente entre el orden establecido psiquiátrico y el orden establecido psicoanalítico, que permite entender la peculiaridad de este centro, que durante mucho tiempo acogió la mayor parte del grupo intermedio o grupo independiente de analistas.

El rango de intervenciones terapéuticas ofrecidas en ella fue diverso, así como el equipo de trabajo donde el procedimiento psicoanalítico puede ser llevado a cabo, bajo condiciones que van desde el extremo ortodoxo del psicoanálisis puro -de hecho algunos pacientes recibieron psicoanálisis completo o "clásico" de aquellos terapeutas que habían sido analizados-, pasando por tratamientos más cercanos a la técnica Jungiana, hasta el tipo de terapia que puede ser resumida como consejo (counseling) analítico, con dosis de sugestión o persuasión.

El Hospital Cassey, es otra de las instituciones fundadas en 1920 con una orientación psicoterapéutica hacia pacientes psiquiátricos internos, a diferencia de la Clínica Tavistock que atendía pacientes externos. Este Hospital no posee en un comienzo una fuerte orientación hacia la psicoterapia psicoanalítica hasta la llegada de Tom Main en 1946, quien durante sus treinta años como director, se plantea el objetivo de crear una comunidad completamente terapéutica psicoanalítica independiente, pero apoyada por los equipos de rehabilitación psicológica de los trastornos mentales graves.

La comunidad creada por Main poseía sus bases en la psicoterapia individual, siempre tuvo un tipo de pensamiento que demandaba una alta concentración de terapeutas que fueran analíticamente formados. Main creía que el pensamiento psicoanalítico enriquecía y fertilizaba muchos campos y que se podía enriquecer a su vez, mientras se mantenga la experiencia clínica de la consulta individual, algo esencial para evitar la disolución del psicoanálisis.

En el Hospital Maudsley, el más renombrado hospital académico y de investigación en Inglaterra, la aparición y evolución de la psicoterapia psicoanalítica fue diferente a la ocurrida en la Clínica Tavistock y el Hospital Cassel. Fundado por Henry Maudsley con una fuerte concepción biologicista de los trastornos mentales quien

plantea: “no es nuestro asunto y tampoco es nuestro poder el explicar psicológicamente el origen y la naturaleza de cualquiera de los depravados instintos manifestados en los casos típicos de locura... la explicación, cuando viene no proviene de lo mental, sino del lado físico” (citado por Wallerstein 1995b, traducción personal). Pese a esta clara visión no psicológica, en el reporte anual del Hospital de 1923 se aprecia: “Todas las formas de esto [psicoterapia en Maudsley] han sido practicadas aquí, sugestión ordinaria, persuasión y re-educación, análisis superficial, exploración bajo hipnosis y psicoanálisis completo. Sin embargo, me encuentro a mí mismo incapaz de aceptar todos los hechos alegados por cualquier escuela de psicoanálisis, o todos los conceptos propuestos por ellas, no existe duda del gran avance que con los intensivos métodos introducidos por estas escuelas tienen en su comprensión de casos, tampoco existe duda de que en ciertos casos los resultados son obtenidos por psicoanálisis donde no pueden ser obtenidos por otra manera, cualquiera sea la exacta explicación posible” (Pines, 1991b citado por Wallerstein 1995b, traducción personal).

La presencia psicoanalítica ha estado desde los comienzos hasta hoy en día en el Hospital Maudsley, cabe señalar que en 1994 cincuenta y siete miembros de la Sociedad Británica de Psicoanálisis y diez de sus candidatos trabajaban en el Hospital Maudsley, a pesar de ello, este hospital se caracteriza por un actitud ambivalente hacia el psicoanálisis.

La última institución destacada y de orientación psicoanalítica desde sus inicios es la Clínica Portman, fundada en 1933, la cual lleva las ideas psicoanalíticas a un campo diferente y altamente demandado, especialmente hoy en día, como es la delincuencia. Creada por el instituto para el estudio científico de la delincuencia (Institute for the Scientific Study of Delinquency), para ser un modelo de clínica de la delincuencia, con el apoyo de Edward Glover, a fin de realizar “diagnóstico, tratamiento y donde sea posible, investigación”. El tratamiento ofrecido fue “*psicoterapia basada en principios psicodinámicos*”, siendo Glover uno de los gestores y tempranos directores médicos, que luego será consultor emérito. Los psicoanalistas han seguido ocupando un lugar central aún en los años noventa.

Los “pacientes” típicos atendidos en esta clínica, son sujetos infractores de la ley de todas las edades, muchos de ellos derivados de los juzgados de policía. El tratamiento realizado habitualmente fue terapia de una vez por semana, al respecto

Glover señala: *“liderando la interesante y valiosa adaptación del “clásico” encuadre del tratamiento psicoanalítico”* (Glover, citado por Wallerstein 1995, traducción personal).

Con la breve revisión, en ningún caso exhaustiva, de las instituciones más significativas en la aparición y desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica al margen del psicoanálisis clásico en Inglaterra, damos por terminado el presente capítulo sobre los comienzos de la psicoterapia psicoanalítica.

A modo de resumen, podemos observar como la psicoterapia psicoanalítica aparece y se desarrolla en Inglaterra, en un contexto no tan receptivo como el Norteamericano, contexto bastante polarizado en pugnas por reconocimiento de efectividad entre Neurólogos, Psiquiatras y Psicoanalistas que retrasa la aparición de la psicoterapia psicoanalítica que se vincula, lamentablemente, a las secuelas de la I y II guerra mundial, que implican la creación de centros para responder a una demanda de atención que no cumple con los requisitos para el tratamiento psicoanalítico clásico.



---

CAPÍTULO TERCERO

*Caracterización, clasificación y  
diferenciación de las psicoterapias  
psicoanalíticas*



## INTRODUCCIÓN CAPÍTULO TERCERO

### *La “búsqueda de las diferencias” en psicoterapia psicoanalítica*

A modo de introducción del presente capítulo, podemos señalar que a estas alturas en la aparición de la psicoterapia psicoanalítica, en los contextos clínicos antes señalados, de Norteamérica e Inglaterra, ésta se aprecia cada vez más extendida como una forma de atención psicológica a los pacientes desde un perspectiva psicoanalítica, pero que no responde a las exigencias de la única forma de tratamiento reconocida por los institutos psicoanalíticos y paradójicamente llevada a cabo por psicoanalistas formados en dichos institutos, es decir, durante este tiempo la pregunta de quienes aplican esta forma de tratamiento es bastante sencilla y se puede resumir en: ¿Qué es lo que estamos realizando durante la mayor parte de nuestro tiempo profesional y a un número importante de personas?.

Si la respuesta es buscada en los estamentos formales psicoanalíticos, ésta es aparentemente sencilla: sólo derivados de la sugestión, como planteara Glover basado en Freud, Ferenczi y Jones entre otros, lo que implica la existencia de una técnica reconocida -la cura tipo- pero un problema comienza a apreciarse si se acepta esta respuesta del establishment psicoanalítico pues, si sólo es derivado de la sugestión, surgen los siguientes cuestionamientos ¿cualquier persona, medianamente capacitada, puede realizarlo?, ¿es necesaria una formación extensa y rigurosa para dedicarse principalmente a ejercer sugestión?, por último ¿es distinta la sugestión que realiza un psicoanalista de alguien que no posee formación analítica formal o “completa”? Pareciera que un último hecho perturba más el ambiente psicoanalítico de entonces y es, cómo explicar que la sugestión, en el sentido más peyorativo, y sus derivados, pueda lograr efectos aparentemente similares o mejor dicho pueda lograr efectos en aquellos pacientes no adecuados para el psicoanálisis. Pareciera, y con esto comenzamos este capítulo, que la sugestión por sí misma no puede ser la base teórica de los efectos

logrados por las llamada psicoterapias psicoanalíticas o psicoterapias orientadas psicoanalíticamente.

Algunos de los primeros psicoanalistas que describen, y que para nuestro interés intentan diferenciar y relacionar esta nueva forma de intervención en desarrollo (psicoterapia psicoanalítica), fueron Lawrence Kubie (1943) y Bernhard Berliner (1941, 1945).

### *1.- Propuestas pioneras de clasificación de las psicoterapias, Lawrence Kubie:*

Es uno de los primeros psicoanalistas Norteamericanos que describe el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica, detallando tres grupos principales de actividad psicoterapéutica: a) Apoyo práctico: consiste principalmente en consejos, guías y asistencia en el manejo de situaciones vitales y dificultades del entorno. b) apoyo emocional: esencialmente consiste en simpatía, exhortación, advertencia, animar, humor, arte, recreación, compañía, etc. c) Reorientación educacional: la cual consiste principalmente en esfuerzos por alterar las habituales actitudes del paciente de culpa, temor, odio y depresión mediante la educación para tolerar sus propias conscientes e inconscientes necesidades y deseos, sus apetitos instintivos, sus celos y odios familiares, etc.

Para Kubie, el tercero de estos grupos de actividades psicoterapéuticas requiere el conocimiento extenso de las fuerzas psicológicas inconscientes y los muchos sutiles peligros ocultos, siendo los otros dos grupos herramientas inespecíficas de “sentido común de todo padre sensato y educador”, debiéndose tratar con ellas primero.

También hace definición de “psicoterapia paliativa”, que consistiría en un esfuerzo por enseñar a los pacientes cómo vivir con algún nivel de confort en los confines de sus incuradas neurosis, lo cual debe acompañarse por manipulaciones tanto del entorno como afectivas, con ello algún sufrimiento neurótico puede ser aliviado y para cuando esto falle, señala Kubie, debe realizarse una “psicoterapia científica”, es decir, una exploración del tercer grupo de actividades de los métodos y fuentes de la rigidez repetitiva y compulsiva de los patrones instintivos conductuales, que son refractarios a la influencia de la experiencia y realidad, planteando que “durante los años recientes varios métodos han sido desarrollados para conseguir este objetivo, siendo el más importante de ellos el psicoanálisis”.

El trabajo de Kubie da cuenta de un intento por describir y clasificar las diversas actividades psicoterapéuticas que se están llevando a cabo, apreciándose en él, nuevamente y en otro continente, un sesgo a favor del psicoanálisis como “la” psicoterapia científica, solo que esta vez no es el único método, ya que se ubica dentro de otras técnicas que podrían gozar de “cientificidad”. Las demás actividades – Psicoterapias- ya no son sólo sugestión, han avanzado y ahora son “sentido común”.

Es necesario destacar del trabajo de Kubie su innovador aporte a las psicoterapias, al introducir o formalizar las manipulaciones del ambiente del paciente, hecho novedoso y controvertido.

## *2.- Comienzo de la diferenciación Psicoanálisis - Psicoterapia, Bernard Berlinger:*

Realiza un intento más específico e interesante para nuestros fines, trata de distinguir entre “Psicoterapia psicoanalítica breve” y Psicoanálisis. Plantea: *“terapia breve es más activa, siempre con “pensamiento analítico”. Esta ofrece consejo, guía e influencia educacional, pero principalmente técnicas del análisis del yo”* (Berlinger, 1941 citado por Wallerstein 1995, traducción personal), además, muestra indicios de una teoría de la técnica con base psicoanalítica: *“es tratar de comprender en un breve período de tiempo el problema central del paciente desde el punto de vista de su situación libidinal y hacerlo comprensible para él en el sentido de que su yo es capaz de aceptar”* (Berlinger, 1941 citado por Wallerstein 1995, traducción personal).

Berlinger además ingresa al complejo tema de diferenciar las indicaciones para este tratamiento: que las resistencias del yo sean mínimas, que exista una transferencia buena o apropiada durante todo el período del tratamiento y que el paciente derive significativas gratificaciones narcisísticas del proceso de tratamiento en sí. Como contraindicación señala la presencia de ganancia secundaria significativa de la enfermedad.

Específicamente describe las diferencias entre “psicoterapia psicoanalítica breve” y Psicoanálisis: *“Si es necesario mucho análisis de la transferencia para trabajar levantando la resistencia y movilizar los conflictos neuróticos, nosotros estamos haciendo un completo análisis clásico. Si el caso es tal que poco o no se requiere analizar la transferencia en el camino hacia los resultados terapéuticos*

deseados, nosotros estamos haciendo un tratamiento que puede merecer el nombre de psicoterapia psicoanalítica breve. Pero si el terapeuta, en orden a realizar un tratamiento breve, desatiende el análisis de la transferencia que produce resistencias, el no hace un tratamiento del todo". (Berlinger, 1945 citado por Wallerstein, 1995b, traducción personal).

En Berlinger se aprecia un intento por dilucidar una teoría de la técnica de la psicoterapia psicoanalítica, junto con las indicaciones de los casos adecuados para esta técnica, "*Casos adecuados para psicoterapia psicoanalítica breve son aquellos en que el paciente puede ser ayudado a ver y a discutir su conflicto central en su propio derecho y en términos de sus realidades sin revivir extensivamente o actuarlos en relación con el terapeuta.*" (Berlinger, 1945 citado por Wallerstein, 1995 traducción personal)

Estos dos autores, son considerados como ejemplo del inicio de los numerosos esfuerzos por diferenciar y relacionar las psicoterapias psicoanalíticas del psicoanálisis, inabarcables intentos que quedan reflejados en la siguiente cita de Otto Fenichel de 1945: "*Hay muchas formas de tratar las neurosis pero sólo una para comprenderlas*"<sup>1</sup>.

### 3.- Una clasificación - diferenciación reconocida y consensuada, Robert Knight:

Autor que aparece como esencial para esta investigación, dada la importancia y lo pionero de sus aportes a la psicoterapia psicoanalítica, hasta hoy considerados y reconocidos, fue Robert Knight. Uno de los primeros en considerar la psicoterapia psicoanalítica como realmente "psicoanalítica", eso sí, como algo distinto del psicoanálisis "propriadamente dicho", pero dentro del contexto analítico, lo cual ha sido tema de fuerte controversia, principalmente respecto a la diferenciación entre ambas modalidades.

Knight en general se muestra interesado en las relaciones Psicoanálisis – Psiquiatría, él considera que con el advenimiento del psicoanálisis la psiquiatría pudo tener una psicología que sustentara su actuar puesto que "*a la psiquiatría le faltaba una psicología*" (Knight, 1945 citado por Wallerstein 1989a, 1995b traducción personal), afirmando que

---

<sup>1</sup> "There are many ways to treat neuroses but there is only one way to understand them" (Fenichel, 1945, citado por Wallestein 1995b)

una de *“las más significativas e interesantes tendencias en psicoanálisis se relacionarán con el amplio campo de la psiquiatría, esto es, hacia la modificación de lo que se ha llamado técnica “ortodoxa” que incluya las aplicaciones generales de los principios psicoanalíticos a otros tipos de psicoterapia”* ( Knight, 1945 citado por Wallerstein 1995b, traducción personal), además confía en que el psicoanálisis permitirá el desarrollo de una *“ciencia básica de la psicología dinámica”, “Una ciencia básica sobre la cual toda psicoterapia competente debe basarse... cuyas principales contribuciones provienen del psicoanálisis”*(Knight 1949: 179 citado por Wallerstein 1989a, 1995b). Cita base para nuestra afirmación de que Knight fue uno de los primeros en reconocer como psicoanalíticas a las psicoterapias psicoanalíticas.

Knight propone por primera vez, y dentro del contexto psicoanalítico, una distinción fundamental entre los enfoques psicoterapéuticos psicoanalíticos existentes entre psicoterapias de apoyo (supportive) y psicoterapias expresivas (expressive): *“De las diferentes maneras posibles de clasificar los esfuerzos terapéuticos, la mayoría de los psiquiatras estarían de acuerdo en que podrían identificarse dos grandes grupos: aquellos cuya principal meta es apoyar al paciente, suprimiendo sus síntomas y el material psicológico eruptivo, y aquellos cuya principal meta es la expresión”*(Knight 1949 citado por Wallerstein 1989a, 1995b, subrayado añadido). Junto con esta propuesta de agrupación, utilizada hasta hoy, Knight plantea los criterios para utilizar una u otra forma de psicoterapia. Para la psicoterapia de apoyo señala: *“...puede estar indicada, incluso aunque el psicoterapeuta esté bien entrenado y tenga experiencia en las técnicas expresivas, cuando la evaluación clínica del paciente permite concluir que es demasiado frágil psicológicamente para ser tratado, o demasiado inflexible para ser capaz de una verdadera alteración de la personalidad, o excesivamente defensivo para ser capaz de conseguir el insight ...De hecho la decisión de utilizar medidas supresoras se toma debido a las contraindicaciones para el uso de los medios exploratorios”* (Knight 1949: 185 citado por Wallerstein 1989a, 1995b). Se aprecia claramente un sesgo hacia los enfoques expresivos, al plantear como criterio para la psicoterapia de apoyo, utilizarla sólo cuando el paciente sea inapropiado para las demás psicoterapias, es decir, como una psicoterapia por “descarte”, además plantea la *“psicoterapia supresiva o de apoyo también llamada psicoterapia superficial utiliza algunas herramientas como inspiración, reafirmación, sugestión, persuasión, apoyo, reeducación y similares y evita medidas investigativas y exploratorias”* (Knight 1949 citado por Wallerstein 1989a, 1995b,

traducción personal, subrayado añadido), donde por “psicoterapia superficial” pienso que entiende psicoterapia más cercana a lo consciente.

Por otro lado, la psicoterapia expresiva también llamada “psicoterapia mayor”, es definida en términos de las técnicas utilizadas: “... *psicoterapia expresiva utiliza algunas herramientas como interrogación exploratoria minuciosa, libre asociación, abreacción, confesión, relato de sueños, catarsis, interpretación y similares con el propósito de descubrir y ventilar material psicológico inconsciente y preconscious*” (Knight 1949 citado por Wallerstein 1989a, 1995b), “... *la psicoterapia principal y no debería aplicarse sin una minuciosa preparación en la psicología dinámica, suficiente experiencia en la evaluación clínica, práctica supervisada y aptitud personal*” (Knight 1949 citado por Wallerstein 1989a, 1995b). Al interior de esta modalidad de psicoterapias expresivas, Knight realiza otra distinción, considera que si bien la psicoterapia expresiva está vinculada al Psicoanálisis clásico, éste podría ser descrito como una variante de la psicoterapia expresiva “pura”: “*En otros casos que a primera vista se aprecian similares, la temprana evaluación clínica descubre mas dificultades neuróticas de las que aparecieron al comienzo y éstas dejan claro que el ajuste del paciente antes del evento precipitante fue precario como mejor. El objetivo terapéutico cambia ahora hacia una más completa alteración de la estructura neurótica de la personalidad y las técnicas expresivas lideres en psicoanálisis*” (Knight 1949 citado por Wallerstein 1989a, 1995b traducción personal). Es decir, el Psicoanálisis sería la máxima expresión de la psicoterapia expresiva.

En un trabajo posterior, Knight se dedica a diferenciar las metas de los enfoques por él planteados, es decir, enfoques de apoyo y exploratorios (expresivos), estableciendo en estos últimos, además, las metas e indicaciones del psicoanálisis, entendido como la cura tipo o clásica. Comienza con un planteamiento general respecto a las Psicoterapias Psicoanalíticas: “*La terapia debe adaptarse al paciente, siendo modificada para continuar adaptándose a él y sus mejorías o empeoramientos; El paciente nunca debería ser forzado dentro de un único método terapéutico... Quisiera con propósitos de discusión designar dos tipos fundamentales de aproximaciones o medidas psicoterapéuticas – una que es principalmente de apoyo y otra que es principalmente exploratoria*” (Knight 1952 citado por Wallerstein 1989a, 1995b traducción personal), reconociendo que pese a esta división principal los elementos de apoyo están presentes en todo tipo de psicoterapia: “*Todo tipo de psicoterapia – en buenas manos al final – involucra apoyo de algún tipo aunque no exista una palabra de*

*ánimo o reafirmación dicha por el terapeuta... Con el término “principalmente de apoyo” pretendo señalar la intención de apoyar y reconstruir los mecanismos de defensa y los métodos adaptativos utilizados habitualmente por este paciente antes de su descompensación, y la implementación de esa intención por medio de “técnicas de apoyo”*. (Knight 1952 citado por Wallerstein 1989a, 1995b traducción personal).

A su vez describe técnicas de apoyo externas e internas, las primeras incluyen hospitalización cuando sea indicado, reducción de demandas del entorno hacia el paciente, apoyo con las principales personas en la vida del paciente y similares. Las técnicas de apoyo internas serían *“reconstruir defensas que también incluye la cultivación de relacionadas pero nuevos mecanismos de defensa, el animar a investir intereses y esfuerzos en cultivar nuevas actividades sublimatorias y la instrucción del paciente en áreas de conocimiento y adaptación social donde él sea deficiente”* (Knight 1952 citado por Wallerstein 1989a, 1995b traducción personal).

Por último, Knight propone un listado de las técnicas propias de la psicoterapia de apoyo: *“Ánimo, aviso, ayuda activa en manejo factible del entorno; persuasión apropiada, exortación, bromear y elogiar, sugestión, prescripción de actividades diarias incluyendo lecturas de higiene mental, disposición temporal, recurrente o permanente apoyo mediante enfermera o compañía, largo rango de apoyo mediante menor frecuencia pero continuas entrevistas como las mejorías del paciente”* (Knight 1952 citado por Wallerstein 1989a, 1995b, traducción personal). Además eleva el estatus de la psicoterapia de apoyo al plantear que: *“Esta psicoterapia [de apoyo] es perfectamente respetable, valorable y efectiva que requiere hacer todo lo posible en destrezas y recursos del terapeuta”* (Knight 1952 citado por Wallerstein 1989a, 1995b, traducción personal).

Respecto a las metas y objetivos del enfoque expresivo, sitúa al psicoanálisis como expresión máxima de este tipo de psicoterapias: *“ofrece el mejor método disponible para lograr las metas más ambiciosas relacionadas con alteraciones fundamentales de la estructura del carácter, con eliminación o reducción al mínimo de los mecanismos neuróticos... el Psicoanálisis intenta llegar hasta el final de la exploración, siendo su meta alcanzar un nivel máximo de autoconocimiento y de alteración estructural de la personalidad”* (Knight 1952 citado por Wallerstein 1989a, 1995b traducción personal).

Las demás psicoterapias expresivas las ubica con un lugar y objetivos diferentes: *“La psicoterapia expresiva competente puede tener objetivos considerablemente diversos”*, añade: *“El campo más extenso y a menudo el más satisfactorio para la*

*psicoterapia exploratoria, que no incluye las metas más ambiciosas del psicoanálisis, descansa en aquellas condiciones clínicas que son identificadas como descompensaciones, relativamente recientes, surgidas de experiencias vitales traumáticas... la capacidad del psicoterapeuta para detectar la naturaleza de los eventos y las razones para la excesiva reacción del paciente a ellas... permite a él penetrar en el conflicto neurótico, conduciendo activamente la exploración y finalmente exponer la secuencia total de predisposición superando el difícil evento y la respuesta neurótica”* (Knight 1952 citado por Wallerstein 1989a, 1995b traducción personal)

Esta diferenciación entre las psicoterapias psicoanalíticas lleva a un tema importante y abarcado brevemente por Knight, el cual es la decisión de utilizar uno u otro tipo de las psicoterapias psicoanalíticas mencionadas, planteando que la decisión básica por parte del terapeuta se refiere a si ha de favorecer en primer lugar el control del impulso o la indagación y la expresión de éste, asumiendo en última instancia que la decisión de utilizar medidas de apoyo fué generalmente negativa, como hemos señalado por descarte, y que se tomo *“en realidad, debido a contraindicaciones para el empleo de recursos de indagación”* (Knight 1949 citado por Wallerstein 1966), es decir, cuando los pacientes no cumplen los requisitos habituales de analizabilidad

El trabajo de Knight y su división propuesta para las psicoterapias psicoanalíticas, desde las más expresivas hasta las más de apoyo, fueron asumidas rápidamente en el amplio contexto psicoanalítico de Norteamérica, constituyendo parte de la formación de psiquiatras en las escuelas de medicina y en los hospitales generales durante las dos primeras décadas luego de la segunda guerra mundial, al respecto cabe destacar la siguiente cita: *“En último análisis, sólo hay una psicoterapia, con muchas técnicas. Dicha psicoterapia debe fundarse en una ciencia básica de la psicología dinámica”* (Knight 1949 citado por Wallerstein 1966).

Además de la división e intento de orden propuesto por Knight en el terreno de las Psicoterapias Psicoanalíticas, este autor se reconoce por ser el primero en popularizar el concepto de “estado borderline”, traducido como estado limítrofe o fronterizo, al respecto señala: *“El término “estado limítrofe” no ha logrado casi ningún estatus oficial en la nomenclatura psiquiátrica, y no supone esclarecimiento diagnóstico más allá de la implicación de que el paciente está bastante enfermo aunque no francamente psicótico”* (Knight 1953b citado por Wallerstein 1989a, 1995b). En realidad, en ese tiempo indicaba más una incertidumbre del diagnóstico que una condición definida o conocida del paciente

Para nuestros fines, esta popularización y posterior formalización del “estado limítrofe” hecha por Knight, nos permite, al plantearse la contraindicación del psicoanálisis clásico para este tipo de pacientes, observar el reconocimiento del autor a la efectividad de la Psicoterapia Psicoanalítica para este tipo de pacientes, la cual permitiría, si es exitosa, un posterior tratamiento psicoanalítico clásico, como se desprende de la siguiente cita: *“incluso, aunque un análisis de prueba puede suscitar material aparentemente significativo y puede permitir al analista realizar las correspondientes formulaciones e interpretaciones significativas, el yo del paciente a menudo no puede hacer uso de ellas y, como consecuencia, pueden servir solamente para fomentar más elaboraciones autistas. De este modo, el psicoanálisis está contraindicado para la gran mayoría de casos limítrofes, por lo menos hasta haber concluido algunos meses de una psicoterapia analítica con éxito. Los psicoterapeutas pueden tomar como señal la mejor apariencia que estos pacientes son capaces de presentar y mantener en las intervenciones psiquiátricas cara a cara, donde la situación es estructurada y el terapeuta visible, personal y activo per se aporta una fuerza integradora para estimular las capacidades conservadas del paciente para la adaptación, integración y de contacto con la realidad que subsisten en él”* (Knight 1952 citado por Wallerstein 1989a, 1995b).

Los planteamientos hechos por Knight, gozaron de importante aceptación durante un período de tiempo, sentando las bases de los posteriores debates al interior del psicoanálisis norteamericano de los años cincuenta respecto a las diferencias y relaciones entre psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas, debates que tuvieron su punto cúlmine durante el año 1954, siendo reunidos en un número especial (Nº2) del *Journal of the American Psychoanalytic Association*.

#### *4.- Las diferencias comienzan con una definición de Psicoanálisis, Merton Gill:*

Merton Gill, activo participante en los mencionados debates de la década de los cincuenta en Estados Unidos, es quien desarrolla y extiende el trabajo de Knight. Gill se esfuerza sobre lo planteado por Knight en el complejo tema de delinear y diferenciar las psicoterapias psicoanalíticas del psicoanálisis.

El pensamiento de Gill ha sido prolífico, jugando un papel fundamental en delimitar similitudes y diferencias entre Psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas (Wallerstein, 1995b). De su revisión con vistas a la presente investigación, podemos dividirlo en dos períodos con escritos destacados en cada uno de ellos, así observamos un primer período con publicaciones como “*Ego psychology and Psychotherapy*” de 1951 y “*Psychoanalysis and Exploratory Psychotherapy*” de 1954, y un segundo momento con publicaciones como “*The Analysis of the transference*” de 1979 y “*Psychoanalysis and Psychotherapy: A revision*” de 1984.

El primer momento de Gill, con los escritos de 1951 y 1954, se sitúan en pleno debate sobre las diferencias y relaciones entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, ya Knight ha delineado una división ampliamente aceptada – psicoterapias de apoyo y psicoterapias expresivas- pero, considero, con incipientes aspectos vinculados a la teoría de la técnica de la psicoterapia psicoanalítica, salvo los argumentos para el “fortalecimiento de defensas”. Es en este punto -teoría de la técnica, donde Gill hace su aporte brindando una perspectiva más detallada de la división propuesta por Knight, aportando una perspectiva teórica que sustentaría las divisiones y la variedad de psicoterapias psicoanalíticas florecientes en ese tiempo.

El punto de comienzo de Gill es la definición hecha por Freud de psicoanálisis en 1914. *“Es lícito decir, pues, que la teoría psioanalítica es un intento por comprender dos experiencias que, de modo llamativo e inesperado, se obtienen en los ensayos por reconducir a sus fuentes biográficas los síntomas patológicos de un neurótico: el hecho de la transferencia y el de la resistencia. Cualquier línea de investigación que admita estos dos hechos y los tome como punto de partida de su trabajo tiene derecho a llamarse psicoanálisis, aunque llege a resultados diversos de los míos. Pero el que aborde otros aspectos del problema y se aparte de estas dos premisas difícilmente podrá sustraerse a la acusación de ser un usurpador que busca mimetizarse, si es que porfia en llamarse psicoanalista.”* (Freud, 1914d, subrayado añadido).

A la luz de esta definición y los planteamientos hechos por Knight, Gill introduce lo que será la base y piedra angular de todo su pensamiento: *“el punto de hecho es que la designación “psicoanálisis” es reservada para la técnica que analiza la transferencia y la resistencia. Terapia psicoanalítica es cualquier procedimiento que reconoce la transferencia y resistencia y racionalmente utiliza este reconocimiento en la terapia, aunque esto pueda hacerse de muy diversas maneras y parte o toda la*

*transferencia y resistencia puede no ser analizada*” (Gill 1951, citado por Wallerstein. 1995b, 1995).

Con la diferenciación esbozada, ya no sólo una descripción, sino que aspectos teóricos fundamentales para el Psicoanálisis -como transferencia, resistencia y modo de tratar con ellos-, será lo que diferencie a las psicoterapias psicoanalíticas del Psicoanálisis, visiblemente todas ellas dentro del encuadre teórico analítico. Al plantear que la transferencia se puede utilizar de *“muy diversas maneras”* y que *“parte o toda la transferencia y resistencia puede no ser analizada”*, propone la base para las diversas distinciones, desde las psicoterapias expresivas a las de apoyo. Para detallar más esta distinción, ahora con soporte teórico, especifica las diferencias entre psicoterapias psicoanalíticas y Psicoanálisis en base a sus objetivos y estrategias.

En primer lugar, respecto a los objetivos para el Psicoanálisis, el extremo de las psicoterapias expresivas propone: *“un progresivo análisis de la superficie a la profundidad; análisis de las defensas y los motivos para estas defensas; el desarrollo y análisis de la neurosis transferencial; resolución de síntomas y una completa alteración estructural de los aspectos neuróticos de la personalidad como sea posible”*.

Respecto a las psicoterapias plantea: *“En psicoterapia el objetivo puede ser cualquiera desde un rápido alivio de los síntomas tanto como sea posible con la restauración de la capacidad integrativa previa del yo, con un rango total minucioso de más ambiciosos objetivos elevados a análisis, el más ambicioso de todos. La elección de terapia puede ser dividida dentro de que determina el mínimo necesario para restaurar el funcionamiento del ego y en que esfuerzo para el máximo cambio es posible.”* (Gill 1951, citado por Wallerstein. 1995b, 1995 traducción personal).

En términos de estrategia propone: *“La decisión más significativa es entre fortalecer las defensas del yo o romperlas, como paso previo a la reintegración del yo... la decisión de fortalecer las defensas se efectúa en aquellos casos en los que esto es todo lo que se necesita, o en aquellos en los que es lo único posible”* (Gill 1951, citado por Wallerstein 1989, 1995b, 1995). Para el otro extremo de la gama psicoterapéutica, es decir el Psicoanálisis, plantea: *“Análisis es claramente el procedimiento para el rango medio en que el yo está suficientemente dañado y que una reparación extensiva es necesaria, pero suficientemente fuerte para soportar la presión”*,

Por último, sobre las técnicas, depura más las técnicas de apoyo concebidas principalmente como “fortalecimiento de defensas”, a pesar de su propuesta teórica basada en la transferencia. Las técnicas de apoyo propuestas son las siguientes:

1) Fomentar las actividades del yo donde la defensa se combina con gratificaciones adaptativas y el desaliento de gratificaciones desadaptativas que estén o no combinadas con la defensa.

2) Evitación de todo intento por develar o interpretar constelaciones defensivas esenciales para el equilibrio psíquico del paciente.

3) Selección de las interpretaciones, es decir, “las interpretaciones inexactas” planteadas por Glover, que ofrecerían una descarga parcial de los derivados instintivos, debilitando así en forma relativa la presión instintiva y hacen más fácil la labor de la defensa contra la presión restante.

Al término de su propuesta, Gill se detiene en una serie de problemáticas surgidas de sus planteamientos, como si es necesaria e inevitable la neurosis transferencial en las psicoterapias psicoanalíticas, frente a lo cual plantea una importante interrogante: *“La psicoterapia debe determinar cuan completa puede lograrse una alteración de la personalidad únicamente con un desarrollo parcial de la neurosis de transferencia”* (Gill 1951, citado por Wallerstein 1989, 1995b, 1995). Además señala: *“...cualquiera de los dos polos, fortalecimiento de defensas o análisis de ellas como primer paso hacia el la reintegración del yo dañado, mantiene la gruesa oposición de los dos modos teóricos de aproximación, la psicoterapia de cualquier caso específico mostrará intrincadas mezclas de ambos”* (Gill 1951, citado por Wallerstein 1995, 1995 traducción personal).

En un posterior artículo de 1954, Gill complementa las propuestas del artículo de 1951 y profundiza en su concepción teórica -transferencial-, que sustenta las diferencias y graduaciones desde el extremo expresivo -psicoanálisis-, hasta el extremo de apoyo. Comienza planteando una definición de psicoanálisis, que fue ampliamente aceptada y que ha perdurado a lo largo del tiempo hasta su propia revisión hecha el año 1979, la definición por él propuesta es: *“El psicoanálisis es esa técnica que, utilizada por un analista neutral, conduce al desarrollo de transferencia regresiva y a la resolución consiguiente de esta neurosis por medio, únicamente de las técnicas de interpretación”* (Gill 1954, citado por Wallerstein 1995b, 1995 traducción personal). Posteriormente elabora lo que será otro aporte a nuestro tema, resumiendo los diferentes objetivos del Psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica. *“...la discusión sobre los resultados psicoterapéuticos en Psicoanálisis y psicoterapia concibe a ambos, frecuentemente, como extremos opuestos; se considera al psicoanálisis como promoviendo cambios estructurales y a la psicoterapia como incapaz de producir ningún cambio intrapsíquico significativo, sino*

*sólo alterando las técnicas de adaptación del paciente a través de los efectos transferenciales o los cambios en las técnicas defensivas”* (Gill 1954, citado por Wallerstein 1989, 1995b, subrayado añadido), podríamos considerar esto como un cuestionamiento en la concepción y objetivos de la psicoterapia, que va más allá de sólo buscar la adaptación defensiva del sujeto mediante “apoyo”. Con esta visión aparece la siguiente pregunta planteada por Gill: “...*Surge el interrogante ...no hay nada más que decir sobre los resultados y los mecanismos en la psicoterapia prolongada, con metas más ambiciosas perseguidas por un terapeuta relativamente inactivo, y una psicoterapia intensiva”* (Gill 1954, citado por Wallerstein 1989, 1995) Gill llama a este tipo de psicoterapia “tipo intermedio de psicoterapia”, que estaría entre el extremo de apoyo y el extremo expresivo del Psicoanálisis, la define como: “*Esta es la psicoterapia realizada por personas orientadas o formadas analíticamente cuyas metas se encuentran entre la solución rápida de los síntomas [psicoterapias de apoyo] y el cambio en el carácter [Psicoanálisis] donde las técnicas son, en cierto sentido, intermedias -por ejemplo, la relativa neutralidad e inactividad; el trabajo de la transferencia, aunque no de una neurosis de transferencia regresiva completa; la interpretación como principal vehículo del comportamiento del terapeuta - y sugiero, donde los resultados también son de tipo intermedio.*” (Gill 1954, citado por Wallerstein 1989, 1995b). Es verdad que con lo planteado en esta cita, la ampliamente aceptada división de las psicoterapias entre expresiva y de apoyo comienza a diluirse, con el posible peligro hacia el psicoanálisis, entonces Gill especifica aún más su planteamiento: “*Deseo no ser mal interpretado, no estoy sugiriendo que la psicoterapia puede obtener los mismos resultados que el psicoanálisis, sino que una descripción de los resultados de la psicoterapia intensiva [Expresiva] pueden realizarse no sólo en términos de defensas, sino también en términos de alteraciones intrayóicas”* (Gill 1954, citado por Wallerstein 1989, 1995 subrayado añadido).

Con lo anterior ya se reconoce que la psicoterapia podría realizar algún nivel de cambio intrayóico, no sólo adaptación de defensas. Luego de proponer este “tipo intermedio de psicoterapia” ingresa al complejo tema de las prescripciones para ella, en un extremo de estas psicoterapias intermedias estaría aquella “principalmente de apoyo”, para la cual son preferidos los pacientes demasiado dañados para el psicoanálisis o las psicoterapias expresivas, que serían pacientes cuyos egos no son suficientemente fuertes para soportar la presión, quienes fallan en su equilibrio psíquico, el cual debe ser restaurado vía “fortalecimiento de defensas” que puede ser llevado a

cabo mediante una variedad de técnicas de apoyo que fueron detalladas como hemos visto por Knight y Gill entre otros.

Como contraindicación para las psicoterapias expresivas están aquellos pacientes: *“con presencia de importantes factores regresivos o el peligro de que puedan desarrollarse. Las circunstancias en que repentinamente comiencen psicosis luego del breve comienzo del Psicoanálisis deben ser atribuidas a la presión regresiva de la técnica per se en un balance de la personalidad precario”* (Gill 1954, citado por Wallerstein 1995, traducción personal).

Para las psicoterapias fundamentalmente expresivas, para Gill intermedias, son preferidos aquellos pacientes con enfermedades menos graves -problemas neuróticos circunscritos, desordenes reactivos agudos- o quienes necesitan ayuda para manejar estados transicionales de la vida. Sus egos, no excesivamente deformados, pueden tolerar esfuerzos de “análisis de las defensas” con la extensión necesaria mediante los métodos establecidos de interpretación que guían al insight. Es decir, son pacientes en el otro extremo, demasiado bien o sanos para Psicoanálisis en el sentido de que ellos no requieren ni justifican un tratamiento tan ambicioso ni tan extendido.

Con la propuesta de Gill, se abre toda una gama de posibilidades e incertidumbres teóricas en la aplicación de la teoría psicoanalítica a la psicoterapia. En todo caso Gill advierte: *“En contraste con nuestro analista, el psicoterapeuta, por una lado, está dispuesto a permitir que muchas manifestaciones transferenciales permanezcan sin resolver y por otro lado, a comportarse de manera que dificultaría mucho su resolución si se propusiera intentarlo”* (Gill 1954, citado por Wallerstein 1989, 1995).

Con esta perspectiva que se abre ¿cómo se pueden entender, desde un encuadre teórico psicoanalítico, los cambios producidos por las psicoterapias psicoanalíticas?. Al respecto ya hemos visto que el Psicoanálisis busca la máxima resolución posible de los conflictos, por medio de interpretaciones que revelan las raíces genético dinámicas del conflicto, hasta sus prototipos infantiles, pero ¿qué ocurre en las psicoterapias psicoanalíticas?, ¿ocurre cambio sin resolución de conflictos o con menor grado de resolución?. Tanto Wallerstein en sus revisiones y síntesis apunta al igual que Gill en 1954 al tema de los “Conflictos derivados” como posible respuesta a estas interrogantes, planteando: *“Me gustaría mantener abierta la cuestión de que incluso cuando el conflicto básico se encuentre sin resolver y bajo la suficiente presión, pueden volverse a reactivar los conflictos derivados anteriores; los conflictos derivados desarrollan un*

*nivel relativo de autonomía y existen de una forma que permiten una resolución relativamente estable, incluso con técnicas psicoterapéuticas de naturaleza más intensiva y menos directiva de lo que he descrito”* (Gill 1954, citado por Wallerstein 1989, 1995 subrayado añadido). Con lo señalado, podemos suponer que la “suficiente presión” a la que Gill se refiere podría ser externa, con lo cual incorporar aspectos del entorno sería característico de las psicoterapias psicoanalíticas. Este tema de los “conflictos derivados” abre un arduo debate respecto a la posibilidad de realizar una psicoterapia realmente definitiva, es decir, no paliativa, superficial, sugestiva, educativa o de menor calidad como se había venido planteando, sino que produzca cambios estables incluso fuera del marco analítico, en términos de Gill: *“Confío en mostrar...que se logran resultados más importantes en [en psicoterapia] de lo que según creo, a menudo se admite”* (Gill 1954, citado por Wallerstein 1966).

En su presentación del Simposio de Atlanta en 1979, el cual tenía como objetivo actualizar las posturas más marcadas de los debates de los años cincuenta, considerando los avances teóricos ocurridos en casi veinticinco años, Merton Gill, uno de los más claros exponentes en los años cincuenta junto a Leo Stone y Leo Rangel de la postura principal del Psicoanálisis de marcar claramente las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, expone un cambio radical en su punto de vista de estas diferencias que lo llevan polémicamente a la postura contraria de borrar las diferencias, postura fuertemente defendida por Alexander y marcadamente criticada por Gill en los años cincuenta. Su presentación a este simposio, que sería publicada en el año 1984, comienza resumiendo sus propuestas del año 1954: *“La verdad de mi ponencia de 1954 fué insistir sobre la diferencia [entre Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica] y al mismo tiempo reconocer que las dos eran un continuo. Mi conclusión de entonces fue que conflictos “relativamente autónomos” pueden ser resueltos en psicoterapia y que en todo caso la distinción entre ambas no debe ser exagerada.”* (Gill 1984 traducción personal). Respecto a este punto, de que conflictos “relativamente autónomos” pueden resolverse en psicoterapia plantea: *“Yo todavía considero que esto puede ser verdad a pesar del énfasis que he puesto ahora en los efectos inadvertidos de la transferencia que se han permitido mantener no resueltos en psicoterapia”*. Además, recuerda su caracterización del psicoanálisis del año 1954 en base a los criterios extrínsecos: *“Yo también acordé que sólo el Psicoanálisis es caracterizado por los criterios intrínsecos que yo usualmente aceptaba”* (Gill 1984 traducción personal). Luego realiza una advertencia a modo de introducción a su revisión crítica de los criterios intrínsecos y extrínsecos del

psicoanálisis: *“Los cambios que propondré son más radicales que una simple extensión de las recomendaciones que hice en 1954 de intentar llevar más del espíritu no directivo del Psicoanálisis dentro de muestras psicoterapias”,* además *“Con esto quiero decir que la técnica analítica tal y como la definiré debería utilizarse lo más posible, incluso si el paciente no reúne condiciones óptimas: asiste al psicoanálisis con menor frecuencia de lo usual, utiliza una silla en vez de diván, no se compromete a un tratamiento de larga duración, está más enfermo de lo que suele considerarse un paciente analizable, e incluso si el terapeuta tiene relativamente poca experiencia. En otras palabras, voy a recomendar que limitemos espectacularmente nuestras indicaciones para la psicoterapia psicoanalítica y en cambio practiquemos principalmente el psicoanálisis como lo definiré”* (Gill 1984 traducción personal).

Por criterios intrínsecos, Gill se refiere a aquellos por los cuales usualmente se define al Psicoanálisis y que él aceptaba, siendo éstos: *“La centralidad del análisis de la transferencia, un analista neutral, la inducción de la neurosis de transferencia regresiva y la resolución de ésta principalmente por interpretación o al final principalmente por interpretación”* (Gill 1984 traducción personal). Por otro lado, por criterios extrínsecos se entiende: *“sesiones frecuentes, el diván, un paciente relativamente bien integrado esto es, uno que es considerado “analizable” y un psicoanalista completamente entrenado”* (Gill 1984 traducción personal), criterios usualmente reconocidos y aceptados.

Resalta posturas actuales y habitualmente utilizadas para distinguir entre Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica: *“Aquellos analistas que contrastan Psicoanálisis y psicoterapia más claramente están vinculados a usar la fórmula de que la transferencia es analizada en Psicoanálisis pero manipulada en psicoterapia. Aquellos que fueron impresionados por la sobreposición [entre Psicoanálisis y psicoterapia] dijeron que esta fórmula opone los métodos claramente.”* (Gill 1984 traducción personal).

Luego fundamenta clara y poderosamente la importancia de establecer una distinción, hoy en día más que en los años cincuenta: *“La cuestión de la relación entre Psicoanálisis y psicoterapia es ahora más importante en la práctica de hoy en día de lo fue en 1954 debido a las dificultades prácticas para mantener los usualmente aceptados criterios extrínsecos del análisis”* (Gill, M: 1984 traducción personal). Propone luego la pregunta capital para la búsqueda de las diferencias y relaciones entre Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica: *“¿cuán ampliamente puede el rango de los criterios*

*extrínsecos ampliarse antes de que el analista deba decidirse por psicoterapia en vez de Psicoanálisis?” (Gill 1984 traducción personal). Para responder a esta pregunta, recorre las significativas variaciones de los criterios extrínsecos a través de la historia, comenzando con el primer criterio extrínseco “frecuencia de las sesiones psicoanalíticas”, en el cual destaca la disminución de sesiones desde Freud en adelante, quien disminuye desde seis sesiones semanales a cinco y luego cuando los casos estaban avanzados a tres sesiones semanales, “Parecería obvio que uno puede realizar más con mayor frecuencia simplemente debido a que existe más tiempo para el trabajo aparte de la interpretación. Uno puede simplemente asumir que más es mejor. La frecuencia óptima puede diferir de paciente en paciente. Nosotros no debemos confundir frecuencia óptima con frecuencia ritualizada obligatoria” (Gill 1984 traducción personal).*

En referencia al segundo criterio extrínseco “uso del diván”, reconoce que el argumento que plantea que “la” técnica analítica no puede ser utilizada en una posición cara a cara, es una variante de la idea de que son los estímulos externos más que la interpretación del paciente de esos estímulos, el tema que importa.

Respecto a la experiencia del terapeuta plantea: *“Terapeuta utiliza la técnica de acuerdo al grado de sus destrezas y comodidad dentro de la exposición de la experiencia transferencial que la relación permite” (Gill, M.: 1984 traducción personal). Respecto al tipo de paciente adecuado a la técnica analítica, es decir el tercer criterio extrínseco, propone: “El tema de la patología del paciente ha recibido extensa discusión en nuestra literatura, una minoría de analistas cree que un estricto análisis puede y ciertamente debe conducirse con todos los enfermos mientras que la mayoría de los analistas cree que al final importantes alteraciones de la estricta técnica son obligatorias.” (Gill, M.: 1984 traducción personal).*

Finalmente, se refiere al tema usualmente aceptado de la relativamente larga duración con final abierto, es decir, sin término del trabajo analítico: *“No conozco el límite menor en duración, para el uso de la técnica defendida por mí, pero yo la he utilizado en terapia preestablecida de una vez por semana de final no mayor que nueve meses” (Gill 1984, traducción personal).*

Con esta crítica revisión de los criterios extrínsecos, Gill nos argumenta que este tipo de criterios son insuficientes para diferenciar el psicoanálisis de la psicoterapia, mostrando además, que los intentos por basar la diferenciación del psicoanálisis en ellos sólo aumentan los errores de la técnica clásica, al igual que la aplicación de los criterios extrínsecos de manera ritualizada puede tener un efecto contrario en el paciente:

*“Ningún sentido de cualquier aspecto del setting analítico se puede dar por sentado. Esto continúa con que ninguna prescripción universal puede ser entregada para este o aquel tipo de caso... El sentido del setting debe ser analizado en cada instancia”* (Gill 1984, traducción personal).

Dada la insuficiencia de los criterios extrínsecos para diferenciar psicoanálisis de psicoterapia psicoanalítica, promueve la reconceptualización de los criterios intrínsecos. *“Mi reconceptualización de estos criterios intrínsecos del análisis llamados generalmente transferencia y su análisis, el analista neutral, la neurosis de transferencia regresiva, libre asociación y el rol de la experiencia en adición a la interpretación me han llevado a la conclusión de la centralidad del análisis de la transferencia, como he definido transferencia...es únicamente la característica distintiva de la técnica analítica...que es la característica distintiva del psicoanálisis. Esto es lo que lo distingue de la psicoterapia. Esto se mantiene para mí y trataré de mostrar como esto puede ser mantenido incluso en un rango expandido de criterios externos.”* (Gill 1984 traducción personal).

La pregunta surge de inmediato ¿por qué sólo el análisis de la transferencia es lo fundamental y distintivo de la técnica analítica? La respuesta surge de la revisión crítica que hace Gill de los criterios intrínsecos habitualmente aceptados, revisión que comienza por el “análisis de la transferencia”, fundamento de su propuesta: *“El objetivo del psicoanálisis es un análisis de la transferencia tan completo como sea posible, mientras que la psicoterapia no lo hace, esto se mantiene correcto, pero esta fórmula adquiere un nuevo sentido a través de los cambios en mi concepto de transferencia y su análisis”* (Gill, M.: 1984 traducción personal).

Gill luego realiza una exposición de los fundamentos de su cambio en la concepción de la transferencia y su análisis, que expondremos brevemente dados los objetivos de la presente investigación. Las bases detalladas de lo expuesto aparecen en su artículo *Psychoanalysis and Psychotherapy: A revision* de 1984 y en profundidad en sus artículos *The analysis of the Transference* de 1979 y *Analysis of Transference* de 1982.

Algunos de sus fundamentos para su cambio en la concepción y análisis de la transferencia son:

- I La noción de “transferencia no contaminada” Gill la considera un “mito”, argumentado que *“La expresión de la transferencia está siempre influenciada por el aquí y ahora de la interacción entre el analista y el paciente. Pero*

*además la naturaleza de la interacción interpersonal es que la transferencia siempre tendrá algún grado de posibilidad en términos de algo relacionado con el analista” (Gill, M.: 1984 traducción personal). Así la idea de una “transferencia no contaminada” al igual que “la libre asociación” serían erróneas, ya que ambas se ven afectadas e influidas por la situación terapéutica, en términos de Gill “*Tanto la transferencia como la libre asociación son equivocadamente consideradas como no influenciadas por la situación terapéutica y simultáneamente y paradójicamente siendo fuertemente influenciadas por ellas mismas!*” (Gill 1984, traducción personal).*

- II. La examinación de la transferencia puede comenzar con una cuidadosa clarificación de *qué exactamente es, la experiencia del paciente* incluyendo cualquier influencia envuelta en la actual situación.
- III. El análisis de la transferencia luego de la clarificación de qué es lo que el paciente está experimentando de la relación, puede comenzar con una búsqueda del *“qué hace a la experiencia del paciente al final algo posible para él, esto es uno de los mayores cambios desde el usual énfasis en como la experiencia del paciente es una distorsión de la situación a un énfasis en como la experiencia del paciente puede ser comprendida como una posible comprensión de la situación.”* (Gill, M.: 1984 traducción personal, subrayado añadido).
- IV. *“El mayor rol en la resolución de la transferencia es jugado por el paciente cuando ve que su posible sentido de la situación es en efecto no más que sólo un posible y no inequívoco, esto es, que su experiencia de la situación está basada en un mayor o menor grado en determinantes dentro de sí mismo”* (Gill, M.: 1984 traducción personal, subrayado añadido).
- V. La conciencia de algunos determinantes guiará probablemente, tarde o temprano, a datos del pasado que ayudan a explicar cómo ellos vienen a ser.
- VI. El paciente no sólo experimenta la situación analítica en un sentido que confirme sus preconcepciones, sean concientes o no, él también se conduce en un sentido diseñado para conseguir que el terapeuta justifique esas preconcepciones, en otras palabras, el paciente estimula la contratransferencia.

Gill se basa en estos puntos y en otros esmeradamente detallados para su concepción de la transferencia y su análisis siendo, al final de su presentación, donde nos ofrece una definición de lo que entiende por transferencia: *“La transferencia es la*

*expresión simultáneamente activa de patrones preexistentes y la experiencia de la situación y esto es una unidad indivisible. En todo caso uno puede asignar diferentes pesos a los dos cursos.”* (Gill 1984, traducción personal), detallando luego los componentes de la transferencia, destacando nuevamente que son indivisibles: *“Yo considero que la transferencia tiene dos cursos de determinantes los cuales son sólo separables en un nivel conceptual y engañosamente, siendo estos: Los patrones interpersonales de expectativas y conductas que el paciente trae al tratamiento por un lado y la actual situación de tratamiento incluyendo su setting y las intervenciones del analista por el otro.”* (Gill 1984, traducción personal subrayado añadido).

El análisis de la transferencia lo propone como: *“El análisis de la transferencia puede ser definido como intentos por comprender la experiencia actual del paciente en relación con el analista, incluyendo las posibles trayectorias en el aquí y ahora, que son trayectorias dentro de la experiencia pasada, deseos y conflictos pueden ser iluminados y más concientes, donde una flexible integración acerca del pasado y presente es producida”* (Gill 1984, traducción personal).

Al interior de su presentación respecto a la transferencia, reconoce que el análisis de la transferencia es un punto capital para las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, por lo cual destaca ciertos aspectos de la transferencia que afectan a las diferenciaciones basadas en el trabajo con la transferencia, es decir, su análisis en psicoanálisis y manipulación o evitación en psicoterapia psicoanalítica.

Destaca la idea habitual y errónea de que la transferencia puede ser controlada en mayor o menor grado, y más específicamente, que su desarrollo puede ser inhibido en psicoterapia. Al respecto plantea que sus argumentos han recalcado la importancia del trabajo con la transferencia en el aquí y ahora, lo cual muestra que con la transferencia sólo se pueden evitar las *manifestaciones* de ella, siendo necesario reconocer que la transferencia se manifiesta regular y ubicuamente. Esta es su base - considerar la regular y constante (ubicua) manifestación de la transferencia-, tanto en psicoanálisis como psicoterapia psicoanalítica características que impedirían su fomento o inhibición.

Continúa luego con su revisión crítica del segundo criterio intrínseco, según fue definido por él en 1954. “un analista neutral”. Para él esta aseveración implica que advertida o inadvertidamente la influencia del terapeuta en la transferencia es evitable, si bien reconoce que esto fue una recomendación, pero que *“el esfuerzo por evitar efectos sobre la transferencia no puede ser cumplido, principalmente porque el paciente*

*inevitablemente interpreta la conducta del analista en otros sentidos que aquellos que el analista ha intentado*” (Gill 1984, traducción personal), sin embargo, para Gill esto muestra un aspecto fundamental de la teoría psicoanalítica: *“el sentido que una persona otorga a una situación externa nunca será determinado desde el exterior solamente”* (Gill 1984, traducción personal).

Resume su posición respecto a la neutralidad: *“El analista trata de evitar conducirse de una forma que pueda ser construida correcta y claramente como obvio reflejo de algún intento erótico u hostil, pero en todo caso él no puede dar nunca por sentado que una conducta particular de su parte posee un sentido particular para el paciente, también debido a que él no puede tener un inequívoco conocimiento de sus intenciones y de la transferencia. Para saber el sentido el debe explorar la experiencia del paciente”*. (Gill 1984, traducción personal).

El tercer criterio intrínseco revisado es “la neurosis de transferencia regresiva”, frente a la cual muestra la clara falta de acuerdo respecto a las diferencias entre transferencia y neurosis de transferencia existentes en la literatura psicoanalítica, concluyendo: *“...al final la distinción entre transferencia y neurosis de transferencia es artificialmente inducida por la manera en que el análisis es habitualmente practicado”* (Gill 1984, traducción personal). Al respecto considera que el manejo habitual de la transferencia es, en un comienzo no interpretarla manteniéndola implícita, evitándola, con lo cual llega el momento en que para algunos aparece la “verdadera transferencia”, vinculada a la neurosis artificial. Para Gill, la aparición de esta neurosis transferencial está fuertemente influenciada por el hecho de que la transferencia ha sido sistemáticamente ignorada desde un comienzo, para él, la aparición de la transferencia esta co-determinada, lo cual generalmente no es examinado.

Luego de la revisión de los argumentos sobre la neurosis de transferencia llega a dos conclusiones: *“Primero, el rol de la inadvertidamente sugestiva conducta del terapeuta en inducir la neurosis de transferencia ha sido subestimado, mientras la falla para interpretar sus manifestaciones disfrazadas ha sido incomprendida en el sentido de que ésta ha sido evitada desde su existencia. Segundo, la técnica de interpretación, claramente obvia, no obstante, disimula las expresiones de la transferencia en el aquí y ahora desde el comienzo...”* (Gill 1984, traducción personal).

Respecto a la regresión plantea: *“El argumento de que la regresión es una parte necesaria del método analítico está basado en la idea de que una neurosis infantil temprana ha sido reactivada y resuelta. Creo que la amplia idea de que un estado*

*temprano puede ser reinstalado es como tal una ilusión. Es más, en el sentido en que la neurosis infantil se mantiene activa en el presente ésta debería manifestarse en el presente y no requiere medidas especiales para traerla a la vida”, “Lo que uno puede ver en análisis no es un nivel de regresión más allá del que caracteriza la patología del paciente pero es un dibujo dentro de la conciencia de la manifestación regresiva que aumenta a tal punto de tener que haber sido expresadas en disfraz.” (Gill 1984, traducción personal).*

Gill critica que junto con el supuesto de que la regresión es necesaria para un análisis, está la idea de que el análisis es un proceso de todo o nada, es decir, que si no se lleva a término las ganancias obtenidas son perdidas “...*Esto es que el análisis es un tipo de proposición de todo o nada, proporcionando sus resultados positivos sólo si es llevado hasta el final. Esta es una creencia que puede sostener al paciente y analista a través de largos períodos de aparente estancamiento y puntos muertos, pero esta creencia se ofrece como una vana ilusión. Freud comparó la interrupción del análisis con la interrupción de una operación quirúrgica. Yo sugiero, por el contrario, que en el camino del cambio, de conducir como estoy proponiendo el análisis, puede existir un proceso con acumulación de beneficios, interrumpido en varios puntos sin una necesaria pérdida de lo que se ha ganado.*” (Gill 1984, traducción personal).

En la revisión del último criterio intrínseco propuesto por él en 1954, que apunta a que “la neurosis de transferencia debería ser resuelta solamente por interpretación”, reconoce que el menosprecio de los aspectos relacionales como factor mutativo en psicoanálisis fue un esfuerzo por mantener claras las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia, vuelve a reconocer que los efectos de la psicoterapia no son simples curas transferenciales a pesar de su actual énfasis en el análisis de la transferencia.

Ya en la revisión de este último criterio, es decir, la resolución de la neurosis de transferencia solamente o principalmente por interpretación, reconoce lo medular para su cambio de visión que se basa en el reconocimiento de otro tipo de relación interpersonal junto a la actuación de la transferencia, que no está deliberadamente comprometida con medidas terapéuticas, relación que juega un papel importante tanto en análisis como en psicoterapia. Para Gill esta nueva relación es la “*nueva experiencia*” que el paciente encuentra en la relación en sí misma, una experiencia que nunca antes ha tenido, con la particularidad de que esta nueva experiencia se acompaña de la interpretación de la transferencia. Esta experiencia es fundamental para la resolución de la neurosis del paciente. “*La nueva experiencia interpersonal que es parte de este*

*complejo total [transferencia y relación] es vital para la revelación y reestructuración de la neurosis del paciente como Strachey (1934), Loewald (1960) y más recientemente Dewald (1979) han enfatizado.*” (Gill 1984, traducción personal).

La reconceptualización presentada por Gill, primero de los criterios extrínsecos y luego de los intrínsecos es la base de su conclusión, mencionada en el comienzo de su revisión crítica: *“Mi reconceptualización de estos criterios intrínsecos del análisis llamados generalmente transferencia y su análisis, el analista neutral, la neurosis de transferencia regresiva, libre asociación y el rol de la experiencia en adición a la interpretación me han llevado a la conclusión de la centralidad del análisis de la transferencia, como he definido transferencia...es únicamente la característica distintiva de la técnica analítica...que es la característica distintiva del psicoanálisis. Esto es lo que lo distingue de la psicoterapia.”* (Gill 1984 traducción personal).

Por último Gill se refiere a los objetivos predeterminados en los tratamientos, punto sensible de algunas psicoterapias psicoanalíticas: *“No sólo hago un cuestionamiento de la deseabilidad de un objetivo predeterminado, sino que también cuestiono la deseabilidad de un objetivo ambicioso predeterminado que posteriormente podría ser caracterizado como un criterio extrínseco presupuestamente necesario para un análisis”* (Gill 1984 traducción personal). Dentro de este punto, se refiere a los criterios antes polémicos de las indicaciones para psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica planteando: *“En cada caso el setting de un objetivo por el terapeuta, sea explícito o por implicación, dentro de recomendar entre psicoanálisis o psicoterapia, es el tratamiento preferido por él donde la mayor iniciativa es de su parte...”*(Gill 1984 traducción personal).

Concluye su presentación preguntando si la técnica por él descrita -análisis sistemático de la transferencia como él la entiende- en setting más bajos que el óptimo para un análisis clásico continuará llamándose psicoanálisis. Su respuesta es: *“Ahi deben saber existen diferentes nombres para un análisis llevado a cabo tan completamente como puede ser y uno que es parcial e incompleto. El nombre de psicoterapia psicoanalítica debe reservarse para la técnica que no trata con la transferencia en el sentido que yo he sugerido y que es el criterio esencial de la técnica analítica. Si una terapia que usa la técnica analítica con menos que óptimos criterios extrínsecos y sin la intención de ir más allá no puede uno llamarla psicoanálisis, tampoco psicoterapia psicoanalítica, ¿Cómo debe ser llamada? Terapia Psicoanalítica puede ser la solución a pesar de que ese nombre fué utilizado por Alexander para lo que yo llamo psicoterapia psicoanalítica. En todo caso ya tendré más tiempo para*

*preocuparme sobre el nombre si en general mis argumentos ganan alguna aceptación.*” (Gill 1984 traducción personal).

Con esta aseveración final de Gill, se aprecia que él entiende, y así lo propone, que la designación de “psicoterapia psicoanalítica” es para aquellas aproximaciones terapéuticas que no son psicoanálisis o no pertenecen a lo que Gill considera psicoanálisis, pues no interpretan sistemáticamente la transferencia como él la ha definido. Esta aseveración aparece como bastante contradictoria en Gill, dado que él reconoce que su cambio se basa en el reconocimiento de “*otro tipo de relación interpersonal junto a la actuación de la transferencia*” (Gill 1984 traducción personal) que denomina “*nueva experiencia*” con poder mutativo, en la cual descansaría la psicoterapia. En esta misma línea de pensamiento, vemos en esta última propuesta de Gill un retroceso de los intentos clarificadores y diferenciadores entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica hoy en día con algún grado de consenso, su actual propuesta de designar como “psicoterapia psicoanalítica” a las intervenciones técnicas que no interpretan sistemáticamente la transferencia es una vuelta a lo que Knight originalmente en los años cuarenta y cincuenta denominó “psicoterapia de apoyo”. La propuesta de Gill está muy cercana a las primeras diferenciaciones de psicoanálisis y derivados de la sugestión, y que el psicoanálisis, según lo entiende Gill, sería la única forma válida de tratamiento aunque no conserve ninguno de sus criterios extrínsecos. Pareciera que Gill con su propuesta hubiera encontrado el “oro puro del psicoanálisis”, olvidando que muchos autores han reconocido que el “oro puro”, si es que existe, sólo se encuentra en los museos y que las aleaciones han surgido para mejorar las propiedades de los metales como podríamos entender la psicoterapia psicoanalítica, además ya es reconocido y probado que no existen formas puras de psicoterapia ni de psicoanálisis, sino que ambas infiltran como, reconoce Gill, sus aspectos interpretativos e interaccionales.

Respecto de a quiénes debería enseñarse esta técnica, por lo visto aún sin nombre definitivo, propone: “*Quiero argumentar que la definición de la técnica analítica a la que finalmente he arribado, puede ser enseñada para todos los psicoterapeutas y como bien sea esta empleada dependerá de su entrenamiento y talento natural para el trabajo*”. (Gill 1984 traducción personal), agreguemos que es bien sabido cuál es el máximo nivel de entrenamiento que se reconoce en la comunidad psicoanalítica

Con el cambio radical de su postura frente a las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, que algunos autores han definido como un cambio desde la psicología de un individuo a la psicología de dos individuos y sus fuertes cuestionamientos de aspectos básicos de la técnica psicoanalítica clásica, surge una pregunta importante a pesar de que se aleje de nuestro objetivo de investigación ¿Qué lleva a este fuerte exponente de las diferencias claras entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica a cambiar, digamos, radicalmente sus concepciones de estas diferencias? que son en todo caso el reflejo de su revisión y cambio teórico, al respecto, Gill plantea: *“Mi cambio de concepción de los criterios intrínsecos del análisis, comenzaron en algunos esfuerzos por aplicarlos y la experiencia en enseñarlos a terapeutas de variada experiencia...”* (Gill, M: 1984 traducción personal), es decir, el comienzo de su reconceptualización fue la realidad clínica cotidiana, único espacio -considero- para la validación de propuestas teóricas, además de la enseñanza a terapeutas de variada experiencia, que considero un lugar de reflexión y crítica de las propuestas teóricas. Preguntado en otra ocasión sobre los porqué de su cambio plantea: *“La razón por la que hizo tardamente su revisión teórica, fue probablemente lo que denominó la cultura “objetivadora”, la “psicología de una persona” derivada de un desfasado modelo médico que había influenciado grandemente el psicoanálisis americano”* (Migone 2000, citando a Gill 2000).

##### 5.- *Indicaciones ¿psicoanálisis o psicoterapia?, Leo Stone:*

Otro autor participante del debate de los años cincuenta fue Leo Stone. con la misma base que Gill, expone de manera más compleja e intrincada sus planteamientos. También comienza exponiendo su definición del Psicoanálisis como terapia: *“...Intrincada y relativamente constante configuración de técnicas ...que a pesar del juicio objetivo individual de su valor, estos preceptos interpretados con variedad de grados de flexibilidad o rigidez, con ocasionales modificaciones o elaboraciones por razones especiales y el desarrollo de ciertas tendencias interpretativas del yo y del análisis del carácter ha continuado proporcionando el amplio lineamiento de procedimientos para la mayoría de analistas”* (Stone 1951, citado por Wallerstein 1995b, traducción personal). En realidad esta definición sólo nos proporciona una idea vaga por cierto, de que el psicoanálisis es un conjunto de técnicas que pueden ser variadas o

modificadas en ocasiones especiales, lo cual entrega formas de procedimiento diferentes a los analistas. En general no aporta mucho a nuestro tema ya que no hay propuestas teóricas de cuáles son esas técnicas y cómo se modifican.

El aporte de Stone se refiere principalmente a un intento de diferenciación de los principios que operan en Psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas, así como de sus indicaciones, lamentablemente Stone no reconoce las divisiones planteadas por Knight y ampliamente aceptadas de las psicoterapias psicoanalíticas en modalidad expresiva y modalidad de apoyo, sin embargo su listado de técnicas e indicaciones diferenciales han sido una de las más elaboradas y referente incluso hasta hoy.

Stone plantea las siguientes técnicas como fundamentales del Psicoanálisis: Libre asociación, frecuencia, regularidad, reclinación [diván], pasividad general del analista, neutralidad, abstinencia, confinamiento a la interpretación. Para las psicoterapias psicoanalíticas Stone es muy poco claro, y a mi parecer peyorativo, respecto a las técnicas utilizadas: *“Psicoanálisis es como cualquier ciencia, llena de problemas sin resolver. En todo caso esta relativamente bien definida y sistematizada en su proceder, comparado con este amplio y caótico campo que va desde la simple sugestión a el procedimiento más usualmente referido como “psicoterapia” que presiona por una superficial semejanza con el Psicoanálisis pero que debido a la inclusión de importantes variables es muy pobremente definida altamente impredecitiva y excesivamente difícil de evaluar”* (Stone 1951, citado por Wallerstein 1995, trad. personal ).

Su intento por realizar distinciones o límites entre Psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas, ahora a un nivel más conceptual, es menos claro, al respecto plantea: *“La distinción funcional actual entre Psicoanálisis y psicoterapia breve [frase de Stone para designar todas las psicoterapias psicoanalíticas que no son Psicoanálisis] es por supuesto real, con dudas sólo en el área donde existen ciertos reensamblajes, pero esto es, precisamente, en esta área, que es más importante que la distinción se mantenga”* (Stone 1951, citado por Wallerstein 1995, traducción personal), sin embargo, Stone asume la posición de que las psicoterapias psicoanalíticas se ubican en un continuo: *“Uno puede pensar en un continuo desde el libre juego de las relaciones humanas en que no hay intención psicoterapéutica consciente -pero que obviamente juega un rol enormemente importante en la vida de la gente relativamente normal- hasta la objetiva y precisa relación entre el cirujano y su paciente que Freud idealizó. La genuina técnica psicoanalítica y la psicoterapia breve [término de Stone para su mezcla de conceptos sobre la psicoterapia] se alejan de estos dos polos, e incluso definitivamente distantes*

*una de otra en direcciones opuestas*” (Stone 1951, citado por Wallerstein 1995, traducción personal ).

Stone no fue claro en las delimitaciones en un terreno técnico ni tampoco conceptual, tanto es así que utiliza denominaciones amplias como “*psicoterapia breve*” para referirse a todo el espectro de psicoterapias que como hemos visto en esta última cita reconoce y que por lo demás era conocido y aceptado ampliamente.

El punto y aporte mas desarrollado por Stone es referido a las indicaciones y contraindicaciones para las psicoterapias psicoanalíticas y el Psicoanálisis, solo que Stone considera como principal para decidir entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica una indicación práctica: “*El grán número de pacientes quienes debido a causas de limitaciones de dinero o tiempo no pueden ser analizados*” (Stone 1951, citado por Wallerstein 1995, traducción personal ). Esta aparente razon “práctica” posee importantes supuestos que es necesario aclarar, primero, implica que el Psicoanálisis clásico no posee limitaciones respecto a los pacientes a quienes tratar, segundo, son sólo las limitaciones monetarias o temporales lo que sustentan la aparición de psicoterapias psicoanalíticas, es decir, una postura de retroceso respecto del avance y nivel de desarrollo de las psicoterapias psicoanalíticas en ese tiempo, que se mantiene en autores contemporaneos como Kenberg (1999).

Las indicaciones para estos pacientes (podríamos suponer pobres y sin tiempo) serían:

1. Pacientes demasiado enfermos o con circunstancias de vida muy poco propicias como para beneficiarse del Psicoanálisis.
2. Los pacientes cuyas enfermedades son demasiado leves como para justificar un Psicoanálisis.
3. Los trastornos reactivos agudos.
4. Los estados transicionales, los reajustes psíquicos y los cambios en la fase evolutiva.
5. La necesidad de trabajo preanalítico preparatorio o, en algunos casos, seguimiento o trabajo posterior.
6. Indicaciones específicas para ciertos tipos de carácter y patrones de enfermedad.
7. Pacientes con excesivo beneficio secundario.

Esta lista hecha en base a la visión amplia y poco definida de “*psicoterapia breve*”, no permite distinguir a aquellos pacientes indicados para modalidades de

psicoterapia expresiva o de apoyo, por otra parte, con esta lista de indicaciones queda claro y es asumido también por Gill que el Psicoanálisis es el procedimiento para pacientes intermedios no muy dañados (adecuados para una modalidad de psicoterapia de apoyo), ni muy sanos (adecuados para la modalidad expresiva de la psicoterapia).

En un posterior artículo del año 54, que recoge sus propuestas en los paneles patrocinados por la Sociedad Americana de Psicoanálisis, Stone retoma el tema de las indicaciones para psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas que se centró en *“La ampliación del campo de indicaciones para el psicoanálisis”*, planteando: *“Puede decirse que durante las dos últimas décadas, por lo menos en Estados Unidos, cualquier enfermedad o componente emocional significativo en su etiología ha llegado a considerarse como una posible indicación para el psicoanálisis...este campo generalmente en expansión del Psicoanálisis...en situaciones graves o sin esperanza, la falta de talento o habilidad (generalmente considerada como “inhibición”), la ausencia de una adecuada filosofía de vida o casi cualquier enfermedad física crónica pueden ser sometidas al psicoanálisis para su cura”* (Stone 1954, citado por Wallerstein 1989), es decir, existía una tendencia cada vez más amplia y generalizada de indicaciones de psicoanálisis. En esta tendencia Stone vuelve a la pregunta fundamental: *¿Cuáles son las verdaderas indicaciones para el Psicoanálisis?*, argumentando: *“...Si uno lee las indicaciones como si fueran dadas por una autoridad razonablemente conservadora como Fenichel, parece que, prácticamente, cualquier categoría nosológica psicogénica puede tratarse con el Psicoanálisis bajo consiciones adecuadas; aunque obviamente varían mucho la asequibilidad y el pronóstico”* (Stone 1954, citado por Wallerstein 1989, 1995). Por último, concluye planteando que en realidad casi todo paciente puede tratarse con la técnica analítica clásica, aunque las expectativas del tratamiento disminuyen: *“Una breve conclusión: el campo de la terapia psicoanalítica ha sido ampliado desde la psiconeurosis de transferencia hasta incluir prácticamente todas las categorías nosológicas psicogénicas. La neurosis de transferencia y los trastornos caracterológicos de nivel equivalente de psicopatología continúan siendo la indicación general óptima para el método clásico. Aunque, generalmente, las dificultades aumentan y las expectativas de éxito disminuyen a medida que alcanzamos la periferia nosológica, no existe una barrera absoluta...”*(Stone 1954, citado por Wallerstein 1989, 1995).

Por último, en su artículo de 1954, se destaca un planteamiento que sugiere una teorización respecto a la teoría de la técnica propia de las psicoterapias psicoanalíticas: *“en algunas situaciones psicoterapéuticas bien manejadas donde podemos*

*encontrarnos con muchas necesidades emocionales ordinarias del paciente, dentro de los límites de la relación médico – paciente, fragmentos patológicos significativos de la relación transferencial... pueden separarse de la expresión integrada en esta situación profesional real, y utilizarse como gran ventaja interpretativa y genuina por un terapeuta hábil”* (Stone 1954, citado por Wallerstein 1995, traducción personal, subrayado añadido).

Esta cita es pionera al reconocer la posibilidad de una “*situación profesional real*” interferida por “*fragmentos patológicos*” transferenciales, lo cual da cuenta de un avance en la aparición de una teoría de la técnica, propia de las psicoterapias psicoanalíticas, el cual, junto a “*los conflictos derivados*” de Gill van sentando las bases de una polémica que podemos resumir citando a Wallerstein: “*Desde luego la posibilidad de realizar una psicoterapia expresiva realmente interpretativa que pueda tratar definitivamente (es decir resolver) conflictos neuróticos circunscritos en individuos que no necesitan un Psicoanálisis completo (es decir, resolución de conflictos neuróticos crónicos y profundamente arraigados en sus orígenes genético - dinámicos) reposa sobre esta concepción de conflictos derivados*”(Wallerstein, 1985). Podemos añadirle las recién mencionadas propuestas de Stone sobre “*fragmentos patológicos transferenciales*” y “*situación profesional real*” interferida por dichos fragmentos.

Veinticinco años después de su presentación en el año 1954, Stone es invitado en Estados Unidos a una reunión en Atlanta el año 1969 patrocinada por las Sociedades Psicoanalíticas del Sur, para que expusiera y revisara sus puntos de vista respecto al tema “*El Psicoanálisis y la psicoterapia, similitudes y diferencias, una perspectiva de veinticinco años*”. Stone mantiene con sorprendente coherencia sus postulados sobre los elementos básicos de la psicoterapia psicoanalítica y el Psicoanálisis desde su primer artículo de 1951 hasta su artículo de 1982, donde desarrolla algunos de ellos a pesar de que su aporte al tema del año 1954 -considero- no fue destacable.

En su presentación se adhiere a la distinción ya hecha por él respecto a las diferencias en el rol del psicoterapeuta en comparación con el analista. Para Stone el psicoterapeuta estaba más orientado hacia la realidad, mantenía “actitudes” manifiestamente más “médicas”: “*La actividad del terapeuta, en vez de tomar una dirección regresiva, inclinada hacia el medio genético-infantil o hacia sus representaciones inconscientes más usuales, tiende a preservar la catexis de personas, de problemas y conflictos como tales y su catexis de las realidades esenciales de la relación médico - paciente*” (Stone 1982, citado por Wallerstein 1989) en comparación con el

psicoanalista clásico, añade además y con esto se resume gran parte de su diferenciación entre los roles de psicoterapeuta y psicoanalista clásico *“El psicoterapeuta adopta definitivamente el papel de médico, empleando una técnica psicológica especializada; mientras que el psicoanalista, en su técnica, se aparta de las actitudes manifiestamente médicas, excepto si quedan implícitas en las metas de largo alcance y los propósitos del tratamiento”* (Stone 1982, citado por Wallerstein 1989).

