

CAPÍTULO 8

Estrategias de investigación en psicoanálisis: una revisión metodológica

Maximiliano Azcona y Julia Zurita

Tipos de investigación en psicoanálisis: *clínica* y *extra-clínica*

A lo largo de su historia, se han planteado diversas formas de clasificar la investigación en psicoanálisis, según diversos criterios (Castillo & Mercadal, 2020; Dahl *et al.*, 2012; Levy *et al.*, 2012; Moser, 1989/1992; Leuzinger-Bohleber *et al.*, 2020; Liberman, 1970; Perron, 1999; Zukerfeld, 2009; Wallerstein, 1993; Leuzinger-Bohleber & Bürgin, 2003; Richardson *et al.*, 2004). En la primera edición de la conocida *revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis*, se recopilaban múltiples investigaciones psicoanalíticas realizadas en todo el mundo, dando cuenta de una heterogeneidad considerable de diseños, métodos y objetivos (Fonagy, 1999). Actualmente, una de las taxonomías con mayor consenso diferencia dos grandes clases de investigación en psicoanálisis, según el diseño: *investigación clínica* e *investigación extra-clínica*; ésta última subdividida en *investigación conceptual*, *experimental*, *empírica sistemática* e *interdisciplinaria* (Leuzinger-Bohleber & Bürgin, 2003; Leuzinger-Bohleber, 2015). Veamos, brevemente, en qué consiste cada una de ellas.

La *investigación clínica* se origina a partir de los problemas que plantea el trabajo analítico en sus entornos de implementación. Sin embargo, no todo analista es automáticamente un investigador (Fonagy, 2015); el analista que se lo propone puede, en un segundo momento, funcionar como investigador: no es durante el trabajo clínico que investiga, sino a posteriori; elabora el caso y teoriza a partir de él. Es de suma importancia resaltar esta diferenciación. Freud definió al método psicoanalítico como un procedimiento en el cual “investigación científica y empeño terapéutico coinciden” (Freud, 1923/2004: 232). Esta *preciosa conjunción* entre curar e investigar, no obstante, ha sido varias veces malinterpretada al suponer que el tiempo del trabajo de investigación en psicoanálisis debe coincidir con el tiempo de trabajo clínico. Freud fue taxativo sobre esto:

Mientras el tratamiento de un caso no esté cerrado, no es bueno elaborarlo científicamente: componer su edificio, pretender colegir su marcha, establecer de tiempo en tiempo supuestos sobre su estado presente, como lo exigiría el interés científico [...] la conducta correcta consistirá en pasar de una actitud

psíquica a la otra al compás de sus necesidades; en no especular ni cavilar mientras analiza, y en someter el material adquirido al trabajo sintético del pensar sólo después de concluido el análisis (1912/2004, p. 114).

El trabajo analítico implica que el analista se deje llevar espontáneamente por el material (atención flotante), sorprendiéndose y absteniéndose de teorizar a partir de él. Aquí es necesaria una aclaración: en tanto que la labor clínica consiste en una serie de operaciones cognitivas, la conceptualización paulatina del caso es ineludible. Pero esta teorización es relativa al caso en cuestión y debe distinguirse de la que se efectúa con afanes de generalización o modelización. Respecto de ésta última forma de teorización, el analista que investiga (basado en la experiencia clínica) sólo debe proceder una vez finalizado el análisis: “durante el análisis de un caso clínico no se puede obtener una impresión intuible sobre la estructura y el desarrollo de la neurosis. Ello incumbe a un trabajo de síntesis que se debe emprender después” (Freud, 1909/2004, p. 106). Por lo tanto, pese a su *juntura*, el propio Freud antepuso importantes razones para distinguir las maniobras clínicas e investigativas, dando el puntapié inicial para concebir modos posibles de pasar de una tarea a la otra. En otro escrito nos hemos ocupado de este asunto, sosteniendo que la práctica de *investigación científica basada en la clínica*, efectuada desde un marco teórico psicoanalítico, puede diferenciarse de la *indagación psicoanalítica* a partir de sus *objetivos*, de la *posición investigador* y de su *actitud procedimental* (Azcona y Zurita, 2017). En síntesis, la *investigación clínica* se trata del proceso de producción o puesta a prueba de hipótesis a partir del uso exclusivo de la experiencia clínica pero con una actitud crítica, orientado a partir de interrogantes y objetivos de investigación propios y que no debe confundirse con la indagación que es inherente al accionar terapéutico de cualquier tratamiento psicoanalítico. En ese sentido, puede afirmarse que toda *indagación psicoanalítica* puede dar origen a una *investigación clínica*. Entendiendo a la primera como el proceso idiosincrático de co-construcción de conocimientos, efectuado en la intimidad de la situación psicoanalítica y a los fines de conocer y saber-hacer con el sufrimiento que se deriva del funcionamiento mental de cada paciente; y teniendo en cuenta la parcialidad e insuficiencia de los modelos y teorías -públicas y privadas- con las que trabajan los analistas, el ejercicio clínico tropieza todo el tiempo con situaciones problemáticas que podrían dar lugar a *problemas de investigación científica*.