Un aporte a nuestro tema de la presentación de Stone es su intento por delinear una sutil diferencia entre la interpretación utilizada en Psicoanálisis y la utilizada en psicoterapia psicoanalítica: *“En vez de orientarla a facilitar que la neurosis de transferencia se desarrolle espontáneamente de la situación psicoanalítica, generalmente está basada en la concepción que tiene el terapeuta acerca de lo que constituye el conflicto principal [o conflictos] y normalmente activo en la enfermedad o en la desadaptación que manifiesta el paciente, así como la relación de dicho conflicto o conflictos con sus objetos reales... las interpretaciones, además, tienden a ser holísticas, integradoras... minimizando las distinciones entre defensas y los impulsos infantiles y actuales, enfatizando los dinamismos de la personalidad accesibles y fácilmente inteligibles, excluyendo aquellos elementos más detallados que se presentan de forma inequívoca para tal comprensión”* (Stone 1982, citado por Wallerstein 1989). Nuevamente, luego de un aporte al desarrollo de una teoría de la técnica propia de las psicoterapias psicoanalíticas, no podemos diferenciar a qué modalidad de psicoterapia se refiere este aporte, ya que nuevamente Stone utiliza una mirada única de la psicoterapia no diferenciando modalidades (expresivas - apoyo) en su interior, sin embargo, en algunas de sus propuestas reconoce qué aspectos claros de apoyo son fundamentales en las psicoterapia: *“el esfuerzo consiste en proporcionar un sentido de alianza amistosa y de confianza en la situación terapéutica, implicando las modalidades de escucha empática, estimulación racional y, de vez en cuando, simplemente el consejo y orientación. En cierta medida, puede añadirse cualquier forma de comprensión de sí mismo y de su medio que parezca contribuir directamente a un aumento del bienestar y eficacia del paciente, o que parezca ser requerido por la emergencia de un conflicto que tenga que encarar. Una aproximación de apoyo de este tipo debe ser asumida muy seriamente”* (Stone 1982, citado por Wallerstein 1989).

## 6.- *El psicoanálisis y la psicoterapia, el día y la noche, Leo Rangel:*

Otro autor participante desde antes de los años cincuenta y ponente en los debates de 1954 y 1969, fuertemente vinculado al tema de las diferencias y relaciones Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, es Leo Rangel. Sus propuestas de diferenciación lo reconocen como uno de los autores que más representa el consenso, mayoritario en ese tiempo, entre quienes asumen que existe una diferencia significativa entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica y que estas diferencias se deben profundizar, sin embargo, la propuesta de Rangel es una de las propuestas diferenciadoras más intermedias o equilibradas al reconocer que ambos tipos de disciplinas poseen diferencias claras, pero en los extremos, según se desprenderá de sus postulados: *“Dentro de esta perspectiva, las dos disciplinas [el Psicoanálisis y la psicoterapia], en los puntos extremos del espectro, son cualitativamente diferentes una de otra, aunque exista una zona fronteriza entre ellas. Una comparación análoga puede efectuarse respecto al hecho de que lo consciente es diferente a lo inconsciente, incluso aunque exista lo preconscious y diferentes grados de conciencia. El día es distinto de la noche, aunque exista el crepúsculo; y el negro se distingue del blanco, aunque existe el gris”* (Rangel 1954, citado por Wallerstein 1989).

El aporte más destacado de Rangel en este debate durante los años cincuenta, es su esfuerzo por agrupar similitudes y diferencias principales entre psicoanálisis y psicoterapia psicodinámica.

Respecto a las similitudes entre ellas propone: *“ambos tratamientos son psicológicos que influyen sobre otros seres humanos mediante el discurso verbal y ambas son terapias racionales construidas sobre un cuerpo metapsicológico idéntico”* (Rangel 1954, citado por Wallerstein 1989), con esta cita al referirse al *“cuerpo metapsicológico idéntico”* marca una fuerte discrepancia con Frieda Fromm Reichman, quien en estos mismos debates exponía una postura que mostraba un cambio en la metapsicología psicoanalítica, postura que luego desarrollaremos.

Respecto a las diferencias, Rangel las subdivide en diferencias a nivel Técnico y en Metas de ambos tratamientos. En relación a las diferencias técnicas plantea que en psicoanálisis la diferencia radica en la posición y papel del terapeuta, que llamó *“Actitud analítica”* la que intenta ilustrar con una poco clara analogía eléctrica: *“Vamos a considerar que el aparato mental ejerce en su entorno un campo de energía magnética.”*

*En el Psicoanálisis, el terapeuta se sitúa en la periferia del campo magnético de su paciente, ni tan alejado, que lo hiciera inefectivo y sería igual que si no estuviera allí, ni tan cerca, que estuviere dentro del campo interactuando con su propio campo magnético. Inmunizado contra reacciones de repulsión o de atracción [en el sentido óptimo, dentro de los límites impuestos por su propio inconsciente, añade Wallerstein] se coloca al margen, como un arbitro de campeonato de tenis ...” (Rangel 1954, citado por Wallerstein 1989).*

Para la psicoterapia propone lo siguiente. *“ en contraposición, el terapeuta en la psicoterapia no adopta consistentemente esa posición, aunque puede situarse allí momentáneamente. Más bien el terapeuta está generalmente más presente para su paciente, interactúa con él, ambos campos magnéticos entrelazados, con los valores, opiniones, deseos y necesidades propios del terapeuta más o menos activos ¿Dónde se encuentra esa línea que diferencia un tipo de actividad de otra?” (Rangel 1954, citado por Wallerstein 1989), es decir, se aprecian diferencias en cuanto a la actitud hacia el paciente, “presencia” o “ausencia”, sin embargo, son diferencias no claramente delimitadas o más bien cambiantes.*

Enfrentado al punto de las diferencias respecto a las metas, propone para el psicoanálisis utilizando nuevamente una analogía (ya utilizada por Gitelson) donde: *“Compara el proceso terapéutico con una compleja reacción química que, una vez puesta en marcha, continúa hasta un estado final de equilibrio dinámico. Durante el estado de transición de esta reacción química, muchas reacciones y componentes intermedios habrían sido sintetizados y deshechos. En cualquier punto, pueden introducir agentes externos interferentes que pueden alterar la reacción o pueden cambiar el punto final en que se alcanza el equilibrio. El proceso terapéutico puede observarse desde este punto de vista” (Rangel 1954, citado por Wallerstein 1989)* Interesante analogía, si asumimos con ella que en general las reacciones químicas para que concluyan no basta sólo con su inicio, siendo fundamental para ello la presencia de catalizadores que permiten que se gatille una reacción química hasta que ésta continúe o se detenga. Si la psicoterapia psicoanalítica puede jugar un papel catalizador de las reacciones, ésta tendría algunas propiedades únicas e importantes también para la cura tipo Stone continúa con su analogía: *“El Psicoanálisis procura establecer la reacción [la neurosis de transferencia]y mantener las condiciones óptimas para alcanzar su resolución final. No sólo está orientado hacia el punto final, sino que, [y ahora es la*

diferencia con la psicoterapia] *en contraste con la psicoterapia, es potencialmente capaz de conseguirlo*” (Rangel 1954, citado por Wallerstein 1989).

Las diferencias para la psicoterapia respecto al Psicoanálisis continúan en la analogía de Rangel: *“la psicoterapia por otra parte, ya sea por necesidad o elección, introduce un agente externo y conduce la reacción a su fin en cualquier punto intermedio de su estabilidad”* (Rangel 1954, citado por Wallerstein 1989).

Al final de su presentación Rangel consciente del avance y proliferación de las psicoterapias psicoanalíticas en el entorno clínico norteamericano, es cauteloso respecto a un juicio de valor sobre las dos modalidades: *“Los puntos en común y las diferencias cruciales entre el psicoanálisis y la psicoterapia dinámica han sido descritos. Un método no es ni mejor ni peor que otro. Existen indicaciones y contraindicaciones para cada uno”* (Rangel 1954, citado por Wallerstein 1989), como fueron propuestos por Knight, Gill y Stone.

Su exposición en el Simposio de Atlanta del año 1979 muestra claramente su talante intermedio respecto a las diferencias y similitudes planteadas fuertemente por Gill y Stone, en los años cincuenta. Esta exposición estuvo marcada fuertemente por la discrepancia con el nuevo punto de vista de las diferencias planteado por Gill, frente al cual buscó reiteradamente mantener una perspectiva equilibrada dentro del análisis.

Su concepto de equilibrio se planteó así: *“El analista vaga por medio de su atención flotante sobre estos tres pilares de cada hora analítica [presente, pasado y transferencia] sin permitirse vincularse excesivamente a ninguno”* (Rangel 1981, citado por Wallerstein 1989). Después continuando con su cita, nuevamente plantea una analogía poco clara respecto a la “actitud del analista”: *“Es como una aguja en el panel de un instrumento diseñado para registrar un área particular. Si la aguja se atasca, puede necesitar un pequeño golpecito para continuar informando sobre toda el área”*. Ahora planteará sutilmente su discrepancia fundamental con Gill quien, recordemos, se centrará exclusivamente en el análisis de la transferencia: *“No se puede hacer un análisis basado solamente en los sueños. El analista permanece inmóvil, equidistante no sólo de las tres estructuras psíquicas, sino también de lo intrapsíquico y lo interpersonal, del mundo interno y externo, del pasado y el presente, de los objetos reales y los objetos transferenciales. Tampoco existe un análisis basado únicamente en las resistencias, separado de las defensas, sin llegar a determinar aquello de lo cual se está defendiendo. Si un paciente se relaciona sólo con el analista, o con los objetos externos y no con la figura transferencial, o si habla del pasado y no del presente, o solamente*

sobre el sexo, o se centra en lo profundamente inconsciente sin referirse a lo cotidiano y a lo trivial, la aguja se ha atascado y necesita un golpe” (Rangel 1981, citado por Wallerstein 1989).

La postura de Rangel -podríamos llamarla de equilibrio- es la de un analista atento a diversos ámbitos de la relación sin “atascarse” en ninguno de ellos, la cual es frecuentemente criticada y cercana al eclecticismo, al respecto él plantea: “*a menudo quien propone dicho equilibrio es criticado porque descuida un lado u otro. La transferencia, ciertamente, es la manivela central del proceso terapéutico. Mi definición de 1954<sup>2</sup> no omitió la neurosis de transferencia si bien la considero como un medio, no un fin, una estación del camino a través de la que la neurosis infantil y sus derivados son incorporados al proceso analítico*” (Rangel 1981, citado por Wallerstein 1989). En medio de la discrepancia con Gill plantea: “*soy de la opinión de que la transferencia también está siendo pensada, perseguida e interpretada demasiado exclusivamente...La historia es una alternancia de excesos. Esto ocurre en la historia de la ciencia, el Psicoanálisis incluido...*” (Rangel 1981, citado por Wallerstein 1989). Esta postura de “*alternancia de excesos*”, será retomada y mantenida en posteriores artículos de Rangel<sup>3</sup>, donde continuará con su característico punto medio respecto a las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, respecto a la transferencia plantea: “*Soy de la idea que la transferencia por sí misma no es suficiente para contener y producir los eventos cruciales en el complejo desarrollo de una neurosis individual.*” (Rangel 1981, citado por Wallerstein 1989), argumentando esta cita con diversas viñetas clínicas.

Un aporte interesante para nuestro tema hecho por Rangel fué su percepción de la relación entre Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica: “*Desde las comparaciones de 1954, un aumento en la experiencia y precisión de la técnica ha conducido a una disminución de las diferencias entre los dos. Los cambios estructurales permanentes que previamente se pensaba como característica principal del Psicoanálisis, pueden conseguirse con una terapia analítica elegida y realizada cuidadosamente. Leo Stone señaló esto en su artículo de 1954 y, desde entonces, este punto de vista ha sido confirmado y reforzado. He podido alcanzar elementos de neurosis infantiles en los pacientes con una psicoterapia analítica sistemática, con resultados comparables a lo*

---

<sup>2</sup> “un método de terapia... favorable para el desarrollo de la neurosis de transferencia, en que el pasado es restaurado en el presente orientado hacia la resolución de esa neurosis (transferencia e infantil) con el objetivo de obtener cambios estructurales” (Rangel, 1954 citado por Rangel 2001)

<sup>3</sup> Rangel, L. (2001): “*The theory of Psychoanalysis: Vicissitudes of its Evolution*” Journal of the American Psychoanalytic Association Vol.50. N°4

*que son esperables con el Psicoanálisis”* (Rangel 1981, citado por Wallerstein 1989, subrayado añadido). En esta cita claramente vemos un reconocimiento de los efectos alcanzados por la psicoterapia, apreciándose una evolución positiva en la consideración de ésta y su relación con el psicoanálisis, frente al cual se estrechan relaciones y elementos técnicos: “...podría aumirse que un indicador distintivo entre la psicoterapia y el psicoanálisis es que el vacío existente entre datos e interpretaciones existe sólo en la psicoterapia, debería indicar, no obstante, que esto también ocurre con regularidad en el psicoanálisis, y que este punto no se valora suficientemente” (Rangel 1981, citado por Wallerstein 1989). Con esto Rangel apela a un “vacío” en la teoría de la técnica de la psicoterapia psicoanalítica, que en él caso del análisis está presente pero no considerado.

Rangel señala el fenómeno de la permeabilidad del psicoanálisis hacia técnicas de la psicoterapia, que autores como Wallerstein reconocen como “infiltración” de técnicas psicoterapéuticas en el Psicoanálisis. Rangel plantea: “Así como los analistas aplican los principios analítico libre y copiosamente a su práctica de la psicoterapia dinámica, de manera recíproca y empírica, dentro del permanente aumento de complejidad y duración del Psicoanálisis, lo inverso también es cierto. No hay análisis que no comparta cada una de las maniobras técnicas señaladas por Bibring<sup>4</sup> que él describió como intervinientes en ambas técnicas pero que se suelen considerar principalmente como características de la psicoterapia”, “no hay análisis sin algunos de estos mecanismos, que no son accidentales sino incorporados intencionadamente. Ninguno de ellos es parámetro necesario, pero sí formas accesorias y preparatorias intrínsecas al tratamiento. No existe un caso analítico tratado sólomente con interpretación, a pesar de la definición de Gill de 1954. Si esto fuera un prerequisite, ningún tratamiento podría calificarse de analítico. Esta es una conclusión empírica basada no en una preconcepción teórica sino en toda mi experiencia” (Rangel 1981, citado por Wallerstein 1989).

A pesar del reconocimiento de la combinación o infiltración de las técnicas analíticas y terapéuticas en todas las terapias, Psicoanálisis y psicoterapia por igual, la esencia de la postura de Rangel es que ambas siguen siendo distintas y caracterizables por una serie de técnicas predominantes, que son diferentes en el Psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, como se desprende del siguiente comentario: “...he estado discutiendo principalmente áreas solapadas, también existen líneas que delimitan los

---

<sup>4</sup> Técnicas que Bibring propuso en 1954, siendo: sugestión, catarsis, manipulación, clarificación e interpretación que prevalece sobre las otras.

dos campos tanto hoy en día como en 1954. Afirmé entonces que existe el día y la noche, aunque exista el crepúsculo. Aún hay diferencias en cualidad y cantidad, en consistencia y metas, en la uniformidad y la persistencia del método de abordaje”. (Rangel 1981, citado por Wallerstein 1989).

La siguiente afirmación de Rangel reafirma su propuesta de diferenciación, él asume que existe una diferencia entre ambos métodos, diferencia que es clara en los extremos pero que en la zona intermedia o “gris” es muy difícil diferenciar uno de otros: “Una observación fruto de los largos años de experiencia<sup>5</sup>, es que existe empíricamente una zona fronteriza donde los procedimientos terapéuticos son utilizados en el área gris entre el “Psicoanálisis con parámetros” y una psicoterapia consistentemente intensa que no llega a ser exactamente psicoanálisis. En la actualidad creo que aún es posible trazar una línea entre los dos, aunque a veces es verdad que en muchos casos esta línea es difícil de definir” (Rangel 1981, citado por Wallerstein 1989).

Es destacable que Rangel a lo largo de los años haya mantenido su postura de que existen diferencias en los extremos pero que en la “zona gris” intermedia es difícil percibir las, su metáfora del día y la noche es un buen ejemplo para entender su postura.

Veinte años después, en un artículo del 2001<sup>6</sup>, este autor da cuenta de fenómenos en este “nuevo milenio” que vuelven a resaltar la importancia de las diferencias entre psicoterapia psicoanalítica y Psicoanálisis, fenómenos “socioecológicos”, también reconocidos por otros autores (Gill, M; 1982<sup>7</sup>, Messer, S. & Warren, C;1995.), que limitan la práctica del psicoanálisis clásico, hechos que reavivan la necesidad de diferenciación: “El Psicoanálisis, en el nuevo milenio, continúa principalmente como un cuerpo de ideas del cual se realizan aplicaciones, y la práctica de la técnica del psicoanálisis [Psicoanálisis clásico] se ha vuelto importantemente limitada por factores socioecológicos” (Rangel 2001, traducción personal). Como contraparte, es marcadamente reconocida la amplia aplicación y validez de la psicoterapia psicoanalítica, idea que últimamente es recurrente en diversos autores e importante a destacar, además Rangel

---

<sup>5</sup> En un artículo posterior Rangel da cuenta de esa experiencia señalando: “yo mismo reflejo sesenta años de inmersión de tiempo completo en la práctica del análisis y la terapia durante los cuales he calculado haber escuchado 150 000 horas de libre asociación.” (Rangel, 2001:6, traducción personal)

<sup>6</sup> *Psychoanalytic Psychotherapy: The enduring legacy of psychoanalysis*. The Psychoanalytical Review, Vol. 88. N°1, February 2001

<sup>7</sup> Gill plantea: “La cuestión de la relación entre Psicoanálisis y psicoterapia es ahora más importante en la práctica de hoy en día que lo fue en 1954 debido a las dificultades prácticas de mantener los comúnmente aceptados criterios extrínsecos del Psicoanálisis” (Gill, M : 1984)

considera la psicoterapia psicoanalítica como el principal legado perdurable del Psicoanálisis: *“psicoterapia psicoanalítica también emerge, luego del primer siglo psicoanalítico, y dentro del nuevo milenio, como el principal legado perdurable del Psicoanálisis”, “psicoterapia psicoanalítica continúa siendo la principal área del Psicoanálisis aplicado y su principal legado perdurable”* (Rangel 2001, traducción personal).

Esta idea de reconocimiento y validación de la psicoterapia psicoanalítica es argumentada planteando que la única oportunidad de validación de los insights psicoanalíticos es en la psicoterapia psicoanalítica, descartando la posibilidad de validación analítica de otras aplicaciones del Psicoanálisis como en la literatura, arte o biografías: *“Psicoterapia psicoanalítica es la principal área del análisis aplicado. Los insights del Psicoanálisis aplicado al arte, la literatura, historia o biografía basados en otros métodos de recolección de datos, sin posibilidad de validación analítica, siempre estarán bajo la convicción del proceso analítico. Sólo en la psicoterapia psicoanalítica es donde tanto el método y el proceso de validación del Psicoanálisis tienen su parte en un área aplicada, que puede ser una aproximación de la experiencia y convicción del Psicoanálisis”* (Rangel 2001, traducción personal, subrayado añadido).

Como segunda idea muy vinculada a la anterior de reconocimiento y validez, está la concepción de la psicoterapia psicoanalítica como *“derivado”* de la evolución del Psicoanálisis, con una mayor demanda actual de psicoterapia que análisis: *“Mientras el Psicoanálisis fue construido a sí mismo durante la etapas de descubrimiento de la nueva ciencia y para investigar y desarrollar su expansión y modificación, así la aplicación terapéutica creció rápidamente más y más haciendo que la proporción de análisis y su derivado psicoterapéutico, se moviera en la dirección de la terapia analítica. La demanda de servicios analíticos de la población general es encabezada inevitablemente por la cuantitativa dominancia de la psicoterapia sobre el análisis”* (Rangel 2001, traducción personal).

A Rangel le interesa dejar clara la idea de la psicoterapia psicoanalítica como derivado del Psicoanálisis, no como una técnica independiente: *“Psicoterapia analítica no puede ser independiente de la naturaleza del Psicoanálisis del cual ha nacido y es un derivado”* (Rangel 2001, traducción personal). Argumenta para esta idea que lo esencial del método analítico es la comprensión que él desarrolla, toda promesa que surge del Psicoanálisis está liderada por la comprensión analítica, planteando la pregunta *¿puede ser esto menor en su principal derivado la psicoterapia psicoanalítica?*, proponiendo que la más voluminosa aplicación de la comprensión analítica como es la psicoterapia

psicoanalítica no puede existir sin la misma base de una completa y coherente estructura teórica. Para Rangel la comprensión es la columna vertebral del método analítico y la razón de ser de esta técnica, sin embargo, esta valoración de la comprensión lleva, según Rangel, aparejado un defecto, como es la abierta oposición al rol de la teoría en Psicoanálisis y también en su derivado psicoterapéutico, actitud que va desde el cinismo a la abierta oposición al rol de la teoría en Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Rangel argumenta este defecto citando autores emblemáticos de esta postura, como por ejemplo las objeciones de Reick a la teoría psicoanalítica sobre la base de que la teoría lleva a la intelectualidad, al dominio de la cognición a expensa del afecto (Rangel 2001). Reconoce que existen ejemplos de esta misma “falacia” o defecto actualmente como “*el temor a la intelectualidad como una defensa que conduce a una resistencia contra el intelecto*” (Rangel 2001 traducción personal), lo planteado por Bion y su prescripción de “*sin conocimiento, memoria ni deseo*”. No obstante, reconoce que algunos analistas conciben esta actitud como una correcta precaución para abandonar el pensamiento y no imponer sus propias preconcepciones al paciente.

Con esta exposición de argumentos y citas, Rangel busca que la psicoterapia psicoanalítica sea reconocida como válida y dentro del Psicoanálisis como un derivado de éste.

Un problema que surge de las múltiples derivaciones de la psicoterapia psicoanalítica, Rangel lo planteará vinculado al tema de “la ampliación de las indicaciones del Psicoanálisis” el cual sería la multiplicidad o unicidad de teorías que sustentarían esta ampliación. Reconoce que Leo Stone cuando planteó su ampliación de indicaciones no mencionó en ningún momento la ampliación de teorías que soportaran estas ampliaciones, para Rangel este punto ha llegado a tal extremo que algunos se cuestionan si para el número infinito de situaciones clínicas atendidas por la psicoterapia psicoanalítica habría una teoría por cada paciente.

En su respuesta Rangel recorre la polémica de esta pregunta, recogida en la aseveración clásica de Wallerstein (1981): “*Psicoanálisis: una teoría o muchas*”, planteando como solución la existencia de “*sólo dos teorías no una, una abstracta y otra clínica*” (Rangel 2001, 2002 traducción personal). Respecto a la teoría abstracta no existiría una teoría psicoanalítica superior a otra, como lo demostraran los resultados del proyecto Menninger<sup>8</sup>, que además mostró que psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica

---

<sup>8</sup> Wallerstein, R; (1986) *42 lives in treatment*

fueron equivalentes en un sentido técnico, donde la validez o utilidad de las teorías no son determinadas necesariamente por estudios de resultados.

Respecto a los analistas apasionados por marcar claras diferencias entre teorías psicoanalíticas y niveles entre ellas, que agregemos, lleva un juicio de valor o validez implícito, señala: *“Claras diferencias son expresadas con pasión cuando el lenguaje es teórico, pero esas diferencias desaparecen cuando técnica clínica y método son discutidas”* (Rangel 2001, traducción personal).

Inserto en el tema del pluralismo o unicidad teórica del Psicoanálisis, pareciera que las diferencias o espectro de psicoterapias psicoanalíticas para Rangel se basarían en las diferentes teorías analíticas de la cual se originan: *“Una terapia analítica nacida del análisis Jungiano o una derivada del Kohutiano, Lacaniano o de la psicología de las relaciones de objeto no puede esperar ser congruente con una psicoterapia guiada por el marco de referencia Kleiniano o la metapsicología estructural de Freud”* (Rangel 2001, traducción personal). Frente a esta propuesta se defiende de aquellos que plantean la incompatibilidad de algunos de estos modelos teóricos abstractos con la práctica, planteando: *“...La solución para los que han visto incompatibilidad entre teoría y práctica proviene de la conclusión de que esto no importa, que la teoría abstracta no es el factor determinante...”*, *“En esta visión, analistas cualquiera sea su superestructura teórica de base, todos atienden al conflicto inconsciente con una suficiente uniformidad y objetividad para realizar realizar el mismo trabajo analítico”* (Rangel 2001, traducción personal). Esta perspectiva muestra una postura integradora<sup>9</sup> de las teorías psicoanalíticas que podría “difuminar” las diferencias entre psicoterapia psicoanalítica y Psicoanálisis, siendo esta postura coherente con su actual definición de la esencia del psicoanálisis: *“Mirado por su esencia, el centro que distingue al Psicoanálisis de todas las ciencias psicológicas o sociales. He encontrado que es su exclusivo dominio de “conflictos intrapsíquicos inconscientes” que después cambié o extendí por “el proceso intrapsíquico” para incluir elementos no conflictuales y los fenómenos pre y post conflictuales”* (Rangel 2002, traducción personal).

Continuando con esta perspectiva frente a las divisiones entre teoría abstracta y y práctica propone: *“Esta opinión o actitud sobrepasa las líneas de separación y elimina cualquier requerimiento de que teoría y práctica o creencias cognitivas y su*

---

<sup>9</sup> Rangel solo mencionará en este artículo su propuesta de una “Teoría Total Compuesta” (Total Composite Theory) el cual desarrolla con más detalle en su artículo *Theory of Psychoanalysis: Vicisitudes of its evolution del año 2002*.

*aplicación necesitan relacionarse unas con otras. Todos los terapeutas analíticos quienes atiendan problemas mentales, en esta visión, son considerados como uno”* (Rangel 2001, traducción personal).

Por último, en referencia a este tema, todo lo planteado es igual para psicoanálisis y para la psicoterapia psicoanalítica. *“Los argumentos y pensamientos que yo he expresado sobre la cuestión del pluralismo o unidad en la teoría del Psicoanálisis y las cuestiones relacionadas de consistencia y vínculo entre teoría y práctica, se aplican similarmente para la teoría de la psicoterapia psicoanalítica”, “Esta área conceptual controversial dentro de las psicoterapias es un duplicado del dilema teórico central del campo padre del psicoanálisis. En su progresión de desarrollo el campo de la psicoterapia psicoanalítica ha seguido exactamente una serie de divisiones paralelas, en calidad, cantidad, ritmo, velocidad y significancia como la historia de las escisiones dentro de su padre el psicoanálisis, escisiones que algunos consideran divisiones y otros consideran como avance y progreso.”* (Rangel 2001, traducción personal)

En general el sentido de Rangel con esta exposición es, además del señalado, el validar la psicoterapia psicoanalítica y reconocerla como la mayor aplicación actual y legado del Psicoanálisis, remarcar el carácter de *“derivado”* de la psicoterapia psicoanalítica y que como tal posee las mismas inconsistencias e incompatibilidades existentes en las teorías analíticas con un carácter más bien segregacionista que integracionista frente a lo cual Rangel propone como alternativa su *“Teoría psicoanalítica compuesta total”*, que sería *“una teoría unitaria que mantiene todos los elementos perdurables de la teorías tradicional y divergentes que son indispensables partes de un todo”* (Rangel 2001, traducción personal), y que para nuestros fines, destacamos, sería una teoría *“Con objetividad en la recolección de datos, con una teoría explicatoria coherente como guía del método y como construcción de mecanismo de validación, la psicoterapia analítica con el mayor campo de aplicabilidad, sería una ciencia...”* (Rangel 2001, traducción personal, subrayado añadido)

Se reconoce la función de la psicoterapia psicoanalítica como una forma de validar la teoría base de una amplia gama de aplicaciones psicoterapéuticas. En este contexto Rangel realiza lo que podríamos llamar su definición de psicoterapia psicoanalítica: *“Esta es una específica combinación de tratamientos derivados separados de la completa teoría padre de la técnica psicoanalítica, confeccionada para las indicaciones emanadas de cada paciente individual que determina la modificación del análisis total para ser aplicado a una particular y operativa psicoterapia”* (Rangel

2001, traducción personal). La cita es clara en respaldar lo señalado respecto al carácter derivado de la psicoterapia psicoanalítica. Recordemos que la teoría padre sería la *técnica psicoanalítica*, no la teoría abstracta, y que los pacientes determinarían la modificación del *análisis total*, no la creación de una psicoterapia operativa, lo que acerca este pensamiento a la concepción de “parámetro” de Eissler. En esta línea, Rangel propone *“La confección de una aproximación psicoterapéutica analítica, lograda por cada terapeuta analítico practicante es una individualizada, idiosincrática fusión de la teoría del analista, subjetividad, preferencias y estilo”* (Rangel 2001, traducción personal).

A lo largo de los artículos de Rangel, se va asomando una idea bastante recurrente en autores no sólo norteamericanos (Aisenstein, M; 2001, Kernberg, O; 1999)<sup>10</sup>, que es el hecho de reivindicar la psicoterapia psicoanalítica, como ya se ha visto, pero exclusivamente para analistas, entendiendo con esto sujetos con formación psicoanalítica clásica, quienes serían los más idóneos para confeccionar y utilizar a su manera la psicoterapia psicoanalítica. *“Yo siento que ésta más investida y disciplinada aproximación [psicoterapia psicoanalítica] todavía promete el más completo armamento para el futuro psicoanalista quien puede posteriormente utilizar el rango completo de sus recursos a través del amplio espectro de aplicaciones”*. *“Psicoterapia analítica se mantiene como la principal ocupación de los psicoanalistas a tiempo completo”* (Rangel 2001, traducción personal, subrayado añadido).

Respecto al tema de las diferencias entre Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, Rangel mantiene su postura intermedia: *“yo dije que existía una sutil línea de separación entre las disciplinas contiguas”* (Rangel 2001, traducción personal), proponiendo extensiones de tres conceptos amplios de su visión, que se aplican tanto al Psicoanálisis como a la psicoterapia psicoanalítica. El primero de ellos apunta a la idea de que el Psicoanálisis procede solamente por vía de la neurosis de transferencia, debiendo ahora ampliar a un mayor reconocimiento explícito de la amplia vida extratransferencial. En segundo lugar la idea de añadir a la neurosis infantil la neurosis de la niñez donde se articulen el período edípico y pre-edípico. Por último añadir otros

---

<sup>10</sup> “psicoterapia psicoanalítica o psicoterapia derivada del Psicoanálisis es, en mi visión, un Psicoanálisis conducido por un psicoanalista en circunstancias que son juzgadas como suficientemente complejas para ser introducidos diferentes parámetros” (Aisenstein, M; en Frisch, S. et al. 2001, traducción personal).

“...creo que una formación psicoanalítica completa facilita tanto el aprendizaje de una psicoterapia estrictamente psicoanalítica como su diferenciación de la terapia de apoyo. Además esa formación puede facilitar el aprendizaje con profundidad de la metodología de la terapia de apoyo basada en la teoría psicoanalítica. (Kernberg, O; 1999, subrayado añadido)

aspectos de la transferencia en contraste a considerarla como el agente mutativo exclusivo, es decir, reconocer más definitivamente la alianza terapéutica o analítica.

### 7.- *Sólo psicoanálisis, pero con parámetros, Kurt Eissler:*

Durante los años cincuenta, se desarrolla una propuesta que para algunos autores como Wallerstein (1995b) es considerada la repuesta del establishment psicoanalítico frente a la aparición y debates respecto a las psicoterapias derivadas o inspiradas en el psicoanálisis.

Fue Kurt Eissler quien publica un año antes del debate de 1954 un artículo llamado “The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique” (Eissler 1953), donde claramente establece que el modelo básico del psicoanálisis es el que fue originado por Freud que se fundamenta y caracteriza por el uso central de la interpretación como herramienta terapéutica y la elaboración, teniendo como objetivo central lograr el insight y el cambio basado en él, en pacientes ideales o lo que Freud denominó como pacientes con un “yo normal hipotético” (Freud 1937c), donde el tratamiento psicoanalítico utilizaría exclusivamente la interpretación. Sin embargo, existen pacientes como los fóbicos, en donde el psicoanálisis clásico se detiene “*siendo necesaria una nueva herramienta técnica. Siendo bien conocido que esta nueva herramienta es un aviso o una orden*” (Eissler 1953, citado por Wallerstein 1995b, traducción personal), y es esta desviación del modelo básico psicoanalítico lo que Eissler denomina “parámetro”. En resumen, un paciente “normal” -es decir con un “yo normal”-, puede manejarse exclusivamente con la interpretación, sin embargo, otros pacientes necesitan que el analista haga “otra cosa” además de interpretar y esa “otra cosa” es lo Eissler denominó “parámetro”.

El parámetro se definiría como una desviación cuantitativa o cualitativa del modelo básico de la técnica que reposa exclusivamente en la interpretación, que responde o surge de una deficiente estructura del yo del analizado. Eissler, además de reconocer cosas que se hacen aún cuando se aplica la técnica clásica, establece tres condiciones en las que puede introducirse un parámetro y que le otorgan la calidad de tál: “(1) *debe usarse cuando el modelo técnico básico se ha demostrado insuficiente;* (2) *debe transgredir la técnica regular el mínimo indispensable* y (3) *sólo debe utilizarse*

*cuando esté destinado a eliminarse a sí mismo, esto quiere decir que la fase final del tratamiento debe siempre proceder con un parámetro de cero*” (Eissler 1953, citado por Wallerstein 1995b, traducción personal). Luego Eissler establece una cuarta condición: *“el efecto del parámetro sobre la relación transferencial debe ser de tal índole que pueda abolirse posteriormente con una interpretación adecuada”* (Eissler 1953, citado por Etchegoyen 1986).

Con esta elaboración de las condiciones y características del parámetro, Eissler intentaba poner a salvo la práctica clásica del psicoanálisis del “análisis silvestre”: *“Pienso que el concepto de parámetro y la adherencias a la reglas que he mencionado pueden prevenirnos de caer dentro del análisis silvestre”* (Eissler 1953, citado por Wallerstein 1995b, traducción personal). Sin embargo, la tercera condición propuesta por Eissler no puede aplicarse a uno de los parámetros más habituales, como el que utilizó Freud en el caso “hombre de los lobos” (Freud 1918b), que es fijar una fecha de terminación del tratamiento, siendo imposible eliminar este parámetro antes de terminar el análisis.

Además de la limitación mencionada, Eissler introduce en 1958 el concepto de “pseudo - parámetro”, el cual busca dar cuenta de aquellos recursos que en base a las definiciones clásicas no podrían denominarse interpretación sino que operan como si lo fueran: *“El pseudoparámetro puede usarse, por ejemplo, en casos donde la interpretación provoca insuperables resistencias y el pseudoparámetro puede introducirla de contrabando”* (Eissler 1958, citado por Etchegoyen 1986).

Como conclusión, el parámetro es algo que hace el analista para superar una deficiencia en la estructura yoica del paciente, que le impide el trabajo analítico clásico, basado exclusivamente en interpretaciones. Frente a esta realidad, habitual por lo demás, el parámetro aparece como alternativa “aceptada” que emplea el analista para sortear un obstáculo que viene del paciente, donde el supuesto del parámetro es que sin él no podría seguir el proceso analítico, frente a lo cual, es esperable que el analista se sienta en la obligación de abandonar por un momento su técnica.

La teoría del parámetro ha recibido importantes críticas que han hecho que sus propuestas sean poco consideradas hoy en día. Críticas que apuntan, entre otros aspectos, a la visión austera de Eissler hacia el psicoanálisis, frente a las actuales concepciones multifacéticas de la situación analítica que buscan ampliar la percepción de múltiples aspectos presentes en dicha situación.

Para nuestros fines, Eissler desarrolla una propuesta de diferenciación clara: entre el psicoanálisis “propiamente dicho”, el psicoanálisis con parámetros que al final pasarían a ser psicoanálisis y los otros tipos de psicoterapias. Lamentablemente, aún se considera y se argumenta que muchas psicoterapias psicoanalíticas serían sólo un parámetro de la técnica clásica psicoanalítica. Recordemos, la mejor y única técnica para algunos.

### *8.- Diferencia es mezcla de principios terapéuticos básicos, Edward Bibring:*

Existen intentos de menor extensión, pero significativos para nuestro tema de investigación, como la propuesta de principios terapéuticos de Bibring, con la cual busca diferenciar y relacionar el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica.

Bibring, autor participante en los debates de los cincuenta, propone una serie de principios terapéuticos básicos, cuya combinación permitiría caracterizar todo el espectro de psicoterapias psicoanalíticas, desde el psicoanálisis hasta la psicoterapia de apoyo. Los cinco principios planteados por Bibring son:

- 1) La sugestión, que se refiere a la inducción de procesos mentales en el paciente por el terapeuta, independientemente (o por exclusión) del pensamiento racional o crítico de éste.*
- 2) La catarsis, o la descarga emocional, que con el abandono de la teoría traumática de la neurosis ha llegado a ser progresivamente menos importante.*
- 3) La manipulación, una movilización (o neutralización o re-dirección) de sistemas emocionales existentes en el paciente que están al servicio de la terapia y/o la exposición del paciente a experiencias nuevas, la “manipulación de la experiencia” o “aprendiendo de la experiencia”.*
- 4) El insight a través de la clarificación, es decir, un incremento de autoconsciencia, claridad y diferenciación de la auto-observación en ausencia de la resistencia (en el sentido técnico).*
- 5) El insight a través de la interpretación, en otras palabras, el procesamiento del material inconsciente asociado a la resistencia, implicación intensa del yo y elaboración (Bibring 1954, citado por Wallerstein 1989a, 1995b)*

Claramente, Bibring establece que el principio terapéutico de mayor valor de su propuesta es la interpretación: *“La interpretación es el agente supremo en la jerarquía de principios terapéuticos característicos del análisis, en cuanto que el resto de los otros principios se le subordinan, es decir, se utilizan con el propósito de hacer posible y efectiva la interpretación”* (Bibring 1954, citado por Wallerstein 1989a, 1995b). Sin embargo, las demás psicoterapias, psicoanalíticas o no, pueden ser caracterizadas por la utilización distinta de estos cinco principios. Entonces, en base a su propuesta, Bibring propone su diferenciación entre psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas. Para el psicoanálisis propone: *“En psicoanálisis propiamente dicho, todos los principios terapéuticos son empleados en un grado variable...pero ellos forman una estructura jerárquica en la que el insight a través de interpretación es el principal agente y todos los otros son -teórica y prácticamente- subordinados a ella”* (Bibring 1954, citado por Wallerstein 1995b, traducción personal). Para las psicoterapias psicoanalíticas plantea: *“diferentes selecciones y combinaciones... que implican una correspondiente diferencia en objetivos...en general un cambio de énfasis del insight a través de la interpretación hacia manipulación “experimental”, esto es, aprendiendo de la experiencia, lo cual ha venido a surgir como el agente supremo en vez de del insight a través de la interpretación”* (Bibring 1954, citado por Wallerstein 1995b, traducción personal).

Como conclusión, la propuesta de Bibring tiene como base para su diferenciación entre psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas los cinco principios terapéuticos planteados. No obstante, desde su propuesta se aprecian diferencias gruesas entre las modalidades de tratamiento, ya que estos principios estarían en todas las modalidades, dejando bastantes áreas grises de indefinición entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Al respecto considero que se debería explicitar el uso de estos principios de manera clara como herramienta terapéutica de intervención, no como efectos secundarios de las intervenciones. En todo caso, es valorable la propuesta de Bibring ya que muestra la posibilidad de conseguir algún tipo de insight sin utilizar la interpretación

### *9.- Reparación de los criterios intrínsecos, Otto Kernberg:*

Autor contemporáneo que mantiene esta línea de pensamiento claramente diferenciadora entre el abordaje del psicoanálisis y el propuesto por las psicoterapias psicoanalíticas es Otto Kernberg.

Kernberg es un autor reconocido por plantear un “psicoanálisis modificado” para el tratamiento de pacientes “borderlines”, también llamados limítrofes.

A grandes rasgos, Kernberg considera tres modalidades de tratamiento derivadas de la teoría psicoanalítica, siendo éstas: el psicoanálisis, el “psicoanálisis modificado” - que él considera como sinónimo de psicoterapia psicoanalítica- y la psicoterapia de apoyo. Cada una según su postura, diseñada para las estructuras neuróticas, limítrofe y psicótica de la personalidad respectivamente.

Su propuesta de psicoanálisis modificado, en adelante llamada psicoterapia psicoanalítica, es caracterizada por su detallada y esquemática presentación teórica que posee amplia aceptación y reconocimiento, y que lamentablemente como hemos señalado, se ha superpuesto a la idea de la existencia de una psicoterapia psicoanalítica, diferente del psicoanálisis clásico para pacientes “neuróticos”. Idea que se desprende por un lado de artículos, capítulos y presentaciones realizados por él dedicados a la psicoterapia psicoanalítica donde expone y desarrolla las bases conceptuales y clínicas de su propuesta de intervención -a pesar de estar titulados como “La teoría de la Psicoterapia Psicoanalítica” (Kernberg 1978) y “Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia de Apoyo: Controversias contemporáneas” (Kernberg 1999) a modo de ejemplo-. Por otro lado, esta idea está basada en la consideración de Kernberg de que el psicoanálisis clásico es “el” tratamiento de elección para pacientes con organización neurótica de la personalidad, y que la no aplicación de éste es principalmente por motivos culturales actuales y económicos de los pacientes (Kernberg 1999). Concepción que detallaremos más adelante.

Su propuesta -superpuesta con el nombre de psicoterapia psicoanalítica-, no está exenta de fuertes críticas, centradas principalmente en la marcada valoración de los aspectos expresivos (interpretación) en desmedro de los aspectos de apoyo.

Junto con el característico esquema y detalle que aparece en su propuesta de tratamiento de los pacientes limítrofes, Kernberg se ha caracterizado por no proponer revisiones teóricas importantes de la teoría clásica psicoanalítica, ni la formación de una

escuela específica, más bien podemos caracterizarlo por sus intentos teóricos integracionistas dentro del psicoanálisis, como se aprecia en algunas de sus últimas publicaciones de los años 1993 y 1999.

En el contexto antes descrito, Kernberg asume, al igual que los autores antes expuestos, la postura de plantear diferencias claras: *“las diferencias entre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, por un lado, y la psicoterapia de apoyo, por otro, son claras y suficientemente definidas para estar por encima de todas las variantes que existen en la actualidad dentro de los enfoques psicoanalíticos propiamente dichos”*(Kernberg 1999), y relaciones entre psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: *“propongo que se pueda establecer y explicitar, dentro de ciertos márgenes, un límite común básico entre el método psicoanalítico y el de la psicoterapia psicoanalítica”*(Kernberg 1999), haciendo incapie al igual que Gill, en la importancia y necesidad actual de estas delimitaciones, que implican aspectos *“conceptuales, clínicos, educacionales y políticos”*(Kernberg 1999).

Para su propuesta de diferenciación de las modalidades de tratamiento, Kernberg considera como base, primero: distinguir y clarificar la teoría base o global que sustenta el tratamiento, segundo: sus objetivos y tercero: las técnicas empleadas. Plantea que lo común a las tres modalidades de intervención es la *“teoría subyacente de la motivación inconsciente (conflictos inconscientes entre la agresión y la libido, por un lado y las defensas contra ellas por otro, incluyendo las implicaciones estructurales de las configuraciones de impulso/defensa y las relaciones de objeto internalizadas dentro de las cuales están inscriptos tales conflictos inconscientes)”* (Kernberg 1999). Lo que varía entre estas tres modalidades de tratamiento serían *“el énfasis en la teoría de las pulsiones, en la teoría de las relaciones objetales y la organización estructural... así como la relación entre estos conceptos”* (Kernberg 1999).

Por otra parte, plantea que los objetivos de estas modalidades de tratamiento serían, para el psicoanálisis: *“fundamentalmente cambio estructural y la integración del conflicto inconsciente reprimido o disociado en el yo conciente”*, para la psicoterapia psicoanalítica o expresiva: *“reorganización parcial de la estructura psíquica en el contexto de cambios sintomáticos significativos”*, y por último propone como objetivo para la psicoterapia de apoyo: *“la mejoría sintomática por medio de un mejor equilibrio adaptativo de las configuraciones impulso/defensa, con un reforzamiento de defensas adaptadas, así como de derivados pulsionales adaptativas”* (Kernberg 1999).

Kernberg reconoce que los objetivos planteados no son suficientes para diferenciar estas modalidades de tratamiento que, además comparten una teoría “global” de base, frente a lo cual propone que sería la traducción de los objetivos en técnicas o enfoque técnico específico lo que caracterizaría cada uno de los tratamientos: “*es en las técnicas utilizadas donde se hace posible la diferenciación entre estas modalidades de tratamiento*” (Kernberg 1999), es decir, el tipo de técnica utilizada determinará la naturaleza del tratamiento.

Esquematizando la propuesta de diferenciación y relación de las tres modalidades de tratamiento de Kernberg -psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo- comienza dando por sentado que existe una teoría global que sustentaría a las diferentes modalidades de tratamiento -y añadiríamos de comprensión-, que poseen diferentes objetivos que no servirían para marcar claras diferencias y relaciones entre ellas, objetivos de los cuales surgirían intervenciones técnicas para alcanzarlos, intervenciones que serán en última instancia las que diferencien una modalidad de tratamiento de otra. Sin embargo, las tres modalidades de intervención no poseen una igualdad jerárquica sino que son modalidades que se han derivado de la modalidad clásica de tratamiento, es decir, el psicoanálisis “propriadamente dicho”, que dada su definición posee características técnicas específicas, las cuales se han alterado para obtener diferentes objetivos, dando como consecuencia un aumento o disminución de éstas tanto en la psicoterapia psicoanalítica como en la psicoterapia de apoyo.

Kernberg se basa (Kernberg 1978, 1999) como punto de partida para su propuesta diferenciadora la definición de psicoanálisis dada por Gill el año 1954, a pesar de la reformulación hecha por el autor el año 1979, siendo ésta: “*El psicoanálisis es esa técnica que, utilizada por un analista neutral, conduce al desarrollo de transferencia regresiva y a la resolución consiguiente de esta neurosis por medio, únicamente de las técnicas de interpretación*”(Gill 1954), que luego Kernberg desglosará y ampliará para incluir las mayores corrientes del psicoanálisis en ella. De esta definición extrae los tres rasgos esenciales del método psicoanalítico: “*Interpretación, análisis de la transferencia y neutralidad técnica*” (Kernberg 1978, 1999), rasgos que están presentes en diversa medida en las demás modalidades de tratamiento y que le otorgan por un lado el linaje psicoanalítico a estas modalidades y sus diferencias respecto al psicoanálisis clásico: “*... la posición técnica neutral del analista, el uso de la interpretación como mayor herramienta terapéutica y el sistemático análisis de la transferencia definen al psicoanálisis, entonces psicoterapia psicoanalítica puede ser definida en términos de*

modificaciones en uno o todas estas tres técnicas esenciales” (Kernberg 1978 traducción personal, subrayado añadido).

Serán estos tres rasgos esenciales del método psicoanalítico la base del esquema propuesto por Kernberg para marcar las diferencias y relaciones entre psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: “ *Pienso que la definición del spectrum de psicoterapias psicoanalíticas que van desde el psicoanálisis a las psicoterapias de apoyo, es posible en términos de estas tres características básicas*” (Kernberg 1978 traducción personal).

Antes de comenzar a revisar el esquema propuesto, es necesario hacer dos precisiones. Primero: Kernberg, al igual que muchos autores, considera al psicoanálisis como el tratamiento de elección, es decir, el mejor tratamiento para los paciente neuróticos: “para pacientes con organización neurótica de la personalidad, para la cual en realidad el psicoanálisis per se sería el tratamiento de elección” (Kernberg 1999, subrayado añadido), salvo cuando existan contraindicaciones individuales significativas, justificando principalmente la no elección del psicoanálisis clásico como tratamiento en base a razones económicas, limitaciones de tiempo o consideraciones geográficas entre otros aspectos culturales actuales: “creo que es justo decir que, dada la presente situación cultural y económica la naturaleza muy reciente de la investigación empírica respecto a la efectividad de estos tratamientos, las presiones financieras y culturales a menudo tienden a sobreponerse en esta época a la evidencia clínica en cuanto a la indicación de psicoanálisis como el tratamiento de elección” (Kernberg 1999, subrayado añadido). De nuevo aparece la recurrente idea de que las indicaciones para psicoterapia psicoanalítica son reacciones frente a variantes económicas y culturales que impiden su “verdadero” o “científico” tratamiento mediante el psicoanálisis clásico. Respecto a Kernberg es preferible considerar sus argumentos como advertencia de que existen diversos intereses no clínicos tras las prescripciones de tratamientos más breves a pacientes neuróticos, ya que la argumentación basada en causas culturales actuales, temporales y financieras han sido esgrimidas por más de cuarenta años, con lo cual la supuesta “presente situación cultural y económica” no es sostenible. Al respecto recordemos a Stone quien el año 1951 sostenía que la decisión para disponer entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica era un criterio, en el mejor de los casos, práctico: “*El gran número de pacientes quienes debido a causas de limitaciones de dinero o tiempo no pueden ser analizados*” (Stone 1951, citado por Wallerstein 1995, traducción personal), además, la evidencia clínica señalada por Kernberg es, por decir lo menos,

poco generalizable y se ha abusado bastante de ella, pasando muchos años de investigación empírica que a grandes rasgos no han mostrado gran ventaja del método clásico psicoanalítico -si es que alguien lo practicara así hoy en día-, respecto a abordajes psicoterapéuticos, existiendo hoy la controversia respecto a los pacientes demasiado “sanos” para el psicoanálisis clásico.

Como segundo punto a clarificar, está el hecho de que Kernberg considera que la psicoterapia psicoanalítica es aquella forma de tratamiento derivada del psicoanálisis exclusivamente para pacientes no adecuados, por su organización limítrofe, para el tratamiento clásico, como he mencionado, es decir, una forma muy cercana al término propuesto por Kernberg de “psicoanálisis modificado” para pacientes limítrofes.

Luego de estas aclaraciones volvamos al esquema de Kernberg para diferenciar psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica (como él la entiende) y psicoterapia de apoyo basado en los tres rasgos esenciales del método psicoanalítico -interpretación, análisis de la transferencia y neutralidad técnica-.

En base a la técnica de Interpretación, desde una perspectiva transversal a las tres modalidades de tratamiento, encontramos que en psicoanálisis *“la técnica de la interpretación incluye la clarificación de la experiencia consciente y preconscious del paciente, la confrontación como la focalización cuidadosa en el comportamiento verbal y no-verbal que complementa la comunicación de la experiencia subjetiva del paciente por medio de la asociación libre, y la interpretación per se del significado inconsciente de lo que ha sido confrontado y clarificado. El significado inconsciente del “aquí y ahora” es generalmente un puente importante para la interpretación del significado inconsciente del “allá y entonces”* (Kernberg 1999, subrayado añadido).

En la psicoterapia psicoanalítica se utiliza la Interpretación pero en mayor medida la clarificación y confrontación. La Interpretación se caracteriza por interpretaciones de los significados inconscientes en el “aquí y ahora” en mayor espacio que la interpretación del “allá y entonces”: *“la clarificación, la confrontación y la interpretación en el aquí y ahora son los aspectos principales de la técnica interpretativa utilizada en la psicoterapia psicoanalítica, con clara predominancia de la clarificación y de la confrontación”* (Kernberg 1999)

Por último, en la psicoterapia de apoyo se utilizarían: *“los pasos preliminares de la técnica interpretativa, es decir, la clarificación y la confrontación, pero no utiliza la interpretación per se. Por el contrario, utiliza el apoyo cognitivo y emocional, es decir, afirmaciones del terapeuta que tienden a reforzar los compromisos adaptativos entre*

*impulso y la defensa por medio del aprovisionamiento de la información cognitiva (como la persuasión y consejo) y por el apoyo emocional (incluyendo la sugestión, el reaseguramiento, el alentar y la alabanza). Además la psicoterapia de apoyo utiliza la intervención directa sobre el ambiente, por parte del terapeuta, de los familiares, o de otros técnicos de salud mental comprometidos en funciones auxiliares terapéuticas”.* (Kernberg 1999) muchos de estos aspectos de apoyo ya fueron planteados por Knight<sup>11</sup> en los años cincuenta los que posteriormente elaborará Gill<sup>12</sup>.

Con base en el segundo “rasgo esencial de la técnica psicoanalítica” denominado análisis de la transferencia, Kernberg propone para el psicoanálisis que: *“el análisis de la transferencia es el foco interpretativo principal en el psicoanálisis clásico, llevado a cabo sistemáticamente, en el sentido de que una secuencia emergente de desarrollos transferenciales es explorada metódicamente sin una presunción sesgada del orden genético de estas disposiciones transferenciales”* (Kernberg 1999), resaltando al respecto que *“...tal predominio del análisis sistemático de la transferencia puede ser considerado una característica esencial del método psicoanalítico”* (Kernberg 1999).

El análisis de la transferencia para la psicoterapia psicoanalítica, que recordemos para Kernberg es un tratamiento sólo para los pacientes con patología severa, es lo que el considera “psicoanálisis modificado” para pacientes limítrofes. Respecto a éste plantea que *“se constituye en el foco esencial de la psicoterapia psicoanalítica desde el comienzo [al igual que en psicoanálisis], pero se modifica por medio de la conexión interpretativa activa del análisis de la transferencia con la exploración en profundidad de la situación vital diaria del paciente, enfoque que se hace necesario por el predominio de las operaciones de las defensas primitivas que existen en estos pacientes. Las operaciones de escisión, en particular, tienden a disociar la situación terapéutica de la vida externa del paciente y pueden llevar a “actings outs” severas y disociadas dentro o fuera de las sesiones. Por lo tanto la vinculación interpretativa entre la*

---

<sup>11</sup> Knight propuso un listado de técnicas para la psicoterapia de apoyo muy similar al de Kernberg *“Ánimo, aviso, ayuda activa en manejo factible del entorno; persuasión apropiada, exortación, bromear y elogiar, sugestión, prescripción de actividades diarias incluyendo lecturas de higiene mental, disposición temporal, recurrente o permanente apoyo mediante enfermera o compañía, largo rango de apoyo mediante menor frecuencia pero continuas entrevistas como las mejorías del paciente”* (Knight 1952 citado por Wallerstein 1989a, 1995b traducción personal)

<sup>12</sup> El primer punto planteado por Gill para las psicoterapias de apoyo era *“Fomentar las actividades del yo donde la defensa se combina con gratificaciones adaptativas y el desaliento de gratificaciones desadaptativas que esten o no combinadas con la defensa”* (Gill 1951, citado por Wallerstein. 1989a, 1995b, 1995)

*realidad externa del paciente y los desarrollos transferenciales en las sesiones se vuelve central.” (Kernberg 1999)*

En psicoterapia de apoyo, plantea Kernberg, *“la transferencia no es interpretada, en la psicoterapia de apoyo, pero tampoco es ignorada. La atención cuidadosa a los desarrollos transferenciales ayuda al terapeuta a analizar, con tacto, la naturaleza “inapropiada” de los desarrollos transferenciales, su reproducción, en las sesiones, de interacciones patológicas en que generalmente el paciente se ve implicado con los otros significativos; y a alentar al paciente para disminuir este comportamiento patológico dentro de la sesión”* (Kernberg 1999). En general, en la psicoterapia de apoyo se utiliza -más que la interpretación de la transferencia- el señalamiento, la clarificación, la confrontación y la “exportación” del conocimiento así adquirido, a relaciones fuera de la sesión del paciente. En términos de Kernberg: *“Al señalar la naturaleza distorsionada, improductiva, destructiva o confusional del comportamiento del paciente, se une la aclaración de las razones conscientes del paciente de su comportamiento en las sesiones con la confrontación de su naturaleza inapropiada, seguida de la posibilidad de trasladar o “exportar” el conocimiento así adquirido a las relaciones del paciente fuera del tratamiento contribuyendo, de esta manera, a las funciones re-educativas de la psicoterapia de apoyo junto al apoyo directo cognitivo y emocional de combinaciones adaptativas de impulso y defensa e intervenciones directas de apoyo ambientales”* (Kernberg 1999).

El tercer “rasgo esencial de la técnica psicoanalítica” propuesto es la neutralidad técnica, que para el psicoanálisis es definida como *“la equidistancia interpretativa del superyó, del ello, del yo agente y de la realidad externa, es decir, enfocando el material desde la posición de segundo observador del yo del paciente. Tal neutralidad técnica implica una objetividad preocupada (alerta o vigilante) que permite el énfasis de la transferencia y su análisis como una distorsión implícita de la relación terapéutica “normal” establecido, desde el comienzo por el encuadre y por la definición de las tareas de los participantes (la asociación libre para el paciente y la interpretación para el analista)”* (Kernberg 1999)

En la psicoterapia psicoanalítica la neutralidad técnica, si bien es una herramienta esencial en el tratamiento de pacientes con patología severa (para quienes según Kernberg estaría indicada la psicoterapia psicoanalítica), está se debe abandonar por momentos para controlar el acting out que puede amenazar la vida misma del paciente o el tratamiento, a diferencia del psicoanálisis donde la neutralidad técnica se

mantiene idealmente a lo largo del tratamiento, en psicoterapia psicoanalítica *“la naturaleza autopropetuada del acting out en estos casos puede resultar imposible de resolver por medio de la interpretación sin estructura o establecer límites.”* (Kernberg 1999). Límites como contrato terapéutico inicial, donde el paciente se compromete a hospitalizarse o controlar su comportamiento en vez de actuarlo, lo cual es muchas veces una precondición para el tratamiento y claramente aleja al analista de la neutralidad técnica ideal siendo necesario explorar cada abandono de la neutralidad técnica luego de su restablecimiento en términos de las implicaciones transferenciales del comportamiento estructurante del terapeuta, propuesta a mi modo de ver, cercana al concepto de parámetro de Eissler: *“En resumen la neutralidad técnica en psicoterapia psicoanalítica es un estado de trabajo ideal, una y otra vez preventivamente abandonado y reinstalado interpretivamente”* (Kernberg 1999).

Kernberg concluye respecto a la psicoterapia psicoanalítica que *“la psicoterapia psicoanalítica no diluye el “oro” del psicoanálisis con el “cobre” del apoyo, sino que mantiene una técnica esencialmente psicoanalítica con la finalidad de analizar los conflictos inconscientes activados por la transferencia con un encuadre modificado explícitamente, aceptado por el paciente de antemano”* (Kernberg 1999).

Por último, en la psicoterapia de apoyo la neutralidad técnica es abandonada sistemáticamente: *“el terapeuta toma alternativamente la posición a favor del yo, del superyo, del ello o de la realidad externa, de acuerdo a qué instancia representa, en un determinado momento, el potencial más adaptativo del paciente.”* (Kernberg 1999), sin embargo, este abandono sistemático de la neutralidad técnica presenta serios riesgos como son: *“la infantilización del paciente por una posición excesiva de apoyo”* y *“el acting out contratransferencial como consecuencia del abandono de la posición de neutralidad técnica”* (Kernberg 1999).

Kernberg, en su intento por diferenciar la psicoterapia psicoanalítica de la psicoterapia de apoyo, plantea sus críticas respecto a la posibilidad de una mezcla entre elementos de apoyo y expresivos. Si bien reconoce que esta mezcla ha recibido algún apoyo teórico al considerar que las intervenciones psicoanalíticas tienen efectos apoyadores en el paciente, por lo cual se supone que todos los tratamientos basados en la teoría psicoanalítica contienen elementos de apoyo, sin embargo plantea que esta combinación de elementos limita el trabajo con la transferencia en profundidad, debido al abandono de la neutralidad técnica que demandaría el despliegue de las técnicas de

apoyo. Este aspecto teórico - técnico es desarrollado más en extenso por Kernberg en 1978.

Además de la diferenciación propuesta para el psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo, basada en los “rasgos esenciales de la técnica psicoanalítica”, Kernberg añade otras características que ayudan a diferenciarlos, como son la estrategia y la táctica.

La estrategia para el psicoanálisis sería “ *la resolución de la neurosis de transferencia*”, para la psicoterapia psicoanalítica (recordemos para pacientes con perturbaciones de la personalidad u organización de la personalidad fronteriza) ésta “*implica resolver el síndrome de difusión de identidad permitiendo la integración de la identidad normal del yo*” y para la psicoterapia de apoyo se propone “*el mapeo cuidadoso y gradual de las dificultades interpersonales dominantes del paciente y de sus síntomas neuróticos, que reflejan conflictos inconscientes y su modificación psicoterapéutica en la dirección de reforzar soluciones adaptativas a los conflictos inconscientes en todas las áreas disponibles a la exploración psicoterapéutica, con la utilización particular de la clarificación, la confrontación, la reducción y la exportación de la transferencia como técnica principal de tratamiento*” En resumen “*En la psicoterapia de apoyo la estrategia implica fomentar una mejor adaptación a las necesidades intrapsíquicas y externas más que los esfuerzos de cambio estructural intrapsíquico*” (Kernberg 1999).

En base a la táctica, entendida como “*el abordaje del material del paciente de cada sesión*”, tanto el psicoanálisis como la psicoterapia psicoanalítica, dice que “*El terapeuta intenta diagnosticar el aspecto transferencial predominante sobre la base de la exploración simultánea de la comunicación verbal y no verbal del paciente y de la contratransferencia , establecer un “hecho seleccionado” y luego trabaja interpretativamente con el conflicto inconsciente afectivamente dominante que este hecho seleccionado representa. La atención flotante del analista le permite capturar el material afectivamente dominante*” (Kernberg 1999)

Por otro lado, para la psicoterapia de apoyo se plantea la táctica que se adapta a la sintomatología dominante y las perturbaciones del comportamiento del paciente que dictarían el punto de entrada de las intervenciones psicoterapéuticas. “*El terapeuta se centra en la transferencia sólo cuando las complicaciones transferenciales interfieren con el esfuerzo de cambiar las configuraciones de impulso/defensa por medio de intervenciones de apoyo*” (Kernberg 1999).

Como corolario a su propuesta Kernberg plantea: *“Las diferencias entre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica como he sugerido anteriormente [en base a los elementos esenciales del psicoanálisis, estrategias y tácticas] pueden diagnosticarse sólo después que ha pasado cierto tiempo del tratamiento.”*(Kernberg 1999) y un reconocimiento de la importancia de la psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo tanto para el psicoanálisis como para los pacientes: *“Si las suposiciones teóricas y técnicas expresadas en este trabajo son válidas, entonces la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia de apoyo son importantes derivados del psicoanálisis que pueden diferenciarse de éste, lo cual expande mucho el campo de las intervenciones psicoanalíticamente fundamentadas y puede proporcionar un espectro de terapias derivadas del psicoanálisis que ayudarían a gran parte de la población que no puede o que no debería tratarse por medio del psicoanálisis propiamente dicho.”*(Kernberg 1999). Nuevamente aparece la idea recurrente de valorar la psicoterapia psicoanalítica, que va aparejada con la idea ya mencionada, de que sólo los psicoanalistas de instituto o “completamente formados” pueden practicar la psicoterapia psicoanalítica.

---

CAPÍTULO CUARTO

*Desarrollo de la Psicoterapia  
Psicoanalítica: “La difuminación de las  
diferencias”*



## INTRODUCCIÓN CAPÍTULO CUARTO

### *“La difuminación de las diferencias”*

Las propuestas de los autores revisados en extenso durante el capítulo anterior, han sido denominadas “diferenciadoras”, es decir, propuestas de autores que buscan marcar claramente las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, dichas propuestas son las primeras en aparecer y se remontan a más de cien años atrás hasta algunos tempranos escritos de Freud (vistos en capítulo I). Dichas propuestas diferenciadoras y su intento por clarificar y desarrollar las diferencias son mantenidas hasta hoy en día, como se ha observado en los recientes escritos de algunos de estos mismos autores. Sin embargo, existe una propuesta contraria a la de estos autores “diferenciadores”, propuesta que fué centro de los debates desarrollados en los años cincuenta, que podríamos llamar “difuminadores” de las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Estos autores proponen y argumentan apasionadamente que las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica no existen y claramente plantean la necesidad de difuminación o eliminación de los intentos por diferenciar ambas modalidades de trabajo clínico.

Los intentos de difuminación de las diferencias muchas veces se centraron en críticas sobre la efectividad de la técnica clásica en pacientes no adecuados a ella, es decir, en pacientes no analizables. Otros intentos se centran en propuestas teóricas divergentes de la corriente central de la teoría psicoanalítica, que derivan en modificaciones significativas de la técnica de intervención, además, existen propuestas difuminadoras aplicadas o técnicas que asumen que en la aplicación concreta, es decir, en el tratamiento clínico de pacientes, las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica no se aprecian claramente o no se observan. Por último existen propuestas de difuminación basadas en concepciones alternativas de la teoría de la técnica que borran las diferencias.

Las propuestas de difuminar o borrar las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, marcaron el contrapunto de los debates realizados durante los años cincuenta y consumieron gran cantidad de tiempo de los participantes en rebatir sus planteamientos mutuamente.

Uno de los principales exponentes, con muchos seguidores, fue Franz Alexander, con quien comenzamos nuestra revisión de las propuestas de los autores “difuminadores”.

### 1.- *En la práctica no se ven diferencias, Franz Alexander:*

Alexander llega a los debates en torno al tema de las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica luego de haber publicado diversos artículos profesionales y de haber publicado en 1946 un polémico libro junto con Thomas French titulado "*Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*" (Terapéutica psicoanalítica: Principios y Aplicación), donde ya se destaca la visión influida por la psiquiatría norteamericana<sup>1</sup> de Alexander, quien proponía la total integración del psicoanálisis a la psiquiatría y la medicina académica, además de principios terapéuticos diferentes a los habitualmente utilizados en psicoanálisis. Su propuesta de integración se desprende de la siguiente cita: "*Que los conceptos psicoanalíticos, el conocimiento teórico de la psicodinámica y de la formación de la neurosis son necesarios para todo psiquiatra ya se acepta de forma mayoritaria<sup>2</sup>, tanto por los analistas como por los psiquiatras no analíticos... [convirtiéndose la teoría psicoanalítica] en territorio de toda la psiquiatría y a través de los canales psicósomáticos de toda la medicina*" (Alexander 1954 citado por Wallerstein 1989a).

Alexander, al igual que Gill -un fuerte oponente de sus planteamientos en ese tiempo-, afirma que no pueden existir diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica basadas en frecuencia de entrevistas, duración del tratamiento y uso del diván entre otras características, es decir, lo que Gill llamó "criterios extrínsecos", en términos de Alexander: "*De hecho, cualquier distinción entre el psicoanálisis propiamente dicho y otros procedimientos exploratorios o expresivos se consideró sólo "cuantitativa" y todas las distinciones basadas en la frecuencia de las entrevistas, la duración del tratamiento y el uso del diván o de la posición sentada frente al analista se consideraron espúreas*" (Alexander 1954 citado por Wallerstein 1989a). Lo planteado es una actualización de lo propuesto por él en 1946: "*La designación de "terapia psicoanalítica" esté o no justificada, depende de la definición que cada uno dé del psicoanálisis. El concepto de psicoanálisis que se basa en la conformidad superficial*

---

<sup>1</sup> Pichon Riviere en la presentación de la edición castellana plantea "*en síntesis: Terapéutica psicoanalítica [título de la versión castellana del libro de Alexander y French] es una excelente muestra del pensamiento psiquiátrico de Alexander, de su larga experiencia, de su justa comprensión y valoración de los factores sociales . . .*"

<sup>2</sup> Esta cita muestra la temporalidad de los debates respecto a psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis, hoy en día esta aseveración de Alexander no tendría soporte en la práctica cotidiana de la psiquiatría norteamericana como se desprende de la siguiente afirmación de Gunderson y Gabbard "*Un mar de cambios ha ocurrido en la psiquiatría americana a través de las dos o tres décadas pasadas.. tratamientos basados en la teoría psicoanalítica han venido marginalizándose al interior de la psiquiatría...*" Gunderson, J & Gabbard, G. (1998)

con los requisitos de sesiones diarias, ininterrumpida asociación libre y uso del diván, y que considera la neurosis transferecial como inevitable, no incluye, como es fácil de ver, la flexibilidad [característica de la terapia psicoanalítica]. (Alexander y French 1946).

Alexander propone que las diferencias que podrían apreciarse entre estas dos modalidades de tratamiento, sólo responden a aspectos cuantitativos y no cualitativos, con lo cual las diferencias son sólo diferencia de matices. Al igual que Gill, observó la ineficacia de los criterios extrínsecos para diferenciar ambas modalidades, solo que, Alexander toma la dirección contraria a la asumida por Gill, e intenta unificar las dos modalidades de tratamiento, intento que ya aparece en 1946: *"Si definimos el psicoanálisis según criterios más esenciales, como toda terapia basada en principios psicodinámicos, cuyo intento es conducir al paciente hacia un ajuste más satisfactorio con su ambiente, y ayudar al desarrollo armónico de sus capacidades; si tal es la definición adoptada, todas las formas de terapia, por flexibles que sean, apoyadas en esta base y orientadas hacia este objetivo, pueden considerarse psicoanalíticas"* (Alexander y French 1946 subrayado añadido), con lo cual se difuminan o borran las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica.

Alexander considera que *"La única solución lógica es identificar como "psicoanalíticos" a todos aquellos procedimientos que se fundaban esencialmente en los mismos conceptos científicos, observaciones y principios técnicos"* (Alexander 1954 citado por Wallerstein 1989a). Para argumentar esta aseveración, Alexander no se retrae a la fuerte abstracción teórica, como hizo Gill, sino que recoge lo observable en la práctica cotidiana de los analistas planteando: *"Una distinción clara entre el tratamiento psicoanalítico [estándar] y los otros métodos de la psicoterapia basados en la observación de la teoría psicoanalítica, es cada vez más difícil... En la práctica actual los psiquiatras se parecen cada vez más a los demás, aunque unos puedan practicar el psicoanálisis puro y otros la psicoterapia de orientación psicoanalítica"* (Alexander 1954 citado por Wallerstein 1989a subrayado añadido). Además, continua argumentando desde lo que ocurre en la práctica clínica cotidiana: *"La única distinción realista es... la existente entre los métodos principalmente de apoyo y los principalmente exploratorios"* (Alexander 1954 citado por Wallerstein 1989a), es decir, Alexander busca integrar todos los métodos psicoanalíticos de tratamiento existentes en una sola categoría de Psicoterapia Psicoanalítica con las diferencias de matices "principalmente de apoyo" y "principalmente expresiva".

Alexander, al igual que Knight, entrega una lista de técnicas terapéuticas de apoyo como son: *"la gratificación de las necesidades de dependencia, la catarsis emocional con la reducción de cargas emocionales asistiendo la intelectualización de los juicios de los pacientes a través de una revisión objetiva de las presiones estresantes, ayudando a las defensas neuróticas del yo cuando el paciente se demuestra incapaz de tratar con el material inconsciente y manipulando la situación vital cuando el paciente no puede afrontar las circunstancias de su vida"* (Alexander 1954 citado por Wallerstein 1989a).

La postura de Alexander, de agrupar las diferentes modalidades de tratamiento de pacientes bajo la nomenclatura de "terapia psicoanalítica", es una postura presentada más radicalmente pero no alejada de las propuestas de sus principales detractores, que proponían la existencia de diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en los extremos de un *continuo* con sutiles líneas de diferenciación a veces irreconocibles entre ambas, donde, podríamos decir que, Alexander intenta poner un nombre a ese continuo de modalidades de tratamientos basados en la teoría psicoanalítica. Incluso reconociendo las matizaciones "principalmente de apoyo" y "principalmente expresiva" ampliamente aceptadas, propuesta que él argumenta esencialmente en base a la observación de la práctica clínica cotidiana. Sin embargo, para entender la fuerte polémica y el gran gasto de tiempo de sus detractores, debemos entender que Alexander, además de intentar unificar y difuminar las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, propone nuevos principios terapéuticos que, de aceptarse, su propuesta de difuminación de los límites entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica deberían incluirse dentro de los ya clásicos principios terapéuticos o teoría de la técnica psicoanalítica, y es aquí, en esta propuesta de nuevos principios terapéuticos, donde se desarrolla uno de los más poderosos debates al interior de la comunidad psicoanalítica, que traerá como consecuencia la cristalización del consenso sobre que constituye psicoanálisis y que constituiría psicoterapia psicoanalítica.

Revisaremos brevemente estos principios planteados por Alexander y French, principalmente en su libro de 1946 "Terapia psicoanalítica: Principios y Aplicación", junto a algunos argumentos de sus detractores para finalmente observar qué ha ocurrido luego de cincuenta años con su propuesta.

El principio por el que más se conoce la propuesta de Alexander es llamado "Principio de la Experiencia Emocional Correctiva", que sería un principio terapéutico

básico de todas las formas de psicoterapia: "*...la experiencia emocional correctiva que yo considero como el principal factor terapéutico del psicoanálisis propiamente tal y de la psicoterapia orientada analíticamente...*" (Alexander 1965), es definida de la siguiente manera: "*En todas las formas de psicoterapia etiológica rige el mismo principio terapéutico básico: reexponer al paciente, en circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado.*" (Alexander y French 1946 subrayado añadido). Detallando su funcionamiento -destaco- se puede dar tanto dentro como fuera de la terapia: "*A fin de poder recibir ayuda, aquél debe sufrir una experiencia emocional correctiva adecuada para reparar la influencia traumática de experiencias anteriores. Es de importancia secundaria si esta experiencia correctiva tiene lugar durante el tratamiento o en la vida diaria del paciente*" (Alexander y French 1946).

Para que este principio funcione, es necesario que "*El analista adopta una actitud distinta de la asumida por el progenitor hacia el niño en la situación conflictiva original. Mientras el paciente continúa actuando conforme a pautas anticuadas, la reacción del analista se adapta estrictamente a la situación terapéutica real. Esto hace del comportamiento transferencial de aquél un unilateral boxeo con su sombra y así el terapeuta tiene oportunidad de ayudarlo tanto a ver intelectualmente como a sentir la irracionalidad de sus reacciones emocionales*" (Alexander y French 1946). Quisiera destacar que lo fundamental para Alexander es que el analista mantenga una actitud principalmente acotada a la "situación terapéutica actual", es decir, a la situación real y no distorsionada por la transferencia de la terapia, salvo que esta actitud sea cercana a la actitud de la figura parental significativa, durante la conflictiva infantil. Deseo destacar lo anterior, ya que la mayoría de las críticas hechas a otros principios planteados por Alexander, engloban todos sus planteamientos como si fueran uno solo, descalificándolos a todos por igual sin hacer matizaciones y muchas veces basados en exageradas generalizaciones de otros principios, no el de la experiencia emocional correctiva.

Volviendo a la experiencia emocional correctiva, Alexander señala: "*Al mismo tiempo, la actitud objetiva, comprensiva, del analista, permite al paciente encarar en forma distinta sus reacciones emocionales y hacer así una nueva definición del viejo problema. La antigua pauta era un intento de adaptación por parte del niño a la conducta parental. Cuando un eslabón (la respuesta parental) de esta relación interpersonal se modifica a través del terapeuta, la reacción del paciente pierde su*

objeto." (Alexander y French 1946). Alexander busca destacar, más que la semejanza entre los viejos comportamientos del paciente hacia sus figuras parentales y la transferencia, la actual diferencia entre ambos planteando que a menudo en la técnica clásica se pasan por alto estas diferencias. *"Generalmente suele hacerse hincapié en la analogía entre la transferencia y la situación patogénica original de la infancia, yo prefiero llamar la atención sobre lo que significa terapéuticamente la diferencia entre los antiguos conflictos infantiles y la relación actual de paciente a médico. Esa diferencia es la que permite la experiencia emocional correctiva..."* (Alexander 1965), *"Y es precisamente en estas diferencias donde radica el secreto valor terapéutico del procedimiento analítico"* (Alexander y French 1946).

Por último, Alexander sintetiza la dinámica de la experiencia emocional correctiva *"Porque la actitud del terapeuta es distinta de la actitud de la persona autoritaria del pasado, por eso brinda al paciente la oportunidad de enfrentar una y otra vez, en circunstancias más favorables, aquellas situaciones emocionales antes insostenibles, y tratarlas en forma distinta de las antiguas."* (Alexander y French 1946).

Otro principio desarrollado por Alexander y propuesto en el mismo escrito de 1946 es el "Principio de Flexibilidad", expresado como: *"En psicoterapia, como en toda terapia, el médico debe adaptar su técnica a las necesidades del paciente"* (Alexander y French 1946) buscando con esto: *"Por sobre todas las cosas, hemos tratado de aprender cómo controlar y manejar la relación transferencial de modo de alcanzar el objetivo específico y adaptarnos a la psicodinámica particular de cada caso."* (Alexander y French 1946). Más que el "principio de flexibilidad", fue la propuesta de "manejar la relación transferencial" que rompe con la clásica neutralidad del analista, la que desata la polémica y la crítica generalizada a sus propuestas, a pesar de que Alexander y French plantearán claramente, siempre dentro del ámbito clínico, cual será su objetivo con este principio: *"Nuestro objetivo, empero, es siempre el mismo: incrementar la capacidad del paciente para encontrar gratificaciones a sus necesidades subjetivas, en formas aceptables tanto para él mismo como para el mundo en el cual vive, y permitirle así un libre desarrollo de sus capacidades"* (Alexander y French 1946).

Para este intento de "manejo y control" de la relación transferencial, admiten un amplio manejo del setting donde modifican: La frecuencia de las sesiones como forma de limitar la dependencia del paciente. *"Así como una persona alimentada cada media hora nunca llega a adquirir consciencia de tener hambre, el paciente analítico cuyas necesidades de dependencia encuentran continua gratificación, nunca llega a tomar*

consciencia de ellas. En tal situación el hecho de disminuir la frecuencia de las sesiones traerá a la consciencia, en forma súbita, las necesidades de dependencia, junto con todos los sentimientos reactivos debidos a la frustración de las mismas" (Alexander y French 1946). Interrupciones del tratamiento: "...una interrupción demostrará si el paciente es capaz de llevar una vida normal sin sus sesiones regulares. En el transcurso de una interrupción, el paciente aprende cuál de sus anteriores dificultades conserva aún y las sesiones que siguen se centran, por lo común, en esos problemas emocionales en los cuales necesita mayor ayuda." (Alexander y French 1946). Por último, considerar y utilizar las experiencias extraterapéuticas: "Es importante tener presente que el paciente tendrá finalmente que resolver sus problemas en la vida real... Las experiencias vividas en la relación transferencial son sólo preparativos, un entrenamiento para la batalla verdadera... Por lo tanto, en toda psicoterapia, ya tome la forma de la técnica estandar o la de algún método más breve, una parte integrante del tratamiento consiste en observar e influir sistemáticamente sobre las experiencias del paciente en la vida." (Alexander y French 1946).

Finalmente, el tema más polémico de las propuestas de Alexander y French es el "manejo de la relación transferencial", como se ha mencionado. Para introducir este punto recorre las diferentes formas de concebir y utilizar la transferencia en el psicoanálisis, concluyendo que: "...como se ha sugerido, a menudo la neurosis transferencial complica la terapia e impide el progreso; por su naturaleza repetitiva, se convierte en un foco de resistencia al tratamiento... En lugar de alentar una repetición de toda la situación infantil con todos sus conflictos, preferimos concentrar nuestros intereses en esa fase de la situación transferencial alrededor de la cual gira el conflicto central... Ya no se hace hincapié en la neurosis transferencial, sino en la relación transferencial como eje de la terapia..." (Alexander y French 1946 subrayado añadido). Una vez planteada su focalización en la situación de la transferencia que este más vinculada al conflicto central del paciente, reconocen su trabajo fundamental con la relación transferencial: "de manera de poder hacerla servir a nuestros fines sin que se presenten los peligros de los antiguos métodos [regresión y neurosis de transferencia]. Para ello hemos hecho uso consciente de otras técnicas: La relación y frecuencia de las sesiones, la orientación en la vida cotidiana, la elección y el momento adecuado de las interpretaciones, las variaciones en la escena terapéutica y en la actitud del terapeuta y el uso de las relaciones "transferenciales extraanalíticas". (Alexander y French 1946).

Todas estas modificaciones, que dan forma al propuesto "principio de Flexibilidad", que como se observa se dirige principalmente al manejo y control de la transferencia que permitiría la mayor aparición de "experiencias emocionales correctivas", al interior como al exterior de la terapia, que harían la terapia psicoanalítica más eficiente. A modo de resumen y corolario de las modificaciones propuestas, se puede citar la siguiente evaluación de Alexander y French de los resultados obtenidos con su planteamiento: *"Se ha observado que en todos los casos en que la relación transferencial se controla y dirige en forma consciente, en que la terapia abarca tanto situaciones terapéuticas como extraterapéuticas, el progreso tiende a ser más rápido, a requerir menos sesiones, y a mantener una participación emocional mayor por parte del paciente, que en los casos tratados según el antiguo método de una completa neurosis transferencial. Manteniendo la terapia cerca de los problemas reales del paciente mediante un equilibrio realista de reacciones e interpretaciones transferenciales analíticas y extranalíticas, se tiende a dar al paciente conciencia de sus emociones, a tornar el conocimiento más realista y convincente, y a apoyar la función integradora del yo. Además, resulta tarea sencilla para el paciente poner a prueba el conocimiento conquistado a base de una interpretación dentro de la situación transferencial mientras se halla aún bajo la guía del terapeuta, y luego, preparado ya para una real experiencia en la vida en una atmósfera protegida, usar la nueva percepción en la situación extraterapéutica."* (Alexander y French 1946).

La propuesta de Alexander de 1946 sufre un lógico desarrollo en sus ideas, especialmente aquella que comenzó planteando que: *"El analista adopta una actitud distinta de la asumida por el progenitor hacia el niño en la situación conflictiva original"*, que irá evolucionando desde la perspectiva de Alexander a la idea de que *"En la transferencia la actitud del terapeuta debe ser inversa a la [actitud] intimidatoria de los padres"* (Alexander 1950 citado por Wallerstein 1995b subrayado añadido). En este mismo sentido, en el contexto de una revisión de caso, plantea: *"Mi actitud no fué simplemente objetiva y ayudadora, esta fué consistentemente tolerante y definitivamente alentadora, exactamente la opuesta de la actitud del padre"* (Alexander 1950 citado por Wallerstein 1995b traducción personal, subrayado añadido). Con estas citas se aprecia un cambio en la actitud del analista frente a las expectativas transferenciales del paciente, desde una actitud objetiva, basada en la situación real, a una actitud más marcadamente inversa a las expectativas transferenciales

En 1954 este cambio de actitud mencionado se formaliza bajo el “Principio de Contraste”, que es definido como: *“La actitud básica del analista debe mantenerse siempre objetiva, no juzgadora, y ayudadora. Dentro del marco de esta actitud básica, como sea, el más sutil clima interpersonal debería en cada etapa de tratamiento ser preferiblemente el opuesto al que prevalece en la situación original que es repetido en la transferencia de forma particular”* (Alexander 1950 citado por Wallerstein 1995b).

Por último, en 1956 Alexander muestra el desarrollo de sus propuestas técnicas: *“[El] Conocimiento de la tempranas actitudes interpersonales que contribuyen a la neurosis del paciente puede ayudar al analista para asumir intencionalmente un tipo de actitud que es conducida para provocar el tipo de experiencia emocional en el paciente que es adecuado para deshacer los efectos patogénicos de la actitud parental original...La proposición hecha aquí es que el analista debería intentar reemplazar su espontánea contratransferencia con actitudes que son conscientemente planeadas y adoptadas acorde con las exigencias dinámicas de la situación terapéutica...conectado con esto se debería considerar que la objetiva distancia del psicoanalista [tradicional] es en sí misma una actitud adoptada, estudiada y no una reacción espontánea al paciente.”* (Alexander 1950 citado por Wallerstein 1995b traducción personal).

Los planteamientos de Alexander han sido uno de los más intensos y de mayor amplitud durante un tiempo en la comunidad psicoanalítica mundial, sus concepciones técnicas y el concepto de la experiencia emocional correctiva fueron ampliamente seguidos y rebatidos sembrando el temor que producía la amenaza del cambio de la esencia del método psicoanalítico como es la “neutralidad” del analista.

Las críticas no tardaron en propagarse no sólo en Norteamérica, dentro de los primeros en criticar la propuestas de Alexander aparece Jones, luego, en Norteamérica Eisler, Knight, Gitelson, Hartmann, Lowenstein y E.Zetzel entre otros. Las críticas más sistematizadas fueron las realizadas por autores, ya revisados en este trabajo, como son Gill, Rangel y Stone, lamentablemente éstas se encuentran fuera de los alcances del presente trabajo, sin embargo, el aporte de Alexander se aprecia en el desarrollo de actuales líneas de desarrollo teórico como por ejemplo la consideración cada vez mayor de la importancia de las “alianzas” de trabajo o terapéuticas para el proceso psicoanalítico, la consideración principal de aspectos de la transferencia para el trabajo terapéutico como componentes primarios, centrales o focales y la consideración de la inevitable influencia de la contratransferencia para el trabajo analítico, sobre todo en la carga afectiva inherente a éste que, recordemos, se puede observar en las últimas

propuestas de Gill de focalizarse en la "experiencia del paciente de la relación psicoanalítica", es decir, el paso hacia una psicología de "dos personas".

Dadas las actuales tendencias, ampliamente aceptadas, de reconsiderar los factores afectivos relacionales en el proceso psicoanalítico, es conveniente conocer las posturas actuales frente a las propuestas de Alexander, específicamente frente a la aceptación o rechazo del concepto experiencia emocional correctiva dentro de la teoría de la técnica psicoanalítica.

Comenzaré por exponer brevemente el contundente rechazo de este concepto por parte de Hanna Segal, obviamente desde una postura Kleiniana, postura que desde un comienzo ha ignorado casi por completo el trabajo de Alexander.

Segal muestra su acuerdo con algunos aspectos del trabajo de Alexander: *"Ciertamente esto es un principio general psicoanalítico, que el psicoanálisis es una experiencia emocional correctiva y que puramente insights intelectual no produce cambio... Dudo que alguien hoy en día sostenga totalmente la visión criticada por Alexander"* (Segal 1990 citada por Wallerstein 1995b traducción personal), pero desde una perspectiva Kleiniana, ella encuentra que la aproximación de Alexander es altamente errónea al no considerar esta la existencia de divisiones en las representaciones de objetos del paciente, con aspectos buenos y malos, donde aplicar el principio de oposición es actuar y dejar de lado los aspectos buenos del objeto limitando con esto la posibilidad de una experiencia emocional correctiva. Para ella la activa oposición a las expectativas transferenciales puede llevar a que el analista sea inconscientemente manipulado por el paciente.

En contraste con el rechazo del concepto observado en Hanna Segal, Theodore Jacobs defiende la concepción de experiencia emocional correctiva de Alexander. *"En su trabajo el analista se encuentra a sí mismo intuitivamente respondiendo al paciente en sentidos que son claramente diferentes de aquellos utilizados por sus padres o cuidadores... inevitablemente nosotros actuamos en un sentido "correctivo" y en mi visión todo buen análisis incluye una medida de este ingrediente en su mezcla terapéutica"*. Detalla su defensa de la experiencia emocional correctiva. *"Las acciones correctivas del analista son una inevitable y necesaria parte del tratamiento. Que con la mayoría de los pacientes es empleada al mínimo muy sutilmente y de forma no obstrusiva. Con algunos individuos en todo caso, es necesario utilizarla de una manera más planificada y deliberada. Mediante ciertos aspectos de la conducta del analista que incluye su atenta escucha, su benevolente neutralidad, su honestidad, fiabilidad y tacto*

analítico, los movimientos "correctivos" intuitivos que él realiza armonizados con ciertas necesidades del paciente, teniendo el efecto de ofrecer al paciente una única relación de objeto que es diferente de otras que ha conocido (Jacobs 1990 citado por Wallerstein 1995b traducción personal).

Por último, Wallerstein, un reconocido compilador del tema psicoanálisis y psicoterapia, frente al concepto de experiencia emocional correctiva se muestra "de acuerdo con acordar el concepto [experiencia emocional correctiva] al sentido que Alexander le dió y ver el a la misma luz que Gill (1954), Rangel (1954b), y que otros dieron: Es un concepto específicamente psicoterapéutico en vez de psicoanalítico, una maniobra técnica posiblemente justificada e incluso indicada en circunstancias clínicas específicas." (Wallerstein 1995b traducción personal).

## 2.- Una teoría puede guiar y sesgar, Frieda Fromm Reichman:

Otro autor representante de la postura difuminadora o más bien eliminadora de las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica es Frieda Fromm Reichman, su propuesta, más bien técnica, posee claras bases teóricas en Freud y la Teoría Interpersonal de Sullivan y se va desarrollando principalmente en el trato con pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Chesnut Lodge Sanitarium. Esta se basa en la modificación de la técnica clásica psicoanalítica, debido a las exigencias que este tipo de pacientes plantea, para ello cuestionó dos postulados psicoanalíticos que limitaban o justificaban no tratar pacientes psicóticos, impidiendo el desarrollo de alguna aproximación diseñada y basada en la teoría psicoanalítica: El primer postulado cuestionado fué la creencia de que las manifestaciones mentales de estos pacientes carecen de sentido y no podían comprenderse, es decir, los delirios primarios y disgregaciones en términos psiquiátricos. El segundo concepto psicoanalítico cuestionado, es el que postula que es imposible establecer una relación transferencial eficaz con el esquizofrénico: "En mi opinión, se ha perdido mucho tiempo valioso esperando con demasiada cautela hasta que el paciente estuviera "listo" para aceptar una u otra intervención terapéutica activa. Una vez que se ha establecido una relación médico-paciente viable, el paciente esta "listo" para que se realicen movimientos terapéuticos activos." (Fromm - Reichmann citada por Wallerstein 1969).

Durante sus encuentros clínicos con estos pacientes, sin la consideración de los conceptos limitadores ya citados, Fromm - Reichmann va demostrando por un lado la comprensión de éstos y la posibilidad de utilizar eficazmente la relación transferencial con ellos, mostrando la necesidad de aplicar la comprensión psicoanalítica de éstos mediante una técnica modificada como ha señalado Wallerstein: *"Fromm-Reichman llegó inevitablemente a la necesidad de aplicar su comprensión psicoanalítica por medio de una técnica muy modificada con respecto a la que se originó en el tranquilo consultorio vienés con pacientes neuróticos reprimidos"*(Wallerstein 1969). Las modificaciones de esta técnica comenzaron por eliminar algunos de los hoy conocidos "criterios extrínsecos" del psicoanálisis, como el uso del diván: *"El hecho de prohibir el uso del contacto visual como una ayuda para el proceso terapéutico constituye un obstáculo innecesario y contribuye a crear una situación irreal. Esto es válido en particular para los pacientes psicóticos, cuya falta de orientación en el mundo externo debe contrarrestarse mediante la realidad visible y audible de otra persona"*(Fromm - Reichmann citada por Wallerstein 1969). También cree necesario modificar la petición de asociaciones libres al paciente sosteniendo como argumento que: *"es innecesario promover la asociación libre con personas psicóticas. estas manifiestan de manera espontánea las actitudes y la capacidad para la expresión libre que el psicoanalista trata de establecer en los pacientes neuróticos mediante la asociación libre"* (Fromm - Reichmann citada por Wallerstein 1969), además en este mismo punto plantea: *"...Muchos psicoterapeutas dinámicos modernos no creen que el uso indiscriminado del llamado método de la "asociación libre" sea un requerimiento básico en la terapia psicoanalítica. Este constituye otro cambio en la terapia psicoanalítica"* (Fromm - Reichmann citada por Wallerstein 1969).

Hoy en día estas modificaciones de la técnica estándar psicoanalítica, a la luz de los últimos postulados de Gill, no llevarían a considerar esta técnica modificada como no analítica. Estas modificaciones propuestas por Fromm-Reichman gozaron de amplia aceptación sobre todo de aquellos psiquiatras psicoanalíticos que veían en ellas una forma posible y "aceptada" de tratar con los pacientes hospitalizados más dañados mentalmente, sin poner en duda la condición-identidad analítica de su trabajo. Sin embargo Fromm-Reichmann conforme a un pensamiento que busca la congruencia entre la práctica y la teoría, comienza a apelar por una nueva teoría psicoanalítica, como si ello fuera necesario para promover una nueva técnica.

En un primer momento, busca que un tratamiento tan modificado respecto al tratamiento clásico, sea reconocido como psicoanálisis, para ello argumenta la citada definición de Freud de 1914: "*...la teoría psicoanalítica es un intento por comprender dos experiencias que, de modo llamativo e inesperado, se obtienen en los ensayos por reconducir a sus fuentes biográficas los síntomas patológicos de un neurótico: el hecho de la transferencia y el de la resistencia. Cualquier línea de investigación que admita estos dos hechos y los tome como punto de partida de su trabajo tiene derecho a llamarse psicoanálisis, aunque llege a resultados diversos de los míos*" (Freud, 1914d subrayado añadido). Argumentando: "*según dicha definición, creemos que praticamos psicoanálisis con nuestros pacientes esquizofrénicos*" (Fromm - Reichmann citada por Wallerstein 1969), planteando, al igual que Alexander desde una postura basada en práctica clínica cotidiana, que "*los términos "psicoanálisis" y "terapia psicoanalítica" y "psicoterapia intensiva" se usan en forma alternada y como sinónimos...*" (Fromm - Reichmann citada por Wallerstein 1969).

Los intentos de Fromm - Reichmann con una fuerte base en la psicología del yo como forma de fortalecer su postura, insisten en borrar las diferencias entre la psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis: "*De paso, como resultado de las recientes elaboraciones sobre las concepciones teóricas de la psicología del yo y de sus aplicaciones prácticas a la terapia mediante el psicoanálisis clásico, la diferencia entre la técnica psicoterapéutica que utilizan los psicoanalistas clásicos y la técnica empleada por otras escuelas psicoanalíticas y psicodinámicas han disminuido en alto grado en cuanto a su alcance y significación... En este momento, pues, las concepciones teóricas y terapéuticas de los psicoanalistas clásicos y de otros psiquiatras dinámicos muestran una estrecha confluencia dinámica*" (Fromm - Reichmann citada por Wallerstein 1969).

Las modificaciones propuestas por Fromm -Reichmann en un nivel técnico, es decir terapéutico, insisten en eliminar las diferencias técnicas entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, como se ha planteado, con una fuerte base en la psicología del yo. Sin embargo, Fromm -Reichman va más allá -ahora con base en la teoría de las relaciones interpersonales de Sullivan-, proponiendo modificaciones en un nivel abstracto de la teoría psicoanalítica iluminadas por énfasis interpersonal. Se restará importancia a la teoría clásica de la libido: "*la teoría psicoanalítica moderna del desarrollo se caracteriza por el mantenimiento de la significación fundamental de toda la historia del desarrollo y por la negación de su interpretación psicosexual clásica...*

*existen también otros impulsos y deseos poderosos en la raíz de los conflictos neuróticos y psicóticos... Estos impulsos y deseos pueden o no tener implicaciones sexuales y su investigación e interpretación siguiendo líneas sexuales, a menudo carece de valor terapéutico para el paciente".* (Fromm - Reichmann citada por Wallerstein 1969).

Otra modificación propuesta es la eliminación del impulso de muerte: *"No estoy de acuerdo con las enseñanzas del análisis clásico según las cuales los seres humanos nacen para ser hostiles y agresivos, esto es, con las nociones de Freud sobre el instinto de muerte".* (Fromm - Reichmann citada por Wallerstein 1969) En general, con el énfasis puesto en la interpersonalidad, se negará la raíz biológica de los instintos: *"conceptos freudianos tales como la envidia de la niña con respecto a los genitales del varón o el odio competitivo de este respecto a su padre y su atracción sexual hacia la madre, son válidos y valiosos en la terapia con muchos pacientes de nuestra cultura patriarcal occidental. Empero no existen en las culturas matriarcales y sabemos que constituyen conceptos sociales y no tienen significación universal y biológica..."* (Fromm - Reichmann citada por Wallerstein 1969). También la noción del inconsciente es cuestionada: *"muchos psiquiatras dinámicos no aceptan el concepto freudiano acerca de la existencia de un inconsciente innato primario al que se agregan experiencias mentales, que se vuelven secundariamente inconscientes debido a la represión; asimismo son pocos los psiquiatras dinámicos que han incluido el concepto freudiano de preconscious."* (Fromm - Reichmann citada por Wallerstein 1969).

Podemos entender y valorar las propuestas de Fromm - Reichmann como un intento arduo y audaz de responder al llamado de Freud de 1905 respecto a la necesidad de modificar la técnica analítica para poder aplicarla a pacientes psicóticos, lo que es cuestionable es su afirmación de que este análisis modificado a nivel técnico y apoyado por modificaciones teóricas significativas, sea luego generalizado a todos los pacientes psicóticos o no. Lo que sí se debe valorar de sus propuestas, es su disposición a tratar con este tipo de pacientes generalmente desalentadores y frustrantes con la libertad terapéutica como la expuesta, además de un cierto grado de éxito suficiente como para estimular a otros a continuar y ampliar su trabajo.

Es importante destacar dentro del contexto del tratamiento de la esquizofrenia, desde una perspectiva psicoanalítica a modo de actualización, los resultados obtenidos por el Estudio de Psicoterapia de Boston (Gunderson et al 1984) que, en general, no mostraron ventajas para pacientes esquizofrénicos bajo terapia psicoanalítica contra aquellos bajo psicoterapia de apoyo, resultados que han llevado a reflexionar sobre la

práctica de la psicoterapia psicoanalítica en pacientes esquizofrénicos enseñada desde los años sesenta promovida por escritos influyentes y profesores carismáticos de una generación de psicoanalistas como Fromm - Reichmann, donde la mayoría de ellos junto a los clínicos activos, no fueron capaces de prever los resultados negativos de este estudio empírico. Solo luego de que estos resultados fueron asimilados, muchos psicoanalistas profesores mayores de clínica de la esquizofrenia se mostraron extrañados de no haber visto nunca una "cura dramática" de pacientes esquizofrénicos en su práctica profesional ni en las de sus propios profesores.

Hoy en día viendo, el estudio de Boston en retrospectiva, se considera que éste otorga buenos resultados a la psicoterapia psicoanalítica de la esquizofrenia en comparación a estudios posteriores. Al respecto es interesante la reflexión de Gunderson y Gabbard (1998) referente a la formación impartida sobre trabajo con pacientes esquizofrénicos por los institutos psicoanalíticos: *"Mientras los Institutos Psicoanalíticos se esfuerzan por ofrecer seminarios sobre psicoanálisis de las psicosis que pueden ser utilizados por quienes se mantienen vinculados a su práctica, esto es un descuido garrafal cuando esos institutos no enseñan a los candidatos qué es conocido empíricamente sobre las indicaciones, rol y beneficios esperados del trabajo psicoterapéutico psicoanalítico con pacientes esquizofrénicos."* (Gunderson, J. & Gabbard, G. 1998)

Volviendo a la presente investigación y a modo de resumen, tanto las posiciones de Alexander y Fromm-Reichman bajo la perspectiva de la definición de Freud (1914d) del psicoanálisis, podrían reformularse simplemente como "psicoanálisis" de manera que el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica llegaran a ser casi indistinguibles dentro de un continuo meramente cuantitativo, solo que, para Fromm-Reichmann el psicoanálisis asimilaba o se enriquecía con la teoría interpersonal de la psiquiatría dinámica, a diferencia de Alexander, quien consideraba que ésta constituía un flujo teórico opuesto, confluyendo ambos en considerar a la psicoterapia psicoanalítica casi indistinguible del psicoanálisis.

Esta postura difuminadora de las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas se ha mantenido en el tiempo, con la diferencia de que, hoy en día, esta postura se encuentra unida a la idea de que una formación completa psicoanalítica (otorgada por los Institutos Psicoanalíticos) es indispensable para ejercer la, ahora valorada, psicoterapia psicoanalítica

Una exponente de esta postura, que a continuación desarrollamos, es Marilia Aisenstein, quien en un artículo del año 2001 titulado sugestivamente "no debería existir psicoterapia psicoanalítica" ("Psychoanalytic psychoterapy does not exist") da cuenta de esta postura difuminadora de las diferencias asociada a la necesidad de una formación completa psicoanalítica.

### *3.- No hay diferencias si la efectúa un Psicoanalista de instituto, Marília Aisenstein:*

La propuesta de Aisenstein<sup>3</sup> gira en torno a que no existirían aspectos propios de la psicoterapia psicoanalítica, dado que todos ellos derivan del mismo corpus teórico y metapsicológico que es el psicoanálisis en sí mismo. Las diferencias apreciadas son "simples parámetros técnicos", por lo tanto, ambas modalidades serían psicoanálisis. Propuesta similar a lo planteado por Sandler en la conferencia de 1988 en el University College of London: "*Psicoanálisis es una teoría del funcionamiento mental, así como una teoría del desarrollo y la patología, debe ser considerado independiente de cualquier método de tratamiento*" (Sandler, J, 1988, citado por Coles, P, 2001) Esta visión sugiere que el psicoanálisis es la base epistemológica de la psicoterapia en todos los métodos de psicoterapia, para ello esgrime el planteamiento de Freud sobre que el psicoanálisis fue un "método de tratamiento" (Freud 1933a) y que sin el valor terapéutico de éste no se hubieran producido descubrimientos que llevaron al desarrollo de la teoría y epistemología psicoanalítica.

Sin embargo, junto a esta propuesta de que ambas serían psicoanálisis, está la idea en constante argumentación de que la única forma de aprender la teoría, metapsicología y técnica psicoanalítica clásica -la esencia del psicoanálisis para Aisenstein- es con la formación clásica brindada por los institutos psicoanalíticos: "*Quisiera focalizarme primero sobre los aspectos políticos y éticos del tema, creo que esos son en todo caso mucho menos importantes que los temas filosóficos y teóricos que me llevan a condenar la práctica de tener no-psico-analistas conduciendo psicoterapias psicoanalíticas*" (Aisenstein 2001, traducción personal, subrayado añadido) Aisenstein no considera que las variaciones en la técnica clásica requieran modificaciones a nivel

---

<sup>3</sup> Autora de nacionalidad Francesa, presidente de formación de la Société Psychanalytique de Paris. Ha sido premiada con el premio Maurice Bouvet en 1992. Editora de la Revue Française de Psychosomatique, es directora de la unidad de investigación y tratamiento del Instituto de Psicología de París

teórico o metapsicológico, para ella existe una "esencia" del psicoanálisis que no cambia y que da forma a la praxis analítica considerando algunas variaciones como "simples parámetros": *"Extendiendo el psicoanálisis a pacientes no neuróticos -borderlines, psicóticos y casos psicósomáticos- ha tenido bastantes y correctamente, impacto sobre ciertos parámetros técnicos como el ritmo de sesiones y el hecho de que el paciente tienda a sentarse de cara al analista. Estos son simples parámetros o vías de reorganizar el setting de acuerdo con la estructura psíquica y patología envuelta en el paciente"* (Aisenstein 2001 traducción, personal), lo que sugiere que la "esencia" no se habría modificado, sin embargo, para poder asomarse a los límites de la praxis psicoanalítica, plagada de "simples parámetros" se requeriría un conocimiento del "corazón" del psicoanálisis que para ella es el modelo de la neurósis: *"Para mi pensamiento, cualquier intento de aproximación a los límites de nuestra praxis requiere que nosotros estemos completamente familiarizados con lo que yo he llamado el "corazón" de la disciplina del psicoanálisis -el modelo neurótico"* (Aisenstein 2001, traducción personal), y nuevamente la necesidad de una formación clásica: *"...solo una vez que el terapeuta ha tenido la experiencia de la clásica neurosis transferencial -y no estoy pensando que la experiencia individual de propio análisis sea suficiente para volver a alguien en psicoanalista. En mi opinión, esto proviene del trabajo de al menos tres análisis clásicos -el requerimiento mínimo usual- es necesario para crear una suficientemente fuerte experiencia interna que pueda integrar el modelo analítico"* (Aisenstein 2001, traducción personal).

Por último, entrega una definición de lo que ella considera como psicoterapia psicoanalítica: *"psicoterapia psicoanalítica o psicoterapia derivada del psicoanálisis es, en mi visión, un psicoanálisis conducido por un psicoanalista en circunstancias que son juzgadas ser suficientemente complejas para ser introducidos diferentes parámetros"* (Aisenstein 2001). Con esta cita, desaparece claramente la psicoterapia psicoanalítica, quedando reducida a un psicoanálisis que no puede ser llevado clásicamente. En todo caso, la autora reconoce que el propósito de ambas aproximaciones es el mismo: *"El objetivo de la psicoterapia psicoanalítica no puede ser diferente de el psicoanálisis -esto es, cambio psíquico."* (Aisenstein 2001, traducción personal, subrayado añadido)

En la propuesta de Aisenstein, se aprecia la impronta de lo que vivió y propone, la formación clásica psicoanalítica, la cual sería la única, por lo tanto la mejor, que

capacitaría para el ejercicio de la psicoterapia psicoanalítica. Sin embargo, surge la pregunta ¿y si esta formación clásica limita o impide la percepción de ciertos fenómenos de la relación con el paciente?

Cuán lejana se ve su propuesta, dado el avance o la visión actual de la psicoterapia psicoanalítica y cuán clara aparece su formación y concepción de los fenómenos psicológicos con amplísimos conceptos como "cambio psíquico". Esta postura muestra un mito propio de la formación analítica, como es la creencia de que con dicha formación se conocen todos los aspectos de las psicoterapias psicoanalíticas estando obviamente capacitado para aplicarlas.



---

SEGUNDA PARTE

*Estudio cuantitativo del proceso en un  
caso de Psicoterapia Psicoanalítica*



---

CAPÍTULO QUINTO

*Estudio del proceso psicoterapéutico*



## INTRODUCCIÓN CAPÍTULO QUINTO

### *El concepto de “proceso” terapéutico*

Abordar las concepciones de procesos psicoanalíticos es un trabajo arduo. Debemos considerar, en primer lugar, que no existe una concepción consensuada de proceso psicoanalítico (Erle, 1990; Abdend, 1990; Boesky, 1990; Vaughan, S., et all 1997). A modo de ejemplo, señala Susan Vaughan “Los resultados de este estudio sugieren que el comúnmente utilizado término de proceso analítico tiene un sentido con menor sustento consensual que el que los analistas tienden a creer...” (Vaughan, S., et all. 1997, traducción personal), “se puede apreciar que cuando los analistas conversan entre ellos utilizando el término proceso analítico, la comunicación es ilusoria -saboteada por creencias erróneas que ellos comparten y comprenden. Pudiendo ser que aquellos analistas son más efectivos cuando hablan con los pacientes que cuando hablan unos con otros” (Vaughan, S., et all. 1997, traducción personal). Esta falta de consenso no es algo nuevo en psicoanálisis y el estudio de proceso no esta ajena a ella, lo cual queda notoriamente ejemplificado en la siguiente cita de Dale Boesky, uno de los integrantes del Grupo de Estudio sobre Proceso Psicoanalítico de la Asociación Psicoanalítica Americana, constituido por analistas prestigiosos y de una orientación teórica similar, que durante cinco años de estudio se abocó al expreso propósito de desarrollar una definición de proceso analítico: “En la conclusión de las discusiones de nuestro grupo de estudio, nosotros estamos de acuerdo que la enorme complejidad de la situación del tratamiento psicoanalítico desafía cualquier esfuerzo que hagamos para obtener una definición satisfactoria y sistemática. También sentimos que esto no es sorprendente a la luz de los descubrimientos de décadas recientes, los cuales han revelado que la situación de tratamiento psicoanalítico es enormemente más compleja que aquella de la que han dado cuenta las generaciones tempranas de psicoanalistas. En este punto de evolución de nuestra ciencia, somos más conscientes de lo que no conocemos e incluimos dentro de aquello que no conocemos cualquier definición coherente y sistemática del proceso psicoanalítico” (Boesky, D. 1990, traducción personal)

Junto con esta clara falta de consenso respecto al concepto de proceso psicoanalítico, existen, en segundo lugar, concepciones de proceso que a veces tienden a ser contradictorias.

En tercer lugar, un elemento difícil de soslayar es la recurrente propuesta de modelos de proceso planteadas de forma tan genéricas que se vuelven prácticamente imposibles de contradecir o comprobar (Thöma, H & Kachele, H. 1985). Por último y de modo importante se ha producido un cambio gradual, paralelo al cambio en el énfasis por los aspectos intra-sujeto -también denominado psicología de una persona- hacia un énfasis en los aspectos interpersonales -también denominados psicología de dos personas- que han afectado y complejizado la concepción y estudio del proceso psicoanalítico.

Todo lo anterior nos lleva a revisar selectivamente algunas concepciones de proceso psicoanalítico que, por un lado, caractericen lo planteado y, por otro, permitan entender y diferenciar la concepción de proceso propuesta en el presente estudio, que se enmarca dentro de la tendencia actual a investigar qué elementos, compartidos o consensuados por más de un observador, se vinculan con el desarrollo y resultado de la psicoterapia.

Revisaremos someramente algunas de las concepciones del proceso psicoterapéutico más representativas en psicoanálisis, para luego destacar y profundizar en aquellos modelos de proceso más claramente orientados a la psicoterapia psicoanalítica, terminando este apartado con aquellas propuestas que más se acercan a la concepción de proceso en el presente estudio, como son las propuestas de los grupos de investigación de las Universidades de Ulm y California-Berkeley.

## *I Modelos de proceso terapéutico*

### *1.- El proceso como metáforas, Sigmund Freud:*

Las primeras nociones de proceso psicoanalítico las encontramos obviamente en Freud, quien -como hemos referido al comienzo de esta investigación- buscó diferenciar y caracterizar de diversas maneras el tratamiento psicoanalítico, muchas de las cuales nos dan una idea de qué entendía por proceso en psicoanálisis, para ello se valió de múltiples analogías como la del pintor y escultor “... per via di porre y per via di levare” (Freud, 1905a), la analogía del proceso psicoanalítico con una partida de ajedrez “Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que sólo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de las movidas que siguen a las de apertura. Únicamente el ahincado estudio de partidas en que se midieron grandes maestros puede colmar las lagunas de la enseñanza. A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico” (Freud, 1913c) y la analogía del análisis con el trabajo del arqueólogo primero en el análisis del caso Dora “Ante lo incompleto de mis resultados analíticos, me vi obligado a imitar el ejemplo de aquellos afortunados investigadores que logran extraer a la luz los restos, no por mutilados menos preciosos, de épocas pretéritas, completándolos luego por deducción y conforme a modelos ya conocidos. Me decidí, pues, a proceder análogamente, aunque haciendo constar siempre, como un honrado arqueólogo, dónde termina lo auténtico y comienza lo reconstruido” (Freud, 1905e) y posteriormente en Construcciones en el análisis “Pero así como el arqueólogo construye las paredes del edificio a partir de los cimientos que han permanecido, determina el número y la situación de las columnas a partir de las depresiones en el suelo y reconstruye las decoraciones y pinturas murales partiendo de los restos encontrados en las ruinas, lo mismo hace el psicoanalista cuando deduce sus conclusiones de los fragmentos de recuerdos, de las asociaciones y de la conducta del sujeto” (Freud, 1937d). De estas analogías referenciadas, no podemos caracterizar ni describir, a menos que sea a grandes rasgos y por momentos ambiguos, lo que entendía Freud por proceso en el tratamiento psicoanalítico, un último comentario en la obra de Freud, específicamente, en “Sobre la Iniciación al Tratamiento” nos puede dar cuenta, a modo de síntesis, lo que se entiende por proceso en su obra “Sin duda, el médico

analista es capaz de mucho, pero no puede determinar con exactitud lo que ha de conseguir. El introduce un proceso, a saber, la resolución de las represiones existentes; puede supervisarlos, promoverlos, quitarle obstáculos del camino, y también, por cierto, viciarlo en buena medida. Pero, en líneas generales, ese proceso, una vez iniciado, sigue su propio camino y no admite que se le prescriban ni su dirección ni la secuencia de los puntos que acometerá.” (Freud, 1913c), cita recurrentemente utilizada por los autores enfrentados al tema del proceso psicoanalítico, lamentablemente dicha cita puede ser entendida en muchos sentidos siendo paradójicamente una de las fuentes de mayor confusión respecto al tema a través de los años. No obstante, destacamos de dicha cita la idea de un proceso bastante autónomo

Con estas metáforas, comentarios y consejos técnicos no es posible obtener una concepción del proceso psicoanalítico en Freud que, primero, vaya más allá del enunciado de tres fases: inicial, media y tardía como han señalado también múltiples revisores de la obra de Freud (Etchegoyen, 1986; Thöma, H., Kächele, H. 1985; Ávila, A., Gutierrez, G. 1995; Greenson, 1967; Glover, 1955) y segundo, que el proceso posee un gran componente de autonomía intrapsíquica, que acerca esta concepción de modelo a la falsa concepción de que un verdadero proceso psicoanalítico seguiría leyes naturales u orgánicas con regularidades inmanentes, siempre que el analista no lo perturbe.

No obstante, algunos autores proponen la existencia implícita de ciertas directrices que explicarían y describirían el desarrollo del proceso psicoanalítico, en la obra Freudiana como es la explicación del proceso por el principio de la acción de lo posterior sobre lo pasado “Freud ha descrito implícitamente una teoría del cambio a través de la reconstrucción interpretativa, cuya validación se efectúa en el propio proceso analítico o bien en el decurso histórico posterior. La construcción *actual* opera sobre la huella de la situación traumática pasada o sobre la ausencia de aquella” (Ávila, A., Gutierrez, G. 1995), a su vez proponen la descripción del proceso “como una alianza del analista con el yo debilitado del paciente frente a las exigencias instintivas del *Ello* y las demandas morales del *Super Yo*” (Ávila, A., Gutierrez, G. 1995). Por último, reconocen que la propuesta de Freud respecto a la dinámica de la transferencia, específicamente “la metáfora del combate de los trastornos neuróticos en el terreno de la transferencia implica una concepción complementaria sobre el proceso psicoanalítico” (Ávila, A., Gutierrez, G. 1995) que será la base para la descripción del proceso “como vicisitudes de la neurosis de transferencia, de su formulación a su disolución” (Ávila, A., Gutierrez, G. 1995) donde el proceso sería el contrato establecido entre un paciente analizable con el

analista, luego de lo cual y al término de un “proceso típico”, cambiaría su estructura psíquica y se disuelve su transferencia (Ávila, A., Gutierrez, G. 1995). Podemos comentar que tanto la descripción como la explicación del proceso en estos autores es amplia y poco clarificadora de lo que ocurre en un proceso psicoanalítico, principalmente por no describir lo que ellos consideran como “un proceso típico”, por lo cual esta visión sólo complementa lo descrito respecto al proceso por Freud, es decir, nos sitúa nuevamente frente a las dos ideas implicadas en su obra, la existencia de fases - inicial, media y tardía- y la autonomía del proceso con algunos elementos más para su comprensión.

## 2.- *La libre asociación núcleo del proceso: Leo Rangel*

Uno de los autores que reseñamos a continuación es un reconocido exponente del énfasis en los aspectos intrapsíquicos del paciente como elementos centrales del proceso psicoterapéutico, que implícitamente reconoce sólo las fases de inicio y término del proceso, podemos decir un autor muy cercano a la concepción de proceso como “vicisitudes de la neurosis de transferencia” recién señalada, nos referimos a Leo Rangel -autor ya citado en la presente investigación- quien en 1968 presenta su entonces consensuada comprensión del proceso psicoanalítico: “El específico e indispensable núcleo central ...el *sine qua non* del proceso psicoanalítico” (Rangel, L. 1968, traducción personal) propone, reside en la libre asociación “el proceso analítico, se puede decir, comienza cuando el paciente realmente asocia libremente... la suma total de estas asociaciones libres, memorias, fantasías, sueños, etc junto con sus afectos contingentes” (Rangel, L. 1968, traducción personal) es probada dentro del proceso “mediante el material que comprende la hora analítica, derivados de impulsos instintivos fueron traídos sucesivamente dentro de la visión analítica, para ser probados por el yo del paciente en frente de y si es necesario, con la ayuda del analista” (Rangel, L. 1968, traducción personal) Para Rangel todo esto tiene lugar dentro del desarrollo de la neurosis de transferencia “Dentro de la arena analítica el producto psíquico actual en el sentido de que el pasado del paciente es principalmente expuesto, con sus conflictos intrapsíquicos y sus secuelas, es la neurosis de transferencia y sus complejas vicisitudes” (Rangel, L. 1968, traducción personal), por último añade que el rol del analista en todo ello “es uno limitado y especializado que provee insight mediante la construcción

de interpretaciones” (Rangel, L. 1968, traducción personal). Se observa como Rangel es uno de los exponentes más representativos de una concepción de proceso más ortodoxa y fuertemente vinculado a la idea de autonomía del proceso donde el rol del analista no es muy reconocido limitándose sólo a la actividad interpretativa. Desde esta perspectiva es muy compatible la postura de Menninger y Holzman

### *3.- Disolución de la transferencia, Menninger y Holzman:*

Ellos proponen un modelo de proceso que casi no determina cual es el rol que tiene el analista en el proceso, de acuerdo con este planteamiento “un paciente apto hace un contrato con el analista y, al término de un proceso típico cambia su estructura psíquica y disuelve la transferencia” (Menninger y Holzman, 1958) Las críticas a esta forma de observar el proceso no se han dejado esperar y una de las más fuertes ha sido que tal forma de ver el proceso ha sido refutada por investigaciones (Schlessinger y Robbins, 1983) que demuestran que “la disolución de la transferencia al finalizar un tratamiento exitoso es un mito; por el contrario, también pacientes analizados con éxito rápidamente manifiestan, en las entrevistas de seguimiento, signos claros de transferencia” (Thöma, H., Kächele, H. 1985) y que concebir el proceso de esta manera supone un “proceso analítico purificado de la persona real del analista” (Thöma, H., Kächele, H. 1985).

Continuamos el presente apartado con la exposición de otros modelos de proceso psicoanalíticos, destacando de ellos su base en la primera idea observada en Freud, la existencia en un proceso de fases -inicial, media, tardía- idea a la cual estos autores se adhieren, desde distintas concepciones teóricas, para aumentar o discriminar un mayor número de fases por las que atravesaría el proceso, asumiendo además, grandes montos de autonomía intrapsíquica del proceso.

### *4.- La estructuración gradual y normalización del “sí mismo”, Fürstenau:*

Es uno de los autores que dadas las características de su propuesta de modelo psicoanalítico es un buen exponente de las ideas de proceso que hemos expuesto -fases y autonomía intrapsíquica del proceso- que habitualmente es reseñado por diversos

autores (Thöma, H., Kächele, H. 1985; Ávila, A., Gutierrez, G. 1995) como un modelo ilustrador, es Fürstenau, P. de quien expondremos sucintamente su propuesta basándonos en la reseña hecha por H. Thomä y H. Kächele del año 1985.

Fürstenau considera que el proceso psicoanalítico responde a lo que ha denominado “estructura procesal del tratamiento psicoanalítico individual no focal” la cual se conforma por la interacción de los factores dinámicos de la situación analítica de los cuales destacan, para nuestros fines, dos dimensiones cuya interacción constituiría la estructura procesal, siendo estos: “1. El proceso de estructuración gradual y normalización del “sí mismo” (*Selbst*), con fases recurrentes de recaídas severas en crisis regresivas que ponen de manifiesto la estructura, y el manejo de ellas por parte del analista, a través de sustitución y sustentación. y 2. El proceso de despliegue escénico en capas, y la puesta al día de las fijaciones características en la forma de análisis de transferencia y de resistencia.”

Las siete fases del modelo de Fürstenau (1977) son.

1. En la primera el paciente signa al analista un papel maternal; éste debe, a través de su comportamiento, comunicar seguridad
2. En la segunda fase el paciente despliega su sintomatología. Se interesa aún poco por la comprensión de conexiones inconscientes, y hace importantes experiencias en relación con la confiabilidad y firmeza del analista
3. En la tercera fase se llega a la elaboración de los aspectos negativos de la relación temprana con la madre
4. En la cuarta fase se produce una vuelta hacia sí mismo, con la elaboración de la temática de afrenta narcisista (*Kränkung*) y agresión de la relación madre-hijo temprana, esto se acompaña de una mejoría en la sintomatología depresiva difusa. En la relación con el analista, el paciente hace la experiencia de que éste se interesa por sus fantasías secretas, sin urgirlo y sin crearle sentimientos de culpa por su retirada narcisista
5. En la quinta fase se perfila la identidad sexual y cursa de manera diferente según se trate de pacientes varones o de paciente mujeres.
6. Este tema continúa en la sexta fase, la fase de la triangulación edípica.
7. La terminación del tratamiento en la séptima fase se facilita por el desarrollo de nuevas relaciones, que el paciente ha sido capaz de establecer para sí mismo y para su pareja. La elaboración del duelo se encuentra en el foco de atención.

Para Fürstenau, este modelo de proceso se aplicaría a aquellos pacientes con un “yo relativamente fuerte”.

Es característica la idea de un paso secuencial por las fases en el modelo expuesto, aspecto bastante criticado (Thöma, H., Kächele, H. 1985) donde es novedosa su propuesta de fases más bien temáticas donde en cada fase existirían contenidos temáticos característicos.

### 5.- *Consideración de la interacción en el proceso, Weinshel:*

El desarrollo de la teoría psicoanalítica con teóricos como Fairbain, Klein, Kohut o Winnicott entre otros, agrupados genéricamente bajo el nombre de “modelo relacional” (Greenberg, J. & Mitchell, S. 1983) conlleva un cuestionamiento de la postura más clásica u ortodoxa del psicoanálisis y un enriquecimiento del proceso que ocurriría en psicoanálisis, estos autores comienzan a asumir como esencial el rol del analista en el proceso y restan énfasis o autonomía a los aspectos exclusivamente intra-psíquicos del paciente en el curso del proceso.

Uno de los exponentes que más ejemplifican esta nueva concepción del proceso es Weinshel, quien expone aspectos contemporáneos del proceso, Weinshel considera el proceso psicoanalítico como “...un proceso interactivo *especial* entre dos individuos, el analizado y el analista. Solía existir un tiempo cuando el ‘proceso’ fue visto como algo que tenía lugar sólo dentro del paciente. El proceso psicoanalítico requiere que hayan ahí dos personas trabajando juntas, que hayan relaciones de objeto, identificaciones, transferencias” (Weinshel, 1984, traducción personal), podemos destacar cómo esta cita se opone claramente a la propuesta de Rangel anteriormente expuesta, permitiéndonos afirmar que las diversas definiciones de proceso psicoanalítico así como su esquematización oscilan entre las posturas de Rangel y Weinshel, lamentablemente Weinshel no detalla un esquema de proceso, realizando sólo definiciones y profundizando principalmente en los elementos esenciales del proceso.

### 6.- *La “historia natural” Kleiniana del proceso, Donald Meltzer:*

Donald Meltzer, es quien desde una postura neo-freudiana y asumidamente Kleiniana valora y describe el proceso psicoanalítico de niños pues representaría el proceso más psicoanalítico puro “el análisis de niños revele el proceso analítico en su forma más pura” (Meltzer, D. 1967) el cual según él, puede ser extrapolado para entender el proceso psicoanalítico de adultos “...no obstante todas las diferencias superficiales en la conducta, el verdadero modo de colaboración en el proceso analítico es idéntico en los adultos y en los niños y difiere solamente en las formas (no en los modos) de comunicación. También se puede establecer una correspondencia general con las fases

numeradas del análisis descrito en los Capítulos I-IV [ver fases del proceso a continuación] (Meltzer, D. 1967), “...el panorama total [del proceso propuesto] entra en relación con los hechos del consultorio adulto. En realidad cada analista está constantemente viendo al niño, o más precisamente, a las distintas partes infantiles de su paciente adulto...” (Meltzer, D. 1967).

Las fases de proceso propuesta por Meltzer son:

- I. Recolección de la transferencia
- II. El ordenamiento de las confusiones geográficas
- III. El ordenamiento de las confusiones zonales
- IV. El umbral de la posición depresiva
- V. El proceso de destete

Para Meltzer, esta secuencia de fases es la expresión de un proceso orgánico, verdaderamente natural -diríamos altamente autónomo- que se origina cuando un tratamiento es llevado a cabo estrictamente según los métodos de Klein “... esta alianza con los aspectos más maduros del niño sólo se podrá lograr, creo, siguiendo los métodos postulados por Melanie Klein, según los cuales la interpretación, junto con el esclarecimiento del encuadre y el método de análisis, es utilizada para poner en marcha el proceso psicoanalítico, con todas las cualidades orgánicas que nos propone investigar: su “historia natural”, como yo lo he llamado” (Meltzer, D. 1967, subrayado añadido). Desde esta perspectiva es destacable la mayor discriminación y propuesta de fases del proceso como también la remarcada autonomía “orgánica” del proceso psicoanalítico.

### *7.- La restauración del self como proceso, Heinz Kohut:*

El segundo teórico representante de la perspectiva relacional y que propone un modelo de proceso psicoanalítico basado en su desarrollo teórico es Heinz Kohut, quien además de establecer una diferencia entre la psicología de las pulsiones, la psicología del yo y su visión del análisis basada en la restauración del Self (Kohut, 1971, 1977, 1979, 1984) propone un modelo de proceso que combina la restauración del self con el proceso de la neurosis de transferencia, para comprender el modelo procesal de restauración del self debemos asumir las siguientes hipótesis (reseñadas por H. Thomä y H. Kächele, 1985) respecto a la génesis de los trastornos neuróticos, *Primero*, el “objeto-sí mismo” se busca a sí mismo en el otro; *Segundo*, En esta búsqueda, falla la resonancia empática

de la madre. El grado de falta de resonancia empática determina en último término el déficit en el sí mismo. En los casos favorables, la capacidad empática de la madre -igual que en la repetición del analista- está compuesta de varias etapas, que determinan también la forma de la transferencia: la transferencia en espejo, la transferencia gemelar y la transferencia idealizada del sí mismo, que se describen como necesidades humanas básicas. *Tercera*, los déficit en el sí mismo son la base decisiva de todos los trastornos. *Cuarta*, después de la superación de las resistencias dirigidas en contra de nuevas afrentas al “objeto sí mismo” se produce una movilización de las transferencias de “objeto-sí mismo”, con inevitables conflictos en la relación analítica. El conflicto consiste, por un lado, en la incesante necesidad de reacciones apropiadas al “objeto-sí mismo” y, por otro lado, en el miedo a sufrir una afrenta. Si el paciente se siente comprendido, se reviven en la transferencia de “objeto-sí mismo” necesidades arcaicas y desmentidas de “objeto sí-mismo”. *Quinta*, la relación entre el sí-mismo del analizado y el “objeto-sí mismo”, es decir, la función de self del analista, es inevitablemente defectuosa. Ya que los intentos de restablecer una armonía empática total con el analizado están destinados al fracaso, se llega a regresiones del sí mismo con formación de síntomas que se entienden como productos de la desintegración. *Sexta*, Mediante la resonancia empática desde su función de “objeto-sí mismo”, el analista percibe las necesidades legítimas que se encuentran sepultadas bajo las manifestaciones distorsionadas. El clarifica la secuencia de los sucesos y corrige sus propios malentendidos. *Séptima*, la meta de los esfuerzos terapéuticos consiste en permitir que la “función de objeto-sí mismo del objeto-sí mismo analista se transforme en una función del sí mismo del analizando”, lo que se puede designar como una “interiorización transformadora”. Es esencial que la creciente estructuración del sí-mismo no signifique dependencia de los “objetos sí-mismos” sino por el contrario, que contengan una mayor capacidad para encontrarlos y usarlos.

Aplicando las hipótesis señaladas al proceso de la neurosis de transferencia clásica, se obtiene la siguiente estructura de fases (Kohut, H 1984):

1. fase de “resistencias generales severas”
2. fase de “experiencias edípicas, dominadas por angustias de castración severas”
3. nuevamente una fase de fuertes resistencias
4. fase de angustia de desintegración
5. fase de “angustia moderada en alternancia con expectación gozosa”

6. fase final que Kohut propone nombrar “estadio edípico, con el objeto de señalar su paso hacia delante, sano y animoso, el comienzo de un sí mismo firme y diferenciado sexualmente, que se proyecta en un futuro estable, creativo y productivo” (Kohut, H. 1984).

Esta agrupación de fases se basa en el supuesto teórico de que “el proceso analítico avanza desde la superficie hacia la profundidad”, por lo cual “las secuencias de transferencia generalmente repiten las secuencias del desarrollo en un sentido inverso” (Kohut, H. 1984), siendo el objetivo y componente activo de este proceso el mostrar al paciente que “de verdad se puede alcanzar en este mundo un eco persistente de resonancia empática” Destaquemos, como señalan Thöma y Kächele, que en su obra póstuma Kohut reconoce que el término “experiencia emocional correctiva” (Alexander & French, 1946) sería un vocablo gemelo de su formulación.

#### *8.- El “principio de seguridad” en el proceso, Casement:*

Citaremos brevemente a Patrick Casement, como el último autor que revisamos, continuador de la línea teórica anteriormente esbozada quien nos otorga una visión del proceso basada en lo que se podría denominar “principio de seguridad” (Sandler, 1960). Casement, desde una perspectiva winnicotiana, fundamentalmente considera que el proceso psicoanalítico puede desarrollarse sólo dentro de un “espacio analítico” adecuadamente mantenido dentro del cual “contrariamente a las expectativas que el sentido común pueda sugerir, la búsqueda inconsciente ahí no es simplemente de una mejor experiencia... esta es por una seguridad suficiente, dentro de la que pueda eventualmente aparecer un sentirse bastante seguro para el paciente del riesgo de sentirse nuevamente inseguro, en el sentido de trabajar mediante los sentimientos que han sido asociados con experiencias tempranas difíciles. Y si aquella seguridad puede ser encontrada en la presencia del analista dependerá hasta cierto punto de su habilidad para preservar el espacio analítico de las perturbaciones que puedan surgir del estilo de ser del analista con el paciente” (Casement, P. 1990a)

## Comentarios

Recapitulando y a modo de resumen de lo expuesto hasta aquí en este apartado sobre proceso psicoanalítico, podemos reconocer cómo los diferentes modelos expuestos representan la oscilación entre modelos que suponen que el proceso ocurre principalmente al interior del paciente de forma más bien autónoma y espontánea, donde el rol del analista es no contaminar este proceso “natural” u “orgánico” (Meltzer, D. 1967) denominado ampliamente como “vicisitudes de la transferencia” y que se corresponde con lo habitualmente denominado “psicología de una persona”. Como contrapunto a esta postura existen modelos de proceso que se aproximan a una concepción del proceso como un “proceso interactivo o relacional” donde lo que determinara el curso del proceso es la vivencia de dicha interacción-relación tanto por el paciente como por el analista por lo cual la figura del analista toma una importancia mayor como lo ejemplifica la postura de Thomä y Kächele “asignamos al analista un papel central como co-determinante del proceso terapéutico, papel que desempeña de modo diádico-específico, es decir, en dependencia de su propia personalidad y de la del paciente. Esta visión del papel del terapeuta es incompatible con una concepción naturalista del proceso” (Thomä, H, Kächele, H. 1985).

Estas perspectivas del proceso psicoanalítico están en constante tensión y son las responsables de intentos arbitrarios de definición del proceso desde ambas posturas como se puede apreciar en la excesiva abstracción que puede llevar a la idealización de un tipo de proceso de lo cual surgen modelos universalmente válidos, irrefutables e inalcanzables presentando el peligro de abarcar, no muy claramente, todos los fenómenos que ocurren en la situación terapéutica desechando la riqueza y complejidad de tal situación, en otras palabras “distorsiona la mirada de lo nuevo en vez de agudizarla” (Thöma, H, Kächele, H. 1985). Un ejemplo de lo anterior podría ser el trabajo realizado por Vaughan quien luego de una visión crítica del estatus del concepto de proceso, realiza un instrumento de evaluación que considera solamente los siguientes elementos: Libre asociación, Interpretación y Elaboración para definir si existe o no proceso analítico. Nuestro cuestionamiento frente a esto apunta a saber ¿qué es lo que se interpreta y elabora?, se puede en todo caso argumentar que su postura esta claramente orientada a evaluar el proceso más analítico en el sentido conservador que ya hemos

revisado, es decir, sin evaluar ni considerar la presencia del analista como fundamental para el desarrollo del proceso.

La tensión mencionada anteriormente no es un aspecto superado, estando vigente en cualquier estudio o análisis de proceso psicoanalítico, como claramente lo señala Abend “Mucha de la incapacidad del grupo para llegar a una postura de acuerdo durante los debates fue respecto a dónde predominantemente tiene lugar el proceso dentro de la mente del paciente o entre el paciente y el analista” (Abend, 1990, traducción personal).

## II Modelos empíricos de proceso terapéutico

### 1.- Modelo de Proceso de la Universidad de Ulm:

Pasamos a continuación a revisar el Modelo de Proceso de la Universidad de Ulm, consideramos y por ello lo exponemos en este orden, que es un modelo de transición, por un lado, entre las dos posturas antes ejemplificadas -proceso intra o inter sujetos- así como entre la concepción de psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica pues, el grupo de Ulm, reconoce la importancia y omnipresencia de los conceptos de “foco” y “focalización” tanto en psicoanálisis como en psicoterapia psicoanalítica, razón por la cual es un modelo que no puede ser ubicado dentro de los modelos psicoanalíticos “propriadamente dichos” ni entre los modelos de psicoterapias psicoanalíticas pues -y en esto es un grupo original- si bien consideran la utilización y presencia del foco de trabajo en la terapia analítica proponen a su vez la presencia de múltiples focos sucesivos de trabajo elaborados durante el transcurso de un tratamiento “Hemos creado un modelo que dice que el proceso analítico es un proceso por el cual un foco sigue a otro foco...” (Kächele, H. 1997), a diferencia de los modelos de psicoterapias psicoanalíticas, que subrayan la necesidad de trabajar sólo en un foco por diversos motivos, principalmente por su afán terapéutico y búsqueda de brevedad.

El modelo de proceso de Ulm comienza a desarrollarse a finales de los años sesenta (1967-68) principalmente por el interés del Dr. Helmut Thomä<sup>1</sup>, primer profesor de psicoterapia oficialmente designado en la Universidad de Ulm (Kächele, H. 1997), quien durante la investigación de un proceso psicoanalítico llevado a cabo por un analista y monitorizado por otro analista de igual orientación y formación, encontró un gran acuerdo entre ellos respecto al material que presenta el paciente pero, diferencias notorias respecto a los pasos terapéuticos a desarrollar, pasos que claramente estuvieron ligados a los esquemas explicatorios disponibles en cada analista. Esta vivencia, en el incipiente grupo de Ulm, es coincidente con el resultado de otras investigaciones por ellos reconocidas, como el estudio de consenso de Seitz, que muestra cómo se reacciona de manera diferente frente al mismo material clínico (Seitz, 1966), el posterior trabajo de Dahl que demostró cómo el analista tratante, en comparación con un grupo de analistas

---

<sup>1</sup> Durante el período de formación del modelo de proceso de Ulm fue presidente de la Asociación Psicoanalítica de Ulm. (Kächele, H. 1997)

siempre era el más convencido de la calidad de su evidencia (Dahl, 1983) y el estudio de Pulver que destaca la influencia de las teorías del analista en el modo de pensar sobre sus pacientes y por ello en el modo de trabajo que realiza (Pulver, 1987). Estas investigaciones y experiencias impactarán claramente en el grupo de Ulm, las cuales se sumarán a las ideas de Balint adquiridas por Thomä durante su análisis con él en Londres y a la experiencia de supervisiones de tratamientos analíticos basados en la grabación de las sesiones por Thomä durante su formación en el Instituto Psiquiátrico de Yale con Lorenz Kubie, donde destaca la experiencia de “un joven analista [que] dice en la supervisión que el paciente quería que apagara el grabador. Kubie pidió pasar la grabación en la supervisión y se observó que el analista había inducido al paciente, diciéndole: “¿No le parece mejor que apaguemos el grabador?”. Kubie señaló que no era una situación creada por el paciente, sino por el analista” (Kachele, H. 1997), pensamos que esta experiencia de Thomä marcará las bases de la investigación sistemática y pionera<sup>2</sup> del proceso psicoanalítico en la Universidad de Ulm.

El grupo de Ulm<sup>3</sup>, basado en las experiencias e investigaciones señaladas, se avoca a la búsqueda de respuestas a interrogantes surgidos tanto en sus investigaciones “descubrimos que hay una amplísima variedad acerca de lo que hacen los analistas en los tratamientos; es una ficción creer que hay una sola técnica psicoanalítica clásica” (Kachele, H. 1997), como en otras investigaciones de similares resultados, interrogantes del tipo ¿Cómo pueden clínicos que piensan y se comportan tan diferente, obtener resultados analíticos igualmente buenos?, planteándose la necesidad de “investigaciones sobre el proceso de interacción entre las teorías privadas y los datos clínicos provistos por el paciente”, en donde “el tema no es sólo que nosotros reaccionamos en forma diferente al mismo material... también se trata de dar lugar al involucramiento personal del analista en el material que es presentado por el paciente” (Kachele, H. 1988).

El grupo de Ulm considera que tanto la evidencia mencionada, como sus propias investigaciones soportan la idea capital de su modelo de proceso “... esto [la evidencia mencionada] demuestra que un factor de selección opera en la actitud perceptiva del analista cuando se maneja con las producciones del paciente. La exigencia de ejercer

---

<sup>2</sup> Helmut Thomä, fue el primer psicoanalista que grabó las sesiones en Alemania en el año 1967 (Kachele, H. 1988, Thöma, H., Kächele, H. 2004), en 1996 la base de datos de Ulm puede proveer alrededor de 40 diferentes tipos de discursos, alrededor de 1000 interlocutores diferentes, y cerca de 5000 sesiones tanto de psicoanálisis como psicoterapia psicoanalítica. (Thöma, H., Kächele, H. 1997, 2004)

<sup>3</sup> Durante el año 1970 se incorpora al trabajo en Ulm Horst Kächele, quien junto a Helmut Thomä serán los principales representantes del grupo de investigación de Ulm.

una atención flotante pareja excluye solamente la integración de lo que son las expectativas de cada día; puede incluso estimular un cierre interaccional al nivel de las expectativas inconscientes de rol” (Kachele, H. 1988). Este “factor de selección” será reconocido y denominado como el “enfocar” presente en el trabajo del analista el cual, según el grupo de Ulm, no es incompatible con la regla de atención parejamente flotante, sino más bien complementaria “la atención parejamente flotante y el enfocar son dos funciones complementarias: en la cabeza del analista se alternan en el primer plano el estado que se adecua a la función de máxima ganancia de información (atención parejamente flotante) y la organización de la información adquirida en torno al punto de vista más pertinente (enfocar)” (Thöma, H., Kächele, H. 1985). Desde esta perspectiva, es incompatible no considerar de manera fundamental tanto el aporte del paciente como del analista a la situación analítica, por ello, el grupo de Ulm reconoce “la comprensión bi-personal de la situación analítica, donde los temas de relación real y de transferencia no están disecados a lo largo de la línea de que es real y lo que es fantasía, sino que tienen que ser mirados como construcciones en un espacio social” (Kachele, H. 1988).

Con estos elementos expuestos se aprecia claramente que el grupo de Ulm se ubica dentro de una perspectiva interaccional en psicoanálisis “Pensamos que el curso real del análisis está determinado por dos personas, por lo menos dos.” (Kachele, H. 1997), sin embargo, su base teórica se mantiene en una perspectiva “clásica” en donde la neurosis de transferencia, es considerada como: “...una representación interaccional de los conflictos intrapsíquicos del paciente en la relación terapéutica, siendo la forma concreta que asume la función de un proceso negociado en forma diádica. Esta forma es única a cada día terapéutica por las razones establecidas, confiriendo inicialmente a cada tratamiento psicoanalítico el status de una historia singular” (Kachele, H. 1988), “...en la neurosis de transferencia los conflictos intrapsíquicos se expresan, al menos parcialmente, en la interacción.” (Thöma, H., Kächele, H. 1997). Con ello se rompe con la concepción de que la neurosis de transferencia estaría condicionada principal o exclusivamente por factores orgánicos más bien universales frente a los cuales el analista sólo tiene que evitar contaminar su despliegue.

Siendo consecuentes con su perspectiva, el grupo de Ulm propone que para que un modelo de proceso sea útil, “tendría que ser capaz de combinar una flexibilidad orientada hacia el paciente individual con una regularidad que estructure la función

terapéutica” (Thöma, H., Kächele, H. 1985), para ello proponen los siguientes postulados como base de su concepción del proceso psicoanalítico:

1. La asociación libre del paciente no conduce por sí sola al descubrimiento de los aspectos inconscientes del conflicto.
2. El psicoanalista selecciona según sus metas tácticas a corto plazo y sus metas estratégicas a largo plazo.
3. Las teorías psicoanalíticas sirven para la generación de hipótesis, que deben ser una y otra vez evaluadas a través de ensayo y error.
4. La utilidad de los medios terapéuticos se mide por el cambio que se desea en el paciente; si este cambio no tiene lugar, los medios deben ser variados.
5. Los mitos de uniformidad en psicoanálisis y en psicoterapia conducen a autoengaños.

Con base en estos postulados, el grupo de Ulm considera “la terapia psicoanalítica como un proceso terapéutico dirigido estratégicamente” (Thöma, H., Kächele, H. 1985), en donde las teorías psicoanalíticas son consideradas heurísticamente para generar y seleccionar hipótesis que deben ser contrastadas constantemente con el cambio en el paciente para su validación, evitando el autoengaño de considerar la existencia de un proceso uniforme en psicoanálisis.

Como señalamos anteriormente la “focalización”, entendida como un “factor seleccionador” es un elemento central en la concepción de proceso del grupo de Ulm y que se encuentra inevitablemente sustentada por el concepto de “conflicto focal” el cual tiene múltiples significados, por lo cual nos acotamos a la significación que este grupo de investigación considera y cómo articula este concepto en su propuesta de proceso.

Antes que nada es imprescindible destacar que el modelo de proceso de Ulm es difícil -si no francamente imposible- de comprender si no se conoce la “concepción focal” (Thöma, H., Kächele, H. 1985) que lo sustenta, concepción focal que claramente es influencia y estímulo para el grupo de Ulm: “antes de pasar a discutir el modelo de proceso de Ulm, queremos discutir los precursores históricos de la concepción focal, que por cierto, nos estimularon e influenciaron” (Thöma, H., Kächele, H. 1985) La base de su concepción focal es el concepto de conflicto focal planteado por Thomas French “Los conflictos focales derivan de conflictos nucleares más profundos y tempranos. Es probable que estos conflictos nucleares se originen durante períodos cruciales del

desarrollo al comienzo de la vida. Estos permanecen en su mayoría latentes, reprimidos o resueltos; uno de ellos se activa (o ha permanecido activo) y constantemente parece estar subyacente a la conducta con el aspecto de conflictos focales, que se pueden identificar como variaciones sobre un mismo tema” (French, 1958 citado por Balint, M. 1972). Esta concepción de conflicto focal será asumida por el grupo de Ulm, reconociendo su utilización con algunas modificaciones realizadas en el ya citado estudio de Seltz. “En cada entrevista, así se supone, el pensar preconsciente tiende a concentrarse en un problema central (por cierto, altamente condensado y sobredeterminado). Una multiplicidad de asociaciones conscientes se condensan en un foco; de igual forma, “se activan conflictos genéticos inconscientes asociados, y su investidura emocional es transferida, de regla, al conflicto focal simple preconsciente, así sobreinvertido” (Seitz, 1966 citado por Thöma, H., Kächele, H. 1985). Con esta concepción focal, el grupo de Ulm define el foco como “un punto nodal temático producido en la interacción del trabajo terapéutico, que resulta de la proposición del paciente y la capacidad de comprensión del analista” (Thöma, H., Kächele, H. 1985), en donde es necesario resaltar que el foco será esencialmente un foco temático: “si se consideran las diadas particulares, es decir, ideográficamente, es siempre posible encontrar temas que vuelven a aparecer regularmente a lo largo del proceso psicoanalítico” (Thöma, H., Kächele, H. 1985). Lo anterior lleva a la pregunta ¿qué temas, dada la multiplicidad de contenidos y temas existentes en una entrevista o sesión psicoanalítica serán considerados como foco que sería la expresión de un conflicto focal? o en otras palabras ¿como elaboran o seleccionan un foco de trabajo estos autores?. Al respecto -y a modo de respuesta- el grupo de Ulm propone tres condiciones “... para considerar determinada temática como foco psicodinámico en una determinada diada es necesario que: Primero, el analista sea capaz de generar hipótesis sobre motivos inconscientes que tengan sentido para el paciente. Segundo, si logra guiar al paciente hacia ese tema a través de intervenciones apropiadas, y si es que -tercero- el paciente puede comprometerse emocional y cognitivamente con este tema (Thöma, H., Kächele, H. 1985). Serán estas tres condiciones las que establecerán que un tema pueda ser considerado como foco psicodinámico o no, junto al criterio de French para la descripción del conflicto focal: “que exige información sobre la fuente originaria (estímulos inconscientes infantiles), los motivos desencadenantes (sucesos actuales), los mecanismos de defensa principales y los intentos de solución.” (Thöma, H., Kächele, H. 1985)

Respecto al complejo tema de si el foco existe de manera independiente al analista, los autores prefieren no profundizar al respecto argumentando: “Para nuestra concepción, es en el fondo irrelevante si el analista llega a su formulación de foco a través de la intuición empática, o si la deduce principalmente de reflexiones teóricas. Pensamos que es decisivo que la acción de enfocar se entienda como un proceso heurístico, cuya utilidad debe ser demostrada con el progreso del trabajo. Un indicio de una formulación focal certera se produce cuando un tema focal general, por ejemplo, angustia de separación inconsciente es tematizado de múltiples maneras. El trabajo de interpretación concreto se remite entonces a estos diferentes aspectos de las vivencias cotidianas del paciente, y puede orientarse, sin más, alrededor del saber idiográfico, es decir, en torno al conocimiento detallado de la evolución del proceso vital” (Thöma, H., Kächele, H. 1985), destacamos de esta cita -entre otros aspectos- cómo la interpretación, incluida la interpretación extratransferencial es la herramienta fundamental para intervenir en la temática focal.

A nuestro parecer, se observan aspectos complejos, no claramente expuestos en este modelo, siendo necesario clarificarlos. Primero, no aparece claramente delimitado el concepto de foco del concepto de focalización lo cual por momentos lleva a confusión. Desde nuestro entender el foco en esta perspectiva sería percibir el conflicto focal subyacente del paciente en las diversas temáticas por él propuestas -de ahí el carácter temático y multifocal de esta propuesta- en donde la focalización sería el proceso mediante el cual el analista percibe ciertos aspectos de la temática focal del paciente y lleva la atención del paciente, principalmente por medio de interpretaciones, al foco lo cual permite comprender y elaborar el conflicto focal sobreinvestido o activado por el conflicto nuclear (Gutiérrez, G., Ávila, A. 2004).

En concreto, y volviendo a lo planteado por estos autores, de un buen trabajo focal se esperaría “que durante la reelaboración de un foco, el paciente (y tal vez también el analista) cambie de modo específico la manera como trata el problema” (Thöma, H., Kächele, H. 1985), además, respecto al proceso se plantea “que [sería] la sucesión de los focos como el resultado de un proceso de intercambio inconsciente entre las necesidades del paciente y las posibilidades de su analista. Si la productividad común se agota, el proceso del que paciente y analista, juntos, son testigos, transcurre en el vacío, aún cuando el tratamiento continúe eternamente” (Thöma, H., Kächele, H. 1985). En síntesis, respecto al foco, el trabajo focal y la terapia psicoanalítica estos autores proponen. “Consideramos el foco configurado interaccionalmente como plataforma

giratoria central del proceso, y por este motivo concebimos la terapia psicoanalítica como una “terapia focal continuada, de duración indefinida y de foco cambiante” (Thöma, H., Kächele, H. 1985),

Una pequeña reseña permitirá entender el proceso psicoanalítico desde la perspectiva del grupo de Ulm “...debiera haber quedado claro que por “foco” entendemos un punto nodal temático producido en la interacción del trabajo terapéutico, que resulta de la proposición del paciente y de la capacidad de comprensión del analista. Partimos del hecho de que el paciente puede hacer distintas proposiciones en un lapso determinado, pero que el foco se establece sólo mediante el trabajo selectivo del analista. En lo que se refiere al proceso, esperamos que un trabajo en común en el foco conduzca a sucesivos puntos nodales de contenido, cuya configuración se alcanza sólo como un resultado del trabajo previo” (Thöma, H., Kächele, H. 1985).

Por último, el modelo de Ulm es propuesto por sus autores como un modelo de proceso aplicable a las diversas formas de psicoterapia psicoanalítica tanto por la teoría de la técnica “focal” del modelo “Dado que los focos individuales están vinculados entre sí a través de un conflicto central, con lo cual el modelo de Ulm puede ser aplicado tanto a terapias de corto como de largo plazo” (Thöma, H., Kächele, H. 1997), como por su cercanía con la práctica real y no ideal del proceso “Nuestra concepción de proceso no intenta modelar un proceso caracterizado como ideal, sino que busca promover una visión de proceso que trata de abarcar el espectro completo de terapias basadas en la teoría psicoanalítica” (Kächele, H. 1997) y finalmente, dada la flexibilidad de aplicación del modelo “Nuestro modelo ofrece un marco para entender procesos psicodinámicos bajo las más diversas condiciones de encuadre, y es aplicable tanto a las terapias breves como de larga duración (Thöma, H., Kächele, H. 1985).

## *2.- Grupo de Investigación en Psicoterapia de la Universidad de California, Berkeley:*

Este grupo de investigación en psicoterapia es el lugar donde se origina y desarrolla el *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS) (Jones, E. 2000, 1985a) que será utilizado en el presente caso de estudio, en su versión castellana *Ordenamiento Q del Proceso de la Psicoterapia* (Ávila, A. y cols. 1999), instrumento que en adelante designaremos con las siglas que lo identifican “PQS”. Este instrumento surge al interior

del Grupo de Investigación en Psicoterapia perteneciente al Departamento de Psicología de la Universidad de California, Berkeley, grupo de investigación caracterizado por la colaboración y apoyo de otros grupos de investigación como el Centro de Estudios de las Neurosis dirigido por Mardi Horowitz, el Instituto Psiquiátrico de Langley Porter, la Universidad de California, San Francisco y el Proyecto de Investigación en Psicoterapia del Hospital Mount Zion (Jones, E.E., Hall, S., & Parke, L.A. 1991). El grupo de investigación de Berkeley ha sido dirigido por varios años por el autor del PQS, Enrico E. Jones (Ph. D), quien además fue profesor de psicología en dicha Universidad y miembro del Instituto Psicoanalítico de San Francisco

La aparición del PQS responde y marca un cambio en el interés investigador del grupo de Berkeley, quienes -con E. Jones a la cabeza- se centraban en la investigación de variables sociodemográficas (estatus socioeconómico, género, edad, etnicidad y cultura entre otros) de pacientes y terapeutas y su posible relación con resultados exitosos de la psicoterapia, de ello dan cuenta diversos informes e investigaciones reportadas por Jones y sus colaboradores durante finales de los años setenta y principios de los ochenta (Jones, 1974, 1982a, 1985b; Jones & Matsumoto, 1982), estudios que arrojan interesantes conclusiones como que las variables socioeconómicas y sociodemográficas no son fiables para predecir el resultado de las psicoterapias y -dicho de otro modo- que no hay que confundir características sociodemográficas con variables psicológicas. Es destacable de dicho periodo de investigación en Berkeley la demostración de que las psicoterapias en especial las más expresivas sí eran efectivas con personas de menor nivel económico o pertenecientes a minorías étnicas (Jones, E.E., Hall, S., & Parke, L.A. 1991).

El grupo de investigación de Berkeley, luego de sus limitados hallazgos respecto a las variables sociodemográficas en psicoterapia, vuelcan su atención hacia la naturaleza de la interacción paciente-terapeuta en sí misma, encontrándose con el problema de cómo investigar el proceso de la psicoterapia, lo que decantara en la construcción del PQS (Jones, 2000, 1985a) basados en la metodología Q (Stephenson, 1953) buscando con ello un instrumento que provea un lenguaje básico para la descripción y clasificación del proceso terapéutico de una forma adecuada para un análisis cuantitativo, instrumento que es descrito con detalle tanto en sus aspectos formales, bases metodológicas, construcción y propiedades psicométricas en el apartado metodológico de la presente investigación (capítulo VI).