Por otro lado, la denominada *investigación extra-clínica* se caracteriza por la introducción de otro tipo de metodologías para la producción y análisis de datos, aunque siempre en vinculación con la clínica y sus vicisitudes. Como adelantamos al principio -y aunque la nómina no es exhaustiva-, se pueden diferenciar varios subtipos de investigación extra-clínica: *conceptual*, *experimental*, *empírica sistemática* e *interdisciplinaria*. A continuación, las caracterizamos someramente.

La *investigación conceptual* se refiere al abordaje sistemático y metódico de los significados implícitos y explícitos de los conceptos psicoanalíticos, en sus usos clínicos y extra-clínicos. Supone el tratamiento de problemas relativos a la producción, evolución o implantación geográfica de conceptos, así como a la forma en la que los conceptos se vinculan con sus referentes, con nuevos conocimientos o con conceptos de otras disciplinas, etc. (Dreher, 2000, 2005; Leuzinger-

Bohleber et al., 2003; Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006; Bohleber et al., 2013). El procedimiento que Jean Laplanche adoptó para sus investigaciones sobre ciertos términos psicoanalíticos suele verse como un ejemplo paradigmático de investigación conceptual. Laplanche fue uno de los primeros analistas en utilizar herramientas psicoanalíticas de lectura para abordar la teorización freudiana, analizándola como a un discurso que presenta el mismo tipo de contradicciones, omisiones, redundancias y aporías que cualquier otro discurso subjetivo; es decir, abrió la puerta para utilizar las herramientas de indagación clínica al campo conceptual de la teoría de Freud (Scarfone, 2015).

La *investigación experimental* es menos habitual en psicoanálisis, probablemente por las dificultades que supone, aún en la actualidad, testear la mayor parte de las hipótesis psicoanalíticas a partir de diseños experimentales. Pese a ello, en las últimas décadas se han desarrollado importantes avances en esa dirección, con resultados que aportan evidencia extra-clínica significativa sobre conjeturas psicoanalíticas centrales: estudios sobre el procesamiento preconscious e inconsciente de información en la memoria y en los sueños (Shevrin, 2000, 2002; Leuzinger-Bohleber & Pfeifer, 2002; Varvin et al, 2012), estudios de interacción facial (Krause, 1997), estudios que correlacionan los cambios en los tratamientos psicoanalíticos a largo plazo con modificaciones observables con métodos neurocientíficos (Boeker & Northoff, 2018; Fischmann et al., 2013; Taubner et al, 2012; Wiswede et al, 2014). En el año 2000 fue fundada la Sociedad Internacional de Neuropsicoanálisis, que ya cuenta con importantes desarrollos vinculados a la corroboración extra-clínica de la teoría freudiana de los sueños (Solms, 2001), a la integración del tratamiento psicoanalítico con la investigación de pacientes neurológicos (Kaplan-Solms&Solms, 2000/2005), entre muchos otros temas.

La *investigación interdisciplinaria* se refiere a la participación del psicoanálisis en múltiples estudios, en relación con marcos teóricos provenientes de la literatura, los estudios culturales, la filosofía, las ciencias de la comunicación y un largo etcétera. Desde sus orígenes el psicoanálisis ha intervenido, conjuntamente a otros marcos epistémicos, en torno a debates y problemáticas socialmente relevantes. Participación cultural que se conoce como “psicoanálisis extra-muros” (Laplanche, 1989).

Finalmente, la *investigación empírica sistemática* engloba a la indagación extra-clínica de las teorías y modelos que han nacido en el contexto clínico, los estudios de procesos y resultados, la investigación sobre la eficacia de los tratamientos, etc. En el siguiente apartado del capítulo caracterizaremos mejor los rasgos distintivos de este tipo de diseños y luego mencionaremos algunas de las herramientas metodológicas más conocidas y utilizadas en este sub-tipo de estudios.

La clasificación mencionada pareciera haberse impuesto con algún grado de consenso en la comunidad psicoanalítica internacional y es sobre ella que se diseñan actualmente investigaciones en psicoanálisis. La tercera versión de la *Revisión a puertas abiertas de estudios de resultados y procesos en psicoanálisis* (Leuzinger-Bohleber & Kächele, 2015) profundiza esas mismas categorías a partir de los desarrollos efectuados en diversas partes del mundo, para dar testimo-

nio de ese consenso. El uso creciente y explícito de esta taxonomía puede constatarse en publicaciones de algunas de las más importantes revistas psicoanalíticas, como el *Journal of the American Psychoanalytic Association* o el *International Journal of Psychoanalysis*.