Una vez conseguido niveles psicométricos satisfactorios para el PQS (Jones, E., Krupnick, J., & Kering, P. 1987; Jones, E., Hall, S., & Parke, L. 1991; Jones, Hall & Parke, 1992; Jones, E y Pulos, S 1993; Jones, E. & Price, P. 1998) el grupo de investigación de Berkeley se ha orientado a la investigación sistemática de aquellos factores que contribuyen a un buen resultado en diversas modalidades de tratamiento y duración, destacando para nuestros fines de este período las investigaciones realizadas con PQS en psicoterapias psicoanalíticas breves (Karlsson, R., & Kermott, A. 2006; Ablon, J.S., Raymond, L., Katzenstein, T. 2006; Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. 1988; Jones, E.E., Krupnick, J.H., & Kering, P.K. 1987; Jones, E.E., Parke, L.A., & Pulos, S 1992) y el comienzo de los estudios intensivos de caso único psicoanalítico con PQS (Jones, E.E., & Windholz, M. 1990;), estudios que continúan desarrollándose hasta nuestros días no sólo en Berkeley (Shedler, 2002; Albani, C. et al 2003; Ablon & Jones, 2004; Karlsson, R., & Kermott, A. 2006; Ablon, J.S., Raymond, L., Katzenstein, T. 2006, A. Roussos, L. Boffi. & A. Leibovich. 2007), también existen líneas de investigación -por ejemplo en funcionamiento reflexivo- que utilizan el PQS como instrumento indicador del proceso terapéutico (Karlsson, R., & Kermott, A. 2006; Ablon, J.S., Raymond, L., Katzenstein, T. 2006; Karlsson, R., & Jones, E. E. 2000; Karlsson, R., & Jones, E. E. 2001; Karlsson, R., & Jones, E. E. 2002)

De la visión panorámica del grupo de Berkeley y sus diversos estudios realizados recientemente destacamos la construcción del instrumento *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS), el cual busca la evaluación no sintomática del cambio en psicoterapia lo que ubica a este grupo de investigación dentro de la tendencia actual por indagar el proceso psicoterapéutico más allá de la simple reducción o eliminación de síntomas, además, destacamos la capacidad del PQS para considerar simultáneamente aspectos de la alianza terapéutica, técnica y la dimensión interaccional del proceso psicoterapéutico.

### *Prototipos de Psicoterapias*

De los múltiples estudios realizados por el grupo de Berkeley, es necesario exponer uno de ellos debido a la importancia que ha tenido en los medios investigadores no solo norteamericanos sino a nivel mundial y que será considerado en la presente investigación. Dicho estudio fue publicado durante 1988 bajo el título “Cómo los prototipos de expertos clínicos de un ideal de tratamiento correlacionan con resultados en terapia psicoanalítica y cognitivo-conductual [How expert clinicians’ prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy, (Ablon, J., Jones, E. E. 1998)], estudio en el cual mediante la utilización del PQS dos grupos de expertos desarrollan prototipos de terapias psicodinámicas y cognitivo-conductuales, utilizando posteriormente dichos prototipos para evaluar el grado en que tres muestras de tratamientos se ajustan a dichos prototipos. Posteriormente evalúan cuantitativamente el grado en que los tratamientos adheridos a los prototipos se correlacionan con los resultados de los tratamientos. Los resultados mostraron que el prototipo psicodinámico construido por expertos se correlacionaba en forma consistentemente significativa con el resultado positivo tanto en la terapia psicodinámica como en la cognitivo-conductual, por el contrario el prototipo cognitivo-conductual no se correlacionó en forma consistentemente significativa con el resultado positivo en ninguno de los dos tipos de psicoterapia (Ablon, J., Jones, E. E. 1998).

El prototipo de psicoterapia psicoanalítica obtenido en este estudio puede servir como punto de comparación entre los ítems más característicos encontrados en el presente estudio.

Tabla 01  
20 ítems más característicos de una terapia psicodinámica ideal (Ablon, J., Jones, E. E. 1998)

Ítem Q	Ítem	Carga Factorial
Q90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente	1.71
Q93	El terapeuta es neutral.	1.57
Q36	El terapeuta señala el uso de maniobras defensivas por parte del paciente (por ej. anulación, denegación).	1.53
Q100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones	1.47
Q06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	1.46
Q67	El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes.	1.43
Q18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación)	1.38
Q32	El paciente alcanza un nuevo entendimiento o "insight".	1.32
Q98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	1.28
Q46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente	1.24
Q50	El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables (por ej. enojo, envidia, o excitación).	1.17
Q11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	1.12
Q82	La conducta del paciente durante la sesión es reformulada por el terapeuta de manera tal que previamente no ha sido reconocido de forma explícita.	1.12
Q35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	1.11
Q91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis	1.08
Q92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	1.05
Q62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	0.95
Q03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	0.92
Q79	El terapeuta comenta los cambios de humor o estado afectivo del paciente.	0.88
Q22	El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente.	0.87

---

CAPÍTULO SEXTO

*Investigación empírica del proceso  
terapéutico en el presente estudio*



## *Metodología*

### *1.- Objetivos de la investigación*

#### *a) Objetivo General:*

Indagar, caracterizar y describir el proceso psicoterapéutico de una psicoterapia desde una perspectiva fiable y cuantitativamente observable, que permita definir aquellos aspectos del proceso psicoterapéutico del paciente, del terapeuta y de la interacción entre ambos, factibles de ser identificados y sistemáticamente rastreados de una manera empírica. En resumen, la segunda parte de esta investigación intenta de una manera formal y fiable la descripción de un proceso psicoterapéutico.

#### *b) Objetivos específicos:*

- Caracterizar el proceso psicoterapéutico de una psicoterapia.
- Definir los elementos principales de proceso presentes en dicha psicoterapia.
- Observar si las características de este proceso terapéutico son similares a las características reconocidas en algunas psicoterapias psicoanalíticas.
- Reconocer si los elementos característicos de proceso de la presente psicoterapia se corresponden con las características o preceptos teóricos de las psicoterapias psicoanalíticas.
- Rastrear si los elementos de proceso principales presentes en esta psicoterapia presentan cambios o desarrollos posibles de pesquisar de manera empírica.
- Indagar de manera cuantitativa la posible presencia patrones recurrentes de interacción entre paciente y terapeuta que puedan vincularse al proceso psicoterapéutico.
- Examinar cómo la psicoterapia psicoanalítica se desarrolla dentro de la realidad del consultorio privado.

Para la consecución de los objetivos mencionados, la presente investigación adopta el diseño de investigación, que a continuación se detalla.

## 2.- Diseño de la investigación

La presente investigación se enmarca dentro de las investigaciones del tipo intrasujeto, utiliza un diseño de investigación de caso único cuantitativo no experimental (Hilliard, R 1993), diseño que asume que las variables a estudiar -en nuestro caso los cien ítems de la prueba PQS- son libres de variar al interior del sujeto en estudio, pudiendo alcanzar sólo un valor en un punto de tiempo específico -una hora entera de sesión-, por lo cual son necesarias medidas repetidas en el tiempo de las variables en estudio dentro del mismo sujeto, es decir, los valores alcanzados por los ítems de la prueba PQS en las distintas horas de sesiones del caso en estudio, para poder conocer la magnitud que dichas variables adquieren a través del tiempo, con ello esta investigación se centra en el desarrollo de variables dentro de un único sujeto de estudio.

El presente diseño entiende que el término proceso implica la presencia y desarrollo temporal de variables dentro de la diada paciente-terapeuta, buscando descubrir qué aspectos de esta particular modalidad de psicoterapia influyen en el cambio terapéutico y cómo se realizan. Esta focalización en la diada terapéutica a través del tiempo ubica la presente investigación dentro de los estudios de proceso psicoterapéutico y requiere la aplicación de técnicas estadísticas de análisis de datos apropiadas.

En resumen, la presente investigación utiliza un diseño de *análisis cuantitativo de caso único no experimental*, el cual se caracteriza por la aplicación de técnicas cuantitativas para analizar la presencia y posible desarrollo temporal de variables sin la manipulación directa de ninguna de ellas, es decir, un diseño de caso único que no es experimental ni un estudio de caso<sup>1</sup> que se inserta dentro de los estudios de tipo exploratorio - descriptivo al no manipular ninguna de las variables a observar.

Este tipo de diseño posee importantes limitaciones como la escasa generalización de sus hallazgos y la incapacidad para realizar inferencias causales válidas debido principalmente al no manejo o control de variables extrañas (Shaughnessy, J; Zechmeister, E. 2007), por lo que se requeriría de futuras replicas de investigación en diversos casos y diseños.

---

<sup>1</sup> Los "estudios de caso" generalmente corresponden a diseños de investigación de caso único basados exclusivamente en datos cualitativos.

a) *Muestra:*

El caso a investigar corresponde al caso estudiado por el Proyecto Salamanca-Madrid-Barcelona (SMBP), el cual se ha denominado “María” (Mitjavila, M., Ávila, A., Poch, J., Gutierrez, G. 2002) o “La publicitaria” (Ávila, A., Mitjavila, M. 2003) y que en el presente estudio se denominará “María” que es el nombre ficticio utilizado en las transcripciones de las sesiones utilizadas. El tratamiento corresponde a un caso de psicoterapia de orientación psicoanalítica, realizada en modalidad cara a cara, con una frecuencia de una sesión semanal durante seis años, con un total de 261 sesiones. De estas sesiones, 199 fueron adecuadamente grabadas en audio con propósitos de supervisión y ulterior investigación, de ellas 197 fueron transcritas siguiendo el protocolo de transcripción de Merghentaler para textos de interés clínico (Merghentaler, E., Gril, S., Ávila, A., Vidal, J. 2003) con el cual se garantiza la confidencialidad y derechos de los sujetos en investigación, dicha transcripción ha asignado los nombres de “María” a la paciente y de “Santiago” al terapeuta.

El registro de este tratamiento abarca desde la primavera del año 1994 hasta la primavera del año 2000, tratamiento que ha sido dividido en cuatro fases (A, B, C, D), donde la *Fase Inicial* (A) comprende el primer año de tratamiento y está conformado por las sesiones 1 a la 54. La *Fase Intermedia* (B) comprende el segundo y tercer año de tratamiento y esta conformado por las sesiones 55 a la 146; La *Fase Avanzada* (C) comprende el cuarto y quinto año del tratamiento y esta conformado por las sesiones 147 a la 221; y la *Fase Final* (D) el sexto año de tratamiento que abarca las sesiones 222 a la 261. Cada una de las fases es subdividida en períodos o bloques, basándose en el criterio de las interrupciones naturales que se producen en el tratamiento por Navidad, Semana Santa y Vacaciones de Verano, identificándose así períodos o bloques denominados de “Otoño”, “Invierno” y “Primavera”, que corresponden aproximadamente cada uno a un trimestre. La división en Fases, la subdivisión en Bloques del caso en estudio y las sesiones consideradas en la presente investigación es representada en la tabla 02 (pág 164).

## *a.1 Caracterización del caso en estudio:*

### *a.1.1 Paciente:*

La paciente corresponde a una mujer de 22 años de edad denominada “María”, que inicia un tratamiento de psicoterapia orientada psicoanalíticamente que se extenderá durante seis años. El diagnóstico clínico establecido al comienzo del tratamiento fue *Trastorno de Personalidad Histriónico* en base a los criterios del DSM-IV, complementándose dicho diagnóstico con los criterios de O. Kernberg para el diagnóstico estructural de la personalidad, criterios que muestran la presencia de una Estructura Límite de Personalidad con un nivel alto de funcionamiento (Kernberg, O. 1987).

La paciente acude a consulta solicitando ayuda para resolver problemas de relación interpersonal, y para manejarse mejor en una amplia variedad de situaciones de su vida diaria (relación de pareja, entorno de trabajo, relaciones con sus padres, entre otros). Su autoconcepto y autoimagen se consideraron deficitarios, mostrando además cierta labilidad del estado de ánimo con episodios de crisis ansioso-depresivos (Ávila-Espada, A. y Mitjavila, M. 2003). En las entrevistas iniciales “la paciente mostró notables dificultades en el manejo de las relaciones interpersonales en general, tanto en la actualidad como en el pasado, centrándose especialmente sus inquietudes en torno al ámbito familiar” (Mitjavila, M., Ávila-Espada, A., Poch, J. y Gutiérrez, G. 2002).

### *a.1.2 Terapeuta:*

Masculino, de mediana edad denominado “Santiago”, quien al inicio del tratamiento cuenta con 10 años de formación de postgrado y de experiencia clínica como psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, bajo supervisión. Trabaja en un entorno de consulta privada individual, conoce y aplica según su criterio la teoría y la técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Colabora gratuitamente con el programa de investigación SMBP desconociendo los fines y métodos del mismo. Los momentos de desarrollo del tratamiento y de investigación del mismo se encuentran muy distanciados

*b) Recolección de datos:*

Dado que la teoría de la muestra, es decir, el número de sesiones idóneo para realizar una investigación de proceso en psicoterapia, se encuentra en desarrollo, aún no existe un número estandarizado respecto al número mínimo de sesiones apropiado para la investigación de un proceso psicoterapéutico psicoanalítico, por lo cual las muestras de investigación seleccionadas se enmarcan por un lado en los objetivos de investigación y por otro en el consenso propuesto por investigadores psicoanalíticos (Grünzig, H. 1988) de considerar como mínimo un 20% de sesiones del caso en estudio para realizar investigaciones de proceso en psicoterapia psicoanalítica

La presente investigación realiza un muestreo o selección sistemática de sesiones, que considera a la primera sesión y la secuencia de terceras sesiones disponibles del caso en estudio, es decir, las sesiones 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18, ... . Cuando dicho criterio de selección no pudo cumplirse se opta por considerar la sesión siguiente a aquella no disponible. Lo anterior permitió una muestra total de sesiones utilizadas de 60 sesiones del caso en estudio, lo cual corresponde al 23% del total de las sesiones del caso. Las sesiones consideradas y su distribución en el caso de estudio se detallan en la tabla 02 (pág. 164).

6.1) Tabla 02: Distribución de Fases, Bloques y sesiones investigadas del caso "María"

Fases	Bloques	Sesiones	Sesiones Investigadas
<i>I</i> <i>n</i> <i>i</i> <i>c</i> <i>i</i> <i>a</i> <i>l</i>	I Primavera 94	001-011	PB001 (09-05-94), PB003 (16-05-94), PB006 (07-06-94), PB010 (05-07-94).
	II Otoño 94	012-027	PB012 (06-09-94), PB015 (23-09-94), PB018 (11-10-94), PB021 (03-11-94), PB025 (30-11-94).
	III Invierno 95	028-041	PB030 (17-01-95), PB034 (21-02-95), PB036 (09-03-95), PB040 (04-04-95).
	IV Primavera 95	42-54	PB043 (09-05-95), PB045 (23-05-95), PB048 (13-06-95), PB051 (04-07-95), PB054 (27-07-95).
<i>I</i> <i>n</i> <i>t</i> <i>e</i> <i>r</i> <i>m</i> <i>e</i> <i>d</i> <i>i</i> <i>a</i>	V Otoño 95	55-70	PB057 (19-09-95), PB060 (10-10-95), PB063 (31-10-95), PB066 (21-11-95), PB069 (12-12-95).
	VI Invierno 96	71-84	PB072 (09-01-96), PB075 (30-01-96), PB079 (27-02-96), PB081 (12-03-96), PB084 (02-04-96).
	VII Primavera 96	85-099	PB087 (23-04-96), PB090 (14-05-96), PB093 (04-06-96), PB097 (02-07-96), PB099 (16-07-96).
	VIII Otoño 96	100-117	PB102 (17-09-96), PB105 (08-10-96), PB108 (29-10-96), PB111 (19-11-96), PB114 (10-12-96), PB117 (30-12-96).
	IX Invierno 97	118-130	PB120 (21-01-97), PB123 (04-02-97), PB126 (25-02-97).
	X Primavera 97	131-146	PB134 (30-04-97), PB135 (09-05-97).
<i>A</i> <i>v</i> <i>a</i> <i>n</i> <i>z</i> <i>a</i> <i>d</i> <i>a</i>	XI Otoño 97	147-161	PB156 (11-11-97).
	XII Invierno 98	162-175	PB165 (20-01-98), PB168 (10-02-98), PB171 (03-03-98), PB174 (24-03-98).
	XIII Primavera 98	176-188	PB180 (19-05-98), PB183 (09-06-98), PB186 (07-07-98).
	XIV Otoño 98	189-195	PB189 (29-09-98), PB193 (25-11-98), PB195 (23-12-98).
	XV Invierno 99	196-206	PB198 (27-01-99), PB199 (03-02-99) PB 200 (10-02-99).
	XVI Primavera 99	207-221	PB215 (03-06-99).
<i>F</i> <i>i</i> <i>n</i> <i>a</i> <i>l</i>	XVII Otoño 99	222-237	0
	XVIII Invierno 00	238-251	0
	XIX Primavera 00	252-261	PB259 (22-06-00), PB260 (29-06-00)

**Total de sesiones investigadas: 60 sesiones (23%)**

Las 60 sesiones consideradas fueron evaluadas como mínimo por dos jueces evaluadores, el rango de evaluaciones por sesión oscila entre 2 y 12 evaluaciones obteniéndose un total de 234 evaluaciones realizadas mediante la traducción Castellana “Ordenamiento Q del Proceso de la Psicoterapia” (Ávila, A., Vidal, J., Epstein, R., Duarte, A., Roussos, A., Winkel, R. 1999) del Psychotherapy Process Q-sort (PQS) (Jones, E. 2000, 1985a) lo que da un promedio de 3,9 evaluaciones por sesión. Las 60 sesiones consideradas - que abarcan un 23% del total de las sesiones del caso- buscan estar distribuidas homogéneamente a lo largo del caso. Este diseño permite -luego de diversos análisis estadísticos- obtener las dimensiones significativas del proceso terapéutico del caso en estudio

Se opta por esta muestra de sesiones dada la ausencia de una estandarización o protocolarización respecto al muestreo de investigación en procesos de psicoterapias psicoanalíticas, además, esta muestra supera el consenso propuesto del 20% mínimo de sesiones a considerar para un estudio de proceso psicoterapéutico psicoanalítico (Grünzig, 1988). Por otro lado, este diseño muestral supera diseños utilizados en estudios de proceso terapéuticos con PQS en psicoterapia psicoanalítica (Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. 1988; Jones, E.E., & Windholz, M. 1990; Jones, E.E., Parke, L.A., & Pulos, S. 1992; Jones, E.E., & Pulos, S.M. 1993; Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J., Dyer, J. 1993; Ablon, J.S., & Jones, E.E. 1999; Ablon, J.S., & Jones, E.E. 2004; Ablon, J.S., Raymond, L., Katzenstein, T. 2006), permitiendo responder con creces a los objetivos de la presente investigación como son la caracterización del proceso psicoterapéutico del caso en estudio permitiendo, además, observar la presencia y despliegue de las variables significativas del proceso terapéutico.

### *6.2) Confiabilidad de la evaluación:*

Con el fin de salvaguardar la confiabilidad de la investigación propuesta, las evaluaciones de cada sesión psicoterapéutica correspondiente al diseño muestral ( $n=60$ ) es evaluada a lo menos por dos jueces evaluadores, los cuales mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson momento a momento ( $r$ ) debieron superar o igualar un nivel de concordancia interevaluadores de  $r = .50$ , nivel de acuerdo mínimo aceptado para este tipo de investigaciones (Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. 1988; Jones, E.E., & Windholz, M. 1990; Jones, E.E., Parke, L.A., & Pulos, S. 1992; Jones, E.E., & Pulos, S.M. 1993; Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J., Dyer, J. 1993; Ablon, J.S., & Jones, E.E. 1999; Ablon, J.S., & Jones, E.E.

2004; Ablon, J.S., Raymond, L., Katzenstein, T. 2006). En aquellas sesiones donde las evaluaciones no alcanzaron este rango crítico fue necesaria una tercera evaluación por parte de un juez independiente, con la cual superar el nivel crítico de  $r = .50$  lo que permitió incluir dichas sesiones en el estudio. En las demás sesiones, evaluadas por tres o más evaluadores, se realiza un análisis de fiabilidad mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose niveles altamente satisfactorios de acuerdo interjueces para cada sesión considerada en el estudio.

En resumen, las evaluaciones de las sesiones obtenidas para el presente estudio han sido obtenidas por dos o más evaluadores por sesión, cuando se realizaron dos evaluaciones por sesión éstas debieron igualar o superar el nivel crítico de acuerdo interjueces -evaluado mediante el Coeficiente de correlación de Pearson- de  $r = .50$ . Las demás sesiones evaluadas por tres o más evaluadores fueron valoradas en su acuerdo interjueces mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, el cual arrojó niveles de fiabilidad satisfactorios para el acuerdo interjueces evaluadores, lo cual se expone en la tabla 04 del presente capítulo, la cual resume los niveles de acuerdo interjueces para cada sesión del presente estudio.

### *c) Instrumento para la evaluación del proceso psicoterapéutico:*

Psychotherapy Process Q-sort (PQS), desarrollado por Enrico E. Jones (2000, 1985a), en su traducción Castellana “Ordenamiento Q del Proceso de la Psicoterapia” (Ávila, A., Vidal, J., Epstein, R., Duarte, A., Roussos, A., Winkel, R. 1999).

#### *c.1) Antecedentes:*

El Psychotherapy Process Q-sort (PQS) posee su base en la “*metodología Q*” desarrollada por William Stephenson (Stephenson, 1953) quien busca con ella “caracterizar un conjunto de ideas filosóficas, psicológicas, estadísticas y psicométricas orientadas hacia la investigación sobre el individuo” (Stephenson, 1953). La metodología Q es posteriormente sistematizada y verificada por Jack Block (Block, 1961; Block & Haan, 1971; Block, 1993), la aplicación de dicha metodología se produce mediante la “*técnica Q*” (Kerlinger, 1988) caracterizada por un lado por la clasificación de grupos de tarjetas

denominadas “clasificaciones Q” (Q-sort) y por otro por las correlaciones entre las respuestas de diferentes individuos con las clasificaciones Q.

Esta técnica de evaluación posee un amplio rango de aplicabilidad, siendo particularmente adecuada para describir datos cualitativos. En el ámbito Psicológico la técnica Q ha sido utilizada en investigaciones diversas como por ejemplo, El sentido psicoanalítico de los diagnósticos descriptivos percibidos por psicoanalistas practicantes (Shedler, 2002), Identidad y proceso de autoimagen (Hauser 1971; Hauser et al. 1983), en investigación de procesos de apego (Kobak, Sudler, and Gamble 1991) e investigaciones de proceso psicoterapéutico psicoanalítico (Albani, C. et al 2003, Ablon, J. & Jones, E.E. 2004, Ablon, J. & Jones, E.E. 1999), entre otras investigaciones.

Esencialmente, la técnica Q consiste en una serie de ítems que describen características psicológicas o conductuales significativas de un individuo o situación. El contenido específico de los ítems dependerá de los objetivos de la investigación y de la naturaleza de los individuos o situaciones a estudiar. Por lo cual no existe una técnica Q estándar, el objetivo de esta técnica es proveer un grupo (set) de ítems que puedan capturar lo más exhaustivamente posible la variación de los aspectos o dimensiones críticas de los casos estudiados. La técnica Q es una técnica ipsativa, es decir, los ítems son ordenados al interior de un mismo caso en un orden que abarca desde aquellos ítems que describen más característicamente la persona o situación a aquellos ítems que menos caracterizarían a la persona o situación evaluados.

En el ámbito de la psicoterapia, la técnica Q vincula sus orígenes a la investigación de resultados o efectividad de la psicoterapia, posteriormente se utilizará - como ha sido señalado- para el estudio del proceso psicoterapéutico. Si bien esta técnica obtuvo prominentes resultados en sus comienzos, ellos no garantizaron su popularidad entre los investigadores debido principalmente a las dificultades para la construcción de grupos (sets) de ítems adecuados a las investigaciones. Partiendo de dicha dificultad Block (Block, 1961; Block & Haan, 1971) propone un método de construcción de grupos de ítems para la técnica Q basado en el manejo de los conceptos relacionados con las variables de interés y mediante la construcción de ítems a través del uso del análisis de varianza como forma de evidenciar las características observadas (Block, 1961; Block & Haan, 1971). El objetivo de esta aproximación metodológica es proveer un conjunto de elementos que capturen, de la manera más exhaustiva posible, las variaciones de las dimensiones críticas en los distintos casos en estudio.

El Psychotherapy Process Q-sort (PQS) de Jones (Jones, 2000, 1985a) puede ser considerado como un ejemplo de la metodología “Q-Sort”, al cual nos referimos a continuación

### *c.2) Construcción del instrumento:*

Los 100 ítems del PQS (Anexo I, pág. 313) representan una selección empíricamente guiada de cientos de ítems acumulados de otras medidas de proceso junto con la creación de nuevos ítems construidos por un grupo de expertos (Ablon, J. & Jones, E.E. 2004; Ablon, J., Jones, E. E. 1998). Las primeras versiones del PQS fueron probadas en una serie de estudios pilotos realizados sobre puntuaciones de transcripciones, grabaciones en audio y video de sesiones de tratamientos psicoanalíticos y varias formas de psicoterapias, cada ítem fue discutido con respecto a su claridad e importancia para la psicoterapia y psicoanálisis así como su suficiencia para la totalidad de los ítems PQS. Los ítems fueron reelaborados para evitar el lenguaje ambiguo y la excesiva extensión de ellos, algunos ítems fueron eliminados si mostraban poca variación a través de un amplio rango de sujetos y horas de terapia, si eran redundantes o poseían una baja estabilidad interjueces (Ablon, J. & Jones, E.E. 2004). Durante la construcción del instrumento, aquellas facetas del proceso terapéutico que fueron juzgadas importantes y que no fueron capturadas o expresadas por los ítems existentes del PQS fueron incluidas y revisadas sistemáticamente para que el instrumento final del PQS capturara un amplio rango de fenómenos del dominio y proceso psicoanalítico como por ejemplo manifestaciones transferenciales, resistencia y reconstrucción, la actitud y actividad del terapeuta como clarificaciones, interpretaciones, apoyo, afirmaciones e intervenciones didácticas entre otras y los estados afectivos del paciente.

### *c.3) Descripción del Psychotherapy Process Q-sort (PQS):*

El Psychotherapy Process Q-sort (PQS) es un instrumento de evaluación derivado de la metodología Q, esta compuesto por 100 ítems que aseguran una mayor

estabilidad y confiabilidad estadísticas<sup>2</sup> (Kerlinger, 1988), siendo diseñado para “proveer un lenguaje básico para la descripción y clasificación del proceso de tratamiento en una forma adecuada para un análisis cuantitativo” (Ablon & Jones, 2004), el cual permite a los jueces clínicos formalizar y exponer explícitamente aquello que usualmente se mantiene de manera informal, implícita e intuitiva, ayudando a conseguir descripciones estables y fiables del complejo proceso psicoterapéutico, aportando un formato estándar que pueden utilizar diversos jueces clínicos para describir el material bajo investigación.

El PQS fue diseñado para su aplicación a grabaciones de video, audio y transcripciones literales de una sesión psicoterapéutica completa, la cual constituye su unidad de observación y una de las características más reconocidas y valoradas de este instrumento, ya que respeta la segmentación natural de una hora de sesión psicoterapéutica (Ablon & Jones, 1999).

Los 100 ítems que componen el PQS buscan representar variables clínicamente relevantes para describir la interacción entre el paciente y terapeuta en una forma que sea apta para la comparación y el análisis cuantitativos. Los ítems del PQS se agrupan básicamente en torno a tres aspectos fundamentales del proceso psicoterapéutico: a) Actitud, conducta y experiencias explicativas del paciente. b) Acciones y actitudes del terapeuta y c) La naturaleza de la interacción diádica, el entorno o “atmósfera” de la sesión. Una descripción detallada de los ítems del PQS se encuentra en el anexo de la presente investigación; Mayores detalles tanto de la construcción como aplicación del PQS se encuentra el manual desarrollado por el autor del PQS (Jones 2000, 1985a)

#### *c.4) Características Psicométricas del Psychotherapy Process Q-sort (PQS):*

##### *c.4.1) Fiabilidad*

El PQS basa su fiabilidad como instrumento de medición en la estabilidad de las evaluaciones test re-test, en las cuales ha obtenido altas correlaciones que oscilan entre .83 a .89 para dos evaluadores (Jones, E. y Pulos, S. 1993) y entre .89 a .92 para un número entre tres a diez evaluadores (Jones, Hall & Parke, 1992). La fiabilidad interevaluador, calculada mediante la correlación de las evaluaciones de múltiples evaluadores a través de los 100 ítems del PQS, ha sido consistentemente satisfactoria obteniendo coeficientes

---

<sup>2</sup> “Para la estabilidad y confiabilidad estadísticas, el número quizá no debería ser menor de 60 [ítems o tarjetas] ni de más de 140, en la mayor parte de los casos no más de 100.” (Kerlinger, 1988, Pág. 579)

alfa que oscilan entre .50 y .95, obtenidos a través de diferentes e importantes muestras. En general, el PQS ha demostrado tanto su fiabilidad y validez mediante diversos estudios y muestras de tratamiento (Ablon & Jones, 2004, 1999)

#### *c.4.2) Validez:*

Existen resultados que demuestran que el PQS reúne y discrimina las características diferenciales entre las aproximaciones Psicodinámica y Cognitivo-conductual (Jones & Pulos, 1993). También discrimina las diferencias entre las terapias Racional-Emotiva y Gestalt, así como entre la Terapia Centrada en el Cliente y la Terapia Racional Emotiva (Jones, Cumming & Pulos, 1993). Diversos estudios muestran la capacidad del PQS para identificar los aspectos de proceso relativos a la alianza terapéutica y aspectos interactivos del proceso psicoterapéutico (Ablon & Jones, 1998; Ablon & Jones, 1999; Ablon & Jones, 2002; Price & Jones, 1998). Además, existe considerable evidencia de validez de constructo y validez discriminante del instrumento (Jones, E. & Price, P. 1998; Jones, E., Hall, S., & Parke, L. 1991; Jones, E., Krupnick, J., & Kering, P. 1987; Jones, E. y Pulos, S. 1993).

#### *d) Procedimiento:*

##### *d.1 Aplicación*

Un juez evaluador, primero debe estudiar el material relevante -en la presente investigación las horas de sesión seleccionadas transcritas literalmente-, luego procede a realizar el ordenamiento de los ítems de acuerdo al grado en que caracterizan la sesión en estudio. Los ítems Q para la presente investigación han sido impresos separadamente en tarjetas -como se aprecia en la siguiente imagen- ya que esto facilita la manipulación de ellos hasta alcanzar el ordenamiento deseado. Actualmente existe también la posibilidad de aplicación del PQS mediante la utilización de un monitor de ordenador (Hauser, 2005).

## d.2) Ejemplos de Tarjetas PQS

<b>Ítem 1</b>	<b>001</b>
<b>El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)</b>	
Situarse hacia el lado de lo <u>característico</u> si el paciente verbaliza sentimientos de crítica, desagrado, envidia, desprecio, enojo, o antagonismo hacia el terapeuta. Por ej. <i>el paciente reprende al terapeuta por no haber proporcionado suficiente dirección durante la terapia.</i>	
Situarse hacia el lado de lo <u>no característico</u> si el paciente expresa sentimientos positivos o amistosos hacia el terapeuta, por ej. <i>hace lo que parecen ser comentarios elogiosos con respecto al terapeuta.</i>	

<b>Ítem 27</b>	<b>027</b>
<b>El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es presionado para darlos).</b>	
Situarse hacia el lado de lo <u>característico</u> si el terapeuta da consejo explícito o realiza sugerencias particulares, que el paciente es luego libre de aceptar o ignorar. Por ej., <i>el terapeuta dice: "Sabe, podría encontrar útil consultar con un abogado cómo manejar su herencia". o el terapeuta podría orientar al paciente para que considerase un rango de opciones y explorase cada alternativa. Por ej., el terapeuta puede señalar las posibilidades que el paciente pasa por alto y dirigirlo hacia la exploración de posibles consecuencias de cada línea de acción.</i>	
Situarse hacia el lado de lo <u>no característico</u> si el terapeuta se abstiene de dar consejo. La ubicación extrema en esta dirección indica que el terapeuta no aporta esta orientación a pesar de la presión que ejerce el paciente para ello, o bien que no la aporta cuando sería útil hacerlo.	

<b>Ítem 47</b>	<b>047</b>
<b>Cuando la interacción con el paciente es difícil, el terapeuta se adapta en un esfuerzo para mejorar las relaciones.</b>	
Situarse hacia el lado de lo <u>característico</u> si el terapeuta se muestra dispuesto y abierto a llegar a acuerdos y encontrar soluciones cuando hay desacuerdo o cuando surgen conflictos en la sesión. Por ej. <i>cuando el paciente llega a estar enojado con el terapeuta, éste realiza un esfuerzo para calmarlo.</i>	
Situarse hacia el lado de lo <u>no característico</u> si el terapeuta no realiza un esfuerzo para mejorar el clima cuando la interacción se vuelve difícil.	

Las tarjetas con los ítems Q impresos, son agrupadas en nueve pilas que conforman un continuo que va desde “Menos característico” (categoría 1) a “Más característico” (categoría 9), donde la pila intermedia (categoría 5) es usada para los ítems evaluados “neutros o irrelevantes”. El número de tarjetas puestas en cada pila

constituye una distribución normal fija que va desde las 5 tarjetas ubicadas en las pilas de los extremos hasta 18 tarjetas ubicadas en la pila intermedia, la categoría neutral. Esto requiere que los jueces realicen múltiples evaluaciones sobre cada ítem con el fin de que tengan conocimiento de la totalidad de los ítems como requisito previo a su distribución, con lo cual se evitan los efectos de halo negativo y/o positivo atenuando la influencia de las tendencias de respuesta (Block, 1961).

### d.3) Ejemplo Protocolo PQS

Evaluador:				Número de Sesión:				
Fecha Evaluación:				Fecha de Sesión:				
Categoría 8	Categoría 8	Categoría 7	Categoría 6	Categoría 5	Categoría 4	Categoría 3	Categoría 2	Categoría 1
Extremadamente característico	Muy característico	Bastante característico	Algo característico	Relativamente neutro	Poco característico	Bastante poco característico	Muy poco característico	Extremadamente poco característico

Es recomendable, dado el gran número de tarjetas a ordenar -100 en total- proceder primero a formar tres grupos de tarjetas, primero agrupando aquellas tarjetas con ítems juzgados más característicos que conformarán un primer grupo situado a uno de los lados, aquellas tarjetas consideradas menos características conformarán otro grupo y estarán ubicadas en el otro lado, por último las restantes tarjetas conformarán el tercer grupo y se ubicarán en el medio de los grupos anteriores. Durante este momento no es necesario atender al número de tarjetas existentes en cada uno de estos tres grupos. Sólo cuando se han conformado los tres grupos de tarjetas, se comenzará a asignarlas -más detalladamente- a cada categoría que representamos en la siguiente tabla.

d.4) *Tabla 03: Ítems a ubicar por categoría*

Categoría	Número de ítems a ubicar	Nombre de la categoría
9	5	Extremadamente característico
8	8	Muy característico
7	12	Bastante característico
6	16	Algo característico
5	18	Relativamente neutral o sin importancia
4	16	Poco característico
3	12	Bastante poco característico
2	8	Muy poco característico
1	5	Extremadamente poco característico

Es necesario destacar que la asignación de un número fijo de tarjetas a cada categoría conformará una distribución normal, lo que se ha probado empíricamente (Block, 1961) como un procedimiento de mayor valor que la simple asignación de cualquier número de tarjetas a una categoría<sup>3</sup> (Kerlinger, 1988), ya que elimina ciertos sesgos en el procedimiento de evaluación como, la habitual tendencia de algunos jueces por un lado, de evitar hacer evaluaciones extremas así como la tendencia a polarizar las evaluaciones saltando de un extremo a otro en sus evaluaciones, la asignación de un número fijo de tarjetas a cada categoría también asegura que los jueces deben realizar múltiples discriminaciones a través de los ítems, reduciendo el mencionado efecto “halo” ya que los jueces no pueden simplemente agrupar todo en característico y no característico sin hacer distinciones entre los ítems<sup>4</sup>. Por último la asignación fija de un número de tarjetas a cada categoría permite tener una misma distribución normal, lo que ayuda a realizar más fácilmente análisis estadísticos (Ablon & Jones, 2004; Kerlinger, 1988).

Aunque no todas las características o sucesos de una terapia en particular pueden ser expresados por la ubicación extrema de ciertos enunciados, casi siempre pueden ser captados por la conjunción de dos o más ítems. *El propósito del ordenamiento-Q es permitir la descripción de dimensiones del proceso de la psicoterapia por medio de la ubicación adecuada de ítems, y la configuración final que se construye con los múltiples ítems.*

El PQS es clasificado como un método excluyente, es decir, que los ítems son ordenados dentro de un mismo y único caso mediante la medida repetida de una serie de variables a lo largo del tiempo dentro del mismo caso individual, centrándose en los

<sup>3</sup> “... por su propósito, el procedimiento de clasificación forzada es útil” (Kerlinger, 1988)

<sup>4</sup> “La cuestión importante es forzar a los individuos a hacer discriminaciones que con frecuencia no harían, a menos que se les pidiera.” (Kerlinger, 1988)

cambios de estas variables, así como en la posibilidad de entender estos cambios como función de otras variables con lo cual el PQS provee un modo para capturar la unicidad y singularidad de cada caso, así como también la evaluación de las similitudes y diferencias entre un caso y otro.

Si bien el PQS posee una serie de ventajas, también, posee diversas *limitaciones* que es necesario mencionar. La primera de ellas se relaciona con el gran número de variables que abarca -100 ítems- las cuales si bien permiten una descripción más compleja del proceso terapéutico y otorgan mayor estabilidad y confiabilidad estadísticas, generan un amplio número de correlaciones que incrementan el riesgo de cometer un error estadístico del tipo I -aceptar como verdadera una relación que es debida al azar- y aunque existen procedimientos estadísticos que reducen la probabilidad de estos errores tipo I, tales procedimientos aumentan el riesgo de cometer un error tipo II -rechazo de una relación verdadera por considerarla resultado del azar-. La segunda limitación del PQS es la ausencia de información completa sobre el contenido del discurso terapéutico, es decir, lo que en efecto se está diciendo, lo cual limita severamente su capacidad para ofrecer evidencia definitiva a favor o en contra de las formulaciones dinámicas que estén relacionadas con el caso en estudio. Por último, el PQS aporta principalmente datos correlacionales, con los cuales no se podrían determinar fuertes relaciones causales del tipo implicado en las formulaciones dinámicas. No obstante, respetando las limitaciones mencionadas, el PQS ha mostrado ser un instrumento fiable y válido, que se ha aplicado con éxito a diversas investigaciones de proceso terapéutico, mostrándose como un método adecuado para la investigación sistemática del caso analítico único.

Existe un manual de aplicación del PQS (Jones, 2000, 1985) que detalla las instrucciones para realizar la clasificación Q que provee los ítems, sus definiciones y ejemplos aplicados, buscando con ello minimizar potenciales variaciones en las interpretaciones de los ítems.

*e) Análisis de los datos<sup>5</sup>:*

Los protocolos obtenidos de la aplicación del Psychotherapy Process Q-sort (PQS) en su versión castellana a las sesiones consideradas, fueron traspasados a una planilla de cálculo por ordenador, en este caso el programa Microsoft Excel 2000, lo cual permitió ordenar la información obtenida en base a las evaluaciones asignadas por los distintos jueces a las 100 variables del PQS para cada una de las sesiones, confeccionándose una matriz de datos donde las columnas representan los 100 ítems del PQS y las filas las evaluaciones asignadas por los diversos jueces a cada ítem en las diversas sesiones en estudio.

El análisis de los datos comienza con la búsqueda y obtención de niveles adecuados de confiabilidad de las evaluaciones obtenidas, para ello en el caso de aquellas sesiones evaluadas por dos jueces, se calcula el Coeficiente de Correlación de Pearson entre las evaluaciones de ambos jueces, las cuales una vez igualado o superado el nivel crítico de  $r = .50$  son incluidas en el estudio, de no superarse este nivel crítico se asigna la sesión evaluada a otro juez evaluador, obteniéndose posteriormente el nivel de correlación de su evaluación con las evaluaciones anteriores buscando de esta manera superar el nivel crítico de  $r = .50$  para poder incluir dichas evaluaciones -correlacionadas igual o sobre  $r = .50$ - en el presente estudio, como se viene realizando de forma habitual en diversas investigaciones con PQS para mantener un buen nivel de confiabilidad (Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. 1988; Jones, E.E., & Windholz, M. 1990; Jones, E.E., Parke, L.A., & Pulos, S. 1992; Jones, E.E., & Pulos, S.M. 1993; Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J., Dyer, J. 1993; Ablon, J.S., & Jones, E.E. 1999; Ablon, J.S., & Jones, E.E. 2004) En el resto de sesiones evaluadas por tres o más evaluadores, se realiza un análisis de fiabilidad mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, lo que requirió el traspaso de la planilla de calculo desarrollada al programa SPSS Versión 14.0, el análisis de fiabilidad arrojó niveles que sobrepasan el criterio aceptado generalmente (0.70) de acuerdo interjueces para la investigación de proceso y resultado en psicoterapia (Orlinsky & Howard, 1986), como aparece representado en la siguiente tabla.

---

<sup>5</sup> Para el análisis de datos, especialmente los análisis de Confiabilidad y Factorial se contó con la asesoría del Servicio Informático de Apoyo a la Docencia e Investigación (SIADI) perteneciente al Área de Informática y Telecomunicaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid

e.1) Tabla 04: Niveles de acuerdo interjueces en cada sesión del estudio, mediante el Coeficiente Alfa.

Fases	Bloques	Sesión	Coeficiente Alfa
A	I	PB001 (09-05-94)	0,8750
		PB003 (16-05-94)	0,8530
		PB006 (07-06-94)	0,8770
		PB010 (05-07-94)	0,8780
	II	PB012 (06-09-94)	0,8580
		PB015 (23-09-94)	0,8580
		PB018 (11-10-94)	0,8670
		PB021 (03-11-94)	0,7270
		PB025 (30-11-94)	0,7460
	III	PB030 (17-01-95)	0,8450
		PB034 (21-02-95)	0,8870
		PB036 (09-03-95)	0,6630
		PB040 (04-04-95)	0,9100
	IV	PB043 (09-05-95)	0,6850
		PB045 (23-05-95)	0,8000
		PB048 (13-06-95)	0,6750
PB051 (04-07-95)		0,5850	
PB054 (27-07-95)		0,6730	
B	V	PB057 (19-09-95)	0,6650
		PB060 (10-10-95)	0,7200
		PB063 (31-10-95)	0,9200
		PB066 (21-11-95)	0,8390
		PB069 (12-12-95)	0,6700
	VI	PB072 (09-01-96)	0,7570
		PB075 (30-01-96)	0,8830
		PB079 (27-02-96)	0,6660
		PB081 (12-03-96)	0,8460
		PB084 (02-04-96)	0,7030
	VII	PB087 (23-04-96)	0,6750
		PB090 (14-05-96)	0,7130
		PB093 (04-06-96)	0,7710
		PB097 (02-07-96)	0,9550
		PB099 (16-07-96)	0,6670
	VIII	PB102 (17-09-96)	0,6990
		PB105 (08-10-96)	0,7070
		PB108 (29-10-96)	0,8870
		PB111 (19-11-96)	0,7740
PB114 (10-12-96)		0,9360	
IX	PB117 (30-12-96)	0,6670	
	PB120 (21-01-97)	0,9880	
	PB123 (04-02-97)	0,7680	
X	PB126 (25-02-97)	0,6730	
	PB134 (30-04-97)	0,7900	
C	XI	PB135 (09-05-97)	0,6650
		PB156 (11-11-97)	0,6830
	XII	PB165 (20-01-98)	0,6930
		PB171 (03-03-98)	0,9290
		PB174 (24-03-98)	0,7300
	XIII	PB180 (19-05-98)	0,8660
		PB183 (09-06-98)	0,9450
		PB186 (07-07-98)	0,8010
	XIV	PB189 (29-09-98)	0,7390
		PB193 (25-11-98)	0,8680
		PB195 (23-12-98)	0,7470
XV	PB198 (27-01-99)	0,6730	
	PB199 (03-02-99)	0,7650	
	PB 200 (10-02-99)	0,6750	
XVI	PB215 (03-06-99)	0,6910	
	D	PB259 (22-06-00)	0,9650
		PB260 (29-06-00)	0,6730

El análisis de datos se realiza en dos niveles o etapas, la primera de ella corresponde a la obtención de resultados descriptivos (estadística descriptiva, Capítulo VII, Pág. 164) de la información obtenida en el estudio. De este nivel de análisis se obtienen básicamente promedios y desviaciones estándar de los 100 ítems del instrumento en las 60 sesiones evaluadas. Con ello se pueden ordenar jerárquicamente, en base al promedio obtenido por cada ítem a nivel de sesión, bloque de sesiones y totalidad de las sesiones, los 100 ítems del PQS, obteniéndose así aquellos 10 ítems más y menos característicos de cada sesión, bloque y totalidad de las sesiones consideradas en el presente estudio. Este nivel de análisis muestra de manera formal y sistemática aquellos elementos del proceso psicoterapéutico abarcados por el PQS que los jueces evaluadores consideraron como más y menos característicos del caso en estudio tanto a nivel de sesiones individuales y de agrupación de sesiones como de la totalidad de las sesiones consideradas en la presente investigación.

Posteriormente se realiza un segundo nivel de análisis estadístico (análisis factorial, Capítulo VII, Pág. 184) que requirió el trabajo con la información obtenida mediante el programa SPSS Versión 14.0, manteniendo la configuración original de la matriz de datos, es decir, las columnas representan a los 100 ítems del instrumento y las filas las evaluaciones asignadas a cada ítem por cada juez, con la cual se confecciona una matriz de datos con las 100 variables del PQS y las 234 evaluaciones realizadas por los diversos jueces evaluadores a las 60 sesiones consideradas por el estudio, obteniendo una matriz de trabajo de 23 400 datos con la cual se realiza un análisis factorial exploratorio<sup>6</sup> mediante el método de Análisis de componentes principales, para la obtención -luego de su rotación Varimax- de aquellos factores o dimensiones que caracterizan el proceso terapéutico del caso estudiado, dichos factores serían la base del constructo “estructuras de interacción”, propuesto como elemento central del proceso psicoterapéutico por el autor del PQS y que la presente investigación busca indagar.

---

<sup>6</sup> La técnica estadística del análisis factorial mide las correlaciones entre las distintas variables mostrando la medida en que dichas variables varían juntas, ya sea de manera positiva -donde la presencia de unas variables implica la presencia de otras variables- o varía de manera negativa donde la presencia de una variable implica la ausencia de otra



---

CAPÍTULO SÉPTIMO

*Resultados*



## INTRODUCCIÓN CAPÍTULO SÉPTIMO

El presente capítulo expone los resultados cuantitativos obtenidos en la presente investigación. Buscando una exposición ordenada de ellos, los resultados se han agrupado en dos apartados utilizando como criterio para dicha agrupación el tipo de análisis estadístico aplicado a los datos obtenidos. Así, se obtiene en el primer apartado un primer nivel descriptivo de las valoraciones obtenidas con el PQS que denominamos, siguiendo la denominación de estudios anteriores, **“Descriptores Q del proceso de terapia”** (Pág. 164). Este apartado comienza con una reseña del tratamiento aplicado a los datos que permitió la obtención de dichos resultados, luego de lo cual son expuestos desde distintos niveles de observación cómo es un nivel macro que abarca la totalidad de las sesiones evaluadas, nivel que permite la caracterización total del proceso de psicoterapia en base a los 10 ítems más y menos característicos. Posteriormente se exponen, en un nivel intermedio, los ítems Q más y menos característicos de cada bloque en que se ha dividido el desarrollo de la psicoterapia en estudio, y que fueron abarcados por la presente investigación. Por último, se expone, en un nivel micro, las evaluaciones obtenidas en cada sesión individual considerada en la presente investigación.

El segundo apartado en la exposición de resultados es denominado **“Dimensiones del proceso terapéutico”** (Pág. 184). Este apartado se basa en un tipo de análisis estadístico llamado análisis factorial o reducción factorial. Destacamos que este nivel es demandado por sí sólo al observar la cantidad de información generada en el presente estudio -100 variables en 60 sesiones-. Podemos afirmar que este nivel de análisis busca la parsimonia explicativa del proceso terapéutico en estudio utilizando para ello la reducción de las 100 variables consideradas a través de las 60 sesiones investigadas a un número menor de “factores” o agrupaciones que puedan ser conceptualmente interpretables y que darían cuenta de las dimensiones principales del proceso psicoterapéutico estudiado, por lo cual este apartado se denomina

“Dimensiones del proceso terapéutico”. Este nivel comienza reseñando brevemente la metodología utilizada para la obtención de dichos resultados. Luego, desde un nivel macro, se exponen los factores encontrados y una sucinta exposición del significado de los factores expuestos, donde se destacan aquellas relaciones entre los ítems componentes de los factores que demandan una atención más detallada. Finalmente se grafican los ítems con mayor carga factorial que componen cada factor.

## I *Descriptorios Q del proceso de psicoterapia*

Para la obtención de los resultados que se exponen en este apartado se realizó el cálculo de los promedios y desviaciones estándar de cada uno de los valores asignados por los distintos jueces a cada ítem del PQS para cada sesión del estudio, bloques de sesiones y el total de las sesiones consideradas. Posteriormente se realiza la agrupación de aquellos ítems evaluados como más y menos característicos, mediante el procedimiento de sumar la desviación estándar al promedio de los 100 ítems en cada nivel de estudio, con lo cual aquellos ítems que fueron iguales o superiores a dicha suma son considerados como “más característicos” del nivel de análisis considerado (sesión individual, bloque de sesiones o totalidad de sesiones). El mismo procedimiento, sólo que restando la desviación estándar al promedio obtenido permitió la detección de aquellos ítems “menos característicos” en los mismos niveles de análisis considerados. Se exponen en los resultados sólo aquellos 10 ítems con la mayor evaluación obtenida como los más característicos y aquellos 10 ítems con la menor evaluación obtenida como aquellos “menos característicos” según el procedimiento expuesto y realizado en las diversas investigaciones con PQS (Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. 1988; Jones, E.E., & Windholz, M. 1990; Jones, E.E., Parke, L.A., & Pulos, S. 1992; Jones, E.E., & Pulos, S.M. 1993; Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J., Dyer, J. 1993; Ablon, J.S., & Jones, E.E. 1999; Ablon, J.S., & Jones, E.E. 2004).

Es necesario recordar que la magnitud del promedio obtenido por cada ítem señala el grado de presencia de una variable en cada unidad de estudio, presencia que es evaluada desde el extremo de “*extremadamente característico*” con valor 9, pasando por “*relativamente neutro*” con valor 5 y terminado en el extremo de “*extremadamente no característico*” con valor 1 (un mayor detalle de la escala de evaluación y protocolos de aplicación son expuestos en el apartado “procedimiento” del Capítulo VI, Pág. 156).

Por último, es necesario mencionar que habitualmente los ítems del PQS buscan asignar mayor valor a la mayor presencia de la variable estudiada, sin embargo, algunos ítems niegan la presencia de una determinada variable, por ejemplo. Q77 “al terapeuta le falta tacto”, en donde su bajo valor indica la presencia de dicha variable, en este caso “tacto” y un valor alto indicaría la ausencia de dicha variable en este caso de “tacto”. Dicho fenómeno debe ser advertido al interpretar los ítems que a continuación se exponen -especialmente en aquellos ítems menos característicos- para lo cual en la interpretación narrativa de los ítems más y menos característicos se añade la letra “r” a

continuación del número del ítem Q, lo cual indica que fue considerado en un sentido reflejo o reverso en la narrativa de dicho ítem.

La siguiente Tabla expone los ítems del PQS que los jueces evaluadores consideraron más y menos característicos del proceso terapéutico estudiado en la totalidad de sesiones consideradas en el estudio, lo cual permite tener una primera impresión formal de aquello que caracterizó este tratamiento psicoterapéutico.

*1.- Ítems más y menos característicos del proceso total de psicoterapia*

*a) Tabla 05: Descriptores-Q del proceso terapéutico*

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,33
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,35
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,28
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	6,92
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	6,88
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	6,73
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	6,61
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático	6,59
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	6,48
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	6,45
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,50
77	Al terapeuta le falta tacto	2,81
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,91
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,96
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	3,08
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	3,09
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	3,16
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	3,27
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento	3,28
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	3,37

Con base en las valoraciones del PQS realizadas por los jueces a la totalidad de sesiones consideradas en el estudio, que es recogida por la Tabla anterior, se puede elaborar sistemática y formalmente el perfil PQS del proceso terapéutico estudiado.

#### *6) Perfil PQS del proceso terapéutico:*

*El proceso estudiado estuvo caracterizado por una recurrente y notoria presencia de temas significativos (Q88) activamente iniciados por la paciente (Q15r y Q25) muy caracterizados por las relaciones interpersonales de esta (Q63) temporalmente acotados a situaciones actuales o recientes (Q69) que son bastante representados por las relaciones de amor o románticas de ella (Q64) donde es también bastante característica la expresión de sentimientos de enojo o agresivos por su parte (Q84). Por su lado el terapeuta orientó sus comentarios hacia la facilitación de verbalizaciones por parte de la paciente (Q3) enfatizando los sentimientos de ella como forma de ayudarla a experimentarlos más profundamente (Q81), actuando con mucho tacto (Q77r) siendo bastante sensible y empático respecto a los sentimientos de ella (Q6). A pesar de no llamar de manera característica la atención sobre la conducta no verbal de la paciente (Q2r) ni explicar la base lógica que sustenta su enfoque o técnica del tratamiento (Q57r) el terapeuta evita tanto una actitud de superioridad y trato condescendiente (Q51r) como que sus propios conflictos emocionales (Q24r) y comentarios sobre sí mismo se entrometan en la relación (Q19r) la cual aparece bastante poco caracterizada por cualidades eróticas (Q19r) o competitivas (Q39r). Por último, el terapeuta sólo identifica algo de un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente (Q62) utilizando algo característicamente las interpretaciones referidas a personas presentes en la vida real del paciente (Q40)”.*

A continuación se presenta el nivel intermedio de exposición de resultados, este nivel agrupa a aquellas sesiones abarcadas por las divisiones “naturales”<sup>1</sup> que presenta el tratamiento en estudio y que son reflejadas en los bloques o períodos en que se ha dividido el tratamiento en estudio.

## *2.- Ítems más y menos característicos en cada bloque de sesiones*

Para la obtención de los resultados se realizó el cálculo de los promedios y desviaciones estándar de cada uno de los valores asignados por los distintos jueces a cada ítem del PQS en la totalidad de las sesiones seleccionadas por la presente investigación que se insertan en los diversos bloques en que se ha dividido el tratamiento, luego de lo cual se procede tanto a sumar como a restar la desviación estándar al promedio de los 100 ítems en el bloque considerado, con lo cual aquellos ítems que fueron iguales o superiores a dicha suma son considerados como “más característicos” del bloque estudiado. Aquellos ítems que resultaron ser menores o iguales a la resta de la desviación estándar son considerados como aquellos ítems menos característicos del bloque en estudio, restringiéndose la exposición a aquellos 10 ítems más y menos característicos de cada bloque.

---

<sup>1</sup> “...cada una de las fases se procede a subdividirla en períodos o bloques, tomando como criterio las interrupciones naturales que se producen en el tratamiento por Navidad, Semana Santa y Vacaciones de Verano, identificándose así períodos o bloques.” (Mitjavila, M., Ávila, A., Poch, J., Gutierrez, G. 2002)

a) *Tabla 06: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque I*

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,5
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,0
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,8
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,5
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente	7,5
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmado y relajado).	7,5
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,4
46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.	7,1
93	El terapeuta es neutral.	7,1
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	7,0
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
77	Al terapeuta le falta tacto.	1,9
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,1
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	2,3
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,4
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,4
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	2,5
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	2,7
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,8
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,9
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	3,1

*6) Tabla 07: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque II*

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,30
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos	7,40
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	7,23
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,03
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	6,93
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	6,83
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado).	6,80
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	6,77
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	6,60
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,27
77	Al terapeuta le falta tacto	2,33
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	2,77
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,90
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	3,00
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	3,03
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	3,07
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	3,10
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	3,20
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	3,27

c) *Tabla 08: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque III*

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,54
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,71
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	7,68
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,43
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,14
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	6,96
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	6,86
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	6,82
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	6,82
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	6,79
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,11
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,36
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,43
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	2,46
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,50
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	2,50
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,57
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,64
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	2,93
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	3,00

d) *Tabla 09: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque IV*

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,37
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente.	7,05
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,00
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	6,95
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	6,95
86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs. inseguro o defensivo).	6,79
93	El terapeuta es neutral.	6,74
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente.	6,63
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	6,63
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	6,58
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,47
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,58
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,58
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,89
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,89
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	2,95
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos.	3,16
42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.	3,26
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	3,32
77	Al terapeuta le falta tacto.	3,42

e) *Tabla 10: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque V*

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.	7,21
23	El diálogo tiene un foco específico.	7,07
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,00
59	El paciente se siente inadecuado e inferior (vs. efectivo y superior).	7,00
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	6,86
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente.	6,79
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	6,79
80	El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.	6,71
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	6,71
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	6,64
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,71
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	3,07
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	3,21
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	3,36
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	3,36
55	El paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia.	3,43
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	3,50
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	3,50
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	3,57
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	3,57

f) *Tabla 11: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque VI*

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,6
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,5
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,4
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,4
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	7,2
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,2
93	El terapeuta es neutral.	7,2
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	7,0
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	7,0
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	6,9
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,0
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	2,5
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,6
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,6
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,7
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,8
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,8
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,8
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	3,0
98	El terapeuta es neutral.	3,0

g) Tabla 12: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque VII

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,87
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,00
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	7,80
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,27
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,07
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmado y relajado).	7,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,00
93	El terapeuta es neutral.	7,00
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	6,93
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	6,87
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,67
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,33
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,80
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	3,00
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	3,00
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	3,13
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	3,20
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	3,33
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	3,40
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	3,47

*h) Tabla 13: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque VIII*

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	8,50
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,69
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,19
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	7,13
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	6,94
73	El paciente está comprometido con la terapia	6,69
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	6,63
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación )	6,56
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	6,56
50	El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables (por ej. enojo, envidia, o excitación).	6,44
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,56
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,63
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,88
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo	3,13
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	3,13
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión	3,13
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente	3,19
27	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es presionado para darlos)	3,38
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica	3,44
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	3,50

i) Tabla 14: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque IX

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	8,11
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,11
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,67
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,44
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,44
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos	7,33
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)	7,11
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,11
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	6,89
41	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.	6,78
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,78
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,22
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación	2,67
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,67
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	2,78
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,89
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	3,22
100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.	3,22
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	3,33
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	3,33

j) Tabla 15: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque X

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,50
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	7,88
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	7,50
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,38
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,13
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente.	7,00
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,00
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,00
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	6,88
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)	6,75
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,38
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	2,50
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,50
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	2,75
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,75
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,75
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,88
12	Ocurren silencios durante la hora de sesión.	3,00
20	El paciente es provocativo, pone a prueba los límites de la relación terapéutica. (NOTA: "No característico" implica que el paciente se comporta de una manera sumisa.)	3,25
42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.	3,25

k) Tabla 16: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XI

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	9,00
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	8,50
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	8,50
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	8,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,00
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.	8,00
74	Se utiliza el humor.	8,00
86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs. inseguro o defensivo).	8,00
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso)	7,50
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.	1,00
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	1,50
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,00
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,00
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	2,00
42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.	2,50
49	El paciente experimenta sentimientos ambivalentes o conflictivos acerca el terapeuta.	2,50
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,50
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	2,50

*l) Tabla 17: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XII*

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	8,67
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	8,22
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos	8,00
23	El diálogo tiene un foco específico.	7,78
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,78
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado)	7,56
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,44
73	El paciente está comprometido con la terapia.	7,33
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,11
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	2,56
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	2,56
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,67
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión	2,78
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	3,00
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	3,22
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	3,33
20	El paciente es provocativo, pone a prueba los límites de la relación terapéutica. (NOTA: "No característico" implica que el paciente se comporta de una manera sumisa.)	3,33
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo	3,33
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	3,33

m) Tabla 18: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XIII

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,56
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	8,11
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,67
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)	7,33
73	El paciente está comprometido con la terapia.	7,22
52	El paciente se apoya en el terapeuta para solucionar sus problemas.	7,11
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente	7,11
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,00
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	6,89
33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.	6,89
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	2,33
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,44
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,67
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,67
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,78
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	2,89
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	3,00
37	El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica).	3,11
22	El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente.	3,22
42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.	3,22

n) Tabla 19: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XIV

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,08
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,08
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,77
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	7,54
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,31
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente	7,23
23	El diálogo tiene un foco específico.	7,15
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	6,85
73	El paciente está comprometido con la terapia.	6,69
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,23
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,31
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,54
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,62
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,69
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	2,69
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,85
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej postura corporal, gestos	3,00
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	3,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	3,23

ñ) Tabla 20: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XV

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,60
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,60
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,50
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,40
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,30
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,20
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)	6,90
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	6,80
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	6,70
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	6,70
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,20
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,30
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	2,60
61	El paciente se siente tímido y avergonzado (vs. no cohibido y seguro).	2,80
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,90
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	2,90
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	3,00
10	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.	3,10
49	El paciente experimenta sentimientos ambivalentes o conflictivos acerca el terapeuta.	3,10
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	3,20

*o) Tabla 21: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XVI*

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	9,00
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	8,50
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,50
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	8,00
55	El paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia.	8,00
73	El paciente está comprometido con la terapia.	8,00
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	7,50
29	El paciente habla sobre querer estar separado o distante.	7,50
33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.	7,50
45	El terapeuta adopta una actitud de apoyo.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	1,00
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	1,50
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,50
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	1,50
09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).	2,00
27	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es presionado para darlos).	2,00
44	El paciente se siente cauto o suspicaz (vs. confiado y seguro).	2,00
86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs. inseguro o defensivo).	2,00
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	2,00
83	El paciente es exigente.	2,50

p) Tabla 22: Descriptores-Q del proceso terapéutico en el Bloque XIX

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	8,75
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,50
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	8,50
82	La conducta del paciente durante la sesión es reformulada por el terapeuta de manera tal que previamente no ha sido reconocido de forma explícita.	8,25
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	7,75
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	7,75
67	El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes.	7,75
80	El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.	7,75
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente	7,75
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).	1,50
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,00
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	2,25
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	2,25
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,25
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,50
59	El paciente se siente inadecuado e inferior (vs. efectivo y superior).	2,50
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,75
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej. sobre ideas o sistemas de creencias.	3,00
44	El paciente se siente cauto o suspicaz (vs. confiado y seguro).	3,00

## II Dimensiones del proceso terapéutico

Para la obtención de los resultados agrupados en el presente apartado, se realiza el análisis estadístico denominado análisis factorial a la totalidad de datos obtenidos, la base de dicho análisis fue la matriz descrita anteriormente, donde las columnas representan a los 100 ítems del instrumento y las filas las evaluaciones asignadas a cada ítem por cada juez, con lo cual se trabaja con una matriz de datos que abarca las 100 variables del PQS y las 234 evaluaciones realizadas por los diversos jueces evaluadores a las 60 sesiones consideradas en el estudio, obteniéndose una matriz de 23.400 datos, trabajada mediante el programa SPSS Versión 14.0.

De la realización del análisis factorial exploratorio, mediante el método de análisis de componentes principales y su posterior rotación Varimax se seleccionan los 5 factores principales que en conjunto explican el 22,5% de la varianza como es expuesto en la Tabla 23 (Pág 185). La selección de estos factores responde a que dichos factores en conjunto son los que explican mayor varianza de la muestra, además, el gráfico de sedimentación indica que los factores posteriores a los 5 seleccionados no explican de manera tan saturada -como los 5 factores principales- la varianza de la muestra, observándose en dicho gráfico cómo el resto de factores no opera como una agrupación o familia factorial sino más bien como variables independientes.

Gráfico 01:

**Gráfico de sedimentación**

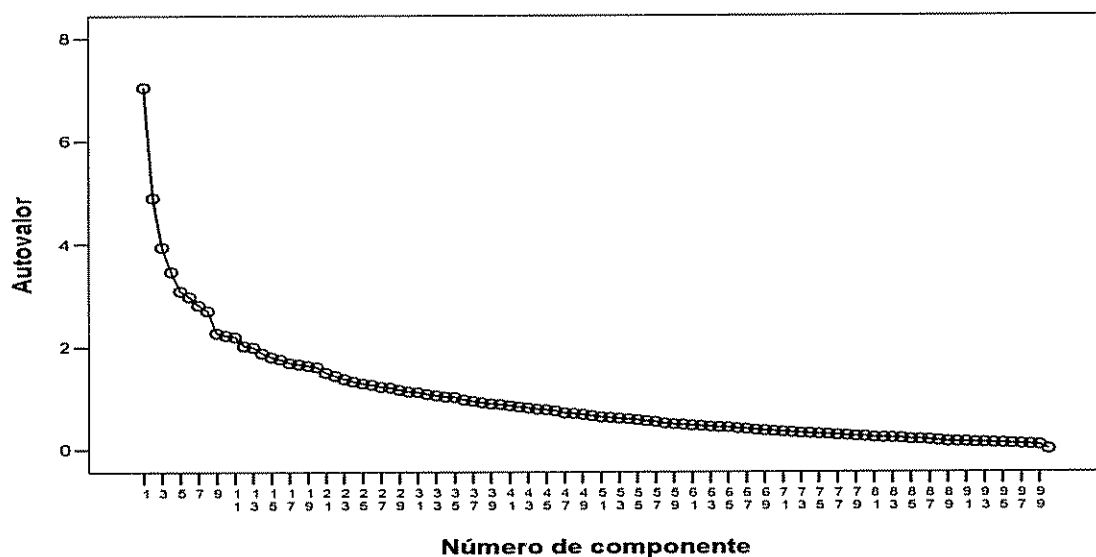


Tabla 23: “Varianza total explicada”

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,045	7,045	7,045	7,045	7,045	7,045	5,464	5,464	5,464
2	4,903	4,903	11,949	4,903	4,903	11,949	4,516	4,516	9,980
3	3,946	3,946	15,895	3,946	3,946	15,895	4,410	4,410	14,389
4	3,468	3,468	19,363	3,468	3,468	19,363	4,299	4,299	18,688
5	3,091	3,091	22,453	3,091	3,091	22,453	3,765	3,765	22,453
6	2,981	2,981	25,434						
7	2,814	2,814	28,248						
8	2,702	2,702	30,950						
9	2,272	2,272	33,223						
10	2,228	2,228	35,451						
11	2,197	2,197	37,648						
12	2,020	2,020	39,669						
13	1,994	1,994	41,663						
14	1,880	1,880	43,543						
15	1,806	1,806	45,349						
16	1,759	1,759	47,108						
17	1,690	1,690	48,798						
18	1,666	1,666	50,464						
19	1,635	1,635	52,100						
20	1,608	1,608	53,707						
21	1,497	1,497	55,204						
22	1,439	1,439	56,643						
23	1,376	1,376	58,018						
24	1,327	1,327	59,345						
25	1,288	1,288	60,634						
26	1,264	1,264	61,898						
27	1,222	1,222	63,120						
28	1,208	1,208	64,328						
29	1,163	1,163	65,492						
30	1,130	1,130	66,621						
31	1,118	1,118	67,740						
32	1,081	1,081	68,821						
33	1,054	1,054	69,875						
34	1,032	1,032	70,907						
35	1,023	1,023	71,930						
36	,972	,972	72,902						
37	,944	,944	73,846						
38	,915	,915	74,762						
39	,892	,892	75,654						
40	,881	,881	76,535						
41	,857	,857	77,392						
42	,832	,832	78,224						
43	,812	,812	79,036						
44	,788	,788	79,824						
45	,777	,777	80,601						
46	,757	,757	81,358						
47	,712	,712	82,070						
48	,703	,703	82,773						
49	,687	,687	83,459						
50	,660	,660	84,119						
51	,635	,635	84,754						
52	,625	,625	85,379						
53	,610	,610	85,989						
54	,596	,596	86,586						

55	,579	,579	87,165					
56	,556	,556	87,721					
57	,544	,544	88,264					
58	,512	,512	88,776					
59	,498	,498	89,274					
60	,488	,488	89,761					
61	,469	,469	90,231					
62	,463	,463	90,694					
63	,449	,449	91,143					
64	,439	,439	91,582					
65	,432	,432	92,014					
66	,415	,415	92,429					
67	,402	,402	92,831					
68	,382	,382	93,214					
69	,372	,372	93,585					
70	,357	,357	93,942					
71	,346	,346	94,288					
72	,338	,338	94,626					
73	,321	,321	94,947					
74	,315	,315	95,262					
75	,304	,304	95,566					
76	,296	,296	95,862					
77	,282	,282	96,144					
78	,277	,277	96,421					
79	,261	,261	96,682					
80	,256	,256	96,939					
81	,237	,237	97,176					
82	,231	,231	97,406					
83	,229	,229	97,635					
84	,219	,219	97,854					
85	,200	,200	98,055					
86	,199	,199	98,254					
87	,192	,192	98,445					
88	,173	,173	98,619					
89	,155	,155	98,773					
90	,152	,152	98,925					
91	,150	,150	99,075					
92	,138	,138	99,213					
93	,135	,135	99,348					
94	,128	,128	99,476					
95	,120	,120	99,596					
96	,114	,114	99,710					
97	,104	,104	99,814					
98	,094	,094	99,908					
99	,087	,087	99,996					
100	,004	,004	100,000					

Método de extracción: Análisis de Componentes principales

Tabla 24: Matriz de componentes rotados

	Componente				
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Item-001	-,346	,266	,019	-,162	,043
Item-002	-,068	,052	,137	-,306	-,107
Item-003	,238	-,086	,198	,171	,049
Item-004	,068	,024	,078	-,207	,452
Item-005	-,285	,301	-,007	-,172	-,093
Item-006	,567	-,140	,006	-,111	,004
Item-007	-,170	,130	-,399	-,029	-,183
Item-008	-,315	-,044	-,061	-,129	,209
Item-009	-,121	,145	-,117	,403	,063
Item-010	-,340	-,012	,013	,028	,108
Item-011	,081	-,046	,060	,155	-,016
Item-012	-,133	,250	-,416	-,113	-,019
Item-013	-,080	-,321	,029	,181	,120
Item-014	-,412	,202	-,173	-,180	-,090
Item-015	-,077	,530	-,066	,088	,017
Item-016	,037	,007	-,161	-,344	,028
Item-017	,318	,198	,306	,181	,018
Item-018	,142	-,323	-,010	-,190	,072
Item-019	-,245	-,224	-,023	-,325	-,062
Item-020	-,336	-,010	,002	-,011	-,054
Item-021	-,146	,054	-,062	-,545	,076
Item-022	-,015	-,088	,229	-,063	-,327
Item-023	,098	-,394	-,173	,079	-,225
Item-024	-,111	,276	-,026	-,599	,003
Item-025	,055	,514	-,263	,125	,025
Item-026	-,231	,081	-,159	-,134	-,334
Item-027	,409	,108	,056	,102	-,047
Item-028	,113	,198	,006	,427	,304
Item-029	,039	,082	-,210	-,167	-,011
Item-030	-,201	-,209	-,153	,075	-,020
Item-031	,372	-,050	,292	,030	,026
Item-032	-,012	-,135	,449	,144	,099
Item-033	,089	-,036	-,391	-,013	,058
Item-034	-,030	,030	-,459	-,054	-,239
Item-035	-,244	-,157	,132	-,007	-,085
Item-036	,112	,354	,335	,055	,007
Item-037	,383	,294	,094	,037	-,176
Item-038	,276	,257	,041	,229	-,106
Item-039	-,108	,126	-,186	-,447	-,075
Item-040	,259	,229	,123	-,150	,031
Item-041	-,070	-,353	,062	,144	,137
Item-042	-,307	,269	-,273	-,109	-,111
Item-043	,362	,186	,084	-,039	,046
Item-044	-,146	,192	-,282	,244	-,128
Item-045	,549	-,153	-,085	-,020	,077
Item-046	,432	-,120	,063	,327	,128
Item-047	,165	-,093	,188	-,039	-,141
Item-048	,372	,056	-,004	,225	,143
Item-049	-,429	,146	,049	-,269	,052
Item-050	-,027	-,009	,374	,071	-,255
Item-051	-,262	,063	-,112	-,049	-,053
Item-052	,115	-,017	-,290	,160	,445
Item-053	-,393	-,059	-,193	,125	,209
Item-054	,099	-,543	,044	-,079	-,013

Item-055	-,078	-,210	,080	-,002	,674
Item-056	-,213	,006	-,195	,189	,190
Item-057	,119	,120	,036	-,057	,338
Item-058	-,026	,400	-,110	,342	-,145
Item-059	-,247	,074	-,055	,144	-,285
Item-060	-,170	-,085	,175	-,170	,086
Item-061	-,375	,222	-,118	,223	-,047
Item-062	,219	,039	,191	,170	-,297
Item-063	,214	-,338	-,015	-,039	-,086
Item-064	,303	,036	-,280	,174	-,069
Item-065	,419	-,102	,327	,019	,015
Item-066	,307	,050	-,117	-,116	,096
Item-067	,264	,246	,545	,002	-,085
Item-068	,050	-,066	,027	-,150	,075
Item-069	,164	-,001	,041	-,118	-,067
Item-070	-,112	-,012	-,276	,208	-,020
Item-071	-,210	-,148	,028	,210	-,279
Item-072	-,061	,006	-,078	,292	,468
Item-073	-,214	-,356	-,115	-,040	,369
Item-074	,024	-,231	,080	-,328	,144
Item-075	,008	-,223	-,070	-,503	,323
Item-076	,217	,194	,150	,280	-,139
Item-077	-,403	-,084	-,217	-,206	-,030
Item-078	-,202	-,069	-,150	,056	,130
Item-079	,127	-,005	,131	,016	-,151
Item-080	,104	,199	,551	,001	-,065
Item-081	,288	,066	,446	,135	-,116
Item-082	,059	,019	,476	-,103	-,089
Item-083	-,033	-,007	-,272	,195	-,085
Item-084	,077	-,138	-,204	-,089	-,497
Item-085	,350	,311	,159	,173	-,012
Item-086	,229	-,053	,119	,355	,108
Item-087	-,166	-,198	-,345	-,160	-,111
Item-088	,041	-,489	,033	,091	-,221
Item-089	,209	-,030	,276	,053	,041
Item-090	-,106	,001	,269	-,063	-,042
Item-091	-,223	-,251	,209	,099	-,206
Item-092	-,302	-,051	,080	,192	-,272
Item-093	-,030	-,121	-,117	,523	,078
Item-094	,032	,197	-,287	-,045	-,267
Item-095	,201	-,414	,125	,182	,466
Item-096	-,030	-,251	-,104	-,415	,143
Item-097	-,125	-,504	,038	-,024	-,087
Item-098	-,316	-,014	,125	-,176	,411
Item-099	,113	,272	,206	,061	-,091
Item-100	-,187	,226	,105	-,115	,224

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

A continuación se exponen los 5 factores principales obtenidos, para ello se presentan en las tablas 25-29 los factores encontrados, las cuales muestran los ítems PQS que los componen, una descripción del ítem correspondiente y su carga factorial asociada. Es necesario destacar que habitualmente aquellas cargas factoriales superiores o iguales a .30 se consideran suficientemente altas para ofrecer algún valor interpretativo, no obstante para obtener una base más fiable de interpretación es recomendable considerar las cargas factoriales superiores a .32 en su valor absoluto (Comrey, A. 1985). El presente estudio otorga mayor valor o importancia interpretativa a las mayores cargas factoriales obtenidas por los componentes de cada factor, restringiendo o considerando como “complementarios” aquellos componentes con una carga factorial menor a .35.

Luego de la tabla correspondiente a cada factor se realiza una descripción narrativa del mismo, se grafica su trayectoria en el curso total del tratamiento y se compara el despliegue observado entre la primera y segunda mitad del tratamiento y entre las sesiones correspondientes a la fase “inicial” y las sesiones correspondientes a la fase “avanzada” y “final” en conjunto. Como fin a la exposición individual de cada factor se comentan los resultados hallados y expuestos para cada factor destacando las tendencias y relaciones principales de los componentes de cada factor.

Por último, luego de la exposición de los cinco factores encontrados, se grafica el despliegue de los cinco factores durante el tratamiento.

*Factor I: "Actitud Empática"*

Tabla 25: Ítems abarcados por el Factor I.