En términos geográficos, evidentemente, las fronteras son las cicatrices de la historia. Pero ¿es acaso diferente el asunto para otras delimitaciones? Además de mostrar las clasificaciones y criterios utilizados para cartografiar el campo de investigación en psicoanálisis, nos parece necesario detenernos en ciertas controversias metodológicas puntuales, a los fines de comprender las tensiones históricas que propiciaron el devenir del campo psicoanalítico y sus estrategias de producción de conocimiento.

Investigación clínica versus investigación empírica sistemática: una controversia vigente

La legitimidad del conocimiento psicoanalítico y de su utilidad práctica han estado puestas en tela de juicio desde sus orígenes mismos con Freud. Esto ha dado lugar a que los debates epistemológicos y metodológicos constituyan un factor explicativo determinante de su devenir histórico como campo disciplinar. Si bien las objeciones a su cientificidad han sido recibidas de muy diversas formas en los ámbitos psicoanalíticos de distintas partes del mundo, han constituido un motor para la toma de posiciones sobre la naturaleza de la disciplina y sobre la forma de continuar desarrollándola (Azcona, 2017). Esta trayectoria controversial se asemeja al despliegue producido en el ámbito general de las ciencias sociales (Velasco Gómez, 2000), organizándose en un continuum de tradiciones disciplinares delimitado por dos polos contrapuestos: naturalismo y hermenéutica (Aguillaume, 2016; Ávila Espada y García de la Hoz, 2014; Bleichmar & Leiberman, 1997; Buzzoni, 2001; Erwin, 2015; Fusella, 2014; Luyten et. al., 2006; Steele, 1979; Strenger, 1991). Más allá de lo simplificador de esta dicotomía, todavía permite una visión panorámica del campo y puede ayudarnos a entender cómo, a partir de la segunda mitad del siglo XX, algunas orientaciones psicoanalíticas se han venido desarrollado sobre un trasfondo común de discusiones epistemológicas por la legitimidad del conocimiento producido. El saldo son dos perspectivas generales y contrapuestas al interior de las comunidades psicoanalíticas: por un lado, quienes entienden al psicoanálisis como una disciplina interpretativa concerniente a las humanidades y, por otro lado, aquellos que consideran que debería continuar desarrollándose en base a la matriz científica que rige las principales conceptualizaciones de las ciencias naturales o sociales¹⁷. Lógicamente, asumir que se trata de una disciplina científica o asumir que se trata de otro tipo de disciplina no científica, no son asunciones sin consecuencias. Tienen implicancias directas sobre,

¹⁷ Es conocida la descripción que hiciera Charles Snow a mediados del siglo XX sobre la tendencia de la vida intelectual de la sociedad de occidente, dividiéndose progresiva y paulatinamente entre dos grupos extremos: las humanidades y las ciencias; separados por un abismo de incomprensión mutua (Snow, 1959/2000).

por ejemplo y entre otras cosas, las creencias respecto a cómo se debe construir conocimiento y utilizarlo clínicamente; y a cómo continuar desarrollando la disciplina. Respecto de ello, es posible mapear un abanico de posturas metodológicas cuyos márgenes parecieran estar representados por los defensores de la exclusividad del método clínico tradicional de estudio de casos por un lado y, por el otro lado, por los promotores de la búsqueda y construcción de otros procedimientos para la producción y/o evaluación del conocimiento en psicoanálisis (Azcona, 2018; Bernardi, 2015; Bornstein, 2001; Eagle & Wolitzky, 2011; Fonagy, 2003; Green, 2000; Jimenez, 2004; Leuzinger-Bohleber, 2015; Perron, 1999; Safran, 2010). Analicemos con un poco más de detalle las características de esta controversia.