Ítem Q	Factor I: "Actitud Empática "	Carga factorial
006	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	0,567
045	El terapeuta adopta una actitud de apoyo.	0,549
046	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.	0,432
049	El paciente experimenta sentimientos ambivalentes o conflictivos acerca el terapeuta.	-0,429
065	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	0,419
014	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	-0,412
027	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es presionado para darlos).	0,409
077	Al terapeuta le falta tacto.	-0,403
053	El paciente se preocupa de lo que el/la terapeuta piensa de él.	-0,393
037	El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica).	0,383
061	El paciente se siente tímido y avergonzado (vs. no cohibido y seguro).	-0,375
031	El terapeuta pide más información o elaboración.	0,372
048	El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente.	0,372
043	El terapeuta sugiere el significado de la conducta de otros.	0,362
085	El terapeuta alienta al paciente para que intente nuevas formas de comportarse con los demás.	0,350
001	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración).	-0,346
010	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.	-0,340
020	El paciente es provocativo, pone a prueba los límites de la relación terapéutica. (NOTA: "No característico" implica que el paciente se comporta de una manera sumisa.)	-0,336
017	El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción (por ej. estructurando y/o introduciendo nuevos temas).	0,318
008	El/la paciente está preocupado/a o contrariado/a por su dependencia del terapeuta (vs. cómodo con la dependencia, o deseando dependencia).	-0,315
066	El terapeuta reasegura en forma directa.	0,307
042	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.	-0,307
064	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	0,303
092	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	-0,302

Al factor I le denominamos "Actitud Empática", basándonos en los ítems PQS que lo componen de manera principal. Este factor capta una dimensión de la interacción en donde la actitud del terapeuta es caracterizada por su sensibilidad, tacto (Q77r) y empatía junto a una actitud de apoyo hacia la paciente. Por su lado la paciente se siente comprendida (Q14r), no avergonzada o tímida y no se preocupa por lo que el terapeuta pueda pensar de ella, no experimentando sentimientos conflictivos ni verbalizando

sentimientos negativos (crítica u hostilidad) respecto al terapeuta. En esta dimensión el estilo de comunicación característico del terapeuta es claro y coherente solicitando información y dedicándose a clarificar, reformular o replantear lo comunicado por la paciente de una manera más bien didáctica que puede llevarlo a dar orientaciones de manera directa, con el objetivo de fomentar la independencia de acción u opinión del paciente y el intento de nuevas formas de comportamiento con los demás.

*Ejemplo del Factor I "Actitud Empática":*

Un ejemplo de esta dimensión interaccional captada por el factor I "Actitud Empática" se observa en el siguiente fragmento de la sesión 186, donde en un contexto de temáticas de mudanzas, la reciente muerte del padre del novio de la paciente (Pepe) y la falta a dos sesiones, se puede apreciar la dimensión captada por el Factor I "Actitud Empática".

T: *Terapeuta* [Santiago]  
P: *Paciente* [María]  
...  
P: en este momento mal ahora mismo mal sinceramente mal mal, mal porque estoy tengo mucha ansiedad estoy un poco agobiada, - no me apetece nada no, supongo que unas vacaciones como hace tanto tiempo que no tengo \*Santiago supongo que van a ser maravillosas y y que lo se, compensarán lo uno por lo otro sabes? que también como estoy tan agobiada ahora pero no sé. estoy un poco atascada la verdad, estoy un poco atascada y con ganas ya de que sabes? todo esté bien más o menos organizado con muchas ganas llevo mucho tiempo y (00:05) no sé necesito un poco necesito más estabilidad a mi alrededor y \*Pepe [pareja de la paciente] en este momento no me está dando todo lo que yo necesito (00:09) pero bueno posiblemente yo a él tampoco (00:10) (ruido de hojas) y eso (suspiro) te cuento.  
T: creo que por la muerte del padre de \*Pepe (incompresible) que creo que el yerno lo que se llama y teniendo la sesión es normal que tienes que sostenerte o sea es que tú puedes. Creo que de ahí yo estaría realmente tranquilo porque (tos) efectivamente en cuanto vaya pasando lo del padre de \*Pepe, que irá pasando poco a poco, irá pasando algún día yo creo que será mejor que +  
P: ya+ a ver  
T: me da la impresión que lo que estas es en ese periodo de transición encima con esto entonces esta conversación // entonces por qué vas a estar peor de lo que estás  
P: ya+ ya me imagino que no mhm +tengo muchas ganas la verdad y sobre todo  
T: y dónde vas?

P: \*VIGO nos vamos a \*VIGO y en principio, porque no sé si puede ser el uno o el cinco porque tenemos que hacer un video entonces yo me imagino que el cinco esté sabes? que que el uno estará de sobra terminado pero ante la duda hemos dado dos fechas el uno o el cinco y creo pues que nos vamos hasta el: o del uno al quince o del cinco al diecinueve depende de cuando nos vayamos si nos vamos el uno y - sabes? es como que no me lo creo todavía que realmente me voy de vacaciones (risas) - ojalá! ojalá - no haya dado de verdad que que rompa toda esta estabilidad que estoy empezando a poder tener porque todavía me falta un poco porque estoy uf! agotada ya de problemas agotada de problemas, y luego además que con el tema de la muerte del padre de \*Pepe pues eh: eran movidas una detrás de otra pero no movidas conmigo ni mucho menos sino movidas de llamadas de teléfono de \*Pepe y sus hermanos de reproches de \*Pepe con sus hermanos \*Pepe conmigo, no conmigo lógicamente porque yo estaba ahí y yo le veía jodido y no sé ha sido todo la hostia! la hostia porque (00:04) no sé tengo la sensación de que a \*Pepe le hubiese gustado sabes? no sé haber, pero como a cualquiera quiero decirte que tampoco le voy a dar demasiada importancia haber tenido un padre no? que no le haya dado tanto por el culo -pero no ha podido ser y quizá la tristeza de \*Pepe era más por lo que le u hubiera gustado tener y que ya sí que se acabó no ? que puf! y luego sus hermanas que lo han pasado muy mal no? \*Clara [hermana de Pepe] \*Yolanda [hermana de Pepe]\*Jesús [hermano de Pepe] no, otro que tal baila otro que tal baila (risas) ese pero lo de \*Jesús yo creo que es un poco de espejismo no ha ido, no fue al funeral quiero decir pero vamos que que que es todo un espejismo porque yo no creo que esa sea una buena postura ante la muerte de tu padre - - - no le vas a visto yo qué sé sabes? que es que son cosas que yo me sorprenden no? que digo joder macho! si eso me pasara a mi no sé

T: qué es lo que sientes

P: el sentimiento de no despedirte de alguien a mi me parece que es triste y doloroso y el tren de la despedida ha pasado

T: mucho cariño que a veces aunque no puedas despedirlo // estar al lado de una persona es // + es más complicado que + cuando no lo descongesta, bueno es evidente, pero esa despedida, ten claro que no es lo mismo, + se puede elaborar un tema muy firme, es muy costosa pero se elabora al final es la misma que si hubiera habido despedida

P: si +si quizá mi despedida. sí?

T: sí lo que pasa es que es más costosa porque no es una despedida +

P: + pero el contacto físico

T: pero es ya ya pero fijate hasta qué punto te lo digo porque el padre de \*Pepe puede (incomprensible)

P: él yo creo que la ha hecho la ha hecho porque + él fuera a verle porque al final fue a verle

T: (incomprensible)

P: no sé la verdad es que hay veces que le da un poco de pena. joder de verdad me da un poco de pena

Un último fragmento, en otra sesión del tratamiento, nos muestra los aspectos que intenta abarcar el factor I "Actitud Empática".

T: *Terapeuta* [Santiago]

P: *Paciente* [María]

...

T: qué estás sintiendo?

P: nada la verdad es que me encuentro fatal por que tengo una tranca estupenda. mira me siento - - que no quiero hacer el trabajo, que no quiero trabajar con \*SANTIAGO - no quiero trabajar con \*SANTIAGO.

T: vaya + vaya.

P: si no + quiero trabajar con \*SANTIAGO y encima me estoy sometiendo a una espera que solo la estoy sufriendo yo sabes. "yo soy idiota" . sabes otra vez el no saber decir que no a tiempo, sabes el no saber exponer "las cosas claras", o sea, el no saber, cuando hablé con él dejarle muy clarito que era el día veintiocho y que sus problemas a mi profesionales me la traen al par- me las traían al paio. se comprometía a que quedase muy claro; eso es duro. sabes por lo que yo me siento mal, por lo que no he sido capaz, sabes, de dejar claro cual era mi posición y por eso me tomó por el pito del sereno - - - - y eso es lo que me duele, vamos me duele, tampoco, no es que duela es que simplemente me hace sentirme que bueno, pues que otra vez he vuelto a, sabes, a no hacer las cosas bien - - - y eso. mira lo único que estoy haciendo bien es que " por primera vez en mi vida" me estoy curando un catarro desde el primer día

T: si hace frío avisa.

P: no, no te preocupes

T:+ (incomprensible).

P: no, no, no + no estoy bien

T:(incomprensible)

(toses del terapeuta)

T: (?) ante tanta: historia chungu (?) es básico

P: es importantísima

T: el que el que no te descuides a ti misma, controlar tu / . yo así lo veo e insisto en que entiendo (?) pero hablo de muchas cosas alternativas, de ser / , de , de , cuando una persona queda en algo, de, de , la claridad o madurez de de una persona, de como te

llega a ti que te tengan pendiente y no se fijen “en tus necesidades” o de que hay mucha; yo creo que ahora hilando con la parte en que quedamos el otro día, yo creo que eso lo debes separar un poco, no se hasta que punto ese hombre funciona, como es, bueno, es un tío muy obsesivo para quedar o trata a todo el mundo así o algo, pero debes ver que hasta que punto te interesa, pues bueno, hasta cierto punto acoplarte y conseguir ese trabajo o no acoplarte, pero por ti encuentras un puesto mejor, yo creo que te conviene quedar, que no vas a tragar ni meter / sino, bueno en un momento dado, al principio, si puede entenderse como, como (?) pero, eso merece más defenderse.

P: ya.

T: si luego tu ves que allí entras y empiezas a funcionar y el trabajo es duro, “que le den dos duros” a sus cambios sin mencionar, me explico, o sea, que resulta que, que, que sigue sin llamarte, claro /// llamándote o no esto se derrumba y haces otra cosa pero si + (?).

P: + (toses del paciente) ya.

T: sino que intente, seguir para / , reflexionar y que si en algún caso esto sigue para delante que emprendas y que, que / ya en la empresa y veas sí realmente /// esto que ahora realmente es muy +

P: ya + pero primero me tendrá que llamar.

T: te dijo que te llamaba el ventiocho, bueno, tampoco es tanto - - es veintinueve.

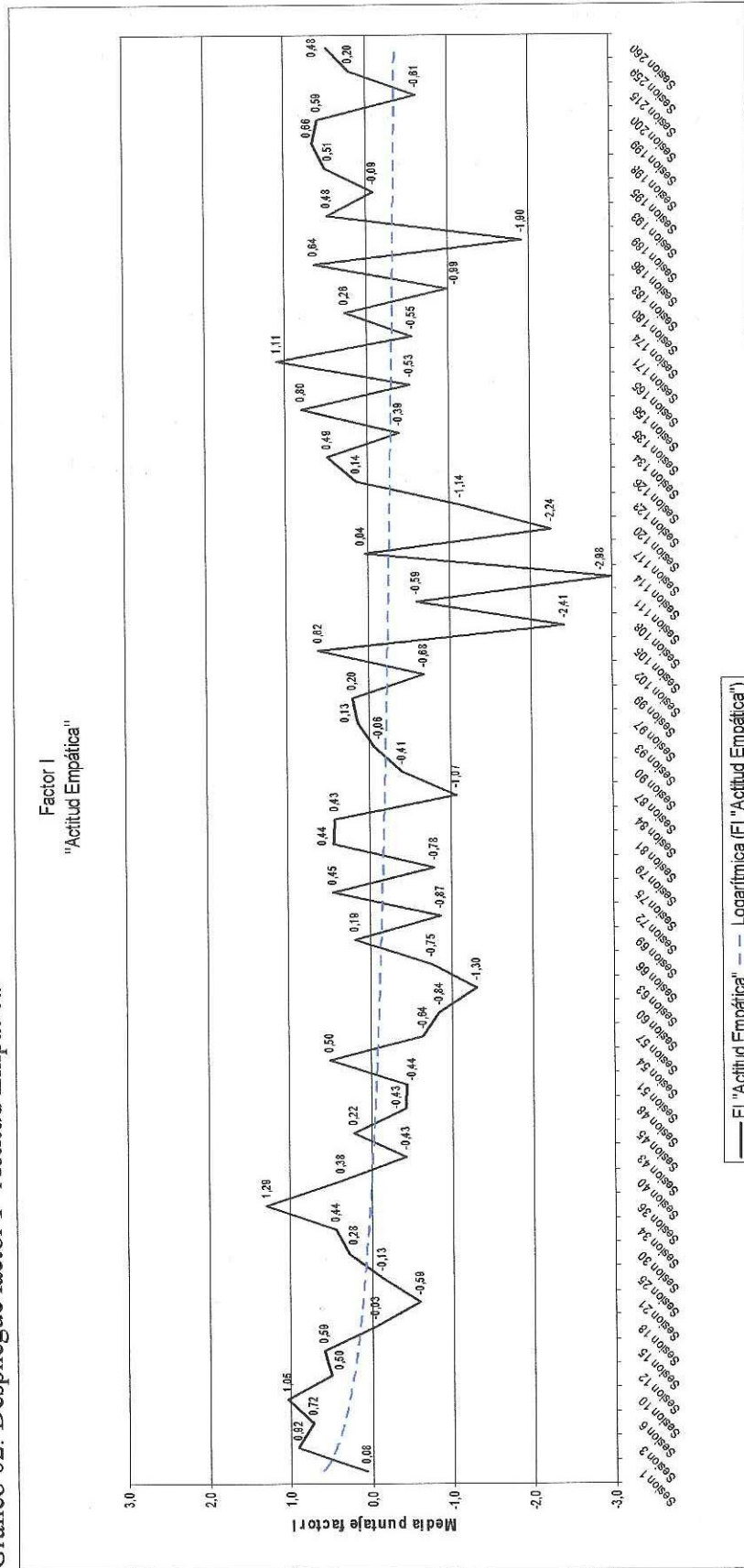
P: y tampoco ha llamado hoy - - sobre todo porque el ventiocho o el veintinueve teníamos que dejar cerrado el plan de trabajo.

...

### *a) Despliegue durante el tratamiento:*

El despliegue del Factor I “Actitud Empática” se aprecia en el Gráfico 02, el cual muestra la puntuación media de dicho factor a lo largo del tratamiento.

Gráfico 02: Despliegue factor I "Actitud Empática"

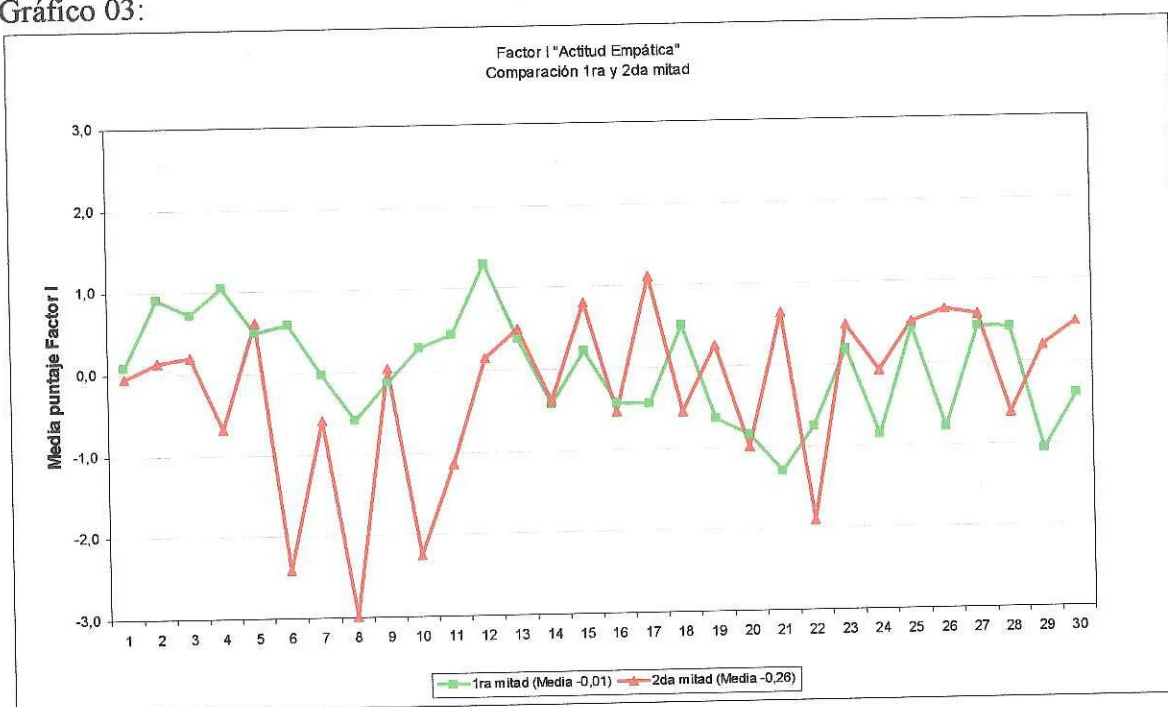


La gráfica del factor I “Actitud Empática” muestra en general *una tendencia a disminuir o decrecer* durante el transcurso del tratamiento, lo cual es recalcado por la línea de tendencia logarítmica. En el despliegue de este factor destaca la mayor intensidad de los descensos significativos (sesiones 108, 114, 120 y 189) frente a los aumentos no tan intensos observados.

*b) Comparación primera y segunda mitad del tratamiento:*

La partición del muestreo del tratamiento en la clásica división entre dos mitades, en este caso con 30 sesiones para la primera y segunda mitad, es expuesta en el siguiente gráfico.

Gráfico 03:

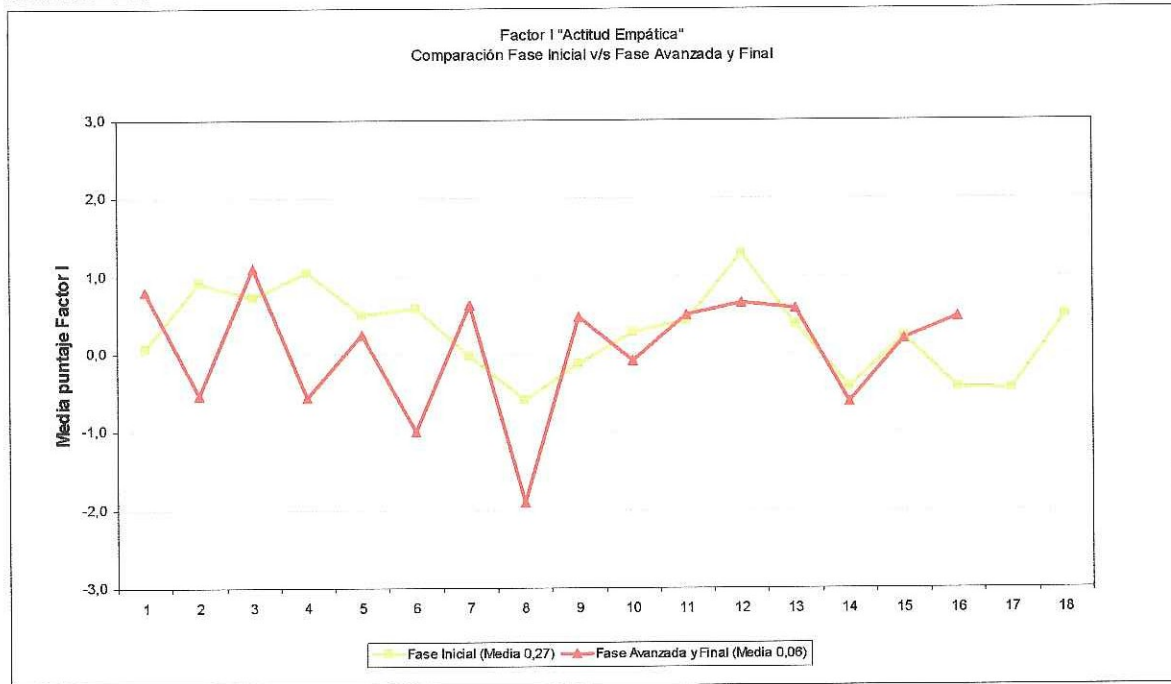


El gráfico muestra de manera más clara la tendencia a la disminución del factor I, lo cual es corroborado por el promedio de -0,01 obtenido por este factor en la primera mitad de tratamiento frente al promedio de -0,26 observado en la segunda mitad. En este sentido se puede afirmar que el Factor I “Actitud Empática” no tiene un comportamiento estático sino más bien dinámico con una tendencia a la aceleración negativa, es decir, a la disminución de su intensidad a medida que avanza el tratamiento.

Por último, se realiza la comparación entre la “fase inicial” y el conjunto de las fases “avanzada” y “final” del factor I “Actitud Empática”, la cual aparece expuesta en el gráfico que a continuación se presenta.

c) Comparación "fase inicial" v/s "fase avanzada y final":

Gráfico 04:



El gráfico anterior continúa mostrando la tendencia a disminuir observada en todos los niveles de análisis anteriormente expuestos, siendo más expresamente observada en la comparación entre las fases "inicial" con una media de 0,27 y en las fases "avanzada-final" con una media de 0,06 como se aprecia en este último gráfico.

d) Comentarios del Factor I, "Actitud Empática":

Luego de exponer la primera de las cinco agrupaciones (factores) de ítems PQS que el análisis factorial ha encontrado en la presente investigación destacamos, en primer lugar, la congruencia interna en los componentes del factor I "Actitud Empática" como se aprecia en las mayores relaciones internas entre los ítems<sup>2</sup>, donde resalta cómo la experiencia de no sentirse comprendido por el terapeuta (Q14) se relaciona positivamente ( $r = 0,78$ ) con la verbalización de sentimientos negativos hacia el terapeuta (Q01), relacionándose a su vez positivamente ( $r = 0,56$ ) con la vivencia de sentimientos ambivalentes o conflictivos acerca del terapeuta (Q49) y de manera inversa

<sup>2</sup> Las correlaciones entre los componentes de los Factores I, II, III, IV y V aparecen en el anexo III de la presente investigación, para nuestros fines sólo destacamos las mayores correlaciones observadas entre los componentes (ítems Q) del Factor I.

o negativa ( $r = -0.61$ ) con la clarificación y reformulación hecha por el terapeuta (Q65), en otras palabras -a modo de conclusión provisional- indicaría que la sensación de no sentirse comprendido por el terapeuta aumentaría la vivencia de sentimientos conflictivos y/o negativos hacia él, sentimientos que disminuirían cuando el terapeuta clarifica, replantea o reformula lo comunicado por la paciente quien sentiría estar siendo comprendido por el terapeuta<sup>3</sup>. Lo cual nos acerca a elementos terapéuticos propios de este tratamiento que acentúan los componentes de la alianza terapéutica, pesquisados mediante los ítems Q6 (El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático), Q45 (El terapeuta adopta una actitud de apoyo) y Q8 (El/la paciente está preocupado/a o contrariado/a por su dependencia del terapeuta) de manera principal, de los cuales resalta el ítem Q6 “El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático” que es reconocido como uno de los 10 ítems más característicos de este tratamiento (Tabla 05, pág. 184)

En segundo lugar es necesario destacar un elemento que aparece en la dimensión interaccional capturada por el factor I “empatía”, que hace referencia al estilo comunicativo “claro” y “coherente” asumido por el terapeuta al interior del factor I “Actitud Empática”, estilo que pareciera desembocar en un modo directivo de dar orientaciones directas a la paciente buscando con ello la independencia de acción u opinión de ella o sugiriendo el intento de nuevas formas de comportamiento con los demás -como claramente se aprecia en la segunda viñeta de ejemplo de este factor- lo cual podría ser una respuesta inducida o producida por la sensación de sentirse “comprendida” y “apoyada” experimentada por la paciente, en otras palabras, la actitud empática del terapeuta y la sensación de comprensión de la paciente pudieran inducir de alguna manera al terapeuta a “ordenar” o dar directivas a la paciente de que hacer o como comportarse con los demás de una manera mas bien didáctica, actitud que es capturada por los ítems Q37 (El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica) , Q85 (El terapeuta alienta al paciente para que intente nuevas formas de comportarse con los demás ) y Q48 (El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente), ítems que otras investigaciones proponen como “malas actitudes del terapeuta” relacionadas con malos resultados terapéuticos (Ablon, I.S., Raymond, L., Katzenstein, T. 2006) y que son menos característicos de una psicoterapia psicoanalítica “ideal” (Ablon, J., Jones, E. E. 1998).

---

<sup>3</sup> Que este complejo método nos evidencie lo que ya es evidente -a nivel teórico- no sirve de mucho, pero permite validar un método que en otro momento o ámbito nos sirva para evidenciar lo no evidente.

Por último, es destacable que los ítems agrupados por el factor I "Actitud Empática" específicamente los ítems ya enfatizados -Q6, Q45 y Q8- muestren relación y concurrencia con investigaciones que los vinculan con el fortalecimiento de la alianza terapéutica (Ablon, J.S., Raymond, L., Katzenstein, T. 2006), que -el caso del ítem Q6- haya sido relacionado por otros investigadores con un alto funcionamiento reflexivo (Karlsson, R., & Kermott, A. 2006) y característico de una psicoterapia psicoanalítica ideal (Ablon, J., Jones, E. E. 1998). Por otra parte existen investigaciones que alertan de la presencia en el factor I "Actitud Empática" de ítems -Q37, Q48 y Q85- relacionados con malos resultados terapéuticos<sup>4</sup> en psicoterapias psicoanalíticas y característicos de una psicoterapia cognitiva ideal (Ablon, J., Jones, E. E. 1998).

---

<sup>4</sup> Entendidos como la falta de disminución en la sintomatología evaluada por el Symptom CheckList-90-Revised (SCL-90-R)

*Factor II: “Resistencia”*

Tabla 26: Ítems abarcados por el Factor II

Ítem Q	Factor II: “Resistencia”	Carga factorial
054	El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse.	-0,543
015	El paciente no inicia temas; es pasivo.	0,530
025	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	0,514
097	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	-0,504
088	El paciente plantea temas y materiales significativos.	-0,489
058	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	0,400
023	El diálogo tiene un foco específico	-0,394
036	El terapeuta señala el uso de maniobras defensivas por parte del paciente (por ej. anulación, denegación).	0,354
041	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.	-0,353
063	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	-0,338
018	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)	-0,323
013	El paciente está animado o excitado.	-0,321
005	El paciente tiene dificultades para entender los comentarios del terapeuta.	0,301

El segundo factor encontrado es denominado “Resistencia” en base a los ítems Q que lo componen de manera principal, este factor destaca por la presencia casi exclusiva de ítems correspondientes al paciente, lo cual muestra un aspecto característico de su interacción con el terapeuta. El factor II refleja una dimensión de la interacción terapéutica definida por la capacidad para aportar e iniciar temas durante las sesiones terapéuticas (Q15 y Q25), así como la manera de expresar y organizar sus comunicaciones y la actitud respecto al trabajo con los pensamientos y sentimientos vinculados a las temáticas o problemas verbalizados. También nos muestra la intervención del terapeuta que indica las maniobras defensivas de la paciente.

De manera más específica el factor II “Resistencia” nos muestra una dimensión en la cual la paciente disminuye su organización y claridad al expresarse, tomando una actitud pasiva tanto por la dificultad para iniciar la sesión o por no iniciar temas durante ella, los cuales no serían significativos. Junto a lo anterior se apreciaría reducida su capacidad introspectiva para explorar sentimientos y pensamientos íntimos, resistiéndose a examinar motivaciones, pensamientos o reacciones relacionadas con los problemas, disminuyendo en parte la focalización del diálogo entre ambos, frente a lo

cual el terapeuta estaría caracterizado por el señalamiento de las maniobras defensivas de la paciente.

*Ejemplo del Factor II, "Resistencia":*

El siguiente fragmento, tomado de la sesión 126 ejemplifica la dimensión interaccional apprehendida por el factor II "Resistencia", es necesario advertir que este fragmento de sesión presenta extraordinariamente algunos problemas de transcripción, los cuales no afectan seriamente la percepción de la dimensión capturada por el factor "Resistencia".

T: *Terapeuta* [Santiago]  
P: *Paciente* [María]  
.  
P: m-hm - - - (suspiro) no sé (00:07) es que estoy hasta el coño!, de verdad - es que estoy. - es que mira, no quiero., no sé que me pasa no quiero venir - m-hm  
T: porque no quieres venir?  
P: porque: creo que es que no me cono-: sabes - que - - no sé por - - que - - no sé tengo lo sensación de que - - - (terapeuta carraspea) soy un caso sabes? no - - - que - tú como persona no me conoces, que me conoces como - como paciente lógicamente. - creo que hay veces que mi pareja - - me trata como a un paciente en vez de como a una pareja - que mi madre me trata como a una niña en vez de como a una mujer - que mi hermano me trata como si viviese en casa en vez de como si viviese fuera - - en fin "uff!"  
T: eso que estas diciendo, es - es - que te molestaba (?) no que te considere como caso (?) como persona (?) sino como caso  
P: m-hm  
T. (?) por otra parte eres persona (?) eres mi paciente  
P. claro  
T. pero, pero fijate bien estando como (?) sentirte eso como /, sentirte (?)  
P: ya, encima tengo anemia, (00:17) tengo anemia, falta de hierro, - exactamente - - - - estoy estupenda!  
T. (?) lo más importante (?)  
P: m-hm (00.37) (sirena de policía)

T: (?) como persona probablemente(?) (?) que haya una parte de ti con toda esta (?) (?)

P: supongo(?) (00:21) además está segura de //

T: (?) (carraspea) (?) cuando te estas

P: seguro, (?) (01:20) no sé ni para que vienes (00:10) a quien(?) no? (bocina de coche)

T: qué es lo que (?) hacer (00:21)

P: pues(?) (01:13)

T: (?) tener ese hijo -- les va a costar

P: sí mira - ellos / /, no sé, -- no soy capaz ni de pensar, "uff!" - - me tiraría y me dormiría - - esto es peor que /

T: (?)

P: no sé

T: (carraspea) (00:43) (?)

P: es que estoy cansada, de verdad, cansada de venir - de no venir - - de: - - - - que me cansa y - - - -que las cosas no sean como yo quiero (00:17) de que: me: tenga que responsabilizar de un hermano(?) - - como \*Pepe un hermano que ha venido el fin de semana - - - se quedó a dormir - - - tuvimos que pagar la cena, - - - - tuvimos que pagar la comida del día siguiente - - y: encima el billete de avión (00:06) en fin, cuando aún nos debe quince mil pesetas - - - de verdad - - - - es que no puedo, y no puedo sacar toda esa rabia que siento - - no la puedo sacar nunca porque él siente más rabia todavía, pero:

T: (?) (carraspea) no quieres(?) (?)

P: no sé que voy a hacer macho (?)

T: (incomprensible)

P: no, pero es simplemente - - que hombre después de haber rechazado, sabes? - - - bueno porque aunque haya sido ahora llevo cinco meses sin (?) tener la regla (?)

T: no sé

P: entonces, claro cinco meses con la regla yo creo que estas tías - - - podrían haberme dicho: 'oye mira \*María deberías plantearte - - eee - el quitarte el DIU', no que de repente - me vean en otra ecografía - - que tengo el DIU, ahí "medio bajado" - me podía haber quedado embarazada, a tomar por culo!- - quien me soluciona a mi eso? sí yo me quedo embarazada - - - ellas?

T: (bocina de coche) / es un tema /// hermanos (?)

P: perdón?

T: qué si es un tema (?) (?) (carraspea) (?)

P: si no sé // no entiendo (?) nada (?) (01:05) (ruido de cajones) (00:19) quiero dormir (00:20) quiero dormir un ratito - - - (bostezo) - - la verdad es que - - estoy hecha polvo (ruido de pasar hojas) con el sueño te / la anemia no? (entre risas)

T: bien (00:07) pues no lo sé, yo diría que después // eee la anemia, cuando (?) /// te tenía que haber disminuido mucho no?

P: me había + ido a menos

T: si +

P: pero, yo no dejaba de tener la regla

T: es mucha sangre

P: y sobre todo que:

T: (?) es un clásico el tuyo el dejar la compresa en unas tasas de sangrado(?)

P: sí, sí, sí, pero que sí, que sí

T: has (?) ir ahora con calma, (?) revistas con comprobación empírica que te guste (?) (?) como estas, tú bajo tratamiento (?) (00:31) ir después de lo de (?)

P: ya (00:44) ay! que rollo patatero de verdad! (00:48)

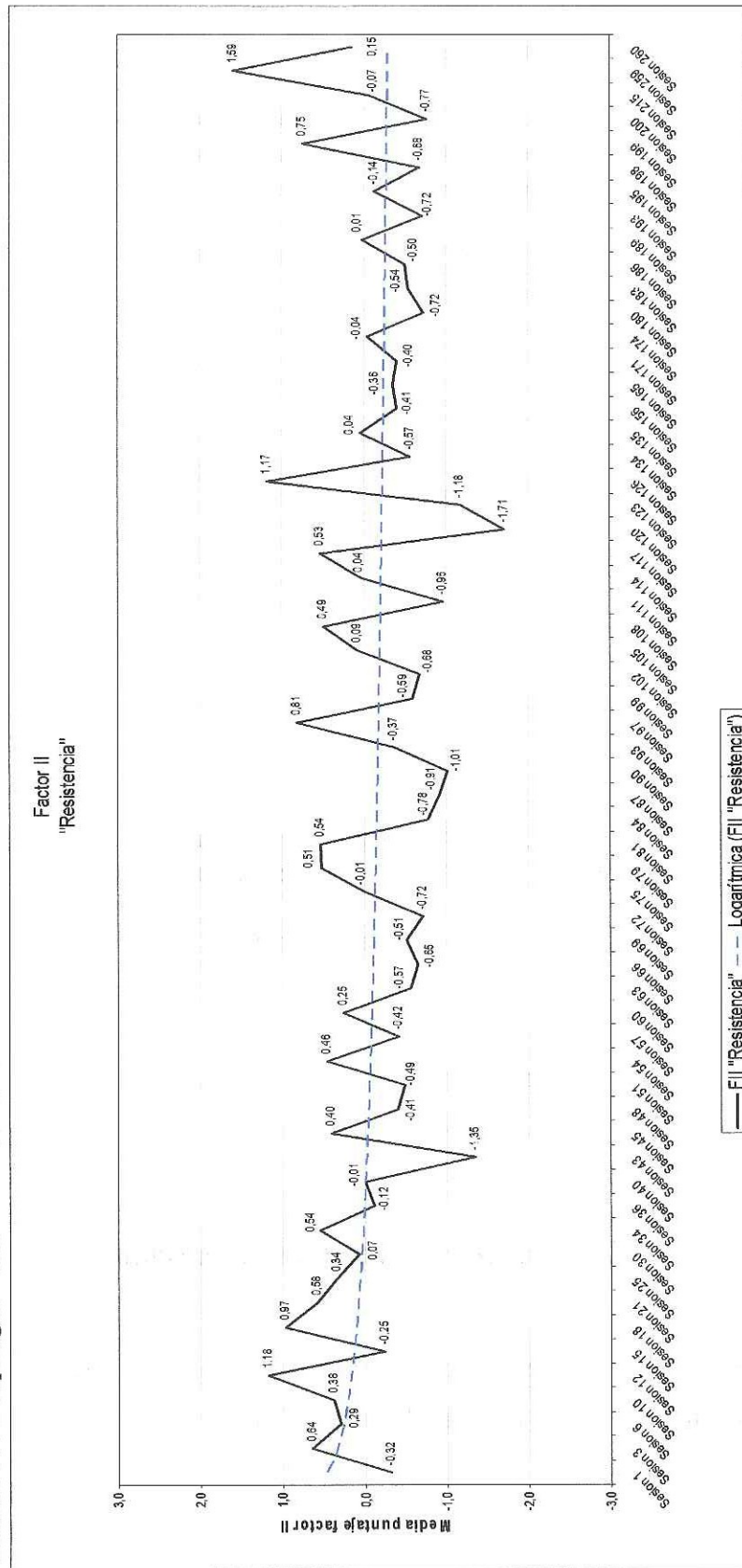
T: sigues fastidiada?

P: sí. - - - y además(?) - - de mal humor (00:12) estoy harta de mi misma

### a) *Despliegue durante el tratamiento:*

A continuación, el gráfico 05 expone la trayectoria del factor II “Resistencia” mediante la puntuación media de este a lo largo del tratamiento.

Gráfico 05: Despliegue factor II "Resistencia"

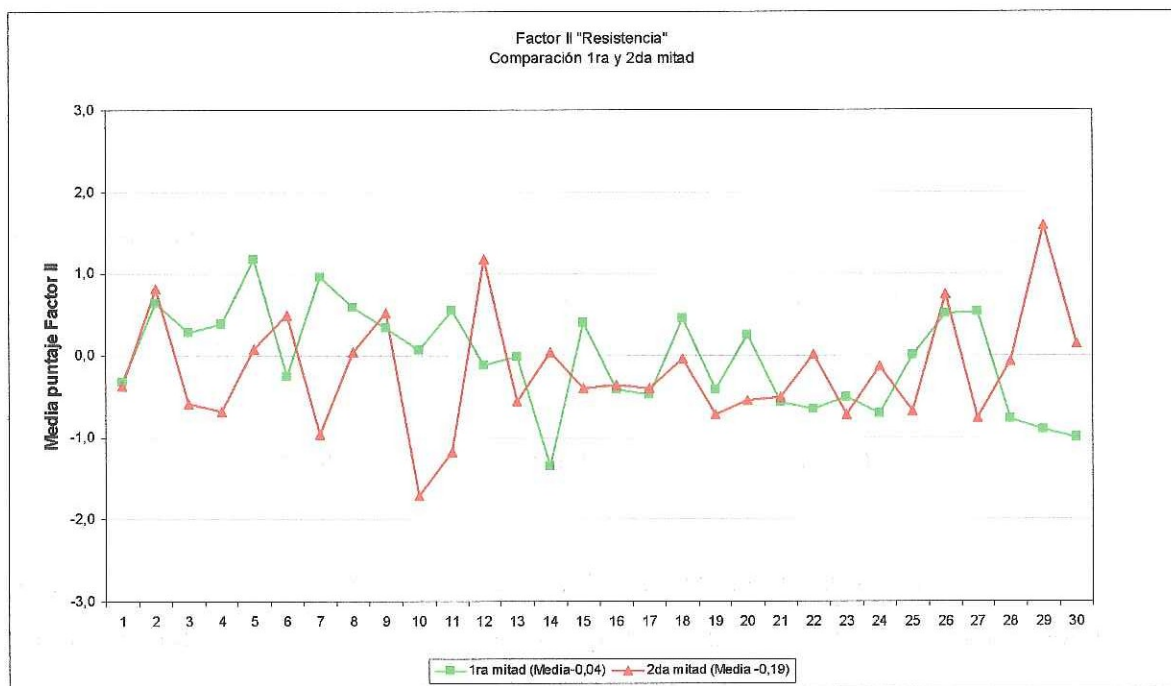


La gráfica del factor II “Resistencia” muestra en general una *tendencia a disminuir o decrecer* durante el transcurso del tratamiento, lo cual es recalcado por la línea segmentada de la tendencia logarítmica, además, se observa un comportamiento discreto del factor con pocas oscilaciones de gran valor las cuales tienden, en general, a mantenerse dentro de rangos discretos de puntaje. El despliegue de este factor muestra una similitud en los aumentos y descensos observados sin agrupaciones de descensos o aumentos significativos, lo cual puede indicar la presencia constante y de menor intensidad del factor “Resistencia”.

*b) Comparación primera y segunda mitad del tratamiento:*

La partición del muestreo del tratamiento en la clásica división entre dos mitades, con 30 sesiones para la primera y segunda mitad, es expuesta en el siguiente gráfico.

Gráfico 06:

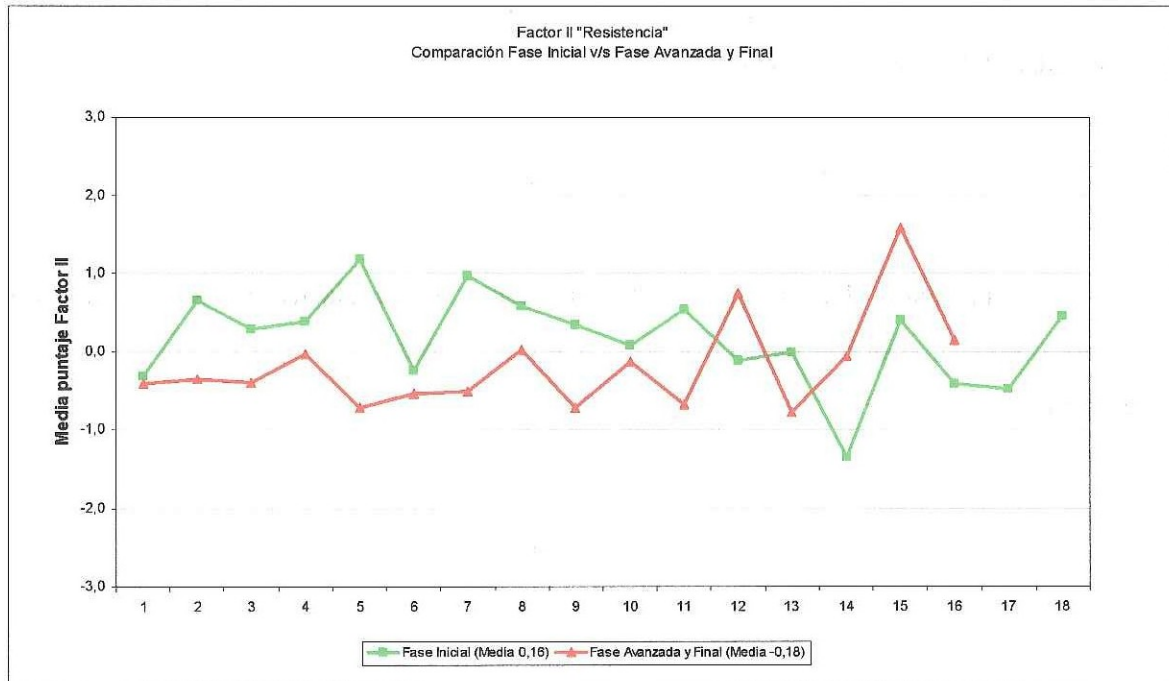


El gráfico ratifica la tendencia a la disminución del factor I, lo cual se reafirma con el promedio de -0,04 obtenido por este factor en la primera mitad de tratamiento frente al promedio de -0,19 observado en la segunda mitad. Lo anterior permite afirmar que el Factor II “Resistencia” no tiene un comportamiento estático sino más bien variable y discreto dentro de su tendencia a la disminución a medida que avanza el tratamiento.

c) Comparación “fase inicial” v/s “fase avanzada y final”:

Por último, se realiza la comparación entre la “fase inicial” y el conjunto de las fases “avanzada” y “final” del factor II “Resistencia”, la cual aparece expuesta en el gráfico que a continuación se presenta.

Gráfico 07:



En el gráfico expuesto se aumenta destacadamente la tendencia a la disminución del factor “Resistencia”, apreciándose una clara diferencia entre la fase “inicial” con un promedio de 0,16 y las fases “Avanzada y Final” con un promedio de -0,18.

d) Comentarios del Factor II, “Resistencia”:

En la dimensión capturada por el factor “Resistencia” es necesario destacar algunos elementos, primero, es un factor que se comporta de manera discreta al interior del tratamiento en estudio, lo que quiere decir que generalmente otros factores destacan en las sesiones evaluadas salvo contadas excepciones, una de ellas utilizada como ejemplo concreto de este factor (sesión 126). En segundo lugar, es necesario recalcar dentro de la coherencia entre los ítems que componen el factor “Resistencia” que dichos ítems, en general, son evaluados de manera bastante extrema como “bastante poco característico” como es el caso del ítem Q25 (El paciente tiene dificultades para

comenzar la sesión) o como “muy poco característico” en el caso del ítem Q15 (El paciente no inicia temas) este último considerado dentro de los menos característicos del tratamiento (Tabla 05, pág. 184), en estos ítems el factor “Resistencia” indica que ellos deben aumentar -hacia más característicos- en cualquier sesión para integrar el factor “Resistencia”, siendo aquí donde puede surgir el error de considerar estos ítems y por ende el factor que componen como contradictorios o errado tanto porque habitualmente dichos ítems han sido evaluados como bajos o “poco característicos” o porque la terapia, en general, se ha caracterizado por la facilidad para comenzar la sesión (Q25) o traer temas a ella por parte de la paciente (Q88 en Tabla 05, pág. 184), frente a esta aparente contradicción, es necesario destacar que el cambio en la evaluación de estos ítems como indica el factor “resistencia” implica un cambio dentro de un gradiente y no implica un cambio excesivo o notable sino que aparece un desplazamiento de la evaluación hacia un aumento, es decir, indica sólo un movimiento dentro del gradiente de evaluación hacia el aumento (más característico) lo que no significa que este movimiento sea intenso o radical, en este sentido se podría decir que se capta la sutileza de la evaluación con estos ítems, sutileza impuesta a los jueces mediante el “procedimiento de clasificación forzada” (Kerlinger, 1988), fenómeno que podría sustentar lo moderado o discreto de este factor.

Otros aspectos a destacar son que algunos de los ítems agrupados por el factor "Resistencia" son congruentes con otras investigaciones en psicoterapia psicoanalítica que asocian la disminución de los ítems Q63 (Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.) y Q97 (El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos) con la disminución del funcionamiento reflexivo del paciente lo cual se asocia con pobres resultados terapéuticos, además, la presencia de los ítems Q58 (El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas) y Q15 (El paciente no inicia temas; es pasivo) están claramente relacionados con un bajo funcionamiento reflexivo asociado a pobres resultados en psicoterapias psicoanalíticas<sup>5</sup> (Karlsson, R., & Kermott, A. 2006). En resumen, los ítems del factor II "Resistencia" se encuentran asociados en otras investigaciones a bajos resultados terapéuticos que han sido explicados por un bajo nivel de funcionamiento reflexivo, lo que para nuestros

---

<sup>5</sup> “...concurrentemente la correlación de proceso describiendo bajo funcionamiento reflexivo y resultado negativo fue asociado con un paciente que fue resistente hacia la exploración de estados internos y aparece como pasivo durante la terapia” (Karlsson, R., & Kermott, A. 2006, subrayado añadido)

finas remarca la importancia y congruencia de los ítems capturados por este factor, que posee presencia constante y discreta durante el tratamiento, presencia que disminuye a medida que transcurre el tratamiento, como se ha observado y corroborado en las diversas comparaciones realizadas (Gráfico 05, pag. 204).

*Factor III: "Intervenciones Terapéuticas"*

Tabla 27. Ítems abarcados por el Factor III.

Ítem Q	Factor III: "Intervenciones Terapéuticas"	Carga factorial
080	El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.	0,551
067	El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes.	0,545
082	La conducta del paciente durante la sesión es reformulada por el terapeuta de manera tal que previamente no ha sido reconocido de forma explícita.	0,476
034	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	-0,459
032	El paciente alcanza un nuevo entendimiento o "insight".	0,449
081	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	0,446
012	Ocurren silencios durante la hora de sesión.	-0,416
007	El paciente está ansioso o tenso (vs calmo y relajado).	-0,399
033	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.	-0,391
050	El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables (por ej. enojo, envidia, o excitación).	0,374
087	El paciente es controlador.	-0,345

El tercer factor encontrado es denominado "Intervenciones Terapéuticas" dado el sentido terapéutico observado en los ítems que lo componen, los cuales abarcan principalmente al terapeuta y paciente. El factor III "Intervenciones Terapéuticas" nos muestra una dimensión de la interacción caracterizada por las intervenciones del terapeuta con claros fines terapéuticos -entendiendo por ello el intento por mostrar "algo más" que esta presente en el relato de la paciente- y por la aprehensión de un nuevo entendimiento o insight por parte de ella. Este factor nos indica la presencia de intervenciones por parte del terapeuta que intentan mostrar un suceso o experiencia desde una perspectiva diferente ya sea reformulando la conducta del paciente durante la sesión de un modo no reconocido anteriormente, utilizando la interpretación de deseos, sentimientos o ideas rechazadas de la conciencia o enfatizando y dirigiendo la atención de la paciente a sentimientos con el fin de que los experimente más profundamente. Por su parte en la paciente se señala la disminución de la culpabilización a otros o fuerzas externas de sus dificultades (heteroculpa), de la ansiedad o tensión y de la verbalización de sentimientos de necesitar o querer estar cerca de alguien, aumentando a su vez el nuevo entendimiento o "insight", lo cual ocurre dentro de sesiones caracterizadas por pocos silencios.

### *Ejemplo del Factor III, "Intervenciones Terapéuticas":*

El siguiente fragmento, tomado de la sesión 102 sirve de ejemplo de la dimensión apprehendida por el factor III "Intervenciones Terapéuticas".

T: *Terapeuta* [Santiago]

P: *Paciente* [María]

...

T: cómo lo llevas con tanta gente?

P: bien pero por parte de la madre de \*Pepe creo que tiene un poco de morbo sabes? - - porque han estado \*Beatriz [hermana de Pepe], \*Quico [marido de Baetriz] y las niñas los de \*Bilbao, joder! yo cuando voy a su casa es que desviven sabes? o sea que es digamos que no es es que les he tratado como ellos me tratan a mí es que si no hubiese hecho eso no sería - sabes? me parece que - no sé que es lo normal yo voy allí y es que recibo de ellos lo mejor yo voy a \*Cataluña y por parte de \*Patricia lo mismo pero por ejemplo hm y con \*Jesús [hermano de Pepe] igual pero por ejemplo \*Nena [madre de Pepe] que es la madre de \*Pepe sí muy bien y tal y cual pero la tía "no mueve un dedo macho!" sabes? o sea ella llega allí se sienta y hala "a tomar por culo!" y \*Yolanda [hermana de Pepe] - idem \*Yolanda tiene un morro está insoportable desde que es madre "macho" o sea es que que es la persona más déspota y más egoísta que vamos que he visto yo cambiar tan rápidamente sabes? o sea de repente le ha transformado la maternidad y el resto no? pues el resto colaborando de "puta madre" pues unos friegan otros recogen sabes? o sea algo + que dices

T: y tú qué piensas + que a \*Yolanda la ha transformado la maternidad?

P: alucinante, claro claro me parece muy mal yo creo que se lo está montando tan mal que hay veces que le daría de "hostias" se porta muy mal y encima además es que ese niño + es suyo o sea

T: y eso te da + mucha rabia

P: mucha rabia pero es que es curioso no solamente a mí a su madre a sus hermanos o sea el niño ese, \*Pablo [ahijado de María] además es mi ahijado no es de su padre o sea si \*Luis Miguel [marido de Yolanda] quiere coger al niño tiene que vamos solicitarlo (golpe) - - y dices joder \*Yolanda tía tú no puedes decirle a \*Luis Miguel , 'no te pongas tan pesadito que si quieres te dejo un rato a un niño un al niño al niño te lo dejo un rato quieres coger al niño? pídemelo' sabes? o sea \*Luis Miguel no puede darle el biberón a su hijo \*Luis Miguel no puede cambiarle los pañales a su hijo es una cosa que es - \*Yolanda \*Luis Miguel no deja solo! al niño con su padre es alucinante tiene un miedo a que ese niño quiera a alguien más que no sea ella - - que se muere - una cosa exagerada - un exceso de celo - - es alucinante alucinante (voces de niños)

T: desde tus cosas te llevan totalmente a crearte celos - -

P: no así tan exageradamente

T: quizás no tan exagerado - -

P: hombre yo soy una tía celosa sabes? y a mí pues sinceramente mis amigos son míos no me gusta mezclarlos pues no sé como quizá a lo mejor ahí puede haber un punto en común mis celos - que yo soy una tía celosa y lógicamente pues me gusta que mi madre sea mi madre mi hermano mi hermano sabes? todo un poco "mi" - - pero - - sin acaparar sabes? no sé a lo mejor - - acaparo y claro y uno - no soy consciente como acapará hasta que - sabes? como si uno no viera "la paja en el ojo ajeno" o ve "la paja en ojo ajeno" o el suyo propio o algo así pero yo creo que lo de \*Yolanda es algo que yo no he visto - creo así en madres que conozco con niños nunca una cosa rarísima

T: quizás tú te arrepientes un poco estás segura?, quizás con tu madre hayas tenido un mal momento? que sea acapararla con tu hermano menos

P: m-hm

T: eh! seguro que hay matices entre unos y otros

P: sí sí seguro por que cuando están los celos y la posesión un poco está ahí yo soy una tía que soy celosa y - posesiva pues hasta cierto límite pero bueno que sí que sí que hay pero espero de verdad sabes? o seas nunca en la vida - claro también hablo y digo a lo mejor de repente yo tengo un hijo y yo soy así sabes? que digo pues fijate "macho" yo sí soy celosa y tal yo tengo un bebé y me vuelvo tan insoportable como ésta es que una cosa mala de verdad es que yo - - te te juro que digo que se va a separar ! están tramitando los papeles y tal pues porque - se ha creído que que que que ella ya lo que quiere es vivir con su hijo y que ese niño no va a crecer y ella no se da cuenta sino quiere dejarlo con su padre viviendo en casa los tres el día que su padre se vaya de casa y ese niño se tenga que ir a pasar un fin de semana con su padre qué va a pasar ? y ya no sólo eso el día que ese padre se eche una novia que se tenga que ir su niño ya se lo he dicho digo "Yolanda soluciona lo que tienes que tienes un buen tío y \*Luis Miguel tendrá lo que quiera pues te estás equivocando tía te estás equivocando pero de cajón" oye "macho" es alucinante como la gente como nos encerramos en nosotros mismos y no vemos más allá sabes? que decimos no lo que yo estoy haciendo está bien y setenta y cinco me estáis diciendo que no e insistes sabes? o sea erre que erre dices joder "macho" en el fondo a lo mejor todos tenemos un poco de \*Yolanda \*Yolanda entre comillas que todos nos aferramos a una serie de cosas pues a lo mejor yo creo que hasta ahora nunca no me ha pasado una cosa así pero vamos creo que es lo peor tío no ver más allá de tus propias narices

T: el tema que estás tocando parece? un poco la fantasía que te puede pasar por la cabeza 'yo cuando sea madre me pasará esto-'

P: sí un poco sí - - -

T: un poco -

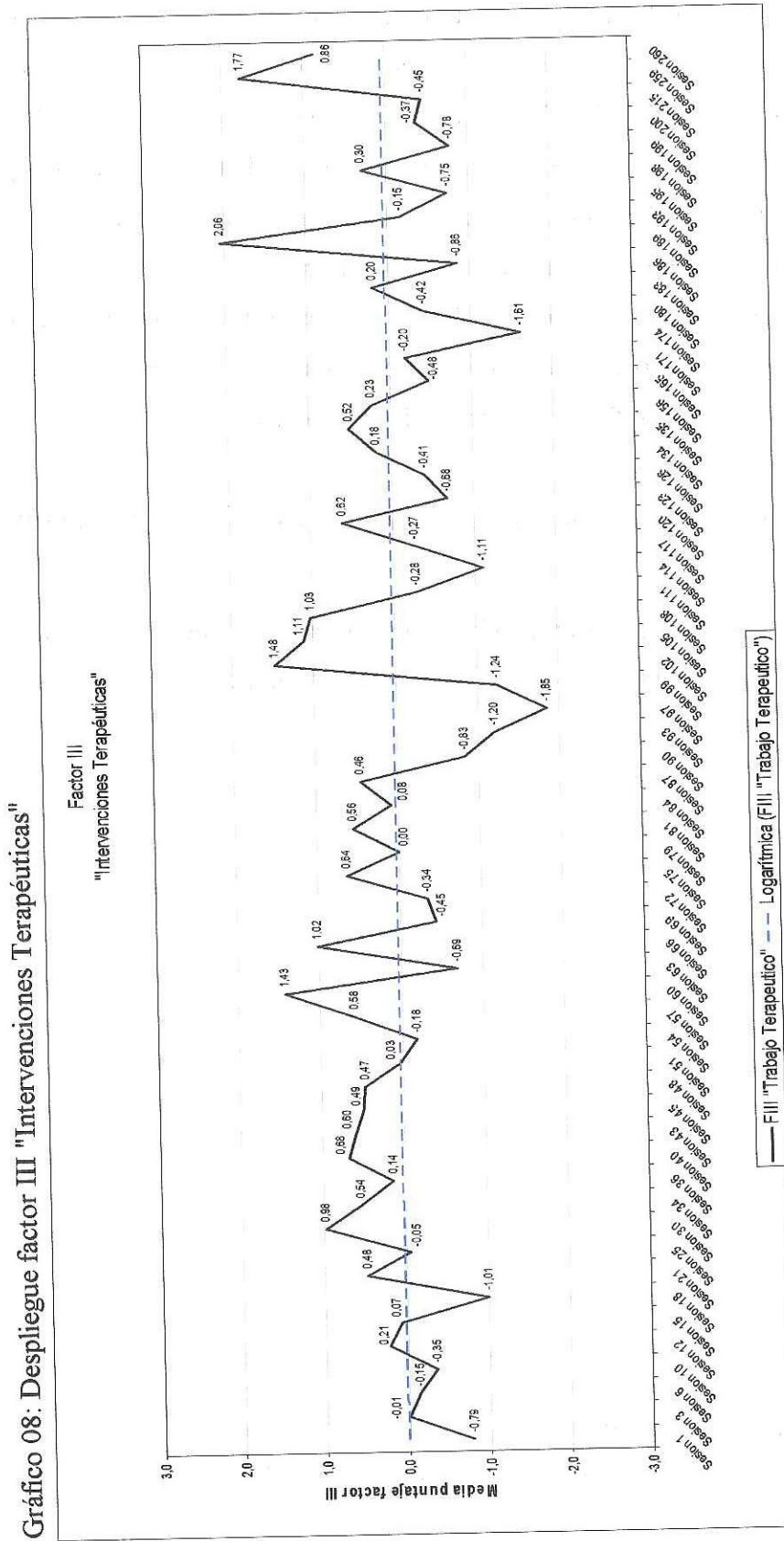
P: realmente es una sensación desagradable porque hombre yo veo a \*Beatriz que ha estado allí el fin de semana con sus dos niñas, se fue a dormir, a casa de su abuela encantada de la vida, la pequeña, durmiendo en el cochecito con los pies para arriba

porque no tenía la cuna - sabes? que que \*Beatriz es una madre y una buena madre pero que- eso hm \*Yolanda - no? sabes? o sea porque es que está está maleducando al niño porque el niño es un niño que- que los niños enseguida se vuelven muy déspotas y este es un niño que tiene siete meses está como un trueno que es el típico niño gordo que que yo lo quiero mucho me parece muy guapo pero digamos que va- siguiendo unos- cánones no? y dices madre mía! no? como como puede saber esta chica criticando a la a la madre de su marido porque solamente quiere acaparar la atención de su hijo cuando ella - es que lleva el mismo camino - y claro a mí lo que me me da rabia que a lo mejor lo que me da miedo es pensar que a mí me pase este tipo de cosas y no sea consciente decir 'es que tía es que te es / es que tía sabes? que te esta pasando a ti como no lo ves' sabes? a qué me refiero? que que : no vemos los que hacemos los demás pero criticamos lo que hacen los otros cuando a lo mejor nosotros mismos estamos haciendo (chasquido de dedos) exactamente igual

T: ? miedo la fantasía en que te pudiera pasar lo mismo pero sería bastante difícil sino imposible tú estás haciendo el camino a la inversa y ahora \*Yolanda se ha tirado porque lo que tú me has contado a la piscina y ahora esta viendo como nadar o entendiendo como se nada si quieres y luego te tirarás o no a la piscina pero a mí me parece + es muy distinto

...

a) Despliegue durante el tratamiento:

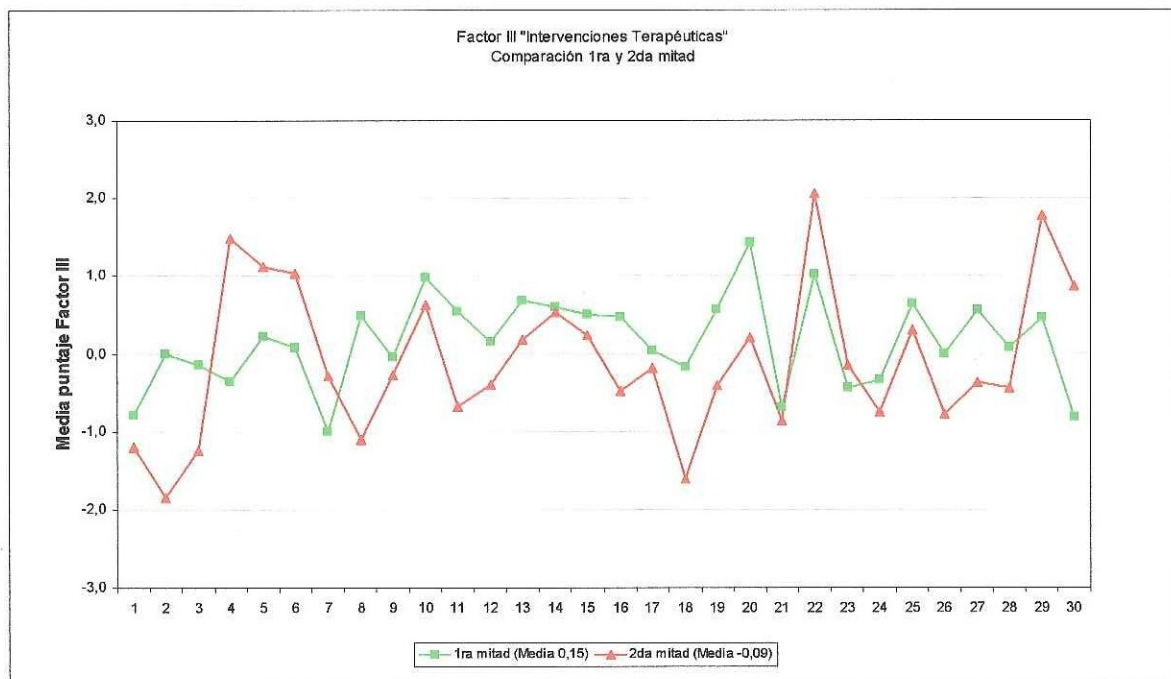


En general el gráfico del factor III “Intervenciones Terapéuticas” muestra una *tendencia a mantenerse estable* durante el transcurso del tratamiento, como señala la línea segmentada de la tendencia logarítmica, sin embargo, esta tendencia estable no significa que no aparezca una oscilación en los valores desplegados, en dichas oscilaciones los valores significativos positivos son menores que aquellos negativos, destacando la aparición de máximos que no responden a un patrón regular ni de agrupación. Por otro lado los mínimos también responden a la ausencia de un patrón recurrente y de agrupación, salvo entre las sesiones 87 a la 99 -que en el presente estudio corresponden al bloque VII- donde se aprecia una agrupación de sesiones con valores mínimos significativos, aquí es necesario señalar que la sesión 97 posee como factor mayor y más significativo el factor II “Resistencia”.

*b) Comparación primera y segunda mitad del tratamiento:*

La partición del muestreo del tratamiento entre mitades, con 30 sesiones para la primera y segunda mitad, es expuesta en el siguiente gráfico.

Gráfico 09:



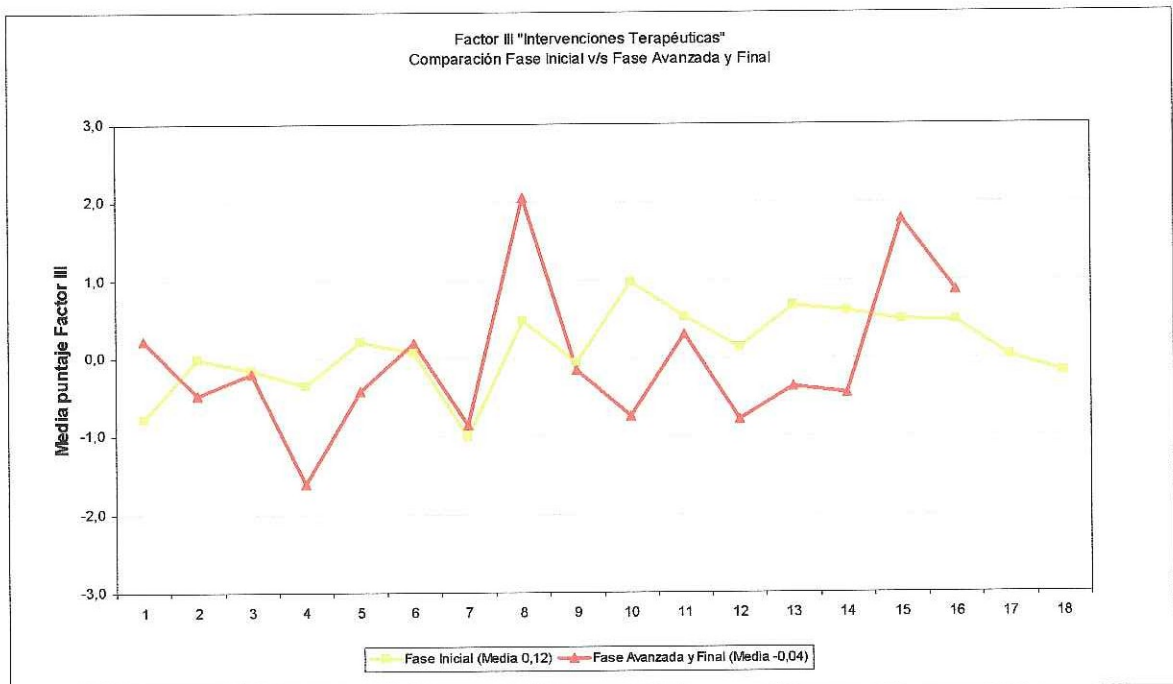
El gráfico anterior nos indica una diferencia entre la primera mitad de tratamiento con una media de 0,15 y la segunda mitad con una media de -0,09, lo que manifiesta una mayor presencia del factor “Intervenciones Terapéuticas” en la primera

mitad de tratamiento que tendería levemente a disminuir durante la segunda mitad de este.

c) Comparación “fase inicial” v/s fase “avanzada” y “final”:

Por último, la comparación entre la “fase inicial” y el conjunto de las fases “avanzada” y “final” del factor III “Intervenciones Terapéuticas”, se expone en el siguiente gráfico.

Gráfico 10:



Nuevamente el gráfico señala una diferencia entre las fases “fase inicial” con un promedio de 0,12 y el conjunto de las fases “avanzada” y “final” con un promedio de -0,04 lo que resalta la mayor presencia del factor III durante la fase “inicial” que durante las fases “avanzada” y “final” del tratamiento, lo que indica una disminución de este factor en el curso del tratamiento, disminución leve o sutil que no es pesquisada por la línea de tendencia logarítmica trazada para la totalidad del tratamiento (Gráfico 08, pág. 233).

d) *Comentarios del Factor III, "Intervenciones Terapéuticas":*

Los análisis comparativos del factor III "Intervenciones Terapéuticas" indican una disminución del factor a lo largo del tratamiento, disminución muy sutil que no alcanza a ser pesquisada por la línea de tendencia logarítmica (Gráfico 08, pág. 233), pero que la comparación entre mitades (Gráfico 09, pág. 234) y fases (Gráfico 10, pág. 235) sí revelaron. Lo anterior indica tanto la presencia constante del factor III "Intervenciones Terapéuticas" como su escasa disminución a lo largo del tratamiento, lo que indicaría la existencia de constantes y reiterados intentos por parte del terapeuta por intervenir y mostrar "algo más" en el discurso de la paciente durante el tratamiento, además la paciente no sólo percibe ese "algo más" al que apuntan las intervenciones del terapeuta sino que también encuentra "otros más" surgidos espontáneamente en ella durante las sesiones. Es necesario destacar que este factor nos puede indicar qué es lo que terapeuta podría tener en mente al efectuar sus intervenciones o cual es el bosquejo que realiza de su paciente previo a sus intervenciones.

Por otra parte, este factor nos muestra que no todas las intervenciones del terapeuta abarcadas por dicho factor conducen necesariamente al insight (Q32 en Tabla 27, pág. 229), el cual también es alcanzado de manera espontánea por la paciente durante su relato o mediante intervenciones monosílabas o silenciosas del terapeuta. Respecto a la obtención de insight (Q32) por parte de la paciente se puede demostrar como éste se relaciona de manera inversa ( $r = -0.32$ ) con la atribución de culpa a otros o a fuerzas externas de las dificultades (Q34), es decir, mayor insight cuando menor es la atribución de responsabilidad a otros o fuerzas externas. Este hecho constatado formalmente nos indicaría junto a otras relaciones constatadas<sup>6</sup> un prototipo de intervenciones del terapeuta para buscar algún insight en la paciente, el cual se basaría en la vinculación ( $r = 0.57$ ) de intervenciones que buscan destacar o exponer los sentimientos vividos por la paciente (Q81) con los intentos por mostrar las experiencias o situaciones vividas por la paciente desde una perspectiva diferente (Q80 y Q82).

Por último, es necesario destacar la aparición en el factor III "Intervenciones Terapéuticas" de los ítems Q67 (El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes), Q82 (La conducta del paciente durante la sesión es

---

<sup>6</sup> El ítem Q81 (El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarle a experimentarlos más profundamente) ha sido reconocido como uno de los 10 más característicos de este tratamiento (Tabla 05, pág. 184)

reformulada por el terapeuta de manera tal que previamente no ha sido reconocido de forma explícita), Q32 (El paciente alcanza un nuevo entendimiento o “insight”) y Q50 (El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables) los cuales son reconocidos como prototípicos de una psicoterapia psicoanalítica ideal (Ablon, J., Jones, E. E. 1998) y que resaltan al factor III "Intervenciones Terapéuticas" como aquel con mayor cantidad de ítems asociados con dicho prototipo.

*Factor IV: "Actitud de Neutralidad"*

Tabla 28: Ítems abarcados por el Factor IV.

Ítem Q	Factor IV: "Actitud de Neutralidad"	Carga factorial
024	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	-0,599
021	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	-0,545
093	El terapeuta es neutral.	0,523
075	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	-0,503
039	Hay una cualidad competitiva en la relación.	-0,447
028	El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente.	0,427
096	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	-0,415
009	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).	0,403
086	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs. inseguro o defensivo).	0,355
016	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	-0,344
074	Se utiliza el humor.	-0,328
019	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	-0,325
002	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos.	-0,306

El cuarto factor encontrado es denominado "Actitud de Neutralidad" recibe su nombre de los ítems PQS que lo componen, este factor abarca exclusivamente ítems del terapeuta y de la interacción los cuales indican la búsqueda o mantención de la neutralidad por parte del terapeuta durante la interacción, *este factor no incluye ítems exclusivos de la paciente.*

El factor "Actitud de Neutralidad" nos señala una dimensión de la interacción caracterizada por un terapeuta que mantendría fuera de la relación sus conflictos emocionales, evitando realizar comentarios de si mismo y manteniendo una actitud neutral y distante durante la interacción, apreciando adecuadamente el proceso terapéutico. La interacción al interior de esta dimensión esta marcada por una falta tanto de competitividad como de temáticas relacionadas con el encuadre terapéutico como horarios, honorarios e interrupciones del tratamiento.

*Ejemplo del Factor IV, "Actitud de Neutralidad":*

Una forma de ejemplificar la dimensión capturada por el factor IV "Actitud de Neutralidad" no es buscar su presencia elevada en alguna sesión -como se ha hecho en los factores anteriores- sino buscar de manera inversa los menores valores alcanzados

por este factor lo cual nos mostraría la disminución de la “Actitud de Neutralidad”. Con el siguiente fragmento, tomado de la sesión 259, se pretende ejemplificar la dimensión aprehendida por el factor IV “Actitud de Neutralidad”, en este caso la disminución de la actitud de neutralidad.

T: *Terapeuta* [Santiago]  
P: *Paciente* [María]  
...  
P: estoy cansada ya, joder!, de la familia //// no quiero saber nada más ya!, quiero que me dejen en paz!, quiero que se muera!, que se acabe esta historia!, que me olviden!, que me dejen en paz!, que no me hablen de la abuela.! (en un tono de voz bajo, abatido)  
T: ///// sentimientos como muy: (?) de ese sentimiento / de, de decir: ‘joder cómo soy! que quiero que se muera mi abuela’ - - - -  
P: (incomprensible) + no quiero que es-  
T: (incomprensible) pero +, pero // querer que se muera tu abuela //// y, y, y como te dije el otro día, por qué coño no va a sentir uno - también cierto / hacia otras personas (?) + (ruido de un plástico) con miedo!  
P: (aspiración nasal) (incomprensible) + (respiración entrecortada)  
T: sí pero no te culpes por desear que viva aparte.  
P: pero si es que no me culpo SANTIAGO, de verdad que + no.  
T: un + poco sí.  
P: sí hombre:, un poco en la medida en la que + digo.  
T: y esa + otra parte en la que no estás ///  
P: ///// estoy cansada ya:, estoy cansada - - - - -  
T: fijate que el peligro de toda esta situación: + sería que tú abandonarás //  
P: cuál es? + (tose)  
T: y eso es - bien, eso es lo mismo creo: que debes controlar o intentar: controlar en la medida como sea posible, claro, pero modular:, elaborarlo: no? que ahí no se te puede ayudarte y cierra / porque //// que estás:, yo creo que sería lo mejor //// sólo necesitas, por lo menos un / + tomar en cuenta, pero sin entrar a /  
P: ya: +  
T: pero sí siento que te estás haciendo daño, eso es importante (incomprensible) (00:10) y (incomprensible)

P: (tch) - sabes que pasa:?, que jo:, yo que sé // pegajosa; sabes? metidos inmersos en cuidar a alguien que está muerto ya + (aspiración nasal) (gime)  
(ruido de un vaso)

T: /// + (00:07) verdad? si se hubieran pasado to- toda la vida cuidándote a ti, no? en vez de a tu abuela:, coincidirían esos sentimientos y serían así?, pero se han pasado toda la vida eh?, ro- - bán- - do- - te tu espacio, tu casa, pero dices “qué cojones!” - es que tienes todo el derecho del mundo a pensar en eso - y eso lo tierno, lo tierno que tiene, supongo /// yo no creo que te estés tirando los /// + pero que prevenir mejor que curar - piensa lo que te digo y (incomprensible)

P: ya:, ya sí + (00:06)

T: sí

P: no, hay, o sea - además hay una cosa que alucino - mi abuela, mi madre no puede coger a mi abuela

T: a qué te refieres?

P: no tiene fuerza - - - -

T: m-hm bien - de dónde crees que tienen tanto peso las abuelas? //

P: porque quieren que yo haga lo mismo con ellos - - - -

T: y (incomprensible) + - - - - (incomprensible)

P: no sé + (00:11)

T: (incomprensible) chorrada - si dijéramos que (incomprensible) pero es una chorrada (00:13) además tu abuela (?) +

P: ya +

T: pero eso no quiere decir que no se te quiera

P: no (00:06)

T: (incomprensible) (01:03)

P:(aspiración nasal) (gime)

T: se te pasa:?

P: (aspiración nasal) (00:42) (ruido de un vaso) no sé, es - (00:07) que dejaran ya de hacer así méritos para dejar de sacar / sacar algo - para decir que no vamos a cuidar a la abuela - - - estoy segura que dicen a las enfermeras y al médico que ‘mi madre no

puede. - que no puede.', porque es que es verdad:, no puede: - ya ves - - - y cambiaría, estoy segura porque algo pasaría, algún efecto causaría (00:41)

T: es decir, que - ahora en el registro de 'no me hacen caso' y 'me siento / / / / / del esfuerzo, pero no que puedes decirlo / - - hablo desde / desde (?), es decir, (?) se lo reprocho y ella que no puede (incomprensible)

P: (aspiración nasal continuada)(respiración entrecortada) el otro día me llama mi padre. para decirme que a ver si puedo ir a comprar ropa con mi madre.

T: y a comprar ropa para:?

P: mi madre.

T: dice tu, tu padre - a ver si tú sola: o con ella:?

P: con ella.

T: y cómo lo viviste?

P: con culpa por mi parte, mi padre se siente culpable - y mi madre se está ocupando de mi abuela: entonces se siente mal.

T: / / / tu padre te está culpando:?

P: no, mi padre que se siente culpable.

T: sí

P: porque mi madre se está ocupando mucho de mi abuela - y desde ahí, pues:

T: ahora ya te entiendo, es que e- o- en vez de ocupándote del ruido, van! a ocuparte, ahora sí, de ti -

P: sí.

T: y después? - - - - -

P: me llaman a mí para:, para que vaya a comprar ropa con mi madre.

T: (incomprensible)

P: (tose) - - - - -

T: (incomprensible) no tengo ganas de / / / porque estoy en medio digo que sí, pero si estás en tu derecho cojones:! y punto - como lo de tu habitación, es que tú no tenías derecho a tener una habitación propia? - a la terraza, tú a la terraza?, por qué? si estás en tu casa - - - (incomprensible) (ruido de pasos) (00:27)

P: pensándolo, el otro día ha sido con MATEO [sobrino de dos años de María] - - y a mí nunca me ha gustado mi culo!

T: ya me lo has dicho alguna vez.

P: y +

T: por qué? +

P: porque - creo que es muy grande

T: crees que es muy grande?

P: sí

T: ah - m-hm - - - - -

P: ahora?

T: culona!

P: culona

T: m-hm

P: m-hm

T: m-hm

P: respingón - eso, no me gustaba de pequeña - - no me gusta.

T: no te gustaba: - - y eso por qué?

P: porque: me lo decían mi hermano y mi madre //

T: //

P: cariño - pero mi hermano no, mi hermano se mentía conmigo; si se olvida meterse conmigo se metía con mi culo - - - - - y a mí de pequeña me pusieron muchas inyecciones - - en el culo, muchas: (buff) es una de las cosas que recuerdo: no sé, pero: - - siempre me estaban pichando.

T: (sonrisa) + los culos respingones normalmente se entiende que son sexy: - o tú no sabías eso?

P: no + sí: (sonrisa) pero hay culos respingones y culos respingones! (risa)

T: claro, tu culo respingón es de los malos!; hay culos respingones de los buenos y culos respingones de los malos - y de los intermedios y de los de tres-cuartos, yo creo que en el culo respingón estás centrando esa parte mala, esa parte de ti que tiene tu

madre y de la que tú: - si te estuvieras centrando en culo respingón que puede ser sexy o un culo respingón que no es sexy: + algo malo

P: m-hm + sí - - -

T: y eso es de tu madre! - cómo es el culo de tu madre? - - en serio, físicamente, cómo es?

P: parecido al mío.

T: me imagino. que gordo y grande!, no?

P: m-hm

T: pues ese es el culo de tu madre!, no el tuyo que estabas hablando antes - cuando decías que 'creo que tengo el culo gordo', tu madre es la que tiene el culo gordo!., tu madre es la que tiene el culo gordo!, tu madre es la que tiene ese //

P: ya: (sonrisa), pero lo gracioso es que estaba MATEO en casa y, entonces me iba a duchar y digo 'MATEO ven, siéntate aquí, pasa aquí que me voy a duchar + , me voy por ahí, bueno total, que mientras me desnudo y tal y llega el tío y me da '(paff)' en el culo y dice 'titi tienes el culete bonito!', y yo no pude parar de, sabes? de reír un par de segundos, sabes? porque dije 'no me lo puedo creer que mi sobrino con dos años me diga que tengo un culete bonito!'.

T: m-hm + , sabes que dicen que los niños dicen la verdad!

P: ya, pero bueno:, le dije 'tú también tienes el culete bonito', porque me imagino que viene porque a él se lo dicen cuando le ven el culo., no porque él -

T: no porque tú tengas buenas cosas:, cariñosa., no porque tú te quieras y él te diga que tienes un culete bonito intentando decir lo mucho que te quiere., lo mucho que, que, que a él se lo dicen porque tú tengas - bueno!., o eres una "mienda" o te me pones la "capa de superman"!

P: (sonrisa) sí, vamos a ver si encontramos un término medio:

T: (sonrisa) a ver si // (risa)

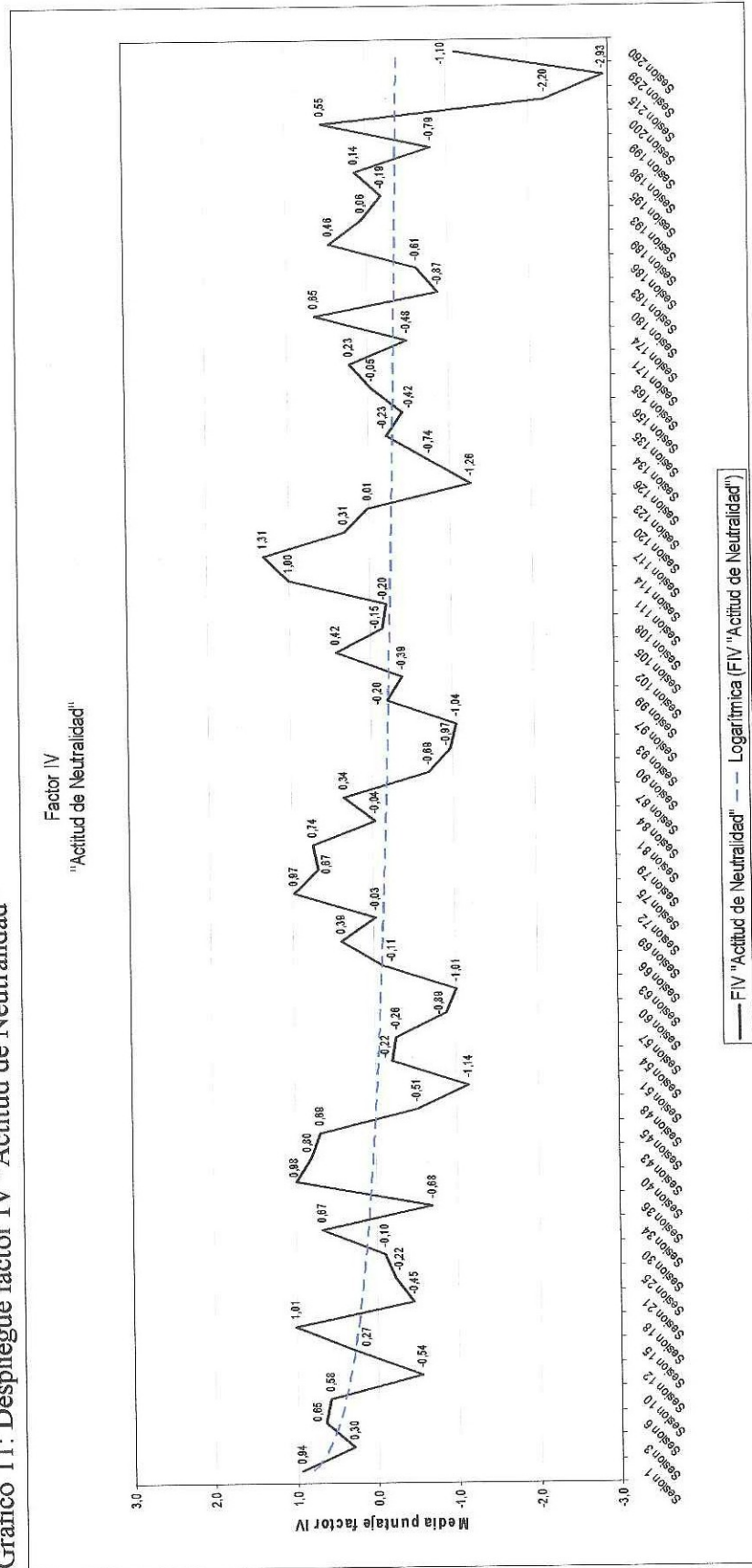
P: (risa) sí, tampoco vamos a exagerar (sonrisa)

T: (incomprensible)

P. y nada (00.13)

a) Despliegue durante el tratamiento:

Gráfico 11: Despliegue factor IV "Actitud de Neutralidad"

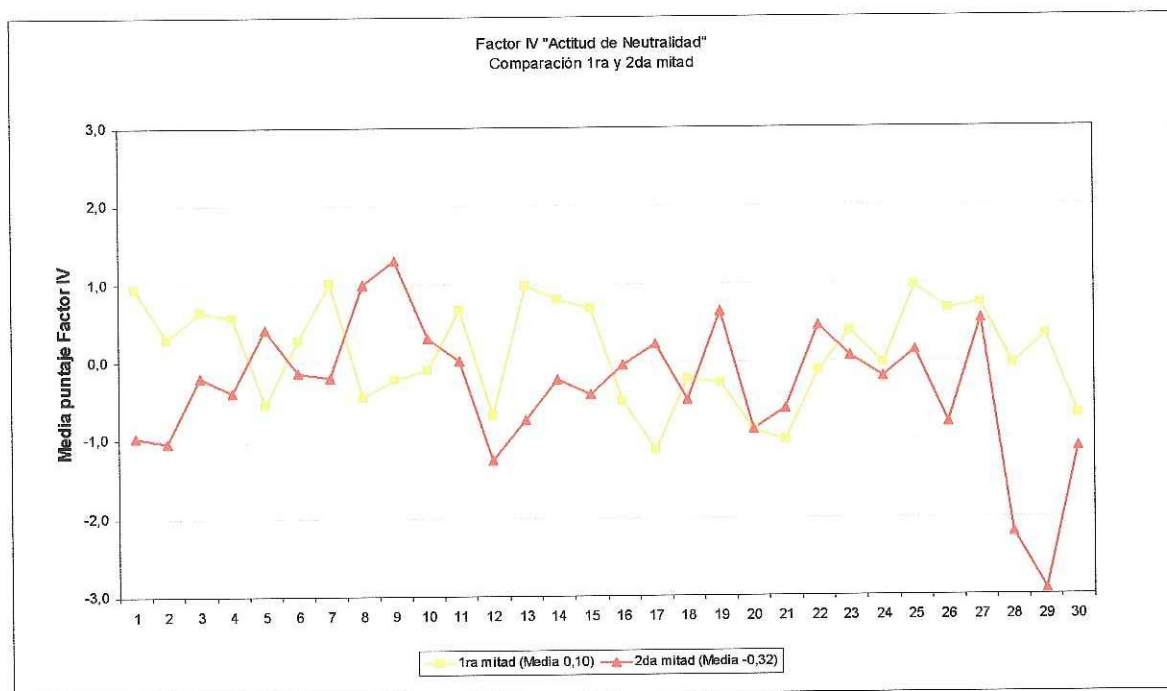


En general, el gráfico destaca la *tendencia decreciente del factor IV* “Actitud de Neutralidad” durante el tratamiento, tendencia que ubica este factor como aquel que más disminuye en su trayectoria, en este sentido es destacable la significativa baja observada hacia el final del tratamiento durante las sesiones 215, 259 y 260. Por otro lado la gráfica nos muestra -a grandes rasgos- cómo tanto valores extremos positivos y negativos del factor tienden más bien a agruparse que a destacar de manera aislada, como se aprecia positivamente en las sesiones 40, 43 y 45, en las sesiones 75, 79 y 81 y sesiones 114 y 117. Fenómeno que también se aprecia en algunos valores negativos significativos tanto en las sesiones 93 y 97 como en las sesiones 215, 259 y 260.

*b) Comparación primera y segunda mitad del tratamiento:*

La partición del muestreo del tratamiento para el Factor IV “Actitud de Neutralidad” entre mitades, con 30 sesiones para la primera y segunda mitad, es expuesta en el siguiente gráfico.

Gráfico 12:



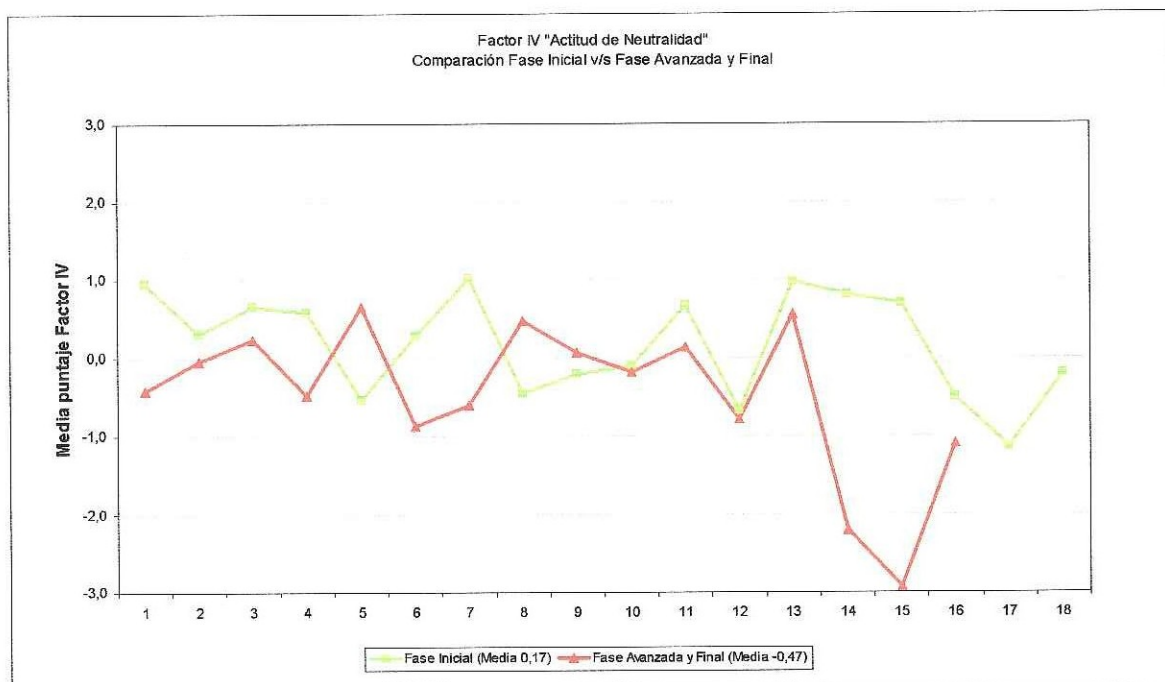
El gráfico anterior nos indica la tendencia a la disminución del factor IV “Actitud de Neutralidad”, tendencia reafirmada por el promedio de 0,10 de este factor para la primera mitad del tratamiento frente al promedio de -0,32 obtenido en la segunda mitad de este, lo que nos indica la presencia de un mayor nivel de “Actitud de

Neutralidad” durante la primera mitad de tratamiento respecto de la segunda mitad en donde resalta nuevamente el notable descenso ocurrido en la parte final del tratamiento.

c) Comparación “fase inicial” v/s fase “avanzada” y “final”:

Por último, la comparación entre la “fase inicial” y el conjunto de las fases “avanzada” y “final” del factor IV “Actitud de Neutralidad”, se expone en el siguiente gráfico.

Gráfico 13:



El gráfico anterior incrementa la percepción de la tendencia a la disminución observada en todos los gráficos anteriores, en este sentido destaca cómo solamente en tres oportunidades los valores de las fases avanzada y final superan a los valores obtenidos por el factor IV durante la fase inicial. Destaca a su vez la notoria diferencia entre los promedios de la fase inicial con un 0,17 frente al promedio de la fases avanzada y final con -0,47, lo que nos muestra cómo en la fase avanzada y final la “Actitud de Neutralidad” se encuentra notoriamente disminuida respecto a la fase inicial.

*d) Comentarios del Factor IV, "Actitud de Neutralidad":*

Algunos comentarios surgen luego de la exposición y desempeño del factor IV "Actitud de Neutralidad". En primer lugar, es destacable la fuerte coherencia intra factor (entre ítems que componen el factor) observada<sup>7</sup> la cual da cuenta de una sensibilidad del instrumento, en este caso para la captura de la dimensión "Actitud de Neutralidad", la cual se refleja por ejemplo en la fuerte relación positiva ( $r=0.65$ ) entre el ítem Q24 "Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación" y Q21 "El terapeuta hace comentarios sobre si mismo", los cuales su vez se relacionan fuerte y negativamente ( $r=-0,63$ ) con el ítem Q93 "El terapeuta es neutral" lo que podría indicar cómo en los evaluadores de las sesiones la idea de "neutralidad" del terapeuta se relaciona con la evitación de hacer comentarios sobre si mismo y con la evitación -en la medida de lo posible- de que los propios conflictos del terapeuta se inmiscuyan en la sesión. Aquí es interesante señalar un comentario que surge durante la revisión de sesiones con baja "Actitud de Neutralidad" y es cómo el terapeuta pierde o abandona su "Actitud de Neutralidad" añadiendo aspectos propios como experiencias extra sesiones, recuerdos personales o utilizando un lenguaje coloquial y social cuando requiere aclarar o destacar aspectos del setting, puntualmente frente a interrupciones o términos del tratamiento -aspecto capturado por los ítems del factor IV-. En otras palabras cuando el terapeuta verbaliza aspectos de interrupciones, cambios de horarios o término del tratamiento lo hace desde una postura evaluada como poco neutral, fenómeno que podría indicar tanto problemas o conflictos internos del terapeuta y/o una actuación del patrón interaccional propuesto por la paciente entre otros aspectos. Por último, respecto a la coherencia intra factor mencionada, la cual junto con señalar la sensibilidad del instrumento sirve a su vez como criterio de veracidad de los factores hallados.

En segundo lugar, resalta la tendencia a agruparse de las evaluaciones máximas y mínimas del factor IV (Gráfico 11, pág. 244), lo cual no puede ser fácilmente atribuible al tipo de muestra seleccionado sino que más bien pueden reflejar la presencia de una dimensión de lenta modulación o cambio, la cual requeriría de períodos más prolongados para su variación o que las puntuaciones máximas de este factor son de lenta modificación, en resumen, que sería una dimensión que cambia lentamente en especial cuando alcanza valores máximos. Por último y en tercer lugar, la ya

<sup>7</sup> Las correlaciones entre los componentes de los Factores I, II, III, IV y V aparecen en el anexo III de la presente investigación

mencionada tendencia decreciente del factor IV es algo destacable, sobre todo al ser el primer factor de los observados que comienza el tratamiento con un significativo alto valor y que finaliza éste con un valor notoria y significativamente bajo.

*Factor V: "Alianza-Proceso Terapéutico"*

Tabla 29: Ítems abarcados por el Factor V.

Ítem Q	Factor V: "Alianza-Proceso Terapéutico"	Carga factorial
055	El paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia.	0,674
084	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	-0,497
072	El paciente comprende la naturaleza de la terapia y lo que se espera de él.	0,468
095	El paciente se siente ayudado.	0,466
004	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	0,452
052	El paciente se apoya en el terapeuta para solucionar sus problemas.	0,445
098	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	0,411
073	El paciente está comprometido con la terapia.	0,369
057	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	0,338
026	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	-0,334
022	El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente.	-0,327

El quinto factor encontrado se denomina "Alianza-Proceso Terapéutico", debido a que una parte de los ítems agrupados por este factor se relacionan con los componentes del constructo "Alianza", el cual es reconocido como un constructo multidimensional con cierto consenso respecto a sus componentes principales<sup>8</sup> (Gaston, 1990), algunos de los cuales se relacionan con los ítems PQS abarcados por este factor. Por otra parte, el factor V comparte su nombre con "proceso terapéutico" dado que también captura elementos que pueden ser asociados con la noción de proceso o avance terapéutico, si bien es sabido -como se ha explicado en el Capítulo V de la presente investigación- la noción de proceso dependerá de la preferencia teórica del terapeuta y en nuestro caso del investigador y lector de esta investigación, no obstante, la concepción asumida de "proceso terapéutico" no puede desprenderse de la vivencia del paciente de dicho proceso, la cual consideramos compartida por las múltiples nociones de proceso y capturada en parte importante por la sensación de sentirse ayudada (Q95) y la comprensión de la naturaleza y lo que se esperaría de ella en terapia (Q72). Por último, el nombre de "proceso terapéutico" es incluido dado que la revisión de las

<sup>8</sup> Gaston (1990) propone que la Alianza es un constructo multidimensional compuesto de cuatro dimensiones relativamente independientes: a) Alianza de trabajo o la capacidad del paciente para mantener un propósito de trabajo en terapia b) La alianza terapéutica o el vínculo afectivo hacia el terapeuta. c) La comprensión empática e involucramiento afectivo del terapeuta (capturado por el Factor I "Actitud Empática") y d) El acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y tareas del tratamiento.

sesiones donde este factor obtiene alta puntuación señalan cómo la paciente se reconoce y siente diferente “mejor” sin tener clara conciencia de porque se encuentra así.

El factor V “Alianza-Proceso Terapéutico” captura una dimensión de la interacción en donde la paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia, comprende la naturaleza, metas y lo que se espera de ella en el tratamiento, experimentando la sensación de sentirse ayudada y comprometida con la terapia, apoyándose en el terapeuta para solucionar sus problemas, focalizándose en la relación terapéutica y disminuyendo sus sentimientos de enojo o agresivos. En resumen, este factor capturaría una dimensión de la interacción paciente-terapeuta imbricada de elementos de alianza y proceso terapéutico.

*Ejemplo del Factor V, "Alianza-Proceso Terapéutico":*

Un ejemplo de la dimensión capturada por el factor V “Alianza-Proceso Terapéutico” se aprecia en el siguiente fragmento de la sesión 198:

T: *Terapeuta* [Santiago]

P: *Paciente* [María]

P: - - m-hm estoy contenta (sonríe) pero no tengo así hoy bueno sí podría tener pero no sé por qué extraña razón - - pues me preocupa menos que otras veces o sea o le doy menos importancia - o he dejado de preocuparme por m-hm o sea antes me preocupaba por todo ahora me voy preocupando por por casi! todo entonces bueno pues estoy nadando en tranquilidad pues que no me lo creo estoy alucinada conmigo misma (ríe) y bueno pues no sé estoy contenta sabes? porque digo bueno pues no sé por qué extraña razón antes pues todo era un problema de proveedores y de clientes me refiero al trabajo no? que eso a mí me amarga mucho, digamos tema de mm (?) o ya, pero si vamos eso eso también pero quizás lo tenía más superado, o sea o - o más controlado el hecho de los enfados con \*PEPE ya las- los tenía más o menos colocados, antes era una discusión y me moría de pena ahora ya bueno esas cosas ya ya no me muerdo tanto de pena bueno que no es que no lo sienta sino que lo controlo lo razono con mi madre con mi familia pues yo creo que: también estoy: cambiando muchas cosas y me preocupan muchas otras cosas que antes por ejemplo pues yo creía que no les daría importancia y - y resulta que les doy más importancia de lo que yo creía y las que son más importantes bueno en fin que me estoy haciendo un lío

T: + / par- parece que que te estás haciendo un lío pero estás diciendo (?)

P: bueno + quieres un chicle? total que: en donde yo trabajo que es donde yo vivo sin vivir en mí porque es que echo el hígado - el otro día por ejemplo tuvimos una grabación paso un marrón pero un marrón de puta madre y \*PEPE me dijo ‘mira \*MARÍA aquí hay dos opciones o continuas tu trabajo o no continuarlo’ y yo claro si

me ves muy triste porque vamos es que si no tienes más que decirme eso macho! (sonríe); creí que llevabas los cascos encendidos, entonces digo yo pero lo que tienes que pensar es que hay - mm dos razones por las que se seguiría o no se seguiría y tú tienes que ver en cuál estás claro digo y de repente me ponía a pensar y vamos a ver \*PEPE me razona todo esto y yo lo razono igual y una de las razones era el vídeo, si no se continua no es! por culpa mía que yo siempre me echo la culpa de todo, siempre pienso que nosotros \*Objetivo [agencia de publicidad propiedad de Pepe y María] tiene la culpa - y desde casa por más vueltas que le doy - - sabes? - y entonces pues no sé como de repente lo maduré de- con madurez lo maduré con madurez (sonríe), y sí vale estoy preocupada porque es una responsabilidad porque es dinero pero estaría más preocupada si hubiese sido un fallo mío ha sido una equivocación suya yo no tengo la culpa yo no: yo puedo responder por mí no puedo responder por los demás entonces bueno pues no sé que antes sabes? antes no: no hubiese sido así antes hubiese sido “joder qué error joder no sé qué” no sé estaría que no viviría no viviría y bueno - - no es que no me importe una mierda pero no sé creo que:

T: (carraspea) (?) has tenido tus más y tus menos pero hay cosas que tienes más claras (?)

P: m-hm

T: (incomprensible)

P: hm

T: (?) + las cosas

P: ¡el! (ríe) como hay más lío +

T: + como como (?)

P: como ahí hay más lío son más:

T: + que hay más que hay más chicha

P: más chicha

T: (?) (carraspea) más chicha (?) y dices vivo sin vivir en mí

P: m-hm

T: (?) vida profesional de cómo te encuentras con ello yo te diría que también tus méritos

P: joder es que además + ahora estamos haciendo \*SANTIAGO

T: a todo eso +

P: estoy preparando uno

T: ah sí?

P: que es que es la hostia

T: hm

P: es un programa para la televisión no sé si va a salir es un proyecto de los: muchos que estamos haciendo, pero cuando te rodeas de mierda todo lo que hay alrededor de tu vida es mierda cuando de repen- de repente encauzas tu vida en ciertas cosas o sea en un continuo trabajo estable, o sea tu estás bien y todo eso viene solo o sea viene solo porque porque tú estás mejor - pues sabes? de repente yo jamás eee hubiese podido pensar que estaría preparando dos proyectos, uno una película y otro un proyecto para una serie de televisión una serie de humor un programa de televisión - sabes? no sé si va a salir pero no importa porque si no sale este saldrán otros, el hecho es que alguien como es la empresa como es la televisión CANAL+ hado la referencia a un agente que quería hacer un programa con la televisión y ahora (?) programa, a que eso es muy importante?

T: por qué es importante?

P: por qué? pues: por- porque - aquí ahora no se discute si yo puedo hacerlo o no se discuten precios los precios que marca \*Objetivo o los precios que marca otra productora, estamos hablando de precios o sea ya no o sea ahí es lo que está claro es que \*Objetivo entra en el en la tiene la capacidad de hacer esto sino no entraría ni si quiera en el presupuesto

T: (incomprensible)

P: m-hm

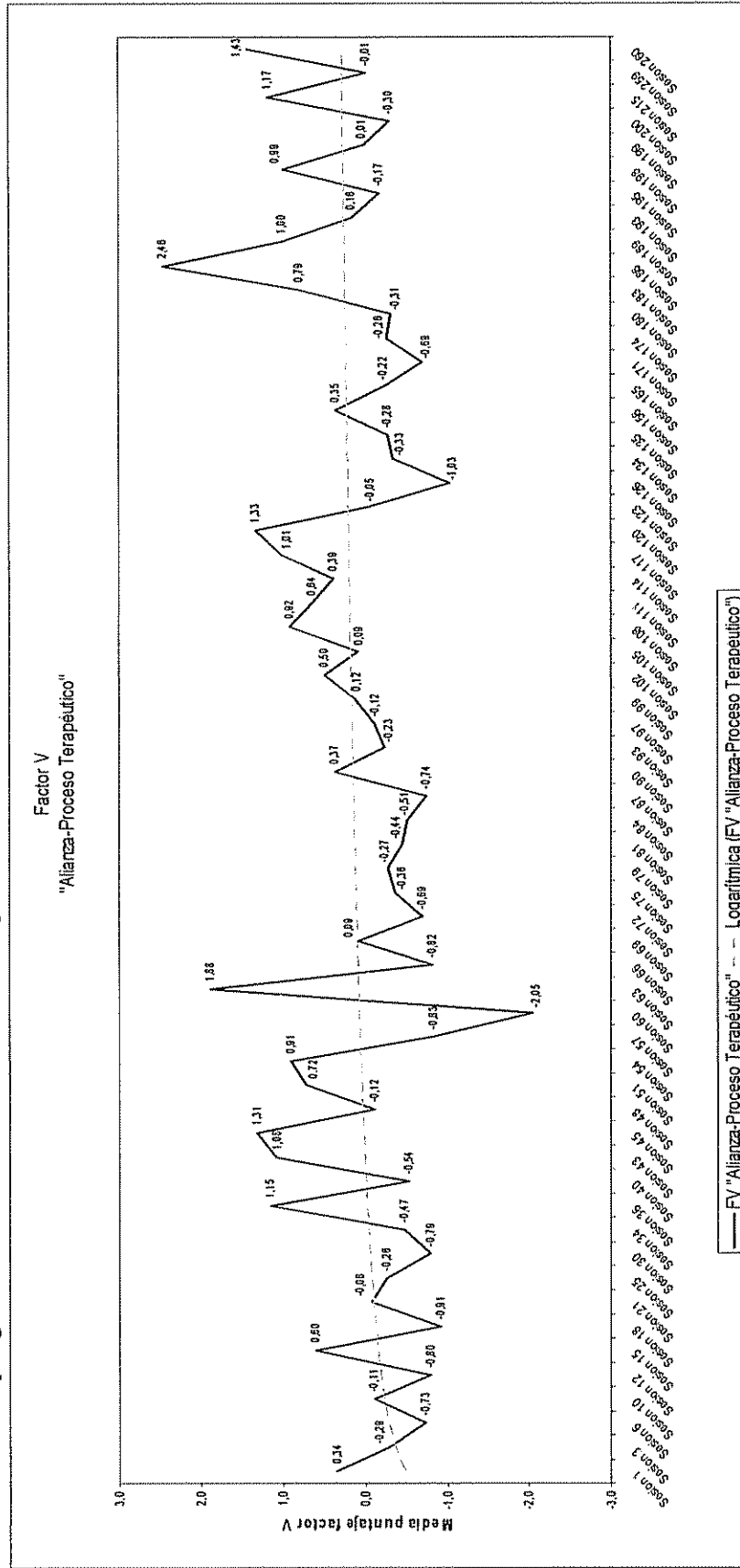
T: (?) tienes la capacidad

P: claro! es que (carraspean) antes este proyecto lo hubiese tenido que hacer \*PEPE, yo no sería capaz este proyecto lo hago yo! no necesito a \*PEPE para nada o sea no necesito: vamos si pero que lo estoy haciendo yo que no necesito estar pendiente de \*PEPE, lo que \*PEPE haga o que \*PEPE diga cuando se pone no pero + entonces claro

*a) Despliegue durante el tratamiento:*

El despliegue del Factor V “Alianza-Proceso Terapéutico” se aprecia en el Gráfico 14, el cual muestra la puntuación media de este factor a lo largo del tratamiento

Gráfico 14: Despliegue factor V "Alianza-Proceso Terapéutico"

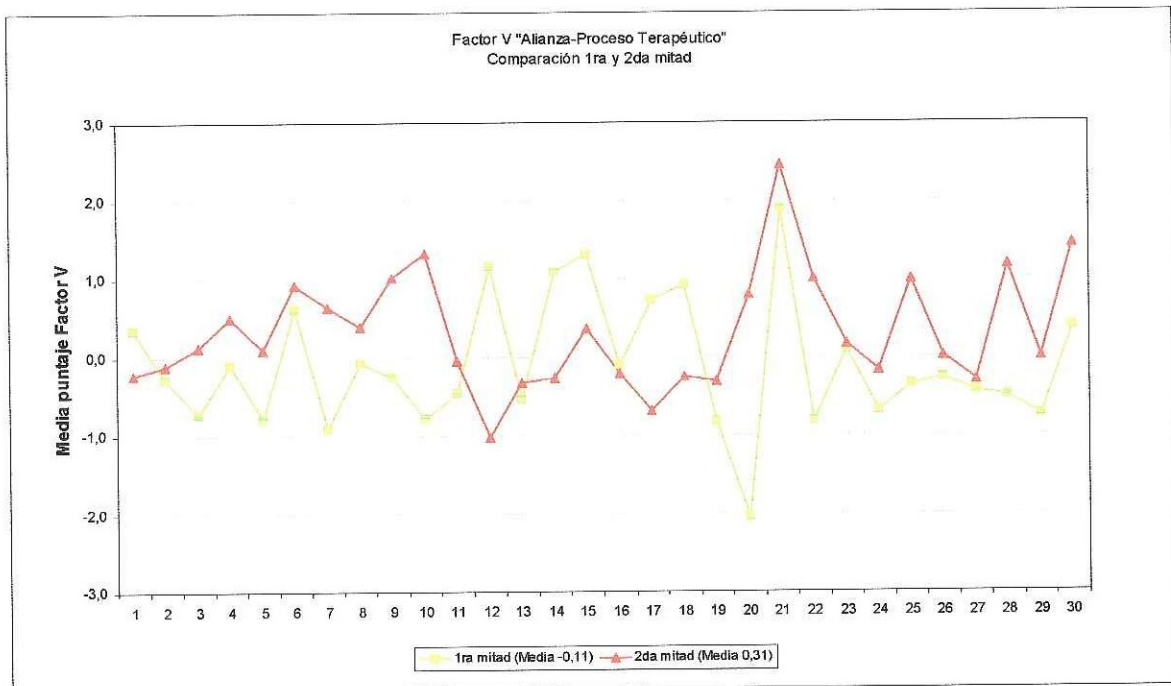


La gráfica anterior nos muestra como en el despliegue del factor V “Alianza-Proceso Terapéutico” existe una *tendencia al aumento* durante su trayectoria, donde resalta la mayor presencia de valores significativos positivos (13) frente a los valores significativos negativos (9). La línea de tendencia logarítmica expone claramente la tendencia al aumento mencionada, la cual debe destacarse pues es el único factor de la presente investigación que aumenta a medida que transcurre el tratamiento. Junto a esta tendencia al aumento se aprecia a su vez la falta de agrupación de las puntuaciones extremas, al respecto, destaca la presencia exclusiva de puntuaciones significativas negativas durante el comienzo del tratamiento (Bloques I y II) y la presencia exclusiva de puntuaciones significativas positivas al final del tratamiento (Bloques XIV, XV, XVI y XIX) lo cual remarca la aceleración positiva del factor V “Alianza-Proceso Terapéutico”.

*b) Comparación primera y segunda mitad del tratamiento:*

La partición del muestreo del tratamiento para el Factor V en mitades, con 30 sesiones para la primera y segunda mitad, es expuesta en el siguiente gráfico.

Gráfico 15:



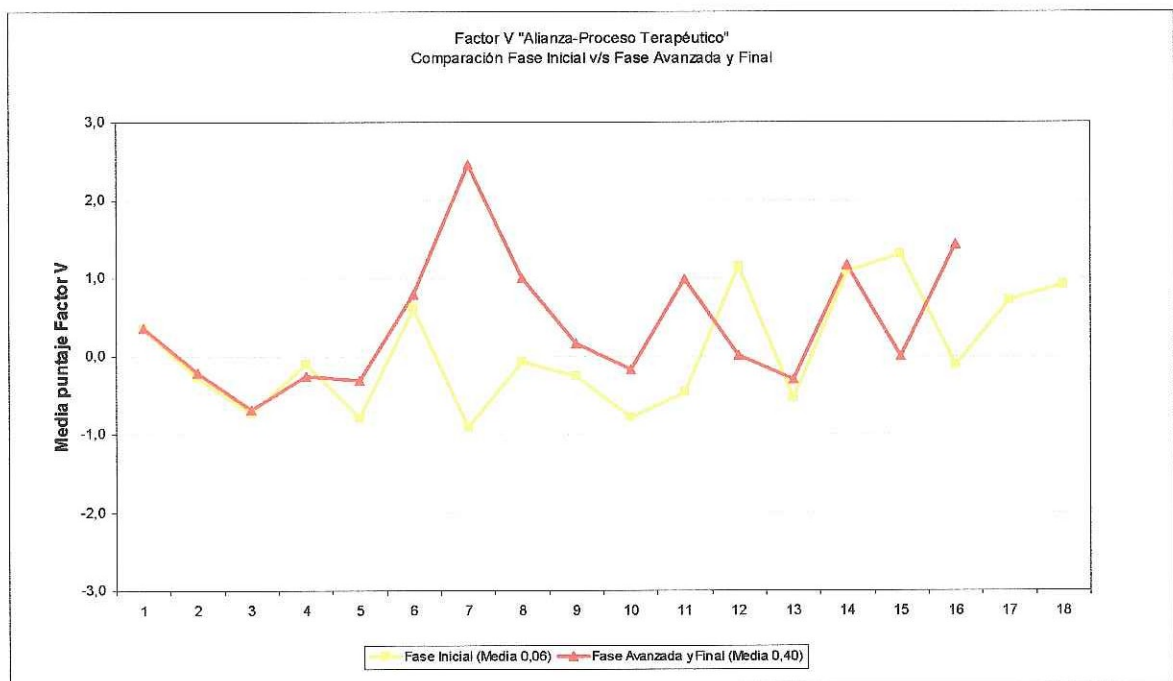
La comparación expuesta entre la primera y segunda mitad del tratamiento aumenta la percepción de la tendencia al aumento del factor V “Alianza-Proceso Terapéutico” tendencia reafirmada por el promedio de -0,11 para la primera mitad del

tratamiento frente al promedio de 0,31 obtenido en la segunda mitad, además, se observa la notoria presencia de ocho puntuaciones negativas significativas durante la primera mitad de tratamiento frente a sólo una puntuación negativa significativa en la segunda mitad, fenómeno también apreciado -en menor medida- en las puntuaciones significativas positivas del factor V, donde sólo cinco puntajes positivos aparecen en la primera mitad de tratamiento frente a ocho en la segunda mitad. Todo lo cual indica la presencia de un mayor nivel de “Alianza-Proceso Terapéutico” durante la segunda mitad de tratamiento en comparación con la primera mitad.

c) *Comparación “fase inicial” v/s fase “avanzada” y “final”:*

Por último, la comparación entre la “fase inicial” y el conjunto de las fases “avanzada” y “final” del factor V “Alianza-Proceso Terapéutico”, se expone en el siguiente gráfico.

Gráfico 16:



En la comparación de la fase inicial frente a las fases avanzada y final del factor V se remarca la tendencia al aumento de este factor, comparación donde se destaca la presencia de cinco puntuaciones negativas significativas en la fase inicial frente a la ausencia de este tipo de puntuaciones en las fases avanzada y final. Por otra parte la notoria diferencia entre el promedio de 0,06 alcanzado por el factor V en la fase inicial

frente al promedio de 0,40 de las fases avanzada y final remarcan la tendencia al aumento de este factor en el transcurso del tratamiento.

*d) Comentarios del Factor V, "Alianza-Proceso Terapéutico":*

En primer lugar, es necesario señalar que independiente de la priorización de los elementos de la "Alianza" o "Proceso" del factor V este nos indica cómo ambos componentes están mezclados y funcionan -en última instancia a nivel matemático- como una totalidad imbuida e influida por ambos. Por otra parte se aprecia un factor coherente tanto a nivel teórico como a nivel empírico, A nivel teórico general se asume que tanto la "alianza" como el "proceso" terapéutico es algo que se desarrolla en el transcurso de una psicoterapia, sobre todo si esta se puede denominar "buena" psicoterapia independiente de lo que entendamos por ello, la coherencia con el nivel empírico -que es lo que destacamos- radica en que ambos fenómenos son incipientes o casi inexistentes al comienzo y primeras etapas del tratamiento, fenómenos que al final de éste -dependiendo de su desempeño- estarán presentes en mayor o menor grado. Lo anterior, teóricamente propuesto, es algo sistemática y empíricamente observable en este estudio, dado que el factor V "Alianza-Proceso Terapéutico" muestra un nivel incipiente en los comienzos del tratamiento, nivel que gradualmente aumenta a medida que el tratamiento transcurre. En otras palabras y sobre simplificando el factor V podemos afirmar que a medida que el tratamiento transcurre la sensación de sentirse ayudada (Q95) -como quiera que se justifique teóricamente- aumenta en la paciente pero no sólo esto sino que esta vivencia esta relacionada tanto con el compromiso con la terapia (Q73) como con la comprensión de la naturaleza de la terapia y lo que se espera de la paciente (Q72).

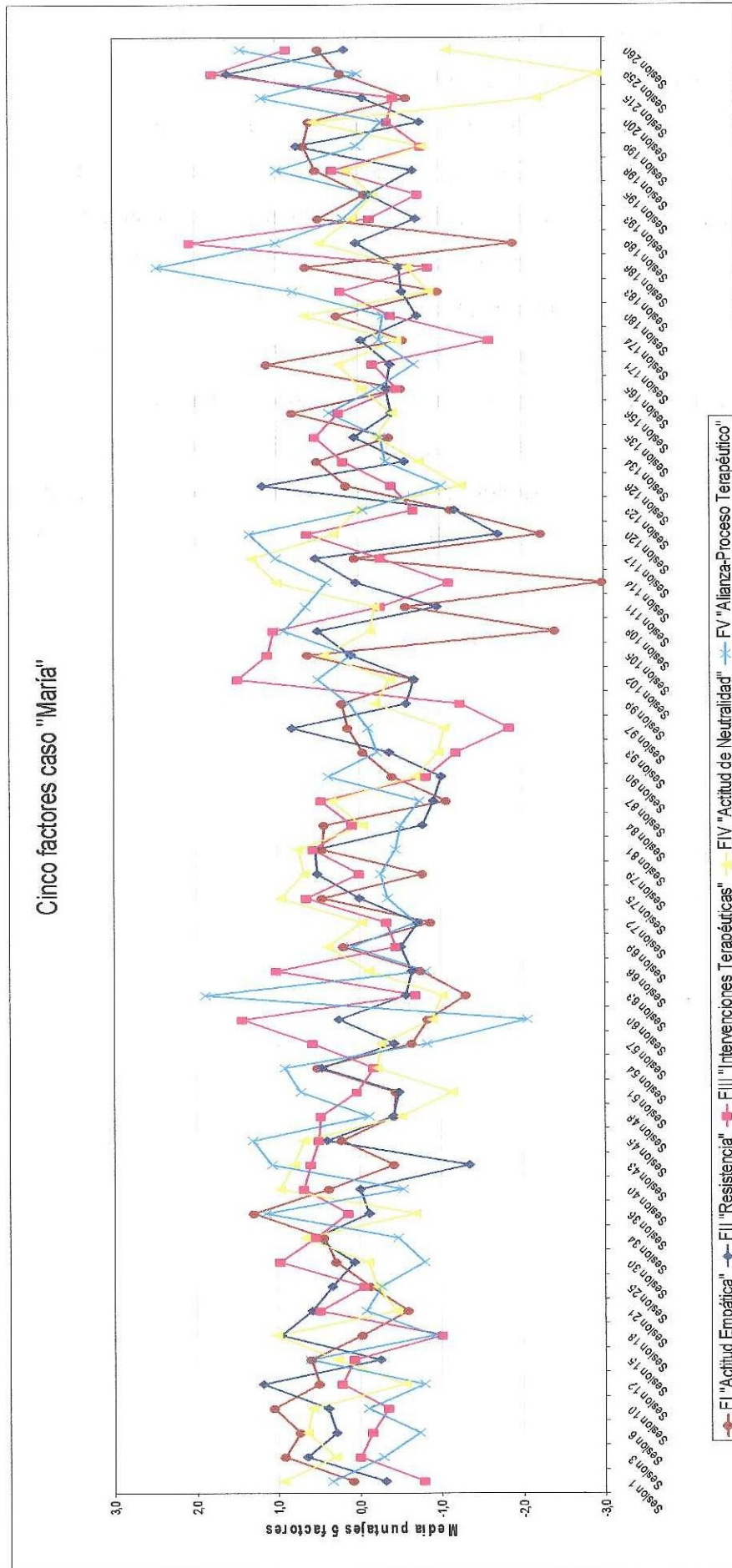
Por último, en este nivel empírico, también se aprecia la coherencia del factor V con otras investigaciones en psicoterapias psicoanalíticas, pues su aparición es coherente con otras investigaciones que señalan el papel central de este factor en el estudio de proceso terapéutico (William, P., Strupp, H., Schacht, T. & Gaston, G. 1994), lo que indica que la aparición de este factor -mediante un análisis factorial- es coherente con la tendencia actual en investigaciones de proceso terapéutico.

Un segundo comentario desde el interior de los ítems que componen el factor V "Alianza-Proceso Terapéutico" (Anexo III), es resaltar la hegemonía -al obtener los

mayores niveles de correlación entre componentes del factor V- de la vivencia de sentirse ayudada de la paciente (Q95), la cual está fuerte y positivamente relacionada ( $r=0.60$ ) con la percepción de estar comprometida con la terapia (Q73) y ( $r=0.50$ ) con la comprensión de la naturaleza de la terapia y lo que se espera de ella (Q72). Por otra parte, la vivencia de sentirse ayudada no se encuentra claramente relacionada ( $r=0.14$ ) con el apoyo en el terapeuta para solucionar sus problemas (Q52) ni ( $r=0.27$ ) con la focalización en la relación terapéutica (Q98).

Con la exposición del factor V "Alianza-Proceso Terapéutico" terminamos la exposición de los cinco factores principales hallados vía análisis factorial en la presente investigación, a continuación expondremos la gráfica de los cinco factores referidos y su despliegue en las sesiones evaluadas, luego de lo cual detallamos algunos comentarios finales con lo cual terminamos el presente capítulo de resultados

Gráfico 17: Despliegue factores caso "María"



### *Comentarios generales del análisis de los factores:*

Luego de exponer independientemente los cinco factores encontrados (Tabla 25, pág. 210; Tabla 26, pág. 220; Tabla 27, pág. 229; Tabla 28, pág. 238 y Tabla 29, pág. 249) en la presente investigación y su despliegue durante el tratamiento (Gráfico 02, pág. 215; Gráfico 05, pág. 224; Gráfico 08, pág. 233; Gráfico 11, pág. 244 y Gráfico 14, pág. 253) en estudio, surgen algunos comentarios, en primer lugar, destaca la escasa presencia de ítems propios de la interacción terapéutica (por ej. Q12 “Ocurren silencios durante la hora de sesión” o Q39 “Hay una cualidad competitiva en la relación”) en todos los factores encontrados, hecho que tal vez pudiera reflejar el formato de exposición de las horas de terapia -transcripción literal- utilizado, el cual vuelve difícil pesquisar los elementos interaccionales, elementos fundamentalmente asentados en fenómenos noverbales de comunicación que en la verbalización transcrita de lo dicho en las sesiones.

En segundo lugar, el análisis de las trayectorias de los cinco factores encontrados muestra una oscilación en sus valores y diferentes tendencias, factores que podemos dividir en aquellos con una tendencia a la aceleración negativa durante el transcurso del tratamiento como es el caso de los factores I “Actitud Empática”, II “Resistencia” y IV “Actitud de Neutralidad”, este último con la mayor disminución observada. Los demás factores, en general, no muestran una tendencia a la disminución, encontrándose que el factor III “Intervenciones Terapéuticas” más bien tiende a mantenerse estable durante el tratamiento. Exclusivamente la dimensión IV “Alianza-Proceso terapéutico” muestra un incremento o aceleración positiva durante el tratamiento.

En tercer lugar, las tendencias mencionadas se ratifican mediante el análisis comparativo realizado en cada factor encontrado (comparación fase inicial versus fases Avanzada y final y comparación primera mitad del tratamiento versus segunda mitad) comparaciones que resaltan las tendencias de los factores ya mencionados.

De las tendencias señaladas es necesario destacar algunas relaciones observadas entre los factores obtenidos, como es el caso del factor II “Resistencia” y el factor III “Intervenciones Terapéuticas” los cuales en general muestran un comportamiento opuesto, es decir, que el aumento de “Intervenciones Terapéuticas” se puede asociar a la disminución del factor II “Resistencia” y viceversa. También es destacable e interesante la presencia discreta y constante del factor II “Resistencia” el cual -destaquemos- tiende

a disminuir durante el tratamiento, fenómeno a resaltar dado el interés clínico que posee el factor "Resistencia".

Otro fenómeno a subrayar es la tendencia a disminuir del factor "Actitud de Neutralidad" el cual es uno de los factores que comienza con uno de los valores más altos dentro de los factores y que muestra la tendencia más marcada a la disminución de todos los factores hallados, esto es un fenómeno que sorprende pues se esperaría teóricamente una tendencia estable de la actitud de neutralidad a lo largo del tratamiento, que sin embargo, no se pudo observar lo cual pudiera dar cuenta de una creciente vinculación o relación de familiaridad que limita o impide el mantenimiento de una "Actitud de Neutralidad" tal como se percibe en el comienzo del tratamiento. Este fenómeno se acentúa en la parte final del tratamiento, donde alcanza los niveles más bajos de "Actitud de Neutralidad". Es en esta parte final del tratamiento donde se remarca la tendencia antagónica del factor "Alianza-Proceso Terapéutico" factor marcado por su tendencia al aumento durante el tratamiento que debemos destacar al ser el único factor que aumenta durante el transcurso de la psicoterapia y que da cuenta principalmente de la sensación de la paciente de sentirse ayudada por el tratamiento, factor que obtiene sus mayores valores durante la parte final de este (sesiones 183-259).

El hecho de la notoria disminución del factor III "Actitud de Neutralidad" durante la etapa final del tratamiento y el también notorio aumento del factor V "Alianza-Proceso Terapéutico" durante la misma etapa final de tratamiento, pudiera estar dando cuenta de la interferencia de elementos propios de una relación de familiaridad en los componentes del factor V "Alianza-Proceso Terapéutico".

---

CAPÍTULO OCTAVO

*Conclusiones*



## INTRODUCCIÓN CAPÍTULO OCTAVO

---

*“Tensiones entre el oro puro del análisis y sus aplicaciones han sido siempre un problema... Veo el psicoanálisis como un faro central que ilumina e informa todas las formas de psicoterapia analítica, y que por medio de la luz es que las psicoterapias dinámicas navegan en diversas naves a variadas distancias de la roca sobre la que se emerge el faro. Nosotros necesitamos tanto a los devotos cuidadores de la luz del faro como a los duros y listos marineros preparados para explorar en aguas extrañas. En vez de la frecuente tendencia a polarizarse en desprecios de unos a otros, fallando en reconocer que cada uno depende y necesita a los otros” (Pedder, 1989 citado por Wallerstein 1995b)*

---

El presente capítulo expone las conclusiones obtenidas tanto de la primera parte como de la segunda parte de la presente investigación. Recordemos que cada parte posee un objetivo diferente, por lo cual, se han agrupado las conclusiones generadas en cada una de ellas en un apartado distinto como una forma de exposición más ordenada.

Recordemos que la primera parte de este estudio se abocó al intento de clarificar y establecer puntos en común y diferencias entre el tratamiento psicológico en adultos denominado “psicoanálisis” y aquellos tratamientos denominados “psicoterapias psicoanalíticas”. Por otro lado, la segunda parte de este estudio tuvo por objetivo la indagación, caracterización y descripción del proceso psicoterapéutico en una psicoterapia desde una perspectiva fiable y cuantitativamente observable que permitiera definir aquellos aspectos del proceso psicoterapéutico del paciente, del terapeuta y de la interacción entre ambos, factibles de ser identificados y sistemáticamente rastreados de una manera formal y sistemática. Ambos objetivos principales serán la guía para la exposición de las conclusiones generadas a partir de los resultados obtenidos por este estudio.

## *I Conclusiones primera parte, “Psicoanálisis - Psicoterapia Psicoanalítica”*

### *1.- Esquema propuesto*

La primera de las conclusiones obtenidas durante la revisión y exposición de autores, definiciones, propuestas de diferencias y de relaciones entre el psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas, reseñadas en la primera parte del presente estudio (capítulos I al IV), es la elaboración y propuesta de un esquema que permite comprender, clarificar y relacionar la información referente a las diferencias y relaciones entre ambas formas de tratamiento.

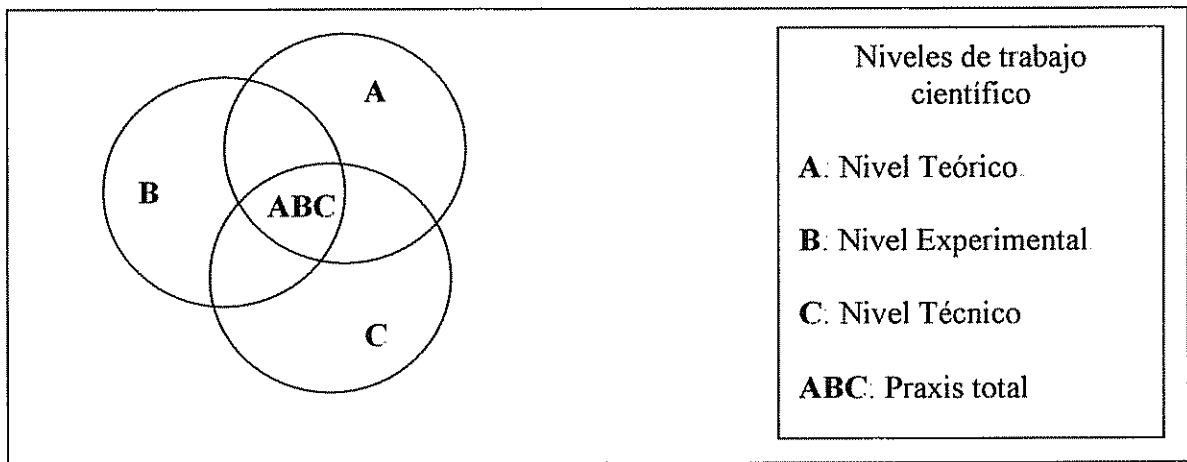
Antes de plantear el esquema propuesto, es necesario recalcar que todo esquema inevitablemente conlleva una pérdida de información en su uso, lo que a primera vista pudiera considerarse una sobre simplificación del conocimiento, sobre todo en esta compleja área del saber que es el psicoanálisis, sin embargo, un esquema nos permite ordenar y manejar amplios niveles de información y sobre todo observar las relaciones y variaciones que en ellos se producen, en nuestro caso el desarrollo de las relaciones y diferencias del psicoanálisis con la psicoterapia psicoanalítica. Es necesario insistir que un esquema es una representación gráfica de una propuesta, no la propuesta en sí. Es como la representación gráfica de un territorio en un mapa, el cual no es el territorio mismo.

El esquema propuesto considera la propuesta de Musso (Musso, J. 1970), quien plantea que en cualquier ciencia se pueden distinguir tres niveles de trabajo, con sus correspondientes niveles de conocimiento: Teórico (A), Experimental (B) y Técnico (C), y que la actividad científica estaría caracterizada por la interrelación de estos tres niveles. Siguiendo a este autor, caracterizamos al nivel (A) denominado “Teórico” como el nivel de las representaciones simbólicas y manejo de símbolos que utilizaría para su trabajo, elementos requeridos por la labor intelectual como son razonamiento, imaginación, memoria y los medios destinados a mejorarlos. El nivel (B) que él denomina “Experimental” se caracterizaría por ser el nivel donde se ejecutan las propuestas formuladas en el nivel teórico (A) y que utilizaría principalmente elementos para actuar sobre el mundo (sistema perceptivo-motor) mediante intervenciones que se ajusten a las ideas y proyectos del nivel teórico (A). Por último, el nivel (C)

denominado “Técnico” estaría caracterizado por ser el nivel de aplicación de las ideas, es decir, la actividad concreta dirigida a transformar algo de acuerdo con esas ideas.

Para Musso, la interacción del trabajo en los tres niveles mencionados constituye el nivel máximo de la realización científica, interacción que constituiría el nivel de la *praxis total*, donde el conocimiento del mundo, alcanzado mediante la investigación científica sistemática, reafirma su validez a través de su eficacia para transformar el mundo mediante el trabajo concreto. La propuesta de Musso es representada en la siguiente figura:

*Figura 1: “Representación de los niveles de trabajo de la actividad científica”*



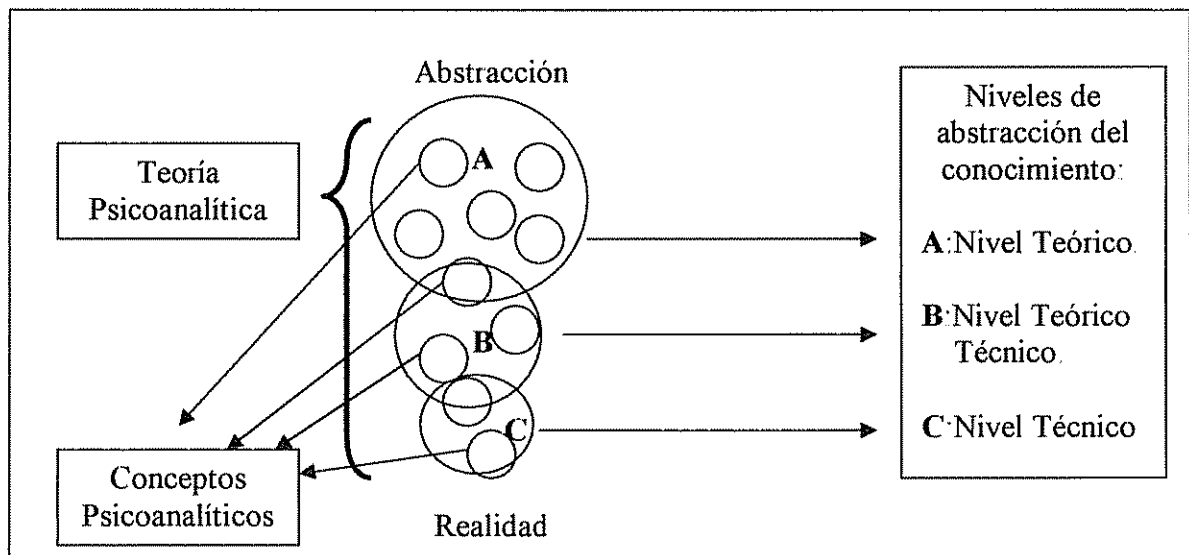
(Musso, J. 1970)

El esquema que concluimos modifica la propuesta de Musso en base a los siguientes puntos: Primero, no existiría un nivel experimental “B” sin un nivel teórico abstracto “A” que lo sustente. Segundo, los niveles de trabajo tendrían necesariamente asociados niveles de conocimiento basados principalmente en el nivel de abstracción de sus conceptos, como serían el “conocimiento teórico” propio del nivel (A), el “conocimiento teórico técnico” que sistematizaría la técnica y sería propio del nivel (B) y el “conocimiento técnico” propio del nivel (C). Tercero, en la propuesta teórica de Freud se muestra una unión inseparable entre tratamiento e investigación, por lo cual el nivel “B” no podría estar desligado del nivel “A” ni del nivel “C”. Por último, los tres niveles del trabajo científico y el conocimiento asociado a ellos, no tendrían un

desarrollo uniforme en psicoanálisis, específicamente consideramos que existe un hiperdesarrollo del nivel teórico abstracto<sup>1</sup>, es decir, del nivel “A”.

Con las modificaciones antes propuestas, podríamos -a grandes rasgos- esquematizar y representar gráficamente la teoría psicoanalítica, como aparece en la Figura N°2, con el fin de comprender y comparar las propuestas de diferenciación y relación del psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas. Para ello, se han agrupado los conceptos psicoanalíticos -en base al nivel de abstracción de estos- en los tres niveles de conocimiento propuestos

*Figura N°2 “Representación esquemática de la Teoría Psicoanalítica”*



La elaboración y propuesta de este esquema es una de las conclusiones principales de la primera parte de este estudio. Dicho esquema es propuesto como referencia para mostrar las diversas proposiciones de relación y diferenciación del psicoanálisis con la psicoterapia psicoanalítica.

<sup>1</sup> “La teoría y la práctica han estado progresando en pasos muy diferentes, con la práctica cambiando solamente en formas menores en contraste con los grandes pasos que han dado las teorías. Una visión muy realista de esto se puede obtener observando el hecho de que en un solo volumen se puede registrar lo que podría englobar la mayor parte de los avances técnicos en la disciplina (por ejemplo: Clarkin, Kernberg y Yeomans, 1999; Greenson, 1967; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr y Appelbaum 1989; Luborsky, 1984). Sin embargo, no podría pensarse que una sola persona pudiera elaborar un registro lo suficientemente integrado y profundo y que pudiera ser fiel a todos los enormes desarrollos teóricos que han tenido lugar en los últimos 100 años. La discrepancia en las velocidades en que progresan la teoría y la práctica es preocupante y sería difícil de entender, si no fuera por la relativa independencia de estas dos actividades.” (Fonagy, P. 2002)

Comenzando con la propuesta de diferenciación de Freud, que representa un período hegemónico de elaboración y desarrollo de la teoría Psicoanalítica, podemos concluir que su intención fue claramente diferenciar su método de tratamiento, finalmente llamado Psicoanálisis, de los demás métodos de tratamiento, especialmente de aquellos que utilizó y desechó para la construcción teórica del psicoanálisis, como son la sugestión hipnótica y la simple sugestión, así como de las variaciones propuestas por algunos colaboradores cercanos a él.

En su propuesta de diferenciación, y a modo de conclusión, quisiera destacar tres hitos. El primero de ellos -ya mencionado- es la necesidad de clarificar y caracterizar su técnica durante su temprano desarrollo, principalmente diferenciándola de la hipnosis y la sugestión.

El segundo hito, enlazado al anterior, es la necesidad de formalizar criterios y características para su técnica terapéutica, como se aprecia en las indicaciones y contraindicaciones de su técnica (Freud, 1905a), siendo en este momento donde Freud, a nuestro parecer y a modo de conclusión, une el conocimiento adquirido y desarrollado hasta el momento sólo a una técnica particular de tratamiento llamada Psicoanálisis, al igual que la teoría que la sustenta y al método de investigación que la generó (Freud, 1923a), unión para algunos inseparable, que será la base de los futuros debates sobre el tema “psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica”. Esta unión de la teoría psicoanalítica a una forma exclusiva de tratamiento, es lo que posteriormente será llamado como “Psicoanálisis riguroso” (Freud 1919a), “Psicoanálisis clásico”, “análisis”, “cura tipo” o “cura estándar”, metaforizada además como “*el oro puro del análisis*” (Freud, 1919a) o “*Psicoanálisis riguroso*” (Freud, 1919a). Esta forma de vinculación de los tres niveles (teórico, teórico-técnico y técnico) observada en Freud, es la esencia con la cual se compara y diferencia a las psicoterapias psicoanalíticas.

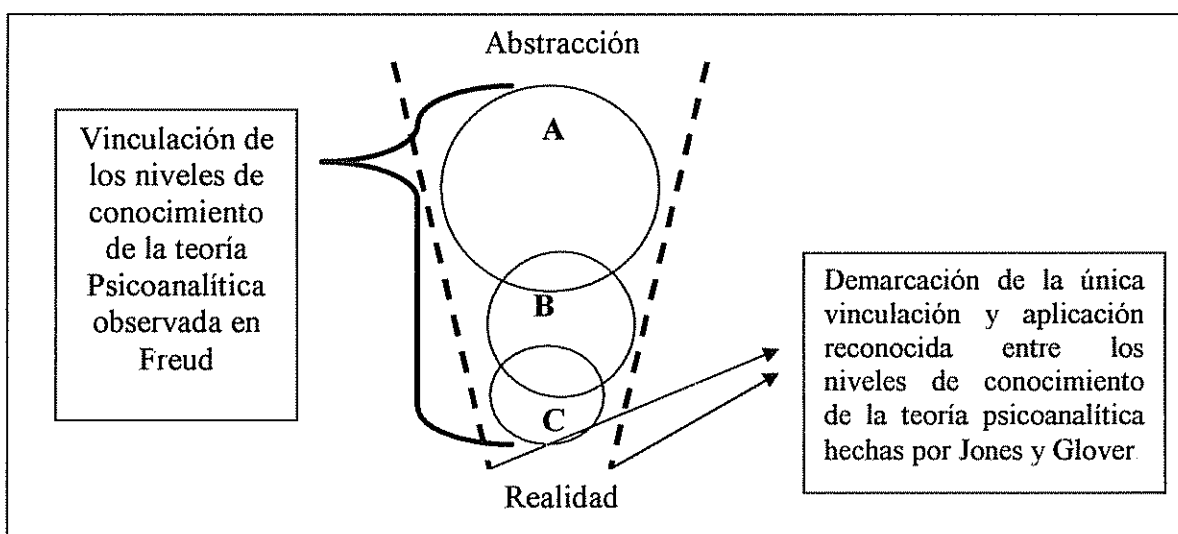
El tercer hito, es un reflejo de las presiones sociales hacia el psicoanálisis y la forma de trabajo de Freud, quien reconoce las limitaciones de su “técnica clásica” y la necesidad de innovación y desarrollo de otras variedades técnicas distintas de “la técnica clásica” para diversos tipos de pacientes (Freud 1919a).

Concluimos que el intento de diferenciación de Freud con los hitos y características mencionados, están insertos dentro de un período de desarrollo, consolidación y validación de la teoría Psicoanalítica, y que en ese contexto están plenamente justificados. El problema surge cuando sus seguidores intentan mantenerlos y reforzarlos, generando una visión mas bien totalitaria que no responde al avance en el

conocimiento psicoanalítico ni a la aplicación de este conocimiento desde otra perspectiva. Estos intentos de diferenciación fueron llevados al extremo “dicotómico” (Capítulo I, pág. 30-32) por sus seguidores, afectando significativamente el desarrollo de nuevas aplicaciones clínicas del conocimiento analítico obtenido y por obtener, como por ejemplo, en la consideración de los aspectos afectivos y relacionales presentes en la situación analítica y obviamente en la concepción de la psicoterapia psicoanalítica.

La propuesta de diferenciación de Freud, llevada al esquema propuesto sobre los niveles de conocimiento, nos muestra una forma única de unión de la teoría psicoanalítica, en la cual su nivel más abstracto representado por el nivel “A” contendría conceptos metapsicológicos, como por ejemplo la teoría pulsional, la concepción tópica del aparato psíquico entre otros conceptos. Este nivel “A” estaría ligado a una única teoría de la técnica de tratamiento, caracterizada por la transferencia, resistencia y la “neurosis de transferencia” en el paciente y por la atención parejamente flotante y neutralidad del analista, ubicada el nivel “B”, nivel que a su vez estaría unido a un nivel técnico de intervención “C”, caracterizado por la hegemonía de la técnica interpretativa dentro del encuadre analítico del encuentro, lo cual aparece representado en la figura N°3, donde además se representan las propuestas de seguidores cercanos como Ernest Jones y Edward Glover de remarcar esta forma de vinculación

*Figura N°3: “Representación de las propuestas diferenciadoras de Freud, remarcada por Jones y Glover”*



La propuesta de Freud vincula de una manera única los niveles del conocimiento que conformarán la teoría psicoanalítica, quedando ésta acotada a una única forma de

tratamiento clínico conocida como “método clásico o estándar”, “análisis” o “psicoanálisis propiamente tal”, el cual, durante la vida de Freud, se desarrolló generando características que lo diferenciaban de los demás métodos de tratamiento. En la figura anterior se aprecia además la demarcación propuesta por Jones y Glover, que será la base de la visión dicotómica de “psicoanálisis - psicoterapias psicoanalíticas”, que se traduce gráficamente en que lo situado al interior de esas demarcaciones se considerará psicoanálisis y lo exterior a ellas serán sólo derivados de la sugestión, lo que supone que la teoría psicoanalítica más abstracta no debería aplicarse en el terreno clínico de otra forma que no sea la reconocida por Freud y claramente remarcada por Jones y Glover (Capítulo I, pág. 30-32).

Las limitaciones de la propuesta mencionada de Freud, ya diferenciada de otras formas de tratamiento, comenzó a mostrar problemas para su aplicación en pacientes no adecuados a los requisitos formalizados por él, pacientes frente a los cuales los psicoanalistas no tenían mucho que ofrecer. También surgen problemas en la aplicación de la técnica clásica, en pacientes adecuados al método psicoanalítico clásico, especialmente por la duración y costo asociado a dicha técnica clásica. Sumado a todo lo anterior, aumenta la presión de la sociedad por tratamiento psicoanalítico tanto para las personas afectadas por la segunda guerra mundial, como para las personas de menor nivel socioeconómico. Estos aspectos llevan a la célebre conferencia de Freud de Budapest en 1918, donde reconoce las limitaciones de “la” técnica psicoanalítica clásica, poniendo sus esperanzas en la modificación de ésta, especialmente en el trabajo emprendido por Ferenczi.

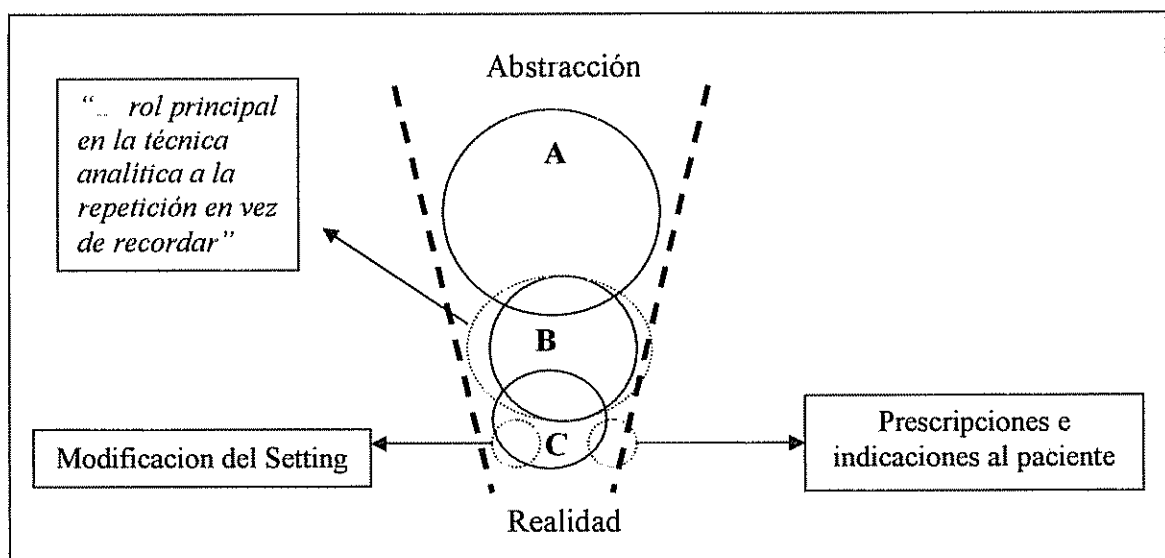
### *Modificaciones propuestas por Ferenczi*

Ferenczi lleva a cabo “experimentos analíticos”, modificando aspectos del setting en pacientes adecuados o no para la técnica psicoanalítica, dando por ejemplo órdenes o sugerencias directas de conducta a los pacientes, llegando a desarrollar lo que llamará “técnica activa”. De Ferenczi es necesario destacar -dicho muy sintéticamente- que sus modificaciones siempre apuntaron a mejorar la técnica clásica y que todas las modificaciones debían, en última instancia, ser analizadas clásicamente, con lo cual Ferenczi -en un comienzo- no se propone una nueva forma de aplicación de la teoría psicoanalítica sino que sólo será una base de lo que posteriormente se denominarán

“parámetros”. No obstante, sus modificaciones comienzan a confrontar aspectos poco apreciados por la concepción clásica de Freud, como aspectos afectivos asociados a la situación analítica, los cuales según Ferenczi debían atemperarse para conseguir un nivel óptimo de trabajo. Esto implicó un duro revés hacia la teoría clásica, ya que se proponía el abandono momentáneo de la neutralidad analítica, aspecto esencial y característico del método y técnica clásico. Con ello sus modificaciones, que sólo apuntaban a un nivel técnico, comienzan a modificar aspectos de la teoría de la técnica clásica, produciéndose importantes aportes que luego serán desechados por los seguidores de la teoría clásica psicoanalítica. Para nuestros fines, Ferenczi se adhiere a los planteamientos diferenciadores de Freud y al igual que él, considera que todo lo que no esté dentro de las especificaciones de la técnica clásica, salvo que sea temporal como su propuesta, es sugestión, además busca detalladamente diferenciar su técnica activa - concebida como técnica esporádica y auxiliar de la técnica clásica- diferenciándola de la sugestión.

Aplicando en nuestro esquema las propuestas de Ferenczi, podemos observar cómo sus modificaciones en un nivel técnico demandan desarrollos o adaptaciones del nivel teórico técnico que puedan sustentarlas, como por ejemplo el papel central de la repetición más que el recuerdo, a diferencia de lo planteado en la técnica clásica. Sin embargo, sus modificaciones se mantienen aún dentro de los límites de la concepción freudiana, claramente remarcada por Jones y Glover, del tratamiento psicoanalítico clásico, principalmente gracias al carácter auxiliar y esporádico de ellas.

Figura Nº4. “Representación de las modificaciones introducidas por Ferenczi con la técnica activa”



El presente esquema representa algunas de las modificaciones introducidas por Ferenczi en la aplicación clásica del psicoanálisis. Se aprecia que modificaciones concretas en el nivel técnico (C), como cambios en el setting, así como prescripciones o prohibiciones de conducta por parte del analista hacia el paciente, están cada vez más lejos de lo reconocido como válido por la técnica clásica, las cuales son representadas por círculos punteados en el nivel técnico (C) de la teoría psicoanalítica. Al introducir estos cambios en un nivel técnico, se aprecia la necesidad de extender o ampliar la teoría de la técnica clásica para poder sustentarlos dentro de la teoría de la técnica (B), modificaciones que en este nivel apuntaron principalmente a otorgar un papel central a la repetición más que al recuerdo y al abandono momentáneo de la neutralidad técnica del analista y que fueron esporádicas y auxiliares, por lo que han sido representadas con una ampliación punteada del nivel teórico técnico en la teoría psicoanalítica.

### *Autores pioneros de la Psicoterapia Psicoanalítica*

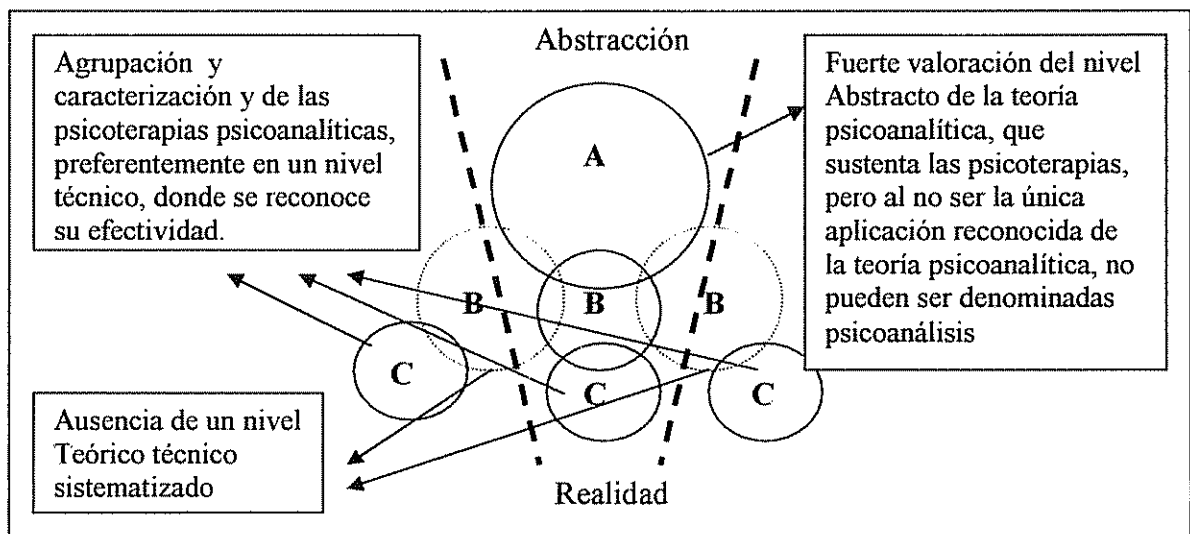
Los primeros autores que se refieren a la psicoterapia psicoanalítica, como Maxwel Gitelson, Robert Waelder, Lawrence Kubie, y Bernard Berlinger, están en general más cercanos a la concepción dicotómica de las psicoterapias. Ellos fundamentalmente dan cuenta del fenómeno emergente y generalizado de la aparición de las psicoterapias psicoanalíticas especialmente en Norteamérica, a grandes rasgos, sus propuestas sólo tienden a describir y agrupar aquello que ocurre con las psicoterapias psicoanalíticas en un nivel técnico (C), buscando destacar que estas psicoterapias, si bien son llevadas a cabo por psicoanalistas y se basan en la teoría abstracta psicoanalítica, no son psicoanálisis. Sus esfuerzos continúan en la línea de diferenciar entre lo que hemos visto, como la única vinculación-aplicación reconocida de la teoría psicoanalítica en el campo clínico llamada psicoanálisis, y estas psicoterapias orientadas psicoanalíticamente que recordemos, no serían psicoanálisis.

En la descripción de las psicoterapias realizadas por estos autores, se aprecia una discontinuidad en los niveles de conocimiento. La descripción de ellas son principalmente en un nivel técnico y laxamente vinculadas al nivel abstracto de la teoría psicoanalítica, el cual es muy valorado por otorgar el carácter “racional” a estas psicoterapias, además, este nivel abstracto las ilumina u “orienta”. La discontinuidad aparece al no contar con una clara teoría de la técnica que sistematice el actuar en el

nivel técnico, pareciera que el nivel teórico técnico es único y exclusivo de la cura tipo, los escasos aspectos teórico técnicos que aparecen son característicos de la psicología del yo. En conclusión, se aprecian esfuerzos por agrupar y detallar lo que ocurre en las psicoterapias psicoanalíticas principalmente en un nivel técnico, sin el necesario desarrollo del nivel teórico técnico que sustente estas psicoterapias, además, se aprecia en ellos un reconocimiento del nivel teórico abstracto que sería imprescindible para la utilización de las psicoterapias psicoanalíticas. No obstante, los intentos de agrupación y caracterización de las distintas formas de psicoterapias permitirá el incipiente desarrollo del nivel teórico técnico en ellas.