Durante mucho tiempo, la actitud prevalente de la mayoría de los psicoanalistas ha sido el rechazo respecto de la investigación empírica. Esta actitud ha estado basada en el escepticismo que el propio Freud supo sostener al caracterizar al método psicoanalítico a partir de la *unión inseparable* entre la terapéutica y la investigación. Esta ha sido una premisa tradicionalmente ordenadora, que ha permitido consolidar una aseveración tan polémica como vigente: *el método clínico tradicional es el único método de investigación posible en psicoanálisis*. Afirmación de la cual, un sector no menor de psicoanalistas, ha extraído una conclusión no menos importante: *incorporar otros procedimientos metodológicos atenta contra la pureza del psicoanálisis* (Azcona, 2018). Esta desconfianza hacia cualquier otro diseño de investigación se basa en la convicción de que sólo la investigación clínica realizada por el propio psicoanalista y sobre la base exclusiva de su experiencia analítica, permite evaluar la calidad y los efectos de la práctica psicoanalítica en el tratamiento del paciente (Leuzinger-Bohleber et al., 2003). Los partidarios de la investigación clínica parten de una crítica a la concepción de ciencia preponderante en los enfoques naturalistas de investigación, a la vez que sostienen al procedimiento tradicional de estudio de casos como el único método apropiado para investigar y desarrollar el psicoanálisis (Hoffmann, 2009, Green, 1996; Lothane, 1998; Nasio, 2001; Perron, 1999; Wolff, 1996). Los defensores de esta metodología sostienen que éste es el camino que Freud siguió para investigar, llegando a establecer los modelos teóricos de funcionamiento mental de los cuadros clínicos y entidades psicopatológicas que se han venido utilizando, a partir de casos clínicos ejemplares¹⁸. Muchos afirman que éste debe seguir siendo el recurso esencial de toda investigación psicoanalítica y que no hay necesidad alguna de buscar vías metodológicas alternativas. Por otro lado, sostienen que intentar cumplir con varios de los requisitos metodológicos ideados para evaluar la investigación en ciencias naturales, no contribuye sino a una destrucción del objeto de estudio psicoanalítico. Desde esta posición, señalan que tales requisitos (cuantificación de las variables, análisis estadístico, replicabilidad de la observación, posibilidad de predicción, etc.), lejos de ser universalmente aceptados, han estado en tela de juicio desde diversas perspectivas filosóficas de

¹⁸ Los historiales clínicos freudianos son ejemplares en un sentido kuhiano del término: nuevos modos exitosos de resolución de viejos enigmas, que sentaron las bases para la práctica científica normal del psicoanálisis (cf. Minhot, 2003). Ese *modus operandi* paradigmático también pareciera haber cumplido una función “adiestradora” –al decir de Kuhn– en la formación de los analistas y en el desarrollo de sus competencias de investigación.

las ciencias naturales; lo cual resta razonabilidad a su extrapolación indiscutida al psicoanálisis. André Green, uno de los máximos representantes de esta posición (1996, 2000a), ha sugerido que la investigación extra-clínica, en tanto que atenta contra la pureza del psicoanálisis, puede resultar peligrosa: sólo el método tradicional de estudio de casos puede captar las complejidades de los modelos psicoanalíticos sin distorsionarlas o trivializarlas. Irwin Hoffman (2009), asumiendo una perspectiva hermenéutica, sostuvo que quienes aspiran a las formas de investigación naturalista terminan dañando el trabajo clínico del analista y desvirtuando la esencia del psicoanálisis, que no es sino narrativa y constructivista, ligada a la incertidumbre y a la singularidad de cada caso. Considera que la investigación empírica sistemática sobre el proceso y los resultados del análisis se ha puesto de moda por razones políticas, económicas y morales; y que su posición privilegiada es “epistemológicamente injustificada y potencialmente perjudicial tanto para el desarrollo de nuestra comprensión del proceso analítico en sí mismo como para la calidad de nuestro trabajo clínico” (Hoffmann, 2009: 1044, traducción nuestra)¹⁹.

La posición arriba mencionada, de defensa de la exclusividad de la investigación clínica, se ha consolidado en el debate con los partidarios de una posición contrapuesta: quienes promueven el ensanchamiento de los límites metodológicos para investigar en psicoanálisis. ¿A qué razones obedece este cambio de rumbo emprendido por dicho sector de investigadores en psicoanálisis? Para entenderlo rápidamente podemos mencionar el destacado lugar que han tenido algunas críticas epistemológicas al psicoanálisis; particularmente, las sistemáticas objeciones de Adolf Grünbaum (1993) y su veredicto descalificatorio sobre el estatus científico del proceder freudiano. El complejo entramado argumental de Grünbaum tiene como centro una serie de objeciones a la metodología de los estudios de caso, vinculadas a la contaminación epistémica que tendrían los datos empíricos recabados durante el contexto clínico y que dejarían como saldo serias dificultades para certificar la calidad de la evidencia utilizada y, al fin y al cabo, la justificación de las hipótesis psicoanalíticas utilizadas²⁰. Aunque originalmente la polémica producida por la crítica de Grünbaum fue entre la comunidad psicoanalítica y los críticos externos al psicoanálisis, paulatinamente se fue internalizando y varios psicoanalistas se han manifestado -por asumir explícita o implícitamente las conclusiones de tales cuestionamientos-, a favor de la necesidad

¹⁹ En la década de 1990 André Green discutió acaloradamente con Robert Wallerstein y Daniel Stern sobre este conjunto de problemas (el debate puede leerse en Sandler *et. al.*, 2000). Posteriormente, gran parte de esa polémica fue avivada con la publicación de un artículo de Irwin Hoffman en 2009, que relanzó la controversia teniendo como interlocutores a Jeremy Safran