Llevando las propuestas de los autores anteriores a nuestro esquema, podemos observar lo siguiente:

*Figura Nº5 "Representación de los primeros intentos caracterizadores de las psicoterapias psicoanalíticas"*



En resumen, en estos primeros autores se reconoce y valora la presencia de psicoterapias inspiradas en la teoría psicoanalítica abstracta y practicadas por psicoanalistas, pero que no son psicoanálisis, ya que difieren claramente de la cura clásica establecida y que no pueden ser asimiladas a meras variaciones de la teoría de la técnica clásica, es decir, psicoterapias basadas sólo en la teoría psicoanalítica abstracta. Estos autores realizan propuestas de agrupación y detalle principalmente de técnicas de intervención con un desarrollo incipiente -caracterizados por aspectos de la psicología del yo- de una teoría de la técnica propia, diferente a la teoría de la técnica clásica que

pueda sustentar las fuertes modificaciones técnicas realizadas, como por ejemplo manipulaciones del ambiente del paciente.

### *Propuestas de Robert Knight*

Es Knight quien reúne las incipientes propuestas de agrupación y caracterización de las psicoterapias psicoanalíticas y es el primero en reconocer como psicoanalíticas a las psicoterapias basadas en la teoría psicoanalítica que no son psicoanálisis, proponiendo una clasificación fuertemente aceptada de ellas basada en los objetivos de cada una. Las clasifica desde el extremo *expresivo* que sería el psicoanálisis hasta el extremo de *apoyo* que serían las psicoterapias de apoyo, con lo cual la concepción dicotómica predominante se amplía, incluyendo como psicoanalíticas desde las psicoterapias expresivas hasta las psicoterapias de apoyo dentro del paradigma psicoanalítico. Además, desarrolla un nivel de sistematización a la teoría de la técnica de las psicoterapias, escaso en ese tiempo, el cual no es sólo sugestión ni sentido común como se vislumbraba en los autores anteriores. Para Knight, el nivel teórico técnico estará basado en principios psicoanalíticos y se caracterizará por una diversidad de objetivos, como a) la reconstrucción y apoyo de los mecanismos de defensa y medios adaptativos del paciente, en las psicoterapias de apoyo, y b) en descubrir y expresar el material psicológico inconsciente y preconscious, base de los síntomas del paciente, en las psicoterapias expresivas. Knight propone, además, que el psicoterapeuta puede variar su modalidad de tratamiento en este continuo, en base a las necesidades del paciente.

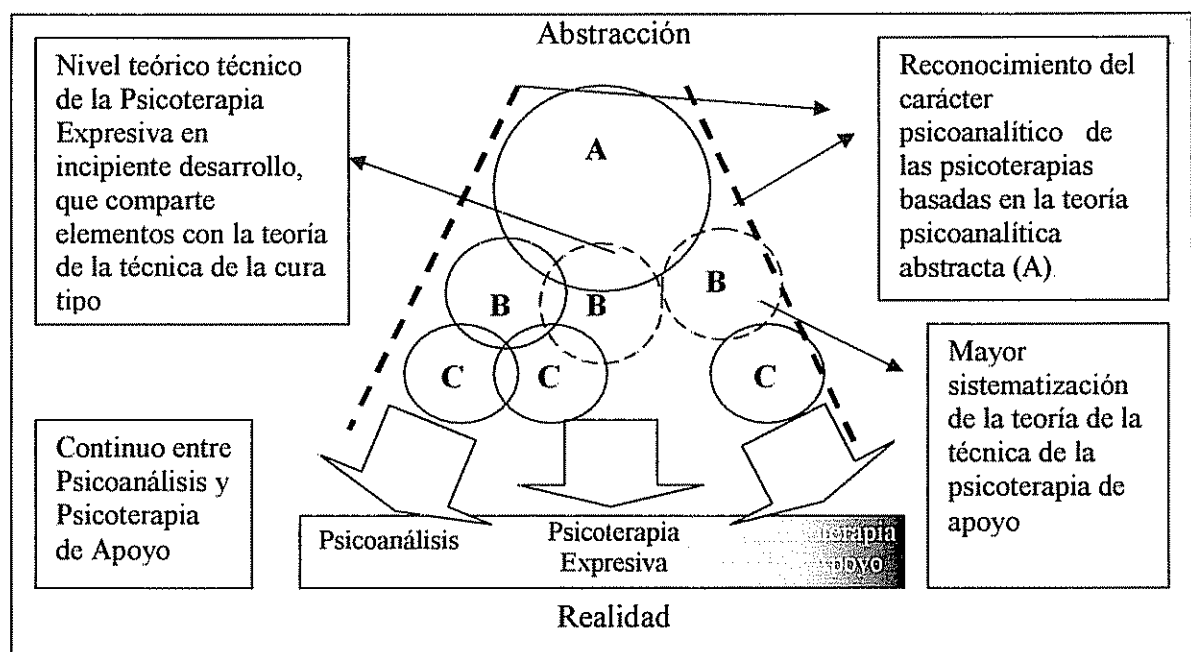
Pareciera que Knight representa un momento fundamental en la evolución de las psicoterapias psicoanalíticas, donde frente a la cada vez mayor y recurrente imposibilidad de aplicar la única -y para muchos la mejor- forma de aplicación del psicoanálisis como es la cura clásica, se plantea la siguiente disyuntiva: por un lado, si acepta que la cura clásica es la única forma de aplicación de la teoría psicoanalítica, y al no poder aplicarse, sería mejor derivar al paciente a otras formas de tratamiento no basadas en la teoría psicoanalítica -ya que la mejor y única forma de aplicación de esta teoría es inviable para el paciente-, con lo cual sería mejor dejarlo en manos de otros paradigmas psicoterapéuticos que frente a dudosas aplicaciones de la teoría

psicoanalítica. Si se hubiera optado por esto, el psicoanálisis habría quedado reducido a un grupo muy escogido de pacientes, muy similar al grupo en el que nació.

Por otro lado, la alternativa es reconocer la validez de la cura clásica pero no reduciendo toda aplicación, en el terreno clínico de la teoría psicoanalítica, a una única forma de tratamiento. Dejando así alternativas para la aplicación clínica de la teoría psicoanalítica abstracta, aplicaciones que tuvieran un valor semejante a la aplicación clásica de la teoría psicoanalítica. Este fue el camino tomado por Knight, quien busca, en todo caso, una coherencia entre el nivel técnico, los objetivos pretendidos y la teoría abstracta en las psicoterapias psicoanalíticas. Nuestra crítica a la propuesta de Knight es que vincula demasiado la teoría de la técnica de las “psicoterapias expresivas” (una forma de psicoterapias psicoanalíticas) a un evento específico cercano de la vida actual del paciente, que luego aparecerá en Gill como “presión suficiente”, lo que aproxima demasiado la psicoterapia expresiva a la intervención en crisis.

La propuesta de Knight es llevada a nuestro esquema obteniendo la siguiente figura (Nº6):

*Figura Nº6. “Propuesta de clasificación de Knight para las psicoterapias psicoanalíticas”*



El esquema de la propuesta de Knight, nos permite observar cómo su agrupación de las psicoterapias -desde el extremo expresivo representado por el psicoanálisis hasta el extremo de las psicoterapias de apoyo-, son concebidos bajo la teoría psicoanalítica

más abstracta, a pesar de no compartir en el caso de la psicoterapias de apoyo elementos de la teoría de la técnica clásica ni elementos técnicos de intervención, lo cual permite generar gradualmente su propia teoría de la técnica, siempre basada en la teoría psicoanalítica

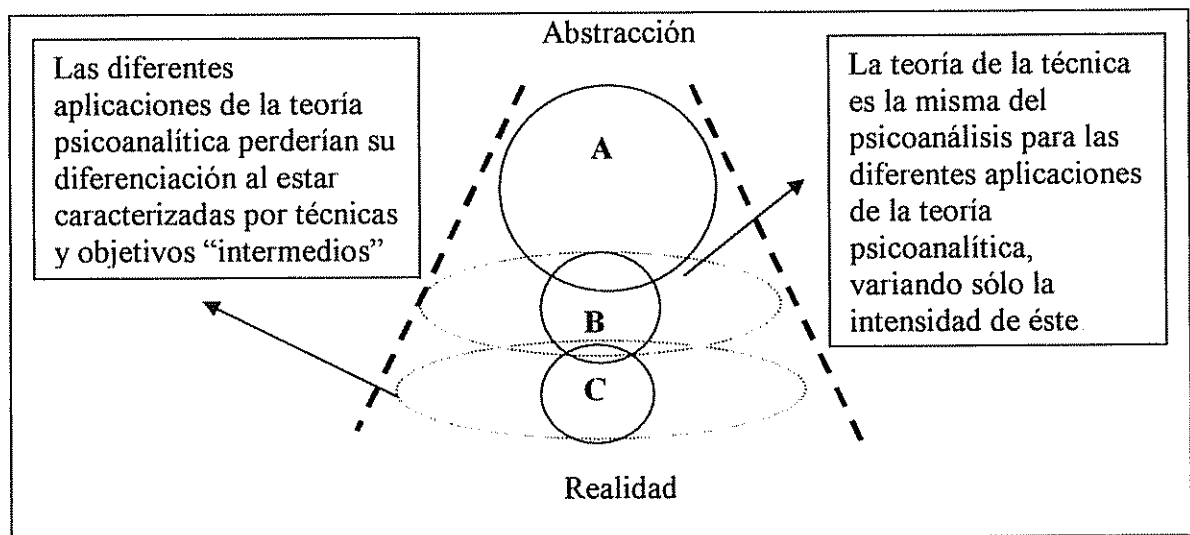
Como se aprecia, Knight fué el primero en reconocer el carácter psicoanalítico de otras formas de intervención emanadas de la teoría psicoanalítica, que claramente no corresponden a la cura tipo -también llamada psicoanálisis-, pero que sí están vinculadas a la teoría psicoanalítica, rompiéndose la visión dicotómica que planteaba que sólo existía el psicoanálisis entendido como cura tipo y derivados de la sugestión, lo que se representa por la ampliación del espectro comprendido entre la delimitación hecha por Jones y Glover sobre lo planteado por Freud.

### *Propuestas diferenciadoras*

Siguiendo con los autores “diferenciadores”, es decir, a aquellos que se esfuerzan por marcar claras diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, destaca fundamentalmente la propuesta de Gill del año 1954, donde su definición de psicoanálisis ha sido la más aceptada y referencia para diversos autores: “*El psicoanálisis es esa técnica que, utilizada por un analista neutral, conduce al desarrollo de transferencia regresiva y a la resolución consiguiente de esta neurosis por medio, únicamente de las técnicas de interpretación*” (Gill 1954). Su propuesta, a diferencia de los demás autores, si bien reconoce la diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, dicha diferencia es fundamentalmente cuantitativa, es decir, de grados o niveles de presencia de los elementos incluidos en su definición de psicoanálisis -que luego serán los llamados *criterios intrínsecos* (Capítulo III, pág. 67)- y que estarían presentes en todas las psicoterapias psicoanalíticas con distinta intensidad, es decir, más diluidos. La intensidad de estos elementos reflejaría los diversos objetivos y técnicas de las psicoterapias. Estos elementos comunes a todas las psicoterapias psicoanalíticas, incluido el psicoanálisis en donde estarían de la manera más intensa o pura, estarían sistematizados en su actuar por la teoría de la técnica clásica. Sin embargo, Gill da importantes aportes a la teoría de la técnica, propia de las psicoterapias psicoanalíticas expresivas, al plantear que éstas estarían apuntadas a resolver los “conflictos derivados” no el conflicto central y que con ello se producen

alteraciones intrayóicas importantes. Como crítica a lo propuesto por Gill, planteo que en esta visión la psicoterapia psicoanalítica queda convertida en un derivado diluido del psicoanálisis, y el psicoanálisis es la mejor forma de tratamiento existente dentro de la teoría psicoanalítica, mostrando una visión sesgada de lo que ocurriría dentro del tratamiento psicoanalítico, vinculada sólo al efecto mutativo de la interpretación clásica de los conflictos neuróticos, no considerando aspectos relacionales ni afectivos. En otras palabras, Gill atribuye excesiva importancia a los aspectos interpretativos transferenciales, que marginan la atención de otros fenómenos presentes en la situación analítica.

Figura Nº7 "Representación de la propuesta de Merton Gill del año 1954"



El esquema muestra como la propuesta de Gill del año 1954 tiende a borrar las diferencias entre el psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas, al ser estas diferencias sólo un tema cuantitativo, compartiendo además, de la misma manera cuantitativa, una sola teoría de la técnica, que se puede aplicar completamente sólo en el psicoanálisis y en menor medida en las psicoterapias psicoanalíticas, donde el terapeuta puede por ejemplo mantener una relativa neutralidad, trabajar con la transferencia pero no en un nivel regresivo y sin neurosis de transferencia. Una propuesta similar aparece actualmente con Kernberg, quien plantea la diferenciación del psicoanálisis de las psicoterapias psicoanalíticas en base a tres elementos: "Interpretación, análisis de la transferencia y neutralidad técnica" (Kernberg 1978, 1999), tomados de la definición de Gill de psicoanálisis, los cuales, al igual que la propuesta de

Gill, se basan en la intensidad de la presencia de ellos para establecer las diferencias entre el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia de apoyo.

La modificación de sus propuestas anteriores, hechas por Gill el año 1984, apuntan a acotar severamente lo que se considera la esencia distintiva del trabajo psicoanalítico -lo que Gill llamó análisis de la transferencia- el cual, realizado según su propuesta e independiente de los criterios extrínsecos, sería el sello distintivo que diferenciaría el psicoanálisis de la psicoterapia psicoanalítica. Con dicho planteamiento existiría sólo una aplicación reconocida y válida de la teoría psicoanalítica, que podría aplicarse ampliamente ya que se ha liberado de sus limitaciones vinculadas a los criterios extrínsecos y elementos intrínsecos, reduciendo severamente la posibilidad de una psicoterapia psicoanalítica distinta del psicoanálisis. Nuestra crítica a esta reformulación de Gill continúa siendo su exclusiva vinculación del proceso analítico exitoso al exclusivo análisis de la transferencia, no profundizando en aquellos elementos que permiten que el “análisis de la transferencia” pueda desarrollarse.

Las propuestas “difuminadoras” de las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas, que en un comienzo de los debates al respecto fueron una minoría, representaron incipientemente una tendencia que hoy -en base a la evolución de la teoría psicoanalítica, búsqueda de diferenciaciones claras, investigación empírica de procesos terapéuticos- representan una tendencia mayoritaria que considera que las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas no son claras y que la tendencia histórica, como lo planteara Alexander el año 1954 muestra una difuminación de las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Además hoy en día se plantea que no existen psicoanalistas que practiquen el psicoanálisis puro, reconociéndose ampliamente la intervención de elementos expresivos o interpretativos junto a elementos de apoyo en cualquier proceso terapéutico exitoso, incluso reconociéndose la necesidad de elementos de apoyo o relacionales para la obtención de buenos resultados terapéuticos. Sin embargo, es necesario destacar que la mayoría de las propuestas teóricas de estos autores agrupados como “difuminadores”, no tuvieron la proliferación ni el desarrollo de otras propuestas, como las de algunos autores diferenciadores, quedando muchas veces su empeño no diferenciador unido únicamente a la observación de la práctica clínica concreta.

El esquema planteado es tal vez complicado pero posee la ventaja de permitir organizar y estructurar las propuestas de los diversos autores en el terreno de la

búsqueda de diferencias, evitando la confusión de sus planteamientos y permitiendo a su vez observar las carencias y sus implicaciones recíprocamente

## *2.- Corolario primera parte del estudio*

Desde las muy variadas perspectivas utilizadas para abordar el tema de las diferencias y relaciones entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, no existe ninguna que no reconozca el valor concreto, es decir, la utilidad en la práctica clínica cotidiana, de la psicoterapia psicoanalítica en cualquiera de sus modalidades. Este reconocimiento del valor de la psicoterapia psicoanalítica aparece como una idea recurrente en los diversos autores revisados, la cual ha recorrido un camino extenso y no sin fuerte controversia. Concluimos que la base del reconocimiento de la psicoterapia psicoanalítica ha sufrido un camino largo que comienza sustentando sus logros en la simple sugestión, luego en el sentido común, posteriormente en base a la educación, para comenzar luego con el desarrollo de una teoría de la técnica propia dentro de la teoría psicoanalítica, basada en un comienzo en “apoyo” y restauración de los mecanismos de defensa, con una visión peyorativa de su actuar más vinculada a cambios superficiales y conscientes. Posteriormente, amplía su base teórica apoyándose en los “conflictos derivados” y los “fragmentos patológicos transferenciales”, que han permitido sustentar sus logros clínicos desde una perspectiva psicoanalítica clásica, descubriéndose posteriormente variables paralelas y simultáneas a la transferencia, de fuerte importancia para el éxito terapéutico.

El camino de reconocimiento de la psicoterapia psicoanalítica es distinto al recorrido por la técnica clásica psicoanalítica. La psicoterapia psicoanalítica surge inserta en un ambiente clínico y cultural marcado por escuelas psicológicas y tuvo su gran rival en el establishment psicoanalítico y sus intentos por monopolizar la aplicación clínica en adultos de la teoría psicoanalítica, pese a ello fue fundamental para el reconocimiento de la psicoterapia psicoanalítica -a diferencia de la técnica clásica- su marcado interés por la investigación empírica de sus resultados, donde el proyecto Menninger de investigación la impulsa a un lugar igualitario con la técnica clásica. Este espíritu de validación empírica ha hecho posible que la discusión respecto a sus diferencias y relaciones con el psicoanálisis no cayera sólo en una descalificación mutua

o se llevara a terrenos excesivamente abstractos. Al respecto, y como término de esta conclusión, la validación y verificación empírica de la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica, ha llevado a la constatación de que la teoría psicoanalítica en general pueda ser aplicada de diversas maneras en el terreno clínico terapéutico sin que estas aplicaciones sean de menor valor que la aplicación tradicional reconocida por Freud, caracterizada por ser una forma de aplicación altamente restringida. Además, la validación de las psicoterapias psicoanalíticas ha permitido que la teoría psicoanalítica se mantenga presente en los actuales contextos de atención terapéutica, cada día más masificados y altamente competitivos.

El reconocimiento de la psicoterapia psicoanalítica ha acarreado, paradójicamente, intentos y propuestas actuales de restringir su aplicación a psicoanalistas formados en institutos psicoanalíticos, quienes estarían, desde esta postura institucional, más capacitados para su correcta aplicación. Incongruentemente la formación impartida en dichos institutos no contempla aún formación específica en psicoterapias psicoanalíticas, con lo cual estas propuestas mantienen el mito destacado por los autores revisados, en la creencia de que un psicoanalista formado clásicamente sabría todo lo necesario para ejercer la psicoterapia psicoanalítica, siendo necesario cuestionar si esa formación, dadas las características actuales de las psicoterapias psicoanalíticas, sería contraproducente.

Una conclusión que se observa, es que sí existen diferencias entre el psicoanálisis (como quiera definirse) y la psicoterapia psicoanalítica. Ahora bien, estas diferencias poseen un nivel poco significativo, debido principalmente a las nuevas propuestas teóricas que han enriquecido la situación clínica tanto por reconocer la presencia no neutral del analista como por la valoración y concepción de los elementos afectivos presentes en la situación clínica, lo cual ha difuminado gradualmente las diferencias entre ambas modalidades, por lo que dichas diferencias cada vez son menos significativas y no sirven para mantener una clara delimitación entre ambas modalidades de tratamiento, que comparten principalmente el nivel abstracto de la teoría psicoanalítica. Asimismo, es difícil establecer una diferencia más significativa entre ambas modalidades de tratamiento debido a que la definición de psicoanálisis no posee un consenso claro ni establecido que, además, sobrepasa el nivel terapéutico de intervención. Por otra parte, las definiciones de las psicoterapias psicoanalíticas, en general, poseen un sentido técnico u operacional que limita la posibilidad de comparación entre ambas modalidades. Cuando han aparecido definiciones

medianamente consensuadas, las diferencias entre ambas adquieren un carácter más notorio que permite una delimitación más nítida entre ellas. Es necesario además, cuando se plantean posturas diferenciadoras entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, conocer en qué nivel se plantean dichas diferencias, ya que es común plantearlas sólo en un nivel o confundir los niveles del conocimiento cuando se intenta comparar ambas modalidades, siendo importante no olvidar que ellas comparten una base teórica abstracta y que difieren entre sí principalmente en los niveles teórico-técnicos y técnicos, la confusión de dichos niveles durante la comparación ha sido base de paradojas.

Otra conclusión apreciable es que los debates respecto a las diferencias y relaciones entre estas modalidades de tratamiento, han permitido la identificación de aspectos no reconocidos, o considerados de poca importancia, presentes en la situación clínica fundamentales para el logro o éxito terapéutico, como es el caso de los aspectos relacionales o de apoyo.

Independiente de la modalidad de tratamiento desarrollada, el desarrollo de listas de técnicas de apoyo de Knight (Capítulo III, pág. 56-58) y Alexander (Capítulo IV, pág. 113), entre muchas otras, buscan dar directrices de cómo tratar con una nueva variable, paralela y simultánea a la transferencia, la que ha recibido diversos nombres: nueva experiencia, relación interpersonal, afectividad de la transferencia, etc

Finalmente, una última inferencia que sería necesario investigar más adelante es: dado que las diferencias existentes encontradas por la presente investigación muestran ser poco significativas como para poder sostener claramente una notoria diferenciación entre el psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas ¿porqué se busca marcar y destacar estas diferencias en general bastante leves y cambiantes? Las respuestas escapan a las consideraciones abarcadas en la presente investigación y podrían extraerse en parte de aspectos sociales e institucionales, como el estatus asociado al concepto de psicoanalista frente al de psicoterapeuta psicoanalítico. En diversos contextos se asocia el mayor tiempo de preparación, la selectividad y costo de la formación del psicoanalista, con un mejor desempeño de la labor clínica, a pesar de no existir indicadores medianamente claros de qué significa una mejor o buena labor clínica para un psicoanalista. En todo caso, la formación de los psicoterapeutas psicoanalíticos se encuentra poco sistematizada y formalizada, no existiendo un referente claro de su formación, lo cual va en desmedro del estatus de psicoterapeuta psicoanalítico. Este aspecto del estatus asociado a la formación clínica recibida alienta la exaltación y

descalificación mutua de ambas formas de tratamiento. En segundo lugar, y muy vinculado al punto anterior, aparece el fuerte proceso de identificación que produce en los candidatos a psicoanalistas la estructura de formación impartida en los institutos psicoanalíticos donde, además de la formación teórica, el proceso de análisis didáctico implica una identificación con la imagen de analistas y con la vinculación que muchas veces implica lealtades a una comunidad psicoanalítica, las que pueden llevar a una idealización y dogmatismo de ciertos conocimientos adquiridos. Sería ingenuo considerar que sólo las bases emocionales del estatus de psicoanalista frente al de psicoterapeuta psicoanalítico sería lo que alienta la exaltación de las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Junto a estos factores, que en ningún caso son exhaustivos, podemos añadir algunos mucho más poderosos y preocupantes, como la fuerte presión actual por desarrollar métodos de tratamientos de salud mental de bajo costo y alta efectividad que llevan a una sobrevaloración de la efectividad y eficiencia, buscando la mejor ecuación de costo-beneficio, donde lamentablemente el beneficio se aleja cada vez más del paciente y se acerca más al beneficio de las empresas o sistemas de prestaciones de salud.

Dados estos factores, es que hoy en día se considera que el lugar adecuado para la búsqueda de los matices entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica es la arena de la investigación empírica, lugar que ayudaría a decantar los más de cien años de conocimiento psicoanalítico obtenido, permitiendo depurar y desarrollar las diferentes formas de tratamiento.

Quisiera terminar este apartado recordando, por su significación, la cita con que abría este capítulo:

*“Tensiones entre el oro puro del análisis y sus aplicaciones han sido siempre un problema... Veo el psicoanálisis como un faro central que ilumina e informa todas las formas de psicoterapia analítica, y que por medio de la luz es que las psicoterapias dinámicas navegan en diversas naves a variadas distancias de la roca sobre la que se emerge el faro. Nosotros necesitamos tanto a los devotos cuidadores de la luz del faro como a los duros y listos marineros preparados para explorar en aguas extrañas. En vez de la frecuente tendencia a polarizarse en desprecios de unos a otros, fallando en reconocer que cada uno depende y necesita a los otros” (Pedder, 1989 citado por Wallerstein 1995b)*

## *II Conclusiones segunda parte, “Estudio cuantitativo del proceso terapéutico”:*

En el Capítulo Séptimo (pág. 179) se presentaron y comentaron los resultados obtenidos en la segunda parte de esta investigación, basándonos en ellos, se desprenden conclusiones relacionadas con los distintos objetivos propuestos para este estudio.

Como fue mencionado anteriormente, el objetivo principal en esta investigación fue la *indagación, caracterización y descripción del proceso psicoterapéutico de una psicoterapia, desde una perspectiva fiable y cuantitativamente observable que permitiera definir aquellos aspectos del proceso psicoterapéutico del paciente, del terapeuta y de la interacción entre ambos, factibles de ser identificados y sistemáticamente rastreados de una manera formal y sistemática*. Dicho objetivo general será la guía para la exposición de las conclusiones generadas a partir de los resultados obtenidos en el presente estudio.

### 1.- Caracterización del proceso terapéutico

Desde una perspectiva cuantitativa y fiable, basándonos en la metodología propuesta (PQS) y considerando la totalidad de las sesiones abarcadas en este estudio se puede caracterizar el caso estudiado como:

*“Una psicoterapia caracterizada por la recurrente y notoria presencia de temas significativos (Q88) que fueron activamente iniciados por la paciente (Q15r y Q25), caracterizados por las relaciones interpersonales de ella (Q63), temas temporalmente acotados a situaciones actuales o recientes (Q69) y que son bastante representados por las relaciones de amor o románticas de ella (Q64), donde también es bastante característica la expresión de sentimientos de enojo o agresivos en la paciente (Q84). Por otra parte el terapeuta en esta psicoterapia se caracterizó por orientar sus comentarios hacia la facilitación de verbalizaciones por parte de la paciente (Q3), enfatizando los sentimientos de ella como forma de ayudarla a experimentarlos más profundamente (Q81), actuando con mucho tacto (Q77r), siendo bastante sensible y empático respecto a los sentimientos de ella (Q6), no llamando de manera característica la atención sobre la conducta no verbal de la paciente (Q2r) ni explicando la base lógica que sustenta su enfoque o técnica de tratamiento (Q57r). El terapeuta evitó tanto una actitud de superioridad y trato condescendiente (Q51r) como que sus propios conflictos emocionales (Q24r) y comentarios sobre sí mismo se entrometieran en la relación (Q19r), la cual aparece bastante poco caracterizada por cualidades eróticas (Q19r) o competitivas (Q39r). Por último, el terapeuta sólo identifica algo de un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente (Q62) utilizando algo característicamente las interpretaciones referidas a personas presentes en la vida real del paciente (Q40)”*

La descripción anterior muestra cómo fue “indagado y caracterizado” de una manera sistemática y formal el proceso del caso en estudio, con ello, uno de los objetivos principales de esta investigación pudo ser alcanzado. No obstante, la caracterización del tratamiento obtenida nos muestra una especie de retrato o bosquejo estático del tratamiento, que no incluye claramente las temáticas o contenidos verbalizados, por lo que no da cuenta de cuáles fueron las temáticas que permitieron o movilizaron dicha caracterización del caso, sin embargo muestra cómo, independientemente de los contenidos tratados, éstos tendieron a ser expuestos por la

paciente de una manera recurrente que ha caracterizado el caso, frente a lo cual el terapeuta ha respondido e intervenido, tanto a las temáticas como a la forma de ser expuestas, de un modo que ha caracterizado su participación

La caracterización del caso encontrada destaca por su falta de concurrencia con el prototipo de psicoterapia psicoanalítica propuesto por los investigadores creadores del PQS (Ablon, J., Jones, E. E. 1998), ya que sólo tres ítems<sup>2</sup> de aquellos que caracterizaron el caso estudiado (Tabla 05, pág. 184) coinciden con el prototipo propuesto. Esta baja coincidencia podemos explicarla por diversos motivos, uno de los cuales sería que los factores socio-culturales donde se genera el prototipo no se corresponderían con las características socio-culturales donde se desarrolla el caso en estudio.

Por otra parte, podemos argumentar que las diferencias en la formación de los terapeutas que generan el prototipo -“terapeutas altamente experimentados e internacionalmente reconocidos por su experiencia ... responsables del entrenamiento en su orientación y mayoritariamente con publicaciones concernientes a su aproximación a la psicoterapia”- (Ablon, J., Jones, E. E. 1998) no se corresponden con el terapeuta tratante del caso estudiado.

No obstante, siguiendo la línea de investigación de la primera parte de este estudio, argumentamos que la diferencia entre el prototipo propuesto y los resultados obtenidos podrían deberse a que el prototipo propuesto se desarrolla como una hora “ideal” de tratamiento y no en base a una hora “real” de tratamiento como es el caso del presente estudio. Dicha incongruencia -entre lo ideal y lo real- podría explicar la baja coincidencia entre los ítems PQS característicos de la psicoterapia en estudio con los ítems PQS propuestos como prototipos de una psicoterapia ideal, mostrando de manera llamativa y concreta una brecha existente entre los postulados teóricos -prototipos ideales en este caso- y la aplicación concreta durante el tratamiento de dichos postulados teóricos -la psicoterapia estudiada-. No obstante, también se puede comprender dicha falta de coincidencia como una comprensión altamente subjetiva de los postulados teóricos por parte del terapeuta de esta psicoterapia o la no utilización o aplicación de dichos postulados durante el tratamiento

Por último, en la caracterización obtenida del caso en estudio, resalta la presencia mayoritaria de elementos relacionales (Q3, Q81 y Q6) frente a elementos

---

<sup>2</sup> Q03 (Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente), Q06 (El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático) y Q62 (El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.)

técnicos del terapeuta, especialmente aquellos de la línea interpretativa (Q40)<sup>3</sup>, estos últimos acotados principalmente a intentos interpretativos extratransferenciales, lo que podríamos entender, desde la perspectiva del PQS, que el proceso en esta terapia radicó primordialmente en elementos relacionales no interpretativos, que en general no se corresponden con los elementos prototípicamente propuestos para la psicoterapia psicoanalítica.

---

<sup>3</sup> Q40: El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.

## 2.- Elementos principales y descripción del proceso psicoterapéutico

Los elementos principales del proceso psicoterapéutico corresponden a los cinco factores hallados en el presente estudio:

*Factor I "Actitud Empática"* (Tabla 25, pág. 210)

*Factor II "Resistencia"* (Tabla 26, pág. 220)

*Factor III "Intervenciones Terapéuticas"* (Tabla 27, pág. 229)

*Factor IV "Actitud de Neutralidad"* (Tabla 28, pág. 238)

*Factor V "Alianza-Proceso Terapéutico"* (Tabla 29, pág. 249)

Los cuales fueron expuestos y detallados en las tablas 25-29 y graficados tanto en su despliegue individual como en conjunto (Gráfico 02, pág. 215; Gráfico 05, pág. 224; Gráfico 08, pág. 233; Gráfico 11, pág. 244; Gráfico 14, pág. 253 y Gráfico 17, pág. 258). En los factores obtenidos se enfatiza nuevamente la presencia mayoritaria de factores con componentes relacionales.

La descripción del proceso terapéutico se desarrolla en base a los cinco factores principales hallados en el presente estudio, factores que nos muestran la evolución de los elementos significativos del tratamiento estudiado junto a la dinámica de dichos elementos, lo que nos permite obtener una visión más fluida del tratamiento.

Es destacable que tres de las cinco dimensiones halladas -"Actitud Empática", "Resistencia" y "Actitud de Neutralidad"- muestren una aceleración negativa en el transcurso del tratamiento, que tan sólo una dimensión -"Intervenciones Terapéuticas"- se mantenga estable y que exclusivamente la dimensión "Alianza-Proceso Terapéutico" aumente o muestre una aceleración positiva durante el tratamiento, ¿cómo pueden entenderse o explicarse estos hallazgos?

En primer lugar, que el Factor I, "Actitud Empática" (Tabla 25, pág. 210) captura una dimensión de la interacción que en general hemos definido como: *Una actitud del terapeuta caracterizada por su sensibilidad, empatía (Q06), tacto, (Q77r) y apoyo (Q45) hacia la paciente, como por la vivencia de ella de sentirse comprendida (Q14r), no avergonzada o tímida (Q61), no preocupándose por lo que el terapeuta pueda pensar de ella (Q53) y no experimentando sentimientos conflictivos (Q49) ni verbalizando sentimientos negativos respecto del terapeuta (Q01), junto con un estilo de comunicación por parte del terapeuta claro y coherente (Q46) que solicita*

*información (Q31) y se dedica a clarificar, reformular o replantear lo comunicado por la paciente (Q65) en un estilo mas bien didáctico (Q37) que puede llegar a dar orientaciones de manera directa (Q27).*

La notoria disminución del Factor I "Actitud Empática" a medida que transcurre el tratamiento, puede entenderse si interpretamos que dicho factor hace referencia a un estado del terapeuta que le permite aprehender de mejor manera la problemática de la paciente, no sólo en un nivel de verbalizaciones o contenido, sino que fundamentalmente en un nivel afectivo y relacional. Concibiendo así este factor, proponemos una primera explicación del porqué posee altos niveles de presencia durante el comienzo del tratamiento que luego decrecen.

Planteamos que esta disminución -entendida como la presencia de una actitud en el terapeuta durante la interacción que buscaría aprehender y/o contener de una mejor manera la problemática de la paciente- se debe a que dicha actitud requeriría ser acompañada por un buen nivel de "neutralidad" (Factor IV) con ello permitiría obtener y enriquecer una visión de la problemática de la paciente. Sin embargo, consideramos que dicha "Actitud Empática" a medida que transcurre el tratamiento es interferida por la dinámica paciente-terapeuta que limita la necesaria "Actitud de Neutralidad" mantenida en un comienzo del tratamiento, con ello la "Actitud Empática" notoriamente marcada en los primeros momentos, ira perdiendo su capacidad para mejorar la aprehención de la paciente debido a la constante disminución de la "Neutralidad" que se aprecia en la interacción terapéutica

En segundo lugar, y siempre dentro del factor I "Actitud Empática", observamos cómo este factor nos muestra una dimensión interaccional que hace referencia al estilo comunicativo "claro" y "coherente" asumido por el terapeuta, el cual, llevado a un extremo, pareciera desembocar en un modo directivo de dar orientaciones directas a la paciente buscando con ellas la independencia de acción u opinión de la paciente o sugiriéndole el intento de nuevas formas de comportamiento con los demás, lo cual creemos pudiera ser una respuesta inducida o producida por la paciente frente al aumento de su vivencia de sentirse "comprendida" y "apoyada" por el terapeuta. En otras palabras, la actitud empática del terapeuta y la sensación de comprensión de la paciente, al llegar a niveles altos, parecieran inducir al terapeuta a "ordenar" o dar directivas a la paciente sobre qué hacer o cómo comportarse con los demás de una manera explícita y didáctica.

Con base en lo anterior, podemos interpretar que el factor "Actitud Empática", considerado como una actitud abierta y resonante en un nivel afectivo que busca aprehender nuevas visiones o información afectiva y relacional de la paciente, disminuye notoriamente durante el tratamiento, lo que puede atribuirse, en parte, a la falta de nueva información o información redundante que limita dicha actitud, la cual junto a la interrelación con las demás dimensiones va limitando, y en este caso disminuyendo, la "Actitud Empática" durante el tratamiento. A su vez, consideramos que el factor I "Actitud Empática" muestra una propuesta de interacción paciente-terapeuta en donde un mayor nivel de "Actitud Empática" pareciera llevar a una actitud demasiado directiva por parte de este terapeuta, actitud que puede ser sólo una respuesta a la oferta de interacción propuesta por esta paciente, aspecto tal vez reconocido por el terapeuta que lo lleva a limitar su "Actitud Empática" y que también explicaría la disminución de esta dimensión durante el tratamiento.

El factor II, "Resistencia" (Tabla 26, pág. 220) que definimos como: *Una dimensión de la interacción en la cual la paciente disminuye su organización y claridad al expresarse (Q54), tomando una actitud pasiva (Q15) tanto por su dificultad para iniciar la sesión (Q25) o por no iniciar temas durante ella (Q15), temas que además no serían significativos (Q88), junto con una reducción de su capacidad introspectiva para explorar tanto sentimientos como pensamientos íntimos (Q97), resistiéndose a examinar motivaciones, pensamientos o reacciones relacionadas con los problemas (Q58) y disminuyendo en parte la focalización del dialogo entre ambos (Q23), frente a lo cual el terapeuta estaría se caracterizaría por el señalamiento de las maniobras defensivas de la paciente(Q36).*

Mantiene un comportamiento discreto durante el tratamiento estudiado, es decir, fundamentalmente otros factores destacan en las sesiones evaluadas salvo contadas excepciones y además, disminuye a lo largo del tratamiento. Esto es algo esperable a nivel teórico para el desarrollo de un buen proceso psicoterapéutico que la presente investigación ha podido corroborar de manera concreta. Ello, junto a otros indicadores que posteriormente señalaremos, nos permitiría inferir la presencia de proceso terapéutico en el caso estudiado. Por otra parte el factor "Resistencia" tiene un comportamiento discreto que gravita o hace la función de lastre respecto de otros factores del presente estudio, limitando especialmente el nivel de insight obtenido (Q32:

El paciente alcanza un nuevo entendimiento o “insight”) por el factor III "Intervenciones Terapéuticas".

Por otra parte, destaca la concurrencia observada entre algunos componentes del factor "Resistencia" (Q63. Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia, Q97. El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos., Q58. El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas y Q15: El paciente no inicia temas; es pasivo) con otras investigaciones de proceso terapéutico que han asociado dichos componentes con pobres resultados terapéuticos (Karlsson, R., & Kermott, A. 2006).

El factor III, "Intervenciones Terapéuticas" (Tabla 27, pág. 229) captura una dimensión de la interacción definida por: *las intervenciones por parte del terapeuta que intentan mostrar un suceso o experiencia desde una perspectiva diferente (Q80). Ya sea reformulando la conducta del paciente durante la sesión de un modo no reconocido anteriormente (Q82), utilizando para ello la interpretación de deseos, sentimientos o ideas rechazadas de la conciencia (Q67), o enfatizando y dirigiendo la atención de la paciente a sentimientos, con el fin de que los experimente más profundamente (Q81). Definida también por la disminución en la paciente de la culpabilización a otros o fuerzas externas de sus dificultades -heteroculpa- (Q34r), la ansiedad o tensión (Q7), verbalización de sentimientos de necesitar o querer estar cerca de alguien (Q33). Obteniendo a su vez un nuevo entendimiento o “insight” (Q32).*

¿Qué significa que este factor se mantenga estable a través del tratamiento estudiado? En primer lugar, nos señala que el nivel de intervenciones técnicas del terapeuta se mantuvo a grandes rasgos constante, es decir, el terapeuta intervino técnica y persistentemente con fines terapéuticos -buscando mostrar algo más de lo dicho por la paciente- a lo largo de la terapia. Pero que dichas intervenciones estuvieron mediadas en su efectividad -entendida como el nivel de insight obtenido (Q32) y la intensidad de la vivencia de sentirse ayudada (Q95)- por otros factores presentes en la terapia.

En otras palabras, las constantes y mantenidas intervenciones técnicas pesquisadas por el factor III "Intervenciones Terapéuticas" fueron limitadas en su efectividad por otros factores presentes en las sesiones, factores con claros componentes relacionales, tanto positivos como negativos como el factor III "Resistencia", el factor I "Actitud Empática" y el factor IV "Actitud de Neutralidad", es decir, la calidad del vínculo establecido entre paciente y terapeuta. Esto nos permitiría explicar algo

observable en el presente estudio: ¿cómo con un mismo número o nivel de intervenciones técnicas del terapeuta se obtiene un mayor o menor nivel de insight (Q32) y vivencia de sentirse ayudada (Q95) en diversas sesiones?, la respuesta será que depende del nivel de los otros factores presentes en la sesión terapéutica, especialmente los factores de "Actitud Empática", "Resistencia" y "Actitud de Neutralidad", lo cual muestra que a niveles similares de "Intervenciones Terapéuticas" se obtienen diferentes niveles de insight y vivencia de sentirse ayudada.

Entre los factores que limitan el potencial de generar insight y vivencia de sentirse ayudada, destaca el nivel del factor II "Resistencia" el cual limita o gravita a modo de lastre del nivel de insight y vivencia de sentirse ayudada a alcanzar. En resumen, la intensidad o alcance de las intervenciones técnicas del terapeuta, estará relacionado y limitado por los factores relacionales presentes en esta investigación factores como "Resistencia", "Actitud Empática" y "Actitud de Neutralidad".

Este hallazgo se muestra coincidente con los resultados de la investigación empírica en psicoterapia, revisados y sistematizados bajo el "Modelo Genérico de psicoterapia" (Orlinsky, D. y Howard, K., 1994, 1987, 1986a), el cual surge de la exhaustiva revisión de los hallazgos empíricos en psicoterapia y destaca la estrecha relación entre el impacto de las intervenciones técnicas del terapeuta, la disposición del paciente para recibirlos y la calidad del vínculo entre ambos: "la efectividad de de las intervenciones del terapeuta dependerá críticamente de la cooperación y apertura interna del paciente", cita que coincide con lo hallado en este estudio. Siguiendo esta línea de hallazgos, dichos autores reconocen que "las intervenciones del terapeuta pueden ser negadas por la resistencia del paciente, descartadas o deflectadas por la defensividad del paciente", "pacientes que son cooperativos y abiertos en el sentido de estar mas dispuestos a participar, pueden absorber de mejor manera las experiencias generadas por las operaciones terapéuticas efectivas y así ser más probable de beneficiarse de la terapia" (Orlinsky, D. y Howard, K., 1994:361, traducción personal).

El factor IV, "Actitud de Neutralidad" (Tabla 28, pág. 238) se define por una dimensión de la interacción caracterizada por: *un terapeuta que mantendría fuera de la relación sus conflictos emocionales (Q24), evitando realizar comentarios de si mismo (Q21) y manteniendo una actitud neutral (Q93) y distante (Q9) durante la interacción, apreciando adecuadamente el proceso terapéutico (Q28). En donde la interacción al interior de esta dimensión estaría marcada por una falta de competitividad (Q39) como*

*de temáticas relacionadas con el encuadre terapéutico, relativas a horarios, honorarios e interrupciones del tratamiento (Q75).*

Este factor, muestra la disminución más notoria de todos los factores durante el transcurso del tratamiento -lo que en sí es un hecho interesante a constatar-, que señala, en primer lugar, una discrepancia con el precepto teórico-técnico de neutralidad en psicoanálisis<sup>4</sup> (Freud, 1912; 1913c; 1919a) y la psicoterapia psicoanalítica, el cual propone la mantención de una actitud “neutral” durante el tratamiento como requisito para un buen desarrollo de éste. Al respecto, es necesario destacar que el Factor IV "Actitud de Neutralidad" no pretende abarcar la totalidad de la propuesta psicoanalítica de neutralidad del terapeuta, tan solo abarca algunos ítems Q que podrían sustentarse teóricamente en algunos aspectos del concepto de “neutralidad” psicoanalítica.

En segundo lugar, la trayectoria del factor IV "Actitud de Neutralidad", da cuenta de un despliegue y creciente vinculación paciente-terapeuta que va limitando e impidiendo la mantención de una “Actitud de Neutralidad” (Factor IV) en el terapeuta, lo cual no puede ser atribuido prontamente a una falla técnica o calificar como “mal” llevada la psicoterapia. Antes debemos recordar que el factor "Intervenciones Terapéuticas" -expuesto anteriormente- se mantuvo constante durante el tratamiento y que el efecto de las intervenciones abarcadas por dicho factor se vieron limitadas en su poder para elicitar insight (Q32) por la calidad de la relación establecida entre paciente y terapeuta, relación que ahora alumbramos con la disminución creciente de la "Actitud de Neutralidad", observando como dicha relación se vuelve cada vez menos “neutral” lo que implicaría tanto una cercanía -que parece influir en la sensación de “sentirse ayudada” de la paciente- como un fortalecimiento de diversos elementos de la alianza terapéutica. No obstante, es necesario observar que una actitud constante de disminución de neutralidad -y por tanto del principio de abstinencia en la cual se sustentaría- es incompatible en un tratamiento de larga duración y alta frecuencia como

---

<sup>4</sup> Un resumen de la noción “neutralidad” psicoanalítica es propuesto por Laplanche y Pontalis la cual puede vincularse con lo aprehendido por el factor IV "Actitud de Neutralidad": “El analista debe ser *neutral* en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo; *neutral* con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula “no entrar en el juego del paciente” ...”, “La neutralidad no alude a la persona real del analista, sino a su función: el que da las interpretaciones y soporta la transferencia debería ser neutral, es decir, no intervenir como individualidad psicosocial...” (Laplanche, J; Pontalis, B. 1996).

sería un psicoanálisis clásico<sup>5</sup> al igual que -pero en menor medida- en las propuestas psicoterapéuticas psicoanalíticas.

En esta terapia, pareciera que la disminución de neutralidad observada da cuenta de un tipo de interacción que se instala paulatinamente en la relación paciente-terapeuta, que impide el mantenimiento de una actitud de neutralidad por parte del terapeuta, en especial durante la parte final del tratamiento, lo que podríamos atribuirlo a una forma de manejo por parte del terapeuta de los aspectos propios de la terminación que podrían indicar que ciertas sensaciones vinculadas al distanciamiento o separación tienen repercusiones en el terapeuta que lo llevan a disminuir su actitud de neutralidad.

Por último, es necesario mencionar las limitaciones que un tipo de vinculación progresivamente no neutral -como la señalada por el Factor IV- podría producir, como el quiebre o término del tratamiento, entendiéndolo en el sentido de que sería cosa de tiempo para que la estructura de interacción -que podría contener elementos de transferencia-contratransferencia- propuesta por la paciente se instale en el tratamiento, limitando así la comprensión y significación de dicha estructura. Podemos interpretar que algo de este fenómeno ha ocurrido en esta terapia dada la disminución constante de la "Actitud de Neutralidad", situación frente a la cual el terapeuta tan sólo parece evitar y tratar de mantenerse al margen de dicha estructura o propuesta de interacción, no siendo muy efectivo en su intento lo que podría haber limitado la comprensión, trabajo y significación de dicha estructura.

El Factor V, "Alianza-Proceso Terapéutico" (Tabla 29, pág. 249) es definido como *una dimensión de la interacción en donde la paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia (Q55), comprende la naturaleza, metas y lo que se espera de ella en el tratamiento (Q72), experimentando la sensación de sentirse ayudada (Q95) y comprometida con la terapia (Q73), apoyándose en el terapeuta para solucionar sus problemas (Q52), focalizándose en la relación terapéutica (Q98) y disminuyendo sus sentimientos de enojo o agresivos (Q84).*

El Factor V, es el único factor que muestra un aumento durante el desarrollo de la psicoterapia en estudio, hecho que podríamos interpretar como indicador de proceso terapéutico en esta psicoterapia. Si bien lo que hemos descrito como la noción de "buen proceso" psicoterapéutico es algo que depende de la preferencia teórica de quien

---

<sup>5</sup> En última instancia el psicoanálisis clásico, a grandes rasgos, es definido principalmente por estos "criterios extrínsecos" como la alta frecuencia de sesiones y su duración prolongada o ilimitada.

observa un caso en estudio, es necesario resaltar que dicha noción particular de proceso debe incluir o considerar la experiencia de la paciente en sesión y en la totalidad del tratamiento, con ambos elementos se podría plantear la existencia o no de buen proceso terapéutico. En este caso, el factor V "Alianza-Proceso Terapéutico" captura la percepción de los evaluadores respecto de la sensación de la paciente de sentirse ayudada (Q95) independiente de cómo se justifique el logro de dicha sensación. Con ello, podemos decir que el aumento en la sensación de la paciente de sentirse ayudada durante el tratamiento, puede señalar la presencia de un proceso terapéutico, que sustentaría el mantenimiento de la paciente en el tratamiento y el no abandono prematuro de éste.

Otro elemento a considerar dentro del factor "Alianza-Proceso Terapéutico" es la comprobación de su origen e incremento durante la psicoterapia estudiada. Este hallazgo, basado en los bajos niveles del factor V "Alianza-Proceso Terapéutico", observados al comienzo del tratamiento y en el aumento mantenido y destacado al término de él, dan cuenta en parte de una coherencia teórico-técnica de este factor, pues a nivel teórico se propone que la alianza y el proceso son fenómenos no previamente establecidos sino que se crean y originan tempranamente en psicoterapia y que posteriormente se desenvuelven aumentando o disminuyendo, lo cual fue observado formalmente en este estudio, donde ambos fenómenos se encuentran en niveles bajos al comienzo del tratamiento que aumentan durante la psicoterapia. Esto daría cuenta de la creación e incremento de la sensación de sentirse ayudada de la paciente, sensación que se encontró relacionada con su compromiso con la terapia, lo que señala la importancia de este factor y su coherencia con las tendencias actuales en investigación en psicoterapia que resaltan la importancia de los elementos de la "alianza" para el logro de buenos resultados terapéuticos (Gaston, 1990; Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Gaston & Luborsky, 1993), incluidas las psicoterapias psicoanalíticas (Eaton, Abeles & Gutfreund, 1988; Horowitz & Marmar, 1985; Saunders, Howard, & Orlinsky, 1989; Windholz & Silvershatz, 1988).

### 3.- *Proceso de cambio en base a los factores encontrados*

¿Qué significan los factores anteriormente descritos y cómo se podría entender en base a ellos la dinámica, y por ende el proceso de cambio del caso estudiado?

En primer lugar, dichos factores nos muestran cómo paciente y terapeuta interactúan de maneras repetitivas a través del curso de la psicoterapia. Así, podemos conceptualizar el proceso de cambio como una comprensión de dichos factores que configurarían un patrón de interacción repetitivo y específico de esta diada formada por la paciente y el terapeuta, en donde el trabajo, comprensión y significación de dicha "estructura de interacción" (Jones, E.E. 2000) contribuiría a la capacidad de reflexión y autocomprensión que sustentaría el cambio terapéutico

Los cinco factores hallados en el presente estudio representarían un patrón repetitivo de interacción pesquisable de manera empírica a través de las sesiones psicoterapéuticas, y corresponden a lo que se ha denominado "estructuras de interacción" (Jones, E.E. 2000), el cual reflejaría en parte la estructura psicológica<sup>6</sup> tanto del paciente como del terapeuta. Si bien esta "estructura de interacción" repetitiva no representa todo aquello dinámicamente inconsciente sí puede abarcar elementos superficiales, conductuales y emocionales de la dinámica transferencia y contratransferencia<sup>7</sup>, los cuales si bien pueden ser observados directamente por el terapeuta y paciente, podrían con este método ser confirmados consensuadamente. Lo interesante de esta conceptualización es que requiere asumir que la influencia en y de dichas estructuras de interacción no sólo fluye en dirección de terapeuta a paciente, sino que ambos están inmersos en dicha estructura.

Asumiendo que la interacción repetitiva capturada por los factores de esta investigación iluminaran algunos elementos de la dinámica transferencia - contratransferencia, ¿Qué dinámica sería posible observar? Antes de contestar esta

---

<sup>6</sup> Entendida como "representaciones de objetos o formaciones de compromiso y configuraciones de defensa-impulso" (Jones, 2000:273-274)

<sup>7</sup> "Estos patrones de interacción lentos de cambiar, en donde terapeuta y paciente gradualmente vienen a comprender, son la expresión de la transferencia y contratransferencia. Cuando el terapeuta puede traer reacciones y asociaciones contratransferenciales inconscientes a la consciencia, esto puede traer a ambos, junto con las reacciones transferenciales del paciente, dentro de una mutua esfera de conciencia que el paciente sólo no puede realizar. En este modo de acción terapéutica, insight y relación son inseparables, dado que el conocimiento psicológico del self se desarrolla en un contexto de relación con un terapeuta quien tiene la empresa de comprender la mente del paciente a mediante su interacción. (Jones, 2000:274-275)

pregunta es necesario recordar que el método utilizado en esta investigación (PQS) no es un método que se base en el contenido de lo dicho por la paciente y terapeuta, por lo cual responder a la pregunta propuesta requiere altos niveles de inferencia lo que por momentos podría llevar a la desconexión de los datos clínicos con la teorización propuesta volviendo altamente subjetivo el análisis realizado.

Manteniendo los reparos anteriores, podríamos observar una dinámica transferencia-contratransferencia iluminada por los factores encontrados, que indicaría cómo uno de los principales logros de esta terapia fue el paulatino y constante cambio en el discurso de la paciente desde un hablar de otros minimizando con ello su participación en el mundo hacia un discurso centrado en ella, que aumenta su presencia, vivencia y consciencia de participación en él, incluyendo en ello su mundo interno de relaciones y representaciones, lo cual si se observa desde una perspectiva intersubjetiva, correspondería al desarrollo de su subjetividad en la interacción<sup>8</sup>. No obstante, dichas representaciones que conforman su mundo interno -a las que este terapeuta intenta llegar mediante el énfasis de los sentimientos de la paciente- parecieran permitir que fluyan algunos elementos transferenciales, que darían cuenta de qué es lo que necesita, qué desea y cómo se representa a sí misma la paciente mediante la repetición de formas de comportamiento que inducen comportamientos en otros. Dichos elementos transferenciales podríamos observarlos en la presencia y búsqueda constante de la sensación de sentirse apoyada y comprendida, sensación que a su vez - y es aquí donde podrían aparecer elementos más inconscientes de la transferencia y contratransferencia- induce en el terapeuta una actitud didáctica de ordenar la vida de la paciente o de dirigir la vida de ella. Podemos aventurarnos a vincular dicho patrón repetitivo, -capturado en parte por el factor "Actitud Empática"- cómo un intento por llevar al terapeuta, una vez que se ha vuelto una figura significativa, a hacerse cargo de aspectos importantes de su vida y decisiones al respecto, frente a dicha inducción -no seducción- transferencial, el terapeuta pareciera "caer en el juego de la paciente" o responder a dicha propuesta -contratransferencia- adoptando una actitud didáctica y directiva al respecto, saliendo por momentos de dicho tipo de interacción mediante la utilización de diversas herramientas técnicas que no son marcadamente interpretativas sino más bien clarificadoras y

---

<sup>8</sup> Teóricos intersubjetivos han propuesto la inevitable necesidad de interacción intersubjetiva para el desarrollo de la subjetividad del sujeto: "El sujeto no puede crearse a si mismo; el desarrollo de subjetividad requiere experiencias de formas específicas de intersubjetividad" (Ogden, T. 1994), perspectiva que fundamenta la acción terapéutica en el desarrollo de un sentido o sensación de subjetividad

recuperando cada vez menos su neutralidad como indicaría el descenso progresivo del Factor IV, "Actitud de Neutralidad". El acceso a la vida interna e íntima de la paciente se ve limitado por dicha inducción a hacerse cargo de aspectos de su vida a otro masculino propuesta por ella, lo cual pudiera tener un fin ya conocido como sería la relación con su padre y parejas. Frente a ello pareciera que el terapeuta intenta evitar dicha forma de acceso -desde lo didáctico-directivo y posteriormente desde la seducción- al mundo de la paciente, buscando acceder y profundizar en dicho mundo, de manera recurrente, desde las sensaciones vividas en el presente por la paciente que acompañan sus contenidos hablados y desde el intento de buscar -y en algunos momentos imponer- significados a ellos, todo lo cual requiere de un medio terapéutico acogedor o más bien no amenazante -neutral- que permita a la paciente considerar las intervenciones y respuestas del terapeuta. Pareciera que el establecimiento de un medio neutral y acogedor dentro del cual la paciente desarrolle un discurso desde ella y para ella que permita comprender las intervenciones del terapeuta ha sido algo central en esta terapia, sin embargo, este medio pareciera gradualmente teñido por la propuesta de interacción de la paciente que impide el mantenimiento de una actitud de neutralidad en el terapeuta. La dinámica anterior permite el desarrollo paulatino y constante de la sensación de sentirse ayudada en la paciente, lo que promueve su compromiso con la terapia, con ello se promueve el intento de comprender la mente de la paciente por medio de la interacción con el terapeuta, siempre que ello se realice en un medio seguro dado también por una actitud de neutralidad. Sin embargo, la sola aprehensión y comprensión de la dinámica de interacción -detallada anteriormente- no bastaría para generar un cambio en dicha forma de interactuar, en este sentido, pareciera que el terapeuta reconoce la estructura de interacción de la paciente, sin embargo, su participación primordialmente se limita a no caer en el juego de la paciente pero no a proponer alguna significación de dicha interacción en el momento presente, en otras palabras, el terapeuta principalmente trató de no caer en el "juego" propuesto por la paciente pero sin extraer los significados de dicho "juego", cuando éste se estaba jugando, si bien por momentos realiza esta significación, lamentablemente no lo realiza desde el pilar fundamental del cambio asumido en la perspectiva psicoanalítica como es el "aquí y ahora" de la interacción, es decir, la estructura de interacción fue principalmente evitada y sostenida mediante elementos relacionales pero no trabajada en un sentido de significados vinculados a la interacción actual de la paciente, lo cual permite algún grado de resultados terapéuticos como los que hemos apreciado en esta

investigación, pero que teóricamente no permitirían el desarrollo de nuevos patrones de interacción o el cambio de dicha estructura, pudiendo volver inestable el cambio obtenido.

#### 4.- Conclusiones metodológicas

En primer lugar, y continuando con el proceso psicoterapéutico descrito en este estudio, debemos reconocer que la presencia de un proceso psicoterapéutico se ha argumentado desde los hallazgos formales de esta investigación, sin embargo, y como hemos mencionado anteriormente, la calificación del proceso terapéutico en última instancia dependerá básicamente de la teoría de referencia del terapeuta, investigador o lector de la transcripción del caso estudiado. Todo ello pudiera desembocar en una discusión o incertidumbre difícil de solucionar respecto a la presencia y grado de proceso terapéutico. Al respecto, esta investigación aporta algunos elementos importantes para considerar y evaluar el proceso terapéutico del caso estudiado, sin embargo, y a modo de conclusión, la ausencia de medidas externas -en el sentido de no sólo comparar al sujeto consigo mismo en distintos momentos- vuelve difícil evaluar concretamente el tipo de proceso observado y fundamentalmente reconocer qué elementos se pueden relacionar con dicho proceso. En este sentido, la presente investigación muestra y concluye la necesidad de contar con medidas objetivas externas del desempeño del sujeto como forma de mayor garantía respecto al estudio de proceso, medidas como por ejemplo escalas de síntomas (SCL-90-R) o cuestionarios de resultados<sup>9</sup> aplicables en los términos clásicos de pre-terapia, en terapia, final de terapia y seguimiento, lo cual permitiría, entre otras cosas, conocer si el proceso calificado de bueno, regular o malo es mantenido a través del tiempo y qué elementos se pueden relacionar con dicha clasificación.

En segundo lugar, y también vinculado a lo anterior, es necesario destacar cómo el paso del tiempo y el desarrollo de nuevas tecnologías vuelven necesaria la adecuación y actualización de los materiales de investigación al nivel de desarrollo tecnológico existente. En este sentido, las características del método PQS basado en criterios de

---

<sup>9</sup> Por ejemplo, el Cuestionario de Resultado-45 [Outcome Questionnaire-45] (OQ-45; Lambert, Morton, et al., 2004) que evalúa cuatro áreas de funcionamiento: a) síntomas de perturbaciones psicológicas como depresión y ansiedad; b) problemas interpersonales; c) funcionamiento social y d) calidad de vida (aspectos positivos o de satisfacción vital) cuestionario que permite medidas tanto del cambio semanal como medidas para la clasificación en categorías de resultados

jueces respecto a una hora de sesión pudieran verse enriquecidas con la observación videograbada de las horas de sesión a estudiar, pues muchos de sus ítems abarcan elementos que van más allá de lo capturado por la transcripción de lo dicho por el paciente y terapeuta, como por ejemplo la reacción de ambos y el tipo de interacción que se forma. Podemos decir que existen diversos avances tecnológicos en la investigación de proceso terapéutico, algunos apreciados en el material utilizado en la presente investigación, como la transcripción uniformada de las sesiones de psicoterapia, sin embargo, se han producido avances en la grabación de audio de sesiones psicoterapéuticas como la grabación en estereo con un canal para terapeuta y otro para paciente que evitan la superposición y por ende la pérdida de diálogos durante la transcripción, también existen avances en videograbación de sesiones (con la utilización de dos cámaras como mínimo una para terapeuta y otra para el paciente), avances que se vuelven necesarios tanto para no perder información importante como para enriquecer el nivel de información utilizada en investigación y por ende de los resultados obtenidos con los diversos métodos de investigación de proceso psicoterapéutico en especial con el método PQS.

En tercer lugar, la investigación realizada mediante el método PQS muestra lo difícil que por momentos suele ser la mantención de uno de sus postulados fundamentales, como es que las 100 variables pesquisadas pueden alcanzar sólo un valor durante la hora de sesión evaluada, al respecto pareciera que algunas de dichas variables sí poseen variación dentro de la unidad de tiempo asumida (una hora de sesión) con lo cual considerar sólo un valor pudiera llevar a una simplificación respecto al despliegue y desempeño de dichas variables. Al respecto y como propuesta de futuros estudios, sería interesante dividir la hora de sesión y observar si distintos jueces encuentran los mismos niveles de las variables seleccionadas en la primera mitad de la hora respecto de la segunda mitad.

En cuarto lugar -dado que el presente estudio se inserta dentro de un proyecto mayor de investigación de proceso psicoterapéutico (Proyecto SMBP, Capítulo VI, pag. 161), el cual se ha caracterizado por la evaluación de un caso transcrito desde diferentes perspectivas teóricas y diferentes instrumentos de investigación-, parece interesante y diríamos indispensable, realizar estudios respecto a la concurrencia de los diferentes instrumentos de medidas aplicadas al caso estudiado. Ello podría mostrar si existe algún grado de concurrencia entre dichos instrumentos de investigación o si existen diversas

variables o variables conceptuales comparables o no comparables superpuestas en el caso estudiado.

Por último, una de las conclusiones más relevantes a nivel metodológico ha sido la coincidencia de algunos ítems PQS, vinculados a buenos y malos resultados terapéuticos, con otras investigaciones (Ablon, J.S., Raymond, L., Katzenstein, T. 2006; Karlsson, R., & Kermott, A. 2006) con algunos ítems encontrados en la presente investigación<sup>10</sup> también coincidentemente relacionados como favorecedores o entorpecedores del proceso terapéutico (entendidos como limitadores o potenciadores del nivel de insight y vivencia de sentirse ayudada). Ello pudiera indicar -manteniendo todos los reparos que el diseño de investigación de caso único impone respecto a la generalización de hallazgos- que el instrumento aplicado (PQS) pudiera tener cierta sensibilidad respecto a características en la interacción terapéutica que pueden vincularse a resultados positivos y negativos en psicoterapia. Esta coincidencia abre un campo para nuevos estudios y pudiera indicar un avance de la mera colección de estudios de caso único hacia la aparición de recurrencias interesantes de indagar sistemáticamente.

---

<sup>10</sup> En el factor I "Actitud Empática" la presencia de los ítems Q37 (El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica), Q85 (El terapeuta alienta al paciente para que intente nuevas formas de comportarse con los demás) y Q48 (El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente) se han relacionado con "malas actitudes del terapeuta" que se vinculan a pobres resultados terapéuticos, por otra parte, la presencia de los ítems Q6 (El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático), Q45 (El terapeuta adopta una actitud de apoyo) y la disminución del ítem Q8 (El/la paciente está preocupado/a o contrariado/a por su dependencia del terapeuta) también en el factor I se han relacionado con el fortalecimiento de la alianza terapéutica. En el factor II "Resistencia" la disminución en intensidad de los ítems Q63 (Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia) y Q97 (El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos) se han vinculado con pobres resultados terapéuticos, destacándose la presencia de los ítems Q58 (El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas) y Q15 (El paciente no inicia temas; es pasivo) relacionados con malos resultados terapéuticos.



## Bibliografía

- Ablon, J.S., Raymond, L., Katzenstein, T. (2006) Beyond Brand Names of Psychotherapy: Identifying Empirically Supported Change Processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 43, No 2, 216-231.
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (2004) On Analytic Process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol.53, N°2
- Ablon, J.S., & Jones, E.E. (1999) Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.67, N°1.
- Ablon, J., Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (1) 71-83.
- Aisenstein, M; (2001) "Psychoanalytic psychotherapy does not exist" en Frisch, S. et all *Psychoanalysis and Psychotherapy The controversies and the Future*. Ed. Karnac Books, London 2001.
- Albani, C., Blaser, G., Jacobs, U., Jones, E., Thomä, H. & Kächele, H. (2003) Amalia X's psychoanalytic therapy in light of Jones 'Psychotherapy-Process Q-Sort. en Leuzinger-Bohleber M, Target M (Eds) *Outcomes of Psychoanalytic Treatment Perspectives for Therapists and Researchers*. Whurr Publishers, London and Philadelphia.
- Alexander, F., y French, T. (1946). *Terapéutica Psicoanalítica*, Ed. Paidós Buenos Aires 1965.
- (1965) "Contribuciones Psicoanalíticas a la Psicoterapia Breve" en Wolberg, L; *Psicoterapia Breve*. Ed. Gredos S A; Madrid, 1968.
- Avila, A., Gutiérrez, G. (1995). La psicoterapia psicoanalítica. Elementos conceptuales y modelos de su proceso. *Boletín de Psicología*, N° 46; 1995; 11-35
- Ávila, A., Vidal-Didier, J.J. et al. (1998). The "Salamanca Psychotherapy Process Research Project" A summary of plans, goals and preliminary results. In H Kächele, E. Mergenthaler & R. Krause (eds.) *Psychoanalytic Process Research Strategies II*. Ulm-Saarbrücken: CD- ROM electronic edition.
- Ávila, A., Vidal, J., Epstein, R., Duarte, A., Roussos, A., Winkel, R. (1999) *Ordenamiento Q del Proceso de la Psicoterapia, Manual para la codificación*. Universidad de Salamanca.

- Ávila-Espada, A. y Mitjavila, M. (2003). El método del Plan de Acción Latente del Terapeuta (TLAP) Un nuevo método para predecir la contribución cualitativa del terapeuta al resultado del tratamiento. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 3, 9-33.
- Balint, M., Ornstein, P. H., Balint, E. (1972): *Focal psychotherapy. An example of applied psychoanalysis*. London: Tavistock.
- Bell, K; (2001). "Psychoanalytic psychotherapy- legitimate or illegitimate offspring of psychoanalysis?" en Frisch, S. et all. *Psychoanalysis and Psychotherapy The controversies and the Future*. Ed. Karnac Books, London 2001.
- Bergin, A. & Garfield, S. (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons, Inc. 4<sup>o</sup> Edition 1994.
- Bergmann, M; (1997) *The historical roots of psychoanalytic orthodoxy*. International Journal of Psychoanalysis, 78.
- Bleuter, L; Crago, M. (1991) *Psychotherapy Research. An international review of programatic Studies*, Washington DC, APA.
- Block, J. (1961). *The Q-sort Method in Personality Assessment & Psychiatric Research*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1978.
- (1993). Studying personality the long way. In *Studying Lives through Time: Personality and Development*, ed. D.C. Funder, R.D. Parke, C. Tomlinson-Keasy, & K. Widman. Washington, DC: American Psychological Association
- & Kremen, A. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality & Social Psychology* 70
- & Haan, N. (1971). *Lives true time*. Bancroft: Berkeley, CA.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science: a Multiple Code Theory*. New York: Guilford Press.
- Cohen P. & Cohen J. (1984) The clinician's illusion. *Arch Gen Psychiatry*. 41:1178-1182.
- Coles, P. (2001). "Some reflections on once-a-week psychotherapy" en Frisch, S. et all. *Psychoanalysis and Psychotherapy The controversies and the Future*. Ed. Karnac Books, London 2001.
- Coombs, M., Coleman, D., Jones, E. E. (1998). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory / Research / Practice / Training* 2002, Vol. 39, No. 3.
- Comrey, A. (1985). *Manual de análisis factorial*, Ed. Cátedra S A , Madrid 1985.
- Derogatis, L.R (1994) Symptom CheckList-90-Revised (SCL-90-R): Administration, scoring, and procedures manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Dreher, U. (2000). *Foundations for conceptual research in psychoanalysis*, Ed. Karnac (Books) ltd. London, 2000.

- Eaton, T; Abeles, N; & Gutfreund, M. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomology. *Psychotherapy: Research and Practice*, 25, 536-542.
- Etchegoyen, H. (1986) *Fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Ed. Amorrortu, Bs. Aires
- Ferenczi, S. (1912) *Sugestión y psicoanálisis*. Sandor Ferenczi Obras Completas Tomo I, Ed RBA Coleccionables S.A. (2006), España.
- (1919). *Dificultades técnicas de un análisis de histeria*. Sandor Ferenczi Obras Completas Tomo II, Ed. RBA Coleccionables S.A. (2006), España.
- (1919). *La técnica Psicoanalítica*. Sandor Ferenczi Obras Completas Tomo I, Ed RBA Coleccionables S.A. (2006), España.
- (1921) *Prolongaciones de la técnica activa en psicoanálisis*. Sandor Ferenczi Obras Completas Tomo II, Ed. RBA Coleccionables S.A. (2006), España.
- (1924) *Perspectivas del psicoanálisis*. Sandor Ferenczi Obras Completas Tomo II, Ed RBA Coleccionables S.A. (2006), España.
- (1924) *Las fantasías provocadas*. Sandor Ferenczi Obras Completas Tomo II, Ed. RBA Coleccionables S.A. (2006), España.
- (1925) *Psicoanálisis de los hábitos sexuales*. Sandor Ferenczi Obras Completas Tomo II, Ed. RBA Coleccionables S.A. (2006), España.
- (1926) *Contraindicaciones de la técnica activa en psicoanálisis*. Sandor Ferenczi Obras Completas Tomo II, Ed. RBA Coleccionables S.A. (2006), España.
- (1930) *Principio de relajación y neocatarsis*. Sandor Ferenczi Obras Completas Tomo II, Ed. RBA Coleccionables S.A. (2006), España.
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1924) *The development of Psycho-Analysis*. Reprinted, Madison, Conn.: Interpretación Univ. Press, 1986.
- Fonagy, P. (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. International Psychoanalytical Association, 2nd Edition 2002.
- Freud, S. (1890a) *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)* Sigmund Freud Obras Completas, Ed. Amorrortu Vol. I
- (1904a). *El Método psicoanalítico de Freud*, Sigmund Freud Obras Completas, Ed. Amorrortu Vol. VII
- (1905a). *Sobre Psicoterapia*, Sigmund Freud Obras Completas, Ed. Amorrortu Vol. VII.
- (1912) *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, Sigmund Freud Obras Completas, Ed. Amorrortu Vol. XII
- (1913c). *Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis)*, Sigmund Freud Obras Completas, Ed. Amorrortu Vol. XII.
- (1914g). *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)*, Sigmund Freud Obras Completas, Ed. Amorrortu Vol. XII.

- (1914d). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*, Sigmund Freud Obras Completas, Ed. Amorrortu Vol. XIV.
- (1919a). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*, Sigmund Freud Obras Completas, Ed. Amorrortu Vol. XVII.
- (1923a). *Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido"*, Sigmund Freud Obras Completas, Ed. Amorrortu Vol. XVIII.
- (1925d). *Presentación Autobiográfica*, Sigmund Freud Obras Completas, Ed. Amorrortu Vol. XX.
- (1937c). *Análisis terminable e interminable*, Sigmund Freud Obras Completas, Ed. Amorrortu Vol. XXIII.
- Frisch, S. et al. (2001) *Psychoanalysis and Psychotherapy The controversies and the Future* Ed. Karnac Books, London 2001.
- Fromm-Reichmann, F. (1961). *La psicoterapia y el psicoanálisis*. Editorial Horme, Buenos Aires, 1961.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and Empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Gill, M; (1984). *Psychoanalysis and Psychotherapy: a revision*. The International Review of Psychoanalysis, 1984, Vol. 11, pg. 161 - 179.
- Glover, E. (1924). "Active Therapy" and Psychoanalysis: A critical Review. *International Journal of Psychoanalysis*, 5: 269-311.
- Glover, E. (1931). The Effect of Inexact Interpretation: A Contribution to the Theory of Suggestion. *International Journal of Psychoanalysis*, 12:397-411.
- Greenberg, J. & Mitchell, S. (1983). *Object relation in psychoanalytic theory*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Gunderson, J & Gabbard, G. (1998). *Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment*. Journal of the American Psychoanalytic Association Vol.47 N°3.
- Grünzig, H. (1988) *Time-Series Analysis of Psychoanalytic Treatment Processes: Sampling Problems and First Findings in a Single Case*. En Dahl, H; Kächele, H. & Thomä, H. (Eds) *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Ed. Springer-Verlag, 1988.
- Gutiérrez, G., Ávila, A. (2004). Terapia psicodinámica focal y estratégica. Objetivos, técnicas y aplicaciones. en Ávila, A; Menchaca, B; Gutiérrez, L. (Eds.) *Introducción a los Tratamientos Psicodinámicos*, Ed. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, 2004.
- Gutiérrez, G. (1999). Una forma de entender la integración. *Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis*, N°3, Noviembre, 1999. <http://www.aperturas.org>
- Hauser, S.T. (2005). The Legacy of Enrico Jones. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol.53, N°2.

- Hauser, S.T. (1971). *Black and White Identity Formation: Studies in the Psychosocial Development of Lower Socioeconomic Class Adolescent Boys*. New York: Wiley.
- Hauser, S.T., Jacobson, A., Noam, G., & Powers, S. (1983). Ego development and self-image complexity in early adolescence: Longitudinal studies of diabetic and psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry* 40.
- Hilliard, R.B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61.
- Homero. *La Odisea*. Editorial Gredos, S.A. Madrid, 1982.
- Horowitz, M. & Marmor, C. (1985). The therapeutic alliance with difficult patients. En R. Hales & A. Frances (eds) *Psychiatry Update Annual Review*. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Horvath, A. & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Horvath, A.; Gaston, L.; & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. En N. Miller, L. Luborsky, J. Barber & J. Docherty (eds.), *Handbook of psychodynamic psychotherapy: Theory and research*. New York: Basic Books.
- Jiménez, J. (2000). El método clínico, los psicoanalistas y la institución, en *Aperturas Psicoanalíticas*, N°4 Abril 2000.
- (1999) ¿Investigación en psicoterapia? Claro que sí. Pero, ¿a quien le interesa? en *Revista de Psicología Universidad de Chile*, Vol. VIII. N°1, 1999.
- Jones, E.E. (1974). Social class and psychotherapy: A critical review of research. *Psychiatry*, 37, 307-320.
- Jones, E.E. (1985a). Manual for the psychotherapy process Q-set. Manuscrito no publicado, Universidad de California, Berkeley.
- Jones, E.E., Krupnick, J.H., & Kering, P.K. (1987). Some gender effects in a brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 24.
- Jones, E.E., Cumming, J.D., & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1)
- Jones, E.E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 38
- Jones, E.E., Hall, S., & Parke, L.A. (1991). The process of change: The Berkeley Psychotherapy Research Group. En L. Beutler & M. Cargo (Eds.), *Psychotherapy research: An International review of programmatic studies*. Washington, D.C. American Psychological Association.
- Jones, E.E., Parke, L.A., & Pulos, S. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: a multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*, 2

- Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J., Dyer, J. (1993). A Paradigm for Single-Case Research: The Time Series Study of a Long-Term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3).
- Jones, E.E., & Pulos, S.M. (1993). Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2)
- Jones, E.E., Cumming, J.D., & Pulos, S.M. (1993). Tracing clinical themes across phases of treatment by a Q-Set. En N.E. Miller, L. Luborsky, J.P. Barber, & J.P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. Basic Books: New York.
- Jones, E. E. & Price, P.B. (1998). Interaction structure and chance in psychoanalytic therapy. En R. Bornstein & J. Masling (Eds.), *Empirical studies of the therapeutic hour*. Washington, D.C. American Psychological Association.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. Ed. Jason Aronson Inc. Northvale, New Jersey
- Jones, E. E. (2001). Therapeutic Action: A new Theory. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 55, No.4, 2001.
- Kächele, H. & Thomä, H. (2004). Psychoanalytic Practice, Volume 3 Research. *Ulm 2002-2004*.
- Kächele, H. (1997). Entrevista a Horst Kächele. *Psicoanálisis APdeBA*, Vol. XIX, Nº1, 2 de 1997.
- Kächele, H. & Thomä, H. (1997). Investigación del proceso psicoanalítico: métodos y logros *Psicoanálisis APdeBA*, Vol. XIX, Nº1, 2 de 1997.
- Kächele, H. (1988). *Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis*. International Journal of Psychoanalysis, 69: 65-73. Versión Castellana por Denise Defey en Psicoterapia Focal Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos, Ed. Roca Viva, Montevideo, Uruguay.
- Karlsson, R., & Jones, E. E. (2000). *Reflective-functioning as an outcome and process measure of psychoanalytic treatments-some tentative findings from a pilot study*. Presentation at the 6<sup>th</sup> International Psychoanalytic
- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-Functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 43, No.1, 65-84.
- Kernberg, O. (1993). *Convergentes and divergentes in contemporary psychoanalytic technique*. International Journal of Psychoanalysis, 74: 659-673.
- (1987). *Trastornos graves de personalidad*. México: Manual Moderno.
- (1982). "The theory of psychoanalytic Psychotherapy" en *Curative Factors in Dynamic Psychotherapy*. Edited by Samuel Slipp, Editorial Mac. Graw-Hill, New York, 1982.
- (1999). *Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies*. International Journal of Psychoanalysis, 80: 1075-1090. Versión Castellana "Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia de Apoyo:

- Controversias contemporáneas” en *Psicoanálisis focos y aperturas*. Ed. Agora, Montevideo.
- Lambert, M; Morton, J; Hatfield, D; Harmon, C; Hamilton, S; Reid, R; et al. (2004) *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire-45*. Salt Lake City, UT: OQ Measures.
- Laplanche, J; Pontalis, B. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*, Ed. Paidós, Barcelona 1996.
- Lutz, W. (2002) *Patient-Focused Psychotherapy Research and Individual Treatment Progress as Scientific Groundwork for an Empirically Based Clinical Practice*. *Psychotherapy Research* 12 251-272, 2002.
- Luborsky, L. Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry* 32, 995-1008
- Luborsky, L y Crits-Christoph, P. (1990) *Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. New York. Basic Books, Inc. Publishers.
- Luborsky, L. Popp, C., Luborsky, E. y Mark, D. (1994a). "The Core Conflictual Relationship Theme" *Psychotherapy Research*, vol 4, pp. 172-183.
- Luborsky, L and Barber, J. P. (1994b), Perspectives on seven transference-related measures applied to the interview with Ms. Smithfield. *Psychotherapy Research*, No. 4, pag. 152/54.
- Luborsky, L. Diguer, L., Kächele, H. Dahlbender, R. Waldinger, R. Freni, S. Krause, R. Frevert, G. Bucci, W. Drouin, M. S. Fischmann, T. Seganti, A. Wischmann, T. Hori, S. Azzone, P. Pokorny, D. Staats, H. Zobel, H. Brin, Stephen Soldz, G. Anstadt, T. Schauenburg, H. Benninghoven, B. Stigler, M. Tchesnova, I. (1999). *A Guide to the CCRT's Methods, Discoveries and Future*. <http://sip.medizin.uni-ulm.de/Psychotherapie/ccrtframe.html>, Ulm University. Germany.
- Mergenthaler, E., Gril, S., Ávila, A., Vidal, J. (2003). Protocolo de Transcripción computarizado del contenido de sesiones de psicoterapia, entrevistas y otros textos de interés clínico en español. *Revista de Psicoterapia*, XVI (53), 5-28.
- Mergenthaler, E. (1996a) "Emotion-Abstraction Patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1306-1315.
- Mergenthaler E. y Gril S. (1996b) "Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones psicoterapéuticas", *Revista de Clínica Psicológica*. Buenos Aires. Aigle.
- Messer, S. & Warren, C. (1995): *Models of Brief psychodynamic therapy: a comparative approach* The Guilford Press New York London 1995.
- Migone, P. (2000). "A psychoanalysis on the chair and a psychotherapy on the couch. Implications of Gill's redefinition of the differences between psychoanalysis and psychotherapy" en Silverman, D; & Wolitzky D. L; *Changing Conceptions of Psychoanalysis: The Legacy of Merton M. Gill*, Hillsdale, NJ, Analytic Press 2000. (Versión castellana: *Revista Intersubjetivo*, Junio 2000 - N°1, Vol 2)

- Mitjavila, M., Ávila, A., Poch, J., Gutierrez, G. (2002) La aportación del Terapeuta en la Psicoterapia Psicoanalítica: I. El estilo de intervenciones en la fase inicial del tratamiento de "MARÍA" *Intersubjetivo - Junio 2002-Nº1, Vo. 4 pags 64-77*
- Musso, J. (1970). *Problemas y mitos metodológicos de la psicología y la psicoterapia*. Ed Psique, Buenos Aires, 1970.
- Ogden, T. (1994). *Subjects of Analysis*. Ed Jason Aronson, Northvale, New Jersey.
- Orlinsky, D E., & Howard, K. I. (1994). Process and outcome in psychotherapy. En A.E. Garlfield & Bergin (Eds ), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4rd ed* New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., & Howard, K. I. (1987) A generic model of psychotherapy. *Journal of integrative and Eclectic Psychotherapy* 6:6-27.
- Orlinsky, D.E., & Howard, K. I. (1986a). Process and outcome in psychotherapy. En A.E. Garlfield & Bergin (Eds ), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 3rd ed* New York: Wiley.
- Paumelle, H. (2001). *La función del cuerpo en psicoterapia* Ed. Sintesis, Madrid 2001.
- Price, P., Jones, E. (1998). Examining the Alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy, Vol. 35, Fall 1998, No. 3*.
- Quintana, M. (1999). *Estudio Sistemático del concepto y fenómeno psicoanalíticos de la transferencia: Investigación histórico-conceptual y empírico-clínico de este fenómeno*. Tesis Doctoral, Gonzáles Quintana Maria Victoria. Universidad Pontificia de Salamanca UP/VZ h/413.13,GON est v.1.
- Rangel, L. (2002). *The theory of psychoanalysis: vicisitudes of its evolution*. Journal of the American Psychoanalytic Association Vol.50. Nº4.
- (2001). *Psychoanalytic Psychotherapy: The enduring legacy of psychoanalysis*. The Psychoanalytical Review, Vol. 88. Nº1, February 2001.
- Roussos, A., Boffi, L. & Leibovich, A. (2007) The importance of the theoretical framework in the formulation of clinical inferences in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 17(5):535 - 543*
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. and 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 (STOPPP). *International Journal of Psychoanalysis, (2000) 81, 921*.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A. (1997). When reality doesn't fit the blueprint: doing research on psychoanalysis and long-term psychotherapy in a public health service program. *Psychotherapy Research, 7, 333-344*
- Saunders, S; Howard, K; & Orlinsky, D. (1989). The therapeutic bond scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assesment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1, 323-330*.

- Seitz, P. (1966) *The consensus problem in psychoanalysis*. en *Methods of research in Psychotherapy*. Ed. L.A. Gottschalk & A.H. Auerbach, New York: Appleton Century Crofts.
- Shaughnessy, J; Zechmeister, E; Zechmeister, J. (2007). *Métodos de investigación en psicología*. Ed McGraw-Hill, 2007, México, 7a. edición.
- Smith, M. & Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M; Glass, G & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Stanton, M. (1990) *SANDOR FERENCZI: Reconsiderando la Intervención Activa*. Ed. BIO-PSIQUE, Instituto de Desarrollo Psicológico, INDEPSI. 1997.
- Stephensons, W. (1953). *The Study of Behavior: Q-technique and Its Methodology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Shedler, J. (2002). A new language for psychoanalytic diagnosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 50.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Band 1 Grundlagen*. Ed. Sprinter-Verlag Berlin Heidelberg 1985. Versión Castellana *Teoría y práctica del psicoanálisis, Tomo I, Fundamentos*. Ed Herder S A. Barcelona, 1989.)
- Tuckett, D. (2001). *Editorial Psychoanalytic Psychotherapy in this Journal*. *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 429 – 430.
- Vaughan, S; Spitzer, R; Davies, M. (1997), The Definition and Assessment of Analytic Process: Can Analysts agree?. *International Journal of Psychoanalysis*, 78: 959.
- Wallerstein, R. (1997). *Merton Gill, Psychotherapy, and Psychoanalysis: A personal dialogue* *Journal of the American Psychoanalytic Association* Vol.45 N°1.
- (1995b). *The Talking Cures: The Psychoanalyses and the Psychotherapies*. Yale University Press, 1995
- (1995a) Review of Merton Gill's *Psychoanalysis in Transition: A personal View* *Journal of the American Psychoanalytic Association* Vol 43
- (1989a). *Psychoanalysis and psychotherapy: an historical perspective*. *International Journal of Psychoanalysis*, 70: 563-591. Versión castellana: "Los tratamientos psicoanalíticos: una perspectiva histórica" Ed. Hogar del libro, Catalunya, 1992.
- (1966). *The current state of psychotherapy: theory, practice, research*. *Journal American Psychoanalytical Association*, 14:183-225 Versión Castellana: "Las nuevas direcciones de la psicoterapia" Ed. Paidós, Buenos Aires, 1972.
- Windholz, M & Silvershatz, G (1988). Vanderbilt psychotherapy process scale: A replication with adult outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 56-60.
- William, P., Strupp, H., Schacht, T. & Gaston, G (1994). *Psychodynamic Approaches*, en Bergin, A. & Garfield, S. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons, Inc 4° Edition 1994.



---

Anexo I

*Ítems y Protocolo PQS*



Ítems del Ordenamiento-Q del Proceso de la Psicoterapia (PQS)  
(Ávila, A., Vidal, J., Epstein, R., Duarte, A., Roussos, A., Winkel, R. (1999))

Ítem	Descripción Ítem
Ítem 01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)
Ítem 02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos
Ítem 03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente
Ítem 04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.
Ítem 05	El paciente tiene dificultades para entender los comentarios del terapeuta.
Ítem 06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.
Ítem 07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmado y relajado).
Ítem 08	El/la paciente está preocupado/a o contrariado/a por su dependencia del terapeuta (vs. cómodo con la dependencia, o deseando dependencia).
Ítem 09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).
Ítem 10	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.
Ítem 11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.
Ítem 12	Ocurren silencios durante la hora de sesión.
Ítem 13	El paciente está animado o excitado.
Ítem 14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.
Ítem 15	El paciente no inicia temas; es pasivo.
Ítem 16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.
Ítem 17	El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción (por ej. estructurando y/o introduciendo nuevos temas).
Ítem 18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)
Ítem 19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.
Ítem 20	El paciente es provocativo, pone a prueba los límites de la relación terapéutica. (NOTA: "No característico" implica que el paciente se comporta de una manera sumisa.)
Ítem 21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.
Ítem 22	El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente.
Ítem 23	El diálogo tiene un foco específico.
Ítem 24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.
Ítem 25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.
Ítem 26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).
Ítem 27	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es presionado para darlos).
Ítem 28	El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente.
Ítem 29	El paciente habla sobre querer estar separado o distante.
Ítem 30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej. sobre ideas o sistemas de creencias.
Ítem 31	El terapeuta pide más información o elaboración.
Ítem 32	El paciente alcanza un nuevo entendimiento o "insight".
Ítem 33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.
Ítem 34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.
Ítem 35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.
Ítem 36	El terapeuta señala el uso de maniobras defensivas por parte del paciente (por ej. anulación, denegación).

Ítem 37	El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica).
Ítem 38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.
Ítem 39	Hay una cualidad competitiva en la relación.
Ítem 40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.
Ítem 41	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.
Ítem 42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.
Ítem 43	El terapeuta sugiere el significado de la conducta de otros.
Ítem 44	El paciente se siente cauto o suspicaz (vs. confiado y seguro).
Ítem 45	El terapeuta adopta una actitud de apoyo.
Ítem 46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.
Ítem 47	Cuando la interacción con el paciente es difícil, el terapeuta se adapta en un esfuerzo para mejorar las relaciones.
Ítem 48	El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente.
Ítem 49	El paciente experimenta sentimientos ambivalentes o conflictivos acerca el terapeuta.
Ítem 50	El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables (por ej. enojo, envidia, o excitación).
Ítem 51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.
Ítem 52	El paciente se apoya en el terapeuta para solucionar sus problemas.
Ítem 53	El paciente se preocupa de lo que el/la terapeuta piensa de él.
Ítem 54	El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse.
Ítem 55	El paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia.
Ítem 56	El paciente plantea las experiencias como si estuvieran lejanas a sus sentimientos (NOTA: Evaluar como neutral si el afecto y el significado son manifiestos y son acordes.)
Ítem 57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.
Ítem 58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.
Ítem 59	El paciente se siente inadecuado e inferior (vs. efectivo y superior).q
Ítem 60	El paciente tiene una experiencia catártica.
Ítem 61	El paciente se siente tímido y avergonzado (vs. no cohibido y seguro).
Ítem 62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.
Ítem 63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.
Ítem 64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.
Ítem 65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.
Ítem 66	El terapeuta reasegura en forma directa.
Ítem 67	El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes.
Ítem 68	Son diferenciados activamente los significados reales vs. los fantasiosos de las experiencias vividas.
Ítem 69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.
Ítem 70	El paciente lucha por controlar sus sentimientos o impulsos.
Ítem 71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.
Ítem 72	El paciente comprende la naturaleza de la terapia y lo que se espera de él.
Ítem 73	El paciente está comprometido con la terapia.
Ítem 74	Se utiliza el humor.
Ítem 75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.
Ítem 76	El terapeuta sugiere que el paciente acepte la responsabilidad por sus problemas.
Ítem 77	Al terapeuta le falta tacto.
Ítem 78	El paciente busca la aprobación, el afecto o la simpatía del terapeuta.

Ítem 79	El terapeuta comenta los cambios de humor o estado afectivo del paciente.
Ítem 80	El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.
Ítem 81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.
Ítem 82	La conducta del paciente durante la sesión es reformulada por el terapeuta de manera tal que previamente no ha sido reconocido de forma explícita.
Ítem 83	El paciente es exigente.
Ítem 84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.
Ítem 85	El terapeuta alienta al paciente para que intente nuevas formas de comportarse con los demás.
Ítem 86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de si mismo (vs. inseguro o defensivo).
Ítem 87	El paciente es controlador.
Ítem 88	El paciente plantea temas y materiales significativos.
Ítem 89	El terapeuta actúa para fortalecer las defensas.
Ítem 90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.
Ítem 91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.
Ítem 92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.
Ítem 93	El terapeuta es neutral.
Ítem 94	El paciente se siente triste o deprimido (vs. feliz o animado).
Ítem 95	El paciente se siente ayudado.
Ítem 96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.
Ítem 97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.
Ítem 98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.
Ítem 99	El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente (vs. convalida las percepciones del paciente).
Ítem 100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.



---

Anexo II

*Análisis Factorial*



**Análisis factorial:****Comunalidades**

	Inicial	Extracción
Item-001	1,000	,219
Item-002	1,000	,131
Item-003	1,000	,135
Item-004	1,000	,259
Item-005	1,000	,210
Item-006	1,000	,354
Item-007	1,000	,239
Item-008	1,000	,165
Item-009	1,000	,216
Item-010	1,000	,128
Item-011	1,000	,037
Item-012	1,000	,266
Item-013	1,000	,158
Item-014	1,000	,281
Item-015	1,000	,299
Item-016	1,000	,146
Item-017	1,000	,267
Item-018	1,000	,166
Item-019	1,000	,220
Item-020	1,000	,116
Item-021	1,000	,331
Item-022	1,000	,171
Item-023	1,000	,252
Item-024	1,000	,448
Item-025	1,000	,352
Item-026	1,000	,215
Item-027	1,000	,195
Item-028	1,000	,327
Item-029	1,000	,080
Item-030	1,000	,113
Item-031	1,000	,228
Item-032	1,000	,251
Item-033	1,000	,166
Item-034	1,000	,273
Item-035	1,000	,109
Item-036	1,000	,253
Item-037	1,000	,274
Item-038	1,000	,208
Item-039	1,000	,268
Item-040	1,000	,158
Item-041	1,000	,173
Item-042	1,000	,265
Item-043	1,000	,176
Item-044	1,000	,214
Item-045	1,000	,339
Item-046	1,000	,328

Item-047	1,000	,093
Item-048	1,000	,213
Item-049	1,000	,283
Item-050	1,000	,211
Item-051	1,000	,091
Item-052	1,000	,321
Item-053	1,000	,255
Item-054	1,000	,313
Item-055	1,000	,511
Item-056	1,000	,155
Item-057	1,000	,147
Item-058	1,000	,311
Item-059	1,000	,171
Item-060	1,000	,103
Item-061	1,000	,256
Item-062	1,000	,203
Item-063	1,000	,169
Item-064	1,000	,207
Item-065	1,000	,293
Item-066	1,000	,133
Item-067	1,000	,435
Item-068	1,000	,036
Item-069	1,000	,047
Item-070	1,000	,132
Item-071	1,000	,189
Item-072	1,000	,314
Item-073	1,000	,324
Item-074	1,000	,188
Item-075	1,000	,411
Item-076	1,000	,205
Item-077	1,000	,260
Item-078	1,000	,088
Item-079	1,000	,057
Item-080	1,000	,358
Item-081	1,000	,318
Item-082	1,000	,249
Item-083	1,000	,120
Item-084	1,000	,321
Item-085	1,000	,274
Item-086	1,000	,207
Item-087	1,000	,224
Item-088	1,000	,299
Item-089	1,000	,126
Item-090	1,000	,089
Item-091	1,000	,208
Item-092	1,000	,211
Item-093	1,000	,309
Item-094	1,000	,196
Item-095	1,000	,478
Item-096	1,000	,267
Item-097	1,000	,279

Item-098	1,000	,316
Item-099	1,000	,141
Item-100	1,000	,161

Método de extracción: Análisis de Componentes principales

**Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,045	7,045	7,045	7,045	7,045	7,045	5,464	5,464	5,464
2	4,903	4,903	11,949	4,903	4,903	11,949	4,516	4,516	9,980
3	3,946	3,946	15,895	3,946	3,946	15,895	4,410	4,410	14,389
4	3,468	3,468	19,363	3,468	3,468	19,363	4,299	4,299	18,688
5	3,091	3,091	22,453	3,091	3,091	22,453	3,765	3,765	22,453
6	2,981	2,981	25,434						
7	2,814	2,814	28,248						
8	2,702	2,702	30,950						
9	2,272	2,272	33,223						
10	2,228	2,228	35,451						
11	2,197	2,197	37,648						
12	2,020	2,020	39,669						
13	1,994	1,994	41,663						
14	1,880	1,880	43,543						
15	1,806	1,806	45,349						
16	1,759	1,759	47,108						
17	1,690	1,690	48,798						
18	1,666	1,666	50,464						
19	1,635	1,635	52,100						
20	1,608	1,608	53,707						
21	1,497	1,497	55,204						
22	1,439	1,439	56,643						
23	1,376	1,376	58,018						
24	1,327	1,327	59,345						
25	1,288	1,288	60,634						
26	1,264	1,264	61,898						
27	1,222	1,222	63,120						
28	1,208	1,208	64,328						
29	1,163	1,163	65,492						
30	1,130	1,130	66,621						
31	1,118	1,118	67,740						
32	1,081	1,081	68,821						
33	1,054	1,054	69,875						
34	1,032	1,032	70,907						
35	1,023	1,023	71,930						
36	,972	,972	72,902						
37	,944	,944	73,846						
38	,915	,915	74,762						
39	,892	,892	75,654						
40	,881	,881	76,535						

41	,857	,857	77,392					
42	,832	,832	78,224					
43	,812	,812	79,036					
44	,788	,788	79,824					
45	,777	,777	80,601					
46	,757	,757	81,358					
47	,712	,712	82,070					
48	,703	,703	82,773					
49	,687	,687	83,459					
50	,660	,660	84,119					
51	,635	,635	84,754					
52	,625	,625	85,379					
53	,610	,610	85,989					
54	,596	,596	86,586					
55	,579	,579	87,165					
56	,556	,556	87,721					
57	,544	,544	88,264					
58	,512	,512	88,776					
59	,498	,498	89,274					
60	,488	,488	89,761					
61	,469	,469	90,231					
62	,463	,463	90,694					
63	,449	,449	91,143					
64	,439	,439	91,582					
65	,432	,432	92,014					
66	,415	,415	92,429					
67	,402	,402	92,831					
68	,382	,382	93,214					
69	,372	,372	93,585					
70	,357	,357	93,942					
71	,346	,346	94,288					
72	,338	,338	94,626					
73	,321	,321	94,947					
74	,315	,315	95,262					
75	,304	,304	95,566					
76	,296	,296	95,862					
77	,282	,282	96,144					
78	,277	,277	96,421					
79	,261	,261	96,682					
80	,256	,256	96,939					
81	,237	,237	97,176					
82	,231	,231	97,406					
83	,229	,229	97,635					
84	,219	,219	97,854					
85	,200	,200	98,055					
86	,199	,199	98,254					
87	,192	,192	98,445					
88	,173	,173	98,619					
89	,155	,155	98,773					
90	,152	,152	98,925					
91	,150	,150	99,075					

92	,138	,138	99,213					
93	,135	,135	99,348					
94	,128	,128	99,476					
95	,120	,120	99,596					
96	,114	,114	99,710					
97	,104	,104	99,814					
98	,094	,094	99,908					
99	,087	,087	99,996					
100	,004	,004	100,000					

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

**Matriz de componentes(a)**

	Componente				
	1	2	3	4	5
Item-001	-,310	-,175	,177	,174	,174
Item-002	-,094	,010	,348	-,032	,010
Item-003	,348	,089	-,059	-,012	,052
Item-004	,021	,248	,103	,430	-,032
Item-005	-,281	-,262	,214	,077	,103
Item-006	,398	,179	,077	-,030	-,395
Item-007	-,346	-,250	-,112	-,097	-,187
Item-008	-,322	,138	,002	,163	,126
Item-009	-,003	-,228	-,367	,071	,156
Item-010	-,246	,035	-,055	,071	,242
Item-011	,149	,003	-,097	-,053	,047
Item-012	-,354	-,257	-,065	,115	-,240
Item-013	,012	,275	-,233	-,078	,147
Item-014	-,470	-,207	,110	,028	,068
Item-015	-,049	-,477	,009	,259	,040
Item-016	-,180	,078	,188	,071	-,260
Item-017	,475	-,147	,061	,101	,076
Item-018	,029	,361	,061	-,066	-,163
Item-019	-,326	,234	,204	-,132	,010
Item-020	-,264	-,029	,010	-,062	,204
Item-021	-,342	,119	,392	,154	-,150
Item-022	,080	-,018	,224	-,319	,112
Item-023	,004	,192	-,182	-,392	-,168
Item-024	-,312	-,078	,521	,207	-,174
Item-025	-,036	-,493	-,121	,259	-,161
Item-026	-,310	-,213	,117	-,241	-,039
Item-027	,385	-,110	-,004	,015	-,184
Item-028	,253	-,145	-,362	,310	,120
Item-029	-,137	-,058	,049	,053	-,230
Item-030	-,212	,114	-,186	-,136	,050
Item-031	,449	,107	,118	,007	-,025
Item-032	,273	,184	,059	,000	,372
Item-033	-,138	,005	-,207	,039	-,320
Item-034	-,281	-,185	-,126	-,185	-,330
Item-035	-,127	,105	,050	-,158	,233
Item-036	,288	-,255	,208	,175	,177

Item-037	,364	-,301	,139	,001	-,177
Item-038	,324	-,305	-,070	,015	-,068
Item-039	-,340	-,051	,304	,048	-,233
Item-040	,215	-,108	,234	,167	-,134
Item-041	,023	,325	-,197	-,074	,151
Item-042	-,413	-,302	,026	,038	-,040
Item-043	,314	-,096	,115	,148	-,182
Item-044	-,166	-,334	-,268	-,052	-,016
Item-045	,371	,182	-,062	,015	-,405
Item-046	,484	,099	-,273	,028	-,095
Item-047	,207	,064	,144	-,157	-,004
Item-048	,370	-,029	-,191	,137	-,140
Item-049	-,401	-,042	,246	,133	,206
Item-050	,197	-,068	,192	-,236	,275
Item-051	-,278	-,092	,001	-,019	,067
Item-052	,000	,127	-,381	,362	-,171
Item-053	-,358	,058	-,274	,122	,182
Item-054	,058	,486	-,030	-,262	-,065
Item-055	-,020	,479	-,169	,477	,157
Item-056	-,195	-,013	-,300	,136	,091
Item-057	,095	,072	,013	,362	-,045
Item-058	,056	-,512	-,204	,027	,062
Item-059	-,167	-,246	-,065	-,237	,150
Item-060	-,104	,174	,179	,047	,167
Item-061	-,265	-,304	-,189	,026	,238
Item-062	,330	-,169	,048	-,251	,031
Item-063	,135	,267	-,025	-,226	-,168
Item-064	,154	-,135	-,246	-,051	-,319
Item-065	,498	,157	,137	-,025	-,035
Item-066	,137	,029	,031	,134	-,308
Item-067	,492	-,150	,359	,055	,195
Item-068	-,003	,135	,101	,053	-,065
Item-069	,105	,018	,136	-,038	-,126
Item-070	-,154	-,102	-,307	-,053	-,038
Item-071	-,077	-,059	-,126	-,347	,207
Item-072	,023	,105	-,385	,369	,135
Item-073	-,245	,444	-,202	,143	,071
Item-074	-,064	,360	,215	,053	-,075
Item-075	-,216	,455	,237	,232	-,217
Item-076	,351	-,267	-,063	-,053	,060
Item-077	-,501	,061	,029	-,056	,027
Item-078	-,214	,067	-,174	,064	,058
Item-079	,171	-,040	,093	-,131	,002
Item-080	,370	-,109	,342	,043	,301
Item-081	,504	-,062	,170	-,075	,161
Item-082	,254	,047	,351	-,054	,237
Item-083	-,096	-,126	-,275	-,101	-,095
Item-084	-,085	-,103	,059	-,482	-,260
Item-085	,423	-,274	,026	,132	-,048
Item-086	,368	,025	-,253	,032	,079
Item-087	-,370	,102	-,071	-,178	-,198

Item-088	,069	,298	-,111	-,439	,012
Item-089	,324	,081	,088	,022	,078
Item-090	,034	,033	,193	-,033	,220
Item-091	-,036	,115	,013	-,321	,301
Item-092	-,125	-,130	-,068	-,295	,295
Item-093	,104	-,025	-,523	-,057	,145
Item-094	-,138	-,312	,000	-,127	-,252
Item-095	,280	,531	-,280	,185	,063
Item-096	-,233	,370	,186	,052	-,197
Item-097	-,098	,393	-,058	-,322	,086
Item-098	-,241	,242	,092	,358	,250
Item-099	,222	-,249	,142	,050	,084
Item-100	-,126	-,055	,136	,311	,164

Método de extracción: Análisis de componentes principales  
a 5 componentes extraídos

**Matriz de componentes rotados(a)**

	Componente				
	1	2	3	4	5
Item-001	-,346	,266	,019	-,162	,043
Item-002	-,068	,052	,137	-,306	-,107
Item-003	,238	-,086	,198	,171	,049
Item-004	,068	,024	,078	-,207	,452
Item-005	-,285	,301	-,007	-,172	-,093
Item-006	,567	-,140	,006	-,111	,004
Item-007	-,170	,130	-,399	-,029	-,183
Item-008	-,315	-,044	-,061	-,129	,209
Item-009	-,121	,145	-,117	,403	,063
Item-010	-,340	-,012	,013	,028	,108
Item-011	,081	-,046	,060	,155	-,016
Item-012	-,133	,250	-,416	-,113	-,019
Item-013	-,080	-,321	,029	,181	,120
Item-014	-,412	,202	-,173	-,180	-,090
Item-015	-,077	,530	-,066	,088	,017
Item-016	,037	,007	-,161	-,344	,028
Item-017	,318	,198	,306	,181	,018
Item-018	,142	-,323	-,010	-,190	,072
Item-019	-,245	-,224	-,023	-,325	-,062
Item-020	-,336	-,010	,002	-,011	-,054
Item-021	-,146	,054	-,062	-,545	,076
Item-022	-,015	-,088	,229	-,063	-,327
Item-023	,098	-,394	-,173	,079	-,225
Item-024	-,111	,276	-,026	-,599	,003
Item-025	,055	,514	-,263	,125	,025
Item-026	-,231	,081	-,159	-,134	-,334
Item-027	,409	,108	,056	,102	-,047
Item-028	,113	,198	,006	,427	,304
Item-029	,039	,082	-,210	-,167	-,011
Item-030	-,201	-,209	-,153	,075	-,020

Item-031	,372	-,050	,292	,030	,026
Item-032	-,012	-,135	,449	,144	,099
Item-033	,089	-,036	-,391	-,013	,058
Item-034	-,030	,030	-,459	-,054	-,239
Item-035	-,244	-,157	,132	-,007	-,085
Item-036	,112	,354	,335	,055	,007
Item-037	,383	,294	,094	,037	-,176
Item-038	,276	,257	,041	,229	-,106
Item-039	-,108	,126	-,186	-,447	-,075
Item-040	,259	,229	,123	-,150	,031
Item-041	-,070	-,353	,062	,144	,137
Item-042	-,307	,269	-,273	-,109	-,111
Item-043	,362	,186	,084	-,039	,046
Item-044	-,146	,192	-,282	,244	-,128
Item-045	,549	-,153	-,085	-,020	,077
Item-046	,432	-,120	,063	,327	,128
Item-047	,165	-,093	,188	-,039	-,141
Item-048	,372	,056	-,004	,225	,143
Item-049	-,429	,146	,049	-,269	,052
Item-050	-,027	-,009	,374	,071	-,255
Item-051	-,262	,063	-,112	-,049	-,053
Item-052	,115	-,017	-,290	,160	,445
Item-053	-,393	-,059	-,193	,125	,209
Item-054	,099	-,543	,044	-,079	-,013
Item-055	-,078	-,210	,080	-,002	,674
Item-056	-,213	,006	-,195	,189	,190
Item-057	,119	,120	,036	-,057	,338
Item-058	-,026	,400	-,110	,342	-,145
Item-059	-,247	,074	-,055	,144	-,285
Item-060	-,170	-,085	,175	-,170	,086
Item-061	-,375	,222	-,118	,223	-,047
Item-062	,219	,039	,191	,170	-,297
Item-063	,214	-,338	-,015	-,039	-,086
Item-064	,303	,036	-,280	,174	-,069
Item-065	,419	-,102	,327	,019	,015
Item-066	,307	,050	-,117	-,116	,096
Item-067	,264	,246	,545	,002	-,085
Item-068	,050	-,066	,027	-,150	,075
Item-069	,164	-,001	,041	-,118	-,067
Item-070	-,112	-,012	-,276	,208	-,020
Item-071	-,210	-,148	,028	,210	-,279
Item-072	-,061	,006	-,078	,292	,468
Item-073	-,214	-,356	-,115	-,040	,369
Item-074	,024	-,231	,080	-,328	,144
Item-075	,008	-,223	-,070	-,503	,323
Item-076	,217	,194	,150	,280	-,139
Item-077	-,403	-,084	-,217	-,206	-,030
Item-078	-,202	-,069	-,150	,056	,130
Item-079	,127	-,005	,131	,016	-,151
Item-080	,104	,199	,551	,001	-,065
Item-081	,288	,066	,446	,135	-,116

Item-082	,059	,019	,476	-,103	-,089
Item-083	-,033	-,007	-,272	,195	-,085
Item-084	,077	-,138	-,204	-,089	-,497
Item-085	,350	,311	,159	,173	-,012
Item-086	,229	-,053	,119	,355	,108
Item-087	-,166	-,198	-,345	-,160	-,111
Item-088	,041	-,489	,033	,091	-,221
Item-089	,209	-,030	,276	,053	,041
Item-090	-,106	,001	,269	-,063	-,042
Item-091	-,223	-,251	,209	,099	-,206
Item-092	-,302	-,051	,080	,192	-,272
Item-093	-,030	-,121	-,117	,523	,078
Item-094	,032	,197	-,287	-,045	-,267
Item-095	,201	-,414	,125	,182	,466
Item-096	-,030	-,251	-,104	-,415	,143
Item-097	-,125	-,504	,038	-,024	-,087
Item-098	-,316	-,014	,125	-,176	,411
Item-099	,113	,272	,206	,061	-,091
Item-100	-,187	,226	,105	-,115	,224

Método de extracción: Análisis de componentes principales.  
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser  
a La rotación ha convergido en 12 iteraciones

**Matriz de transformación de las componentes**

Componente	1	2	3	4	5
1	,774	,023	,517	,365	,007
2	,049	-,844	,150	-,272	,435
3	,032	,224	,507	-,796	-,240
4	,037	,487	-,002	-,123	,864
5	-,630	,003	,673	,379	,082

Método de extracción: Análisis de componentes principales  
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser



---

Anexo III

*Correlaciones intra-factor*



Matriz de correlaciones intra componentes del Factor 1 (Pearson)

Item-006	Item-005	Item-045	Item-046	Item-049	Item-055	Item-014	Item-027	Item-077	Item-053	Item-037	Item-081	Item-031	Item-046	Item-043	Item-065	Item-001	Item-010	Item-020	Item-017	Item-008	Item-042	Item-056	Item-064	Item-092
1,00	0,13	-0,09	-0,15	0,01	-0,04	0,15	-0,12	-0,29	0,27	-0,12	0,14	0,06	0,13	0,10	0,01	0,07	-0,11	0,17	0,18	-0,31	-0,10	-0,04	-0,31	
	1,00	0,34	-0,36	0,41	-0,43	-0,08	-0,32	-0,01	0,04	-0,42	0,26	0,32	0,21	-0,02	-0,37	-0,21	-0,28	0,07	-0,35	-0,29	0,28	0,15	0,06	
		1,00	-0,40	0,44	-0,49	-0,04	-0,31	-0,06	0,04	-0,33	0,26	0,22	0,37	0,05	-0,30	-0,19	-0,48	0,26	-0,29	-0,14	0,07	0,11	0,22	
			1,00	-0,37	0,55	0,07	0,26	0,34	0,11	0,37	-0,44	-0,61	-0,38	-0,32	0,62	0,48	0,34	0,09	0,44	0,43	-0,20	-0,32	-0,18	
				1,00	-0,61	-0,23	-0,34	-0,23	-0,11	-0,44	0,45	0,25	0,30	0,14	-0,43	-0,38	-0,58	0,01	-0,51	-0,30	0,32	0,29	0,22	
					1,00	0,25	0,34	0,12	0,06	0,37	-0,16	-0,32	-0,27	-0,14	0,78	0,33	0,59	0,24	0,56	0,30	-0,16	-0,50	-0,44	
						1,00	-0,01	-0,26	0,43	0,11	0,02	0,06	0,12	0,11	0,31	0,23	0,19	0,16	0,31	0,09	0,01	-0,10	-0,30	
							1,00	0,05	-0,12	0,16	-0,28	-0,17	-0,34	-0,39	0,27	0,24	0,33	-0,15	0,47	0,13	-0,14	-0,07	-0,04	
								1,00	-0,44	0,13	-0,17	-0,31	-0,17	-0,34	0,10	0,21	0,24	-0,21	0,05	0,09	-0,13	-0,10	0,09	
									1,00	-0,09	-0,05	-0,03	0,09	0,04	0,04	0,21	0,32	0,00	0,37	0,12	0,22	0,07	-0,05	
										1,00	-0,34	-0,31	-0,31	-0,31	-0,44	0,25	0,51	-0,11	0,39	0,28	-0,15	-0,07	-0,30	
											1,00	0,32	0,17	0,27	-0,15	-0,09	-0,19	0,13	-0,31	-0,25	0,37	-0,10	-0,12	
												1,00	0,30	0,25	-0,45	-0,29	-0,29	-0,05	-0,28	-0,24	0,19	0,28	-0,13	
													1,00	0,21	-0,17	-0,08	-0,24	0,15	-0,11	-0,01	0,01	0,20	0,01	
														1,00	-0,20	-0,31	-0,15	0,13	-0,30	-0,35	-0,03	0,12	0,05	
															1,00	0,48	0,54	0,29	0,52	0,37	-0,17	-0,51	-0,48	
																1,00	0,39	0,01	0,60	0,29	-0,30	-0,23	-0,19	
																	1,00	0,00	0,43	0,14	-0,31	-0,24	-0,27	
																		1,00	0,08	-0,04	0,10	-0,36	-0,23	
																			1,00	0,13	-0,37	-0,18	-0,45	
																				1,00	0,11	-0,17	-0,16	
																					1,00	0,09	0,05	
																						1,00	0,17	
																							1,00	

Matriz de correlaciones entre componentes del Factor 2 (Pearson)

	Item-054	Item-015	Item-025	Item-097	Item-088	Item-058	Item-023	Item-036	Item-041	Item-063	Item-018	Item-013	Item-005
Item-054	1,00	0,02	-0,26	0,06	0,06	-0,14	0,53	-0,18	0,12	-0,05	0,18	0,09	-0,01
Item-015	0,02	1,00	0,66	-0,67	-0,76	0,55	-0,11	0,25	-0,16	-0,84	-0,28	0,11	0,61
Item-025	-0,26	0,66	1,00	-0,64	-0,65	0,46	-0,29	0,15	-0,34	-0,62	-0,12	0,09	0,50
Item-097	0,06	-0,67	-0,64	1,00	0,72	-0,35	0,11	-0,06	0,30	0,59	0,10	-0,02	-0,59
Item-088	0,06	-0,76	-0,65	0,72	1,00	-0,35	0,11	-0,13	0,16	0,73	0,08	-0,04	-0,68
Item-058	-0,14	0,55	0,46	-0,35	-0,35	1,00	-0,12	0,22	-0,05	-0,36	-0,27	0,00	0,42
Item-023	0,53	-0,11	-0,29	0,11	0,11	-0,12	1,00	0,05	0,16	0,13	0,08	0,17	-0,19
Item-036	-0,18	0,25	0,15	-0,06	-0,13	0,22	0,05	1,00	-0,05	-0,16	-0,21	0,08	0,14
Item-041	0,12	-0,16	-0,34	0,30	0,16	-0,05	0,16	-0,05	1,00	0,09	0,03	0,31	-0,09
Item-063	-0,05	-0,84	-0,62	0,59	0,73	-0,36	0,13	-0,16	0,09	1,00	0,34	-0,08	-0,55
Item-018	0,18	-0,28	-0,12	0,10	0,08	-0,27	0,08	-0,21	0,03	0,34	1,00	0,04	-0,09
Item-013	0,09	0,11	0,09	-0,02	-0,04	0,00	0,17	0,08	0,04	-0,08	0,04	1,00	0,18
Item-005	-0,01	0,61	0,50	-0,59	-0,68	0,42	-0,19	0,14	-0,09	-0,55	-0,09	0,18	1,00

Matriz de correlaciones entre componentes del Factor 3 (Pearson)

	Item-080	Item-082	Item-067	Item-034	Item-032	Item-081	Item-012	Item-007	Item-033	Item-050	Item-087
Item-080	1,00	0,68	0,29	0,02	0,12	0,57	-0,23	-0,34	-0,26	0,41	0,16
Item-082	0,68	1,00	0,34	-0,07	-0,02	0,42	-0,15	-0,46	-0,35	0,33	0,11
Item-067	0,29	0,34	1,00	-0,16	0,13	0,35	-0,17	-0,35	-0,31	0,13	-0,32
Item-034	0,02	-0,07	-0,16	1,00	-0,32	0,06	0,10	0,14	0,04	-0,10	0,24
Item-032	0,12	-0,02	0,13	-0,32	1,00	-0,12	-0,22	-0,09	-0,04	0,07	-0,12
Item-081	0,57	0,42	0,35	0,06	-0,12	1,00	-0,28	-0,32	-0,19	0,47	0,18
Item-012	-0,23	-0,15	-0,17	0,10	-0,22	-0,28	1,00	0,00	0,28	-0,11	-0,03
Item-007	-0,34	-0,46	-0,35	0,14	-0,09	-0,32	0,00	1,00	0,17	-0,23	0,07
Item-033	-0,26	-0,35	-0,31	0,04	-0,04	-0,19	0,28	0,17	1,00	-0,17	0,14
Item-050	0,41	0,33	0,13	-0,10	0,07	0,47	-0,11	-0,23	-0,17	1,00	-0,11
Item-087	0,16	0,11	-0,32	0,24	-0,12	0,18	-0,03	0,07	0,14	-0,11	1,00

Matriz de correlaciones entre componentes del Factor 4 (Pearson)

	Item-024	Item-021	Item-093	Item-075	Item-039	Item-028	Item-096	Item-009	Item-086	Item-016	Item-074	Item-019	Item-002
Item-024	1,00	0,65	-0,63	0,17	0,61	-0,14	-0,18	0,28	-0,62	0,48	-0,02	0,40	0,55
Item-021	0,65	1,00	-0,63	0,09	0,62	-0,03	0,02	0,19	-0,54	0,11	-0,14	0,51	0,44
Item-093	-0,63	-0,63	1,00	-0,30	-0,41	0,18	0,17	-0,33	0,57	-0,28	-0,06	-0,45	-0,61
Item-075	0,17	0,09	-0,30	1,00	0,01	-0,16	0,29	-0,13	-0,15	0,31	0,47	0,17	0,04
Item-039	0,61	0,62	-0,41	0,01	1,00	0,08	-0,10	0,42	-0,56	0,31	-0,21	0,47	0,64
Item-028	-0,14	-0,03	0,18	-0,16	0,08	1,00	-0,08	0,06	0,00	0,01	-0,10	-0,13	0,02
Item-096	-0,18	0,02	0,17	0,29	-0,10	-0,08	1,00	-0,29	0,33	0,10	0,17	-0,04	-0,25
Item-009	0,28	0,19	-0,33	-0,13	0,42	0,06	-0,29	1,00	-0,44	0,13	-0,19	0,34	0,63
Item-086	-0,62	-0,54	0,57	-0,15	-0,56	0,00	0,33	-0,44	1,00	-0,20	-0,04	-0,38	-0,62
Item-016	0,48	0,11	-0,28	0,31	0,31	0,01	0,10	0,13	1,00	1,00	0,06	0,11	0,37
Item-074	-0,02	-0,14	-0,06	0,47	-0,21	-0,10	0,17	-0,19	-0,04	0,06	1,00	-0,17	-0,18
Item-019	0,40	0,51	-0,45	0,17	0,47	-0,13	-0,04	0,34	-0,17	0,11	-0,17	1,00	0,50
Item-002	0,55	0,44	-0,61	0,04	0,64	0,02	-0,25	0,63	-0,62	0,37	-0,18	0,50	1,00

Matriz de correlaciones entre componentes del Factor 5 (Pearson)

	Item-055	Item-084	Item-072	Item-095	Item-004	Item-052	Item-098	Item-073	Item-057	Item-026	Item-022
Item-055	1,00	-0,18	0,31	0,40	0,17	0,06	0,17	0,35	0,07	-0,29	0,06
Item-084	-0,18	1,00	0,13	0,39	-0,71	0,10	0,02	0,25	-0,37	0,36	-0,22
Item-072	0,31	0,13	1,00	0,50	-0,13	0,40	0,15	0,40	-0,13	0,11	-0,18
Item-095	0,40	0,39	0,50	1,00	-0,46	0,14	0,27	0,60	-0,33	-0,10	-0,21
Item-004	0,17	-0,71	-0,13	-0,46	1,00	0,02	-0,12	-0,30	0,53	-0,26	0,32
Item-052	0,06	0,10	0,40	0,14	0,02	1,00	-0,14	0,17	0,24	0,02	-0,46
Item-098	0,17	0,02	0,15	0,27	-0,12	-0,14	1,00	0,44	-0,24	-0,04	0,02
Item-073	0,35	0,25	0,40	0,60	-0,30	0,17	0,44	1,00	-0,31	0,01	-0,11
Item-057	0,07	-0,37	-0,13	-0,33	0,53	0,24	-0,24	-0,31	1,00	-0,27	0,03
Item-026	-0,29	0,36	0,11	-0,10	-0,26	0,02	-0,27	0,01	-0,27	1,00	-0,05
Item-022	0,06	-0,22	-0,18	-0,21	0,32	-0,46	0,02	-0,11	0,03	-0,05	1,00



---

Anexo IV

*Ítems PQS más y menos característicos  
en cada sesión*



Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 1

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
93	El terapeuta es neutral.	8,3
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	8,2
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,2
46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente	8,0
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,0
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación )	7,7
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,5
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado	7,5
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,3
94	El paciente se siente triste o deprimido (vs. feliz o animado).	7,3
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
77	Al terapeuta le falta tacto.	1,7
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	2,2
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo	2,2
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,2
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,3
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p ej crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,5
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	2,5
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,5
89	El terapeuta actúa para fortalecer las defensas.	2,7
74	Se utiliza el humor.	2,8

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 3

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,8
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	8,0
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,0
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,7
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,7
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático	7,5
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado).	7,3
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	7,3
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente	7,3
86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs. inseguro o defensivo).	7,2
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
77	Al terapeuta le falta tacto	2,0
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,2
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,2
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,3
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,3
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación	2,3
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	2,5
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	2,7
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	2,8
74	Se utiliza el humor.	3,0

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 6

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,8
07	El paciente está ansioso o tenso (vs calmo y relajado).	8,2
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,2
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,8
93	El terapeuta es neutral.	7,7
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente.	7,5
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,5
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,3
86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs inseguro o defensivo).	7,3
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,2
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
77	Al terapeuta le falta tacto.	1,7
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,0
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,0
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	2,3
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	2,3
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,5
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs comentarios de aprobación o admiración).	2,7
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	2,7
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,8
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,8

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 10

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	8,8
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,8
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	7,8
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,8
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	7,7
48	El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente	7,5
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,3
85	El terapeuta alienta al paciente para que intente nuevas formas de comportarse con los demás	7,3
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado)	7,2
28	El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente.	7,2
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,0
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,0
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,0
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,2
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,3
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis	2,3
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta	2,5
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	2,5
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente	2,5
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,7

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 12

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso)	8,83
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,83
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,50
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado).	8,00
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,83
94	El paciente se siente triste o deprimido (vs. feliz o animado)	7,83
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático	7,50
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	7,50
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	7,50
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	7,33
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente	1,67
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,00
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	2,33
54	El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse.	2,50
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	2,67
44	El paciente se siente cauto o suspicaz (vs. confiado y seguro)	2,67
56	El paciente plantea las experiencias como si estuvieran lejanas a sus sentimientos. (NOTA: Evaluar como neutral si el afecto y el significado son manifiestos y son acordes.)	2,67
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	3,00
20	El paciente es provocativo, pone a prueba los límites de la relación terapéutica. (NOTA: "No característico" implica que el paciente se comporta de una manera sumisa.)	3,00
87	El paciente es controlador.	3,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 15

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	8,33
88	El paciente plantea temas y materiales significativos	8,17
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,83
29	El paciente habla sobre querer estar separado o distante	7,67
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente	7,67
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente	7,50
52	El paciente se apoya en el terapeuta para solucionar sus problemas	7,33
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente	7,33
95	El paciente se siente ayudado	7,33
31	El terapeuta pide más información o elaboración	7,17
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica	1,83
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente	1,83
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios	1,83
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	2,00
77	Al terapeuta le falta tacto	2,00
05	El paciente tiene dificultades para entender los comentarios del terapeuta	2,17
39	Hay una cualidad competitiva en la relación	2,33
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión	2,67
42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta	2,67

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 18

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente	8,67
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	8,33
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	8,17
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	8,17
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	8,00
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,67
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	7,33
45	El terapeuta adopta una actitud de apoyo	7,17
86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs. inseguro o defensivo).	7,17
94	El paciente se siente triste o deprimido (vs. feliz o animado).	7,17
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente	1,17
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	1,50
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,00
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	2,33
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud	2,33
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente	2,33
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,33
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,33
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,50
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,67

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 21

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,83
94	El paciente se siente triste o deprimido (vs feliz o animado).	8,17
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	7,67
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	7,50
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,33
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,17
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,17
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	7,00
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado)	6,83
17	El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción (por ej estructurando y/o introduciendo nuevos temas).	6,83
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,17
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	2,50
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,67
05	El paciente tiene dificultades para entender los comentarios del terapeuta	3,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	3,00
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo	3,00
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	3,00
29	El paciente habla sobre querer estar separado o distante.	3,17
37	El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica).	3,17
41	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.	3,17

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 25

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	8,50
33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.	8,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente	8,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	7,67
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	7,50
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,50
50	El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables (por ej. enojo, envidia, o excitación).	7,33
85	El terapeuta alienta al paciente para que intente nuevas formas de comportarse con los demás.	7,33
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	7,17
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	2,17
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	2,67
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,67
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,67
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	2,83
54	El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse.	3,00
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	3,33
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	3,33
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	3,33
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	3,33

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 30

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,83
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	8,50
22	El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente	8,00
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	8,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,83
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente	7,67
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,50
50	El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables (por ej. enojo, envidia, o excitación).	7,33
67	El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes	7,33
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,33
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	1,50
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	1,83
77	Al terapeuta le falta tacto.	1,83
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,17
10	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.	2,33
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,33
08	El/la paciente está preocupado/a o contrariado/a por su dependencia del terapeuta (vs. cómodo con la dependencia, o deseando dependencia)	2,50
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,50
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	2,50
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,67

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 34

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,60
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,90
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	7,80
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,30
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente.	7,20
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	7,00
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente.	6,90
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.	6,90
94	El paciente se siente triste o deprimido (vs. feliz o animado).	6,80
46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.	6,70
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
77	Al terapeuta le falta tacto.	1,90
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,00
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos.	2,20
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	2,20
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,40
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,50
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	2,60
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,60
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	2,80
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,80

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 36

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	9,00
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación )	8,50
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,50
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	8,50
48	El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente	8,00
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	8,00
31	El terapeuta pide más información o elaboración	7,50
33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.	7,50
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,50
43	El terapeuta sugiere el significado de la conducta de otros.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo	1,00
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	1,50
83	El paciente es exigente.	1,50
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,00
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,00
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	2,00
94	El paciente se siente triste o deprimido (vs. feliz o animado)	2,00
42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.	2,50
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	2,50
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 40

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,30
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,80
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente	7,70
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	7,30
46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente	7,30
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	7,30
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,20
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	7,20
93	El terapeuta es neutral.	7,10
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	6,90
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios	1,80
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,10
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,20
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	2,30
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,30
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	2,40
39	Hay una cualidad competitiva en la relación	2,40
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,50
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,60
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,60

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 43

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente	9,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,50
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	8,50
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,50
50	El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables (por ej. enojo, envidia, o excitación)	8,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	8,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,00
93	El terapeuta es neutral.	8,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,50
54	El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	1,00
42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.	1,50
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	1,50
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	1,50
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas	1,50
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	2,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,00
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	2,00
79	El terapeuta comenta los cambios de humor o estado afectivo del paciente	2,50
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 45

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,14
93	El terapeuta es neutral.	7,86
86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs. inseguro o defensivo)	7,57
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático	7,29
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,14
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales	7,00
95	El paciente se siente ayudado.	7,00
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	7,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	6,86
17	El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción (por ej. estructurando y/o introduciendo nuevos temas).	6,86
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	3,14
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	3,00
42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.	2,57
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	2,43
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,43
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica	2,29
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	2,14
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,00
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	1,86
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	1,57

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 48

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	9,00
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	8,00
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso)	8,00
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	8,00
33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.	8,00
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis	8,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,50
13	El paciente está animado o excitado.	7,50
17	El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción (por ej. estructurando y/o introduciendo nuevos temas).	7,50
23	El diálogo tiene un foco específico.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,50
39	Hay una cualidad competitiva en la relación	2,50
43	El terapeuta sugiere el significado de la conducta de otros	2,50
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	2,50
09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).	2,00
100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.	2,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,50
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	1,50
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	1,50
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	1,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 51

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,83
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación	7,33
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	7,17
74	Se utiliza el humor	7,17
73	El paciente está comprometido con la terapia.	7,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,00
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente	6,83
80	El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.	6,67
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	6,50
46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.	6,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	3,50
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	3,33
76	El terapeuta sugiere que el paciente acepte la responsabilidad por sus problemas.	3,33
85	El terapeuta alienta al paciente para que intente nuevas formas de comportarse con los demás.	3,33
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	3,17
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente	3,00
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	2,83
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,67
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,67
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,17

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 54

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	9,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	9,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	8,50
13	El paciente está animado o excitado.	8,50
12	Ocurren silencios durante la hora de sesión.	8,00
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación )	8,00
28	El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente	7,50
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	7,50
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,50
74	Se utiliza el humor.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios	3,00
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	3,00
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,50
61	El paciente se siente tímido y avergonzado (vs. no cohibido y seguro)	2,50
10	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.	2,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,00
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica	1,50
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	1,50
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	1,50
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	1,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 57

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso)	9,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	9,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	9,00
29	El paciente habla sobre querer estar separado o distante	8,50
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.	8,50
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	8,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,50
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	7,50
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión	1,00
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	1,50
85	El terapeuta alienta al paciente para que intente nuevas formas de comportarse con los demás.	2,00
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	2,50
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,50
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,50
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,50
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,50
83	El paciente es exigente.	2,50
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 60

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
23	El diálogo tiene un foco específico.	9,00
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	8,50
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	8,50
12	Ocurren silencios durante la hora de sesión.	8,00
22	El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente.	8,00
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso)	8,00
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente	8,00
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	8,00
82	La conducta del paciente durante la sesión es reformulada por el terapeuta de manera tal que previamente no ha sido reconocido de forma explícita.	7,50
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	1,00
55	El paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia.	1,00
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	1,50
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	1,50
52	El paciente se apoya en el terapeuta para solucionar sus problemas.	2,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	2,00
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,50
28	El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente.	2,50
56	El paciente plantea las experiencias como si estuvieran lejanas a sus sentimientos. (NOTA: Evaluar como neutral si el afecto y el significado son manifiestos y son acordes )	2,50
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,50

*Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 63*

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	9,00
28	El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente.	9,00
52	El paciente se apoya en el terapeuta para solucionar sus problemas	9,00
72	El paciente comprende la naturaleza de la terapia y lo que se espera de él.	9,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	8,00
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	8,00
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	8,00
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso)	8,00
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	8,00
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	8,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	1,00
13	El paciente está animado o excitado.	1,00
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación	1,00
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	1,00
32	El paciente alcanza un nuevo entendimiento o "insight".	2,00
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	2,00
41	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.	2,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	2,00
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,00
95	El paciente se siente ayudado.	2,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 66

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
59	El paciente se siente inadecuado e inferior (vs. efectivo y superior).	8,67
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa	8,67
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	8,33
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	8,17
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado	8,17
22	El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente	7,67
23	El diálogo tiene un foco específico.	7,67
88	El paciente plantea temas y materiales significativos	7,67
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos	7,33
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,00
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	2,33
44	El paciente se siente cauto o suspicaz (vs. confiado y seguro).	2,33
05	El paciente tiene dificultades para entender los comentarios del terapeuta	2,50
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	2,83
56	El paciente plantea las experiencias como si estuvieran lejanas a sus sentimientos (NOTA: Evaluar como neutral si el afecto y el significado son manifiestos y son acordes.)	2,83
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	2,83
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	3,00
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	3,17

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 69

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	9,00
23	El diálogo tiene un foco específico	8,50
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,50
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,50
93	El terapeuta es neutral.	8,50
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	8,00
28	El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente.	8,00
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	8,00
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	8,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	1,50
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	1,50
61	El paciente se siente tímido y avergonzado (vs. no cohibido y seguro).	1,50
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	1,50
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,00
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,00
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej. sobre ideas o sistemas de creencias	2,00
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente	2,00
39	Hay una cualidad competitiva en la relación	2,50
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	3,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 72

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,33
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,17
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	8,17
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	8,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,67
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	7,50
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmado y relajado).	7,33
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,33
23	El diálogo tiene un foco específico.	7,17
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	7,17
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	1,67
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,83
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	2,50
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,83
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	3,00
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	3,17
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	3,17
99	El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente (vs. convalida las percepciones del paciente).	3,17
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	3,33
100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.	3,33

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 75

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	9,0
93	El terapeuta es neutral.	8,2
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,8
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	7,8
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,7
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	7,5
88	El paciente plantea temas y materiales significativos	7,5
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	7,3
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,3
86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs. inseguro o defensivo).	7,2
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	1,50
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	1,67
77	Al terapeuta le falta tacto.	1,67
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	1,67
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,00
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,33
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,33
49	El paciente experimenta sentimientos ambivalentes o conflictivos acerca del terapeuta.	2,50
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,50
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,67

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 79

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	9,0
12	Ocurren silencios durante la hora de sesión.	8,5
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	8,5
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	8,5
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	8,0
47	Cuando la interacción con el paciente es difícil, el terapeuta se adapta en un esfuerzo para mejorar las relaciones.	8,0
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,0
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,5
28	El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente	7,5
41	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.	7,5
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	1,0
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud	1,5
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	1,5
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	1,5
54	El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse.	1,5
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,0
08	El/la paciente está preocupado/a o contrariado/a por su dependencia del terapeuta (vs. cómodo con la dependencia, o deseando dependencia).	2,0
27	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es presionado para darlos)	2,0
68	Son diferenciados activamente los significados reales vs. los fantasiosos de las experiencias vividas	2,0
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	2,5

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 81

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,67
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	8,17
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	8,00
93	El terapeuta es neutral.	8,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente.	7,33
17	El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción (por ej. estructurando y/o introduciendo nuevos temas).	7,33
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	7,33
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,33
46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.	7,17
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	7,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,00
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	2,17
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,33
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,33
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,33
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,50
74	Se utiliza el humor.	2,50
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,50
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	2,50
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	2,67

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 84

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	9,0
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	9,0
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	8,5
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	8,5
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	8,0
23	El diálogo tiene un foco específico.	8,0
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	8,0
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,0
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,0
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,5
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	1,0
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	1,5
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	1,5
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,0
100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.	2,0
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	2,5
09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).	2,5
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	2,5
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,5
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	2,5

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 87

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	9,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	8,50
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente	8,50
23	El diálogo tiene un foco específico.	8,00
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	8,00
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,50
50	El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables (por ej. enojo, envidia, o excitación).	7,50
54	El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	1,00
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión	1,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	1,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,50
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	2,00
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,00
27	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es presionado para darlos)	2,00
37	El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica).	2,00
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej. sobre ideas o sistemas de creencias.	2,50
66	El terapeuta reasegura en forma directa.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 90

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,75
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,50
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej. sobre ideas o sistemas de creencias.	8,00
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	7,75
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,50
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	7,50
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado).	7,25
52	El paciente se apoya en el terapeuta para solucionar sus problemas.	7,25
55	El paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia.	7,25
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	7,25
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,00
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	1,75
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	1,75
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	2,25
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,75
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	2,75
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	3,00
37	El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica).	3,00
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	3,00
61	El paciente se siente tímido y avergonzado (vs. no cohibido y seguro).	3,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 93

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,80
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	8,60
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado).	8,40
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,40
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación)	7,40
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	7,40
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso)	7,20
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej sobre ideas o sistemas de creencias.	7,20
88	El paciente plantea temas y materiales significativos	7,20
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	7,20
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión	2,00
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales	2,60
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,60
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,60
49	El paciente experimenta sentimientos ambivalentes o conflictivos acerca el terapeuta	2,80
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación	3,00
10	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.	3,20
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	3,40
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.	3,40
80	El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.	3,40

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 97

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	9,00
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	9,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	9,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	9,00
93	El terapeuta es neutral.	9,00
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	8,00
23	El diálogo tiene un foco específico.	8,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	8,00
70	El paciente lucha por controlar sus sentimientos o impulsos.	8,00
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	1,00
77	Al terapeuta le falta tacto.	1,00
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión	1,00
89	El terapeuta actúa para fortalecer las defensas	1,50
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	1,50
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,00
44	El paciente se siente cauto o suspicaz (vs. confiado y seguro).	2,00
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	2,00
60	El paciente tiene una experiencia catártica.	2,00
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 99

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	9,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	9,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	9,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,50
93	El terapeuta es neutral.	8,50
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis	8,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,50
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	7,50
23	El diálogo tiene un foco específico.	7,50
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	1,00
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	1,50
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	1,50
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta	1,50
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	1,50
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	1,50
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	1,50
77	Al terapeuta le falta tacto.	1,50
08	El/la paciente está preocupado/a o contrariado/a por su dependencia del terapeuta (vs. cómodo con la dependencia, o descando dependencia).	2,00
100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.	2,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 102

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	9,00
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis	8,50
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	8,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente	8,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos	8,00
97	El paciente es introspectivo, explora cnsseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	8,00
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud	7,50
50	El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables (por ej. enojo, envidia, o excitación).	7,50
54	El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse.	7,50
73	El paciente está comprometido con la terapia.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
27	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es prcsionado para darlos).	1,00
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	1,00
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej. sobre ideas o sistemas de creencias	1,50
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	2,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	2,00
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica	2,00
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,00
37	El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica)	2,00
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,00
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 105

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	9,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,50
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	8,00
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	8,00
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	8,00
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	8,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,00
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	7,50
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,50
80	El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	1,00
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	1,00
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	1,00
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	1,00
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso)	1,50
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmado y relajado).	2,00
20	El paciente es provocativo, pone a prueba los límites de la relación terapéutica. (NOTA: "No característico" implica que el paciente se comporta de una manera sumisa )	2,00
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,00
78	El paciente busca la aprobación, el afecto o la simpatía del terapeuta.	2,50
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 108

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación )	9,00
55	El paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia.	9,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	9,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	9,00
93	El terapeuta es neutral	9,00
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	8,00
05	El paciente tiene dificultades para entender los comentarios del terapeuta	8,00
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	8,00
17	El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción (por ej. estructurando y/o introduciendo nuevos temas).	8,00
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej. sobre ideas o sistemas de creencias.	8,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	1,00
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	1,00
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	2,00
08	El/la paciente está preocupado/a o contrariado/a por su dependencia del terapeuta (vs. cómodo con la dependencia, o deseando dependencia)	2,00
10	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta	2,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	2,00
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	2,00
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,00
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación	2,00
83	El paciente es exigente.	2,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 111

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,67
88	El paciente plantea temas y materiales significativos	8,67
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	8,00
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	7,33
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	7,33
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej. sobre ideas o sistemas de creencias	7,17
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,17
41	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.	7,00
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	6,83
13	El paciente está animado o excitado.	6,67
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
05	El paciente tiene dificultades para entender los comentarios del terapeuta.	2,50
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,50
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,67
09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).	2,67
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,67
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,67
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,67
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	3,00
85	El terapeuta alienta al paciente para que intente nuevas formas de comportarse con los demás	3,00
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	3,17

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 114

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
20	El paciente es provocativo, pone a prueba los límites de la relación terapéutica (NOTA: "No característico" implica que el paciente se comporta de una manera sumisa.)	9,00
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	9,00
53	El paciente se preocupa de lo que el/la terapeuta piensa de él.	9,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	9,00
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	9,00
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado).	8,00
10	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta	8,00
12	Ocurren silencios durante la hora de sesión	8,00
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	8,00
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	8,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	1,00
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	1,00
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	1,00
68	Son diferenciados activamente los significados reales vs los fantasiosos de las experiencias vividas.	1,00
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	1,00
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	2,00
29	El paciente habla sobre querer estar separado o distante	2,00
37	El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica).	2,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,00
67	El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes.	2,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 117

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
17	El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción (por ej estructurando y/o introduciendo nuevos temas)	9,00
07	El paciente está ansioso o tenso (vs calmo y relajado).	8,00
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	8,00
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	8,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,00
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	8,00
13	El paciente está animado o excitado.	7,50
23	El diálogo tiene un foco específico	7,50
46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.	7,50
48	El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	1,00
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	1,50
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	1,50
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	1,50
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	2,00
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud	2,00
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento	2,00
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,50
83	El paciente es exigente.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 120

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
41	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.	9,00
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.	9,00
95	El paciente se siente ayudado.	9,00
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	9,00
10	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.	8,00
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	8,00
22	El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente.	8,00
28	El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente.	8,00
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	8,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales	1,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,00
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	1,00
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	1,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	1,00
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,00
39	Hay una cualidad competitiva en la relación	2,00
44	El paciente se siente cauto o suspicaz (vs. confiado y seguro).	2,00
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	2,00
67	El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes.	2,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 123

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	8,60
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,60
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	8,00
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	7,80
59	El paciente se siente inadecuado e inferior (vs. efectivo y superior)	7,80
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej sobre ideas o sistemas de creencias.	7,60
23	El diálogo tiene un foco específico	7,40
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,40
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación )	7,20
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,20
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,00
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,20
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,40
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	3,00
66	El terapeuta reasegura en forma directa.	3,00
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	3,20
36	El terapeuta señala el uso de maniobras defensivas por parte del paciente (por ej. anulación, denegación).	3,20
61	El paciente se siente tímido y avergonzado (vs. no cohibido y seguro).	3,20
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	3,20
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	3,20

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 126

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	9,00
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud	9,00
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	9,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente	8,50
12	Ocurren silencios durante la hora de sesión.	8,00
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación )	8,00
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso)	8,00
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	7,50
45	El terapeuta adopta una actitud de apoyo.	7,50
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	1,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	1,00
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	1,50
09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente)	1,50
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,00
100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.	2,00
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,50
55	El paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia	2,50
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,50
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 134

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,67
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	8,00
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	7,67
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,33
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente.	7,17
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmado y relajado).	7,17
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,17
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)	7,00
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,00
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	7,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,50
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,17
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	2,33
42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.	2,33
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,67
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	2,83
05	El paciente tiene dificultades para entender los comentarios del terapeuta.	3,00
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	3,00
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	3,00
77	Al terapeuta le falta tacto.	3,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 135

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	9,00
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios	9,00
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	8,50
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	8,50
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	8,50
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	8,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,00
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	7,50
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático	7,00
13	El paciente está animado o excitado.	7,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
12	Ocurren silencios durante la hora de sesión.	1,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	1,00
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	1,50
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación	1,50
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente	2,00
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,00
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente	2,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,50
74	Se utiliza el humor.	2,50
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 156

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	9,00
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	8,50
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	8,50
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente.	8,00
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,00
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.	8,00
74	Se utiliza el humor.	8,00
86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs. inseguro o defensivo).	8,00
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,50
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.	1,00
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	1,50
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,00
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,00
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	2,00
42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.	2,50
49	El paciente experimenta sentimientos ambivalentes o conflictivos acerca del terapeuta.	2,50
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,50
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 165

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	9,00
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	9,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	9,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,50
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.	8,50
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	8,00
53	El paciente se preocupa de lo que el/la terapeuta piensa de él.	8,00
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,00
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)	7,50
48	El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
37	El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica).	1,00
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,00
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,00
21	El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.	2,00
83	El paciente es exigente.	2,00
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	2,00
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	2,00
99	El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente (vs. convalida las percepciones del paciente).	2,00
68	Son diferenciados activamente los significados reales vs los fantasiosos de las experiencias vividas.	2,50
100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 171

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
23	El diálogo tiene un foco específico.	9,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	9,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	9,00
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	9,00
86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs inseguro o defensivo).	8,50
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,50
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	8,00
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)	8,00
27	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es presionado para darlos)	8,00
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	8,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	1,00
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	1,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	1,50
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	1,50
09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).	2,00
29	El paciente habla sobre querer estar separado o distante.	2,00
49	El paciente experimenta sentimientos ambivalentes o conflictivos acerca el terapeuta	2,50
56	El paciente plantea las experiencias como si estuvieran lejanas a sus sentimientos. (NOTA: Evaluar como neutral si el afecto y el significado son manifiestos y son acordes.)	2,50
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,50
78	El paciente busca la aprobación, el afecto o la simpatía del terapeuta.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 174

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	8,80
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,60
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado).	8,40
23	El diálogo tiene un foco específico.	8,00
73	El paciente está comprometido con la terapia.	8,00
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,00
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,80
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,60
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	7,20
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.	7,20
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	2,20
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,80
17	El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción (por ej. estructurando y/o introduciendo nuevos temas).	2,80
32	El paciente alcanza un nuevo entendimiento o "insight".	2,80
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,80
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	3,00
20	El paciente es provocativo, pone a prueba los límites de la relación terapéutica. (NOTA: "No característico" implica que el paciente se comporta de una manera sumisa.)	3,20
66	El terapeuta reasegura en forma directa.	3,20
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	3,20
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión.	3,20

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 180

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	9,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	9,00
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	9,00
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	9,00
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado.	8,50
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	8,50
52	El paciente se apoya en el terapeuta para solucionar sus problemas.	8,00
54	El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse.	8,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,00
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
42	El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.	1,00
04	Se examinan las metas de tratamiento del paciente.	2,00
09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).	2,00
10	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.	2,00
27	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es presionado para darlos).	2,00
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos.	2,50
08	El/la paciente está preocupado/a o contrariado/a por su dependencia del terapeuta (vs. cómodo con la dependencia, o deseando dependencia).	2,50
74	Se utiliza el humor.	3,00
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	3,00
77	Al terapeuta le falta tacto.	3,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 183

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	9,00
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	9,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	9,00
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios	9,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	8,00
31	El terapeuta pide más información o elaboración	8,00
54	El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse	8,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	8,00
68	Son diferenciados activamente los significados reales vs. los fantasiosos de las experiencias vividas.	8,00
80	El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.	8,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	1,00
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	1,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento	1,00
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	1,00
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	1,00
27	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es presionado para darlos)	2,00
37	El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica).	2,00
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,00
74	Se utiliza el humor.	2,00
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 186

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	9,00
33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.	8,40
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	8,20
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	8,00
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	7,80
73	El paciente está comprometido con la terapia.	7,80
52	El paciente se apoya en el terapeuta para solucionar sus problemas.	7,60
72	El paciente comprende la naturaleza de la terapia y lo que se espera de él.	7,60
95	El paciente se siente ayudado.	7,60
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)	7,40
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,00
61	El paciente se siente tímido y avergonzado (vs. no cohibido y seguro).	2,20
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente	2,20
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,40
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	2,40
14	El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.	2,60
22	El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente.	2,60
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,80
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	3,00
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	3,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 189

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
50	El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables (por ej. enojo, envidia, o excitación)	9,00
22	El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente	8,50
88	El paciente plantea temas y materiales significativos	8,50
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales	8,00
55	El paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia.	8,00
72	El paciente comprende la naturaleza de la terapia y lo que se espera de él.	8,00
73	El paciente está comprometido con la terapia.	8,00
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	8,00
92	Los sentimientos y percepciones del paciente están relacionadas a situaciones o conductas del pasado	8,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación	1,00
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud	1,50
12	Ocurren silencios durante la hora de sesión.	2,00
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación	2,00
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión	2,00
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej. sobre ideas o sistemas de creencias.	2,00
74	Se utiliza el humor.	2,00
87	El paciente es controlador	2,50
89	El terapeuta actúa para fortalecer las defensas	2,50
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 193

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	9,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	8,33
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,33
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente	7,83
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.	7,83
41	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.	7,50
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,33
13	El paciente está animado o excitado.	7,17
23	El diálogo tiene un foco específico	7,17
33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.	7,17
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	1,67
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	2,17
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,17
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.	2,17
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente	2,17
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	2,50
10	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.	2,67
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,67
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,67
100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.	2,67

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 195

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
94	El paciente se siente triste o deprimido (vs. feliz o animado).	9,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	8,60
23	El diálogo tiene un foco específico.	8,20
26	El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).	8,20
29	El paciente habla sobre querer estar separado o distante	7,80
88	El paciente plantea temas y materiales significativos	7,60
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos	7,60
07	El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado).	7,40
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	7,20
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,20
58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	2,20
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,40
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión	2,60
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,80
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,80
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.	2,80
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	3,00
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios	3,20
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	3,40

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 198

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
41	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.	9,00
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	8,50
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,50
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	8,50
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	8,00
23	El diálogo tiene un foco específico.	7,50
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	7,50
46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.	7,50
48	El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente.	7,50
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	2,00
49	El paciente experimenta sentimientos ambivalentes o conflictivos acerca del terapeuta.	2,00
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,00
33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.	2,50
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,50
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,50
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,50
59	El paciente se siente inadecuado e inferior (vs. efectivo y superior).	2,50
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,50
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 199

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	9,00
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión	7,67
33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.	7,50
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente	7,50
84	El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.	7,50
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	7,17
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.	7,00
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación )	7,00
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	7,00
43	43.	7,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
54	El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse	1,83
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,00
61	El paciente se siente tímido y avergonzado (vs. no cohibido y seguro).	2,33
02	El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, por ej. postura corporal, gestos	2,50
15	El paciente no inicia temas; es pasivo.	2,50
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	2,50
98	La relación terapéutica es un foco de la sesión	2,50
77	Al terapeuta le falta tacto.	2,83
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.	3,00
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	3,17

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 200

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	8,50
41	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente	8,50
88	El paciente plantea temas y materiales significativos.	8,50
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,00
97	El paciente es introspectivo, explora enseguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos	8,00
03	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente	7,50
48	El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente.	7,50
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	7,50
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,50
71	El paciente se autoculpabiliza; expresa vergüenza o culpa.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	1,00
19	Hay una cualidad crónica en la relación terapéutica.	1,00
25	El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión	1,50
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios	1,50
10	El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.	2,00
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	2,00
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	2,00
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación	2,50
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,50
49	El paciente experimenta sentimientos ambivalentes o conflictivos acerca el terapeuta.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 215

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	9,00
06	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático	8,50
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,50
34	El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.	8,00
55	El paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia.	8,00
73	El paciente está comprometido con la terapia	8,00
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación	7,50
29	El paciente habla sobre querer estar separado o distante	7,50
33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien	7,50
45	El terapeuta adopta una actitud de apoyo.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
16	Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o la salud.	1,00
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales	1,50
15	El paciente no inicia temas; es pasivo	1,50
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	1,50
09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).	2,00
27	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. lo evita, incluso cuando es presionado para darlos).	2,00
44	El paciente se siente cauto o suspicaz (vs. confiado y seguro).	2,00
86	El terapeuta se muestra confiado o seguro de sí mismo (vs inseguro o defensivo)	2,00
96	Se trata el tema del horario de las sesiones, o de los honorarios.	2,00
83	El paciente es exigente.	2,50

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 259

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia	9,00
69	Se enfatiza el tratamiento de la situaciones de vida actual o reciente del paciente.	9,00
81	El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.	9,00
65	El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.	8,50
67	El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes	8,50
80	El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.	8,50
82	La conducta del paciente durante la sesión es reformulada por el terapeuta de manera tal que previamente no ha sido reconocido de forma explícita.	8,50
29	El paciente habla sobre querer estar separado o distante.	8,00
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	8,00
40	El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente.	8,00
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).	1,00
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej sobre ideas o sistemas de creencias.	1,00
57	El terapeuta explica la base lógica que hay tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	1,00
38	Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	2,00
39	Hay una cualidad competitiva en la relación.	2,00
41	Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.	2,00
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,00
53	El paciente se preocupa de lo que el/la terapeuta piensa de él	2,00
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.	2,00
72	El paciente comprende la naturaleza de la terapia y lo que se espera de él.	2,00

Descriptores-Q del proceso terapéutico en Sesión 260

Ítem Q	Ítem	Promedio
<i>10 ítems más característicos</i>		
75	Se habla de interrupciones del tratamiento y de terminación.	9,00
63	Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia.	8,50
90	Se consideran los sueños y fantasías del paciente.	8,50
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	8,00
69	Se enfatiza el tratamiento de las situaciones de vida actual o reciente del paciente.	8,00
74	Se utiliza el humor.	8,00
82	La conducta del paciente durante la sesión es reformulada por el terapeuta de manera tal que previamente no ha sido reconocido de forma explícita.	8,00
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La situación "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)	7,50
35	La imagen de sí mismo es el foco de análisis.	7,50
64	Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.	7,50
<i>10 ítems menos característicos</i>		
Ítem Q		Promedio
01	El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)	1,00
59	El paciente se siente inadecuado e inferior (vs. efectivo y superior)	1,00
20	El paciente es provocativo, pone a prueba los límites de la relación terapéutica. (NOTA: "No característico" implica que el paciente se comporta de una manera sumisa.)	1,50
24	Los propios conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.	1,50
09	El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).	2,00
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales	2,00
19	Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.	2,00
44	El paciente se siente cauto o suspicaz (vs. confiado y seguro).	2,00
51	El terapeuta trata con condescendencia, o con aires de superioridad al paciente.	2,00
61	El paciente se siente tímido y avergonzado (vs. no cohibido y seguro).	2,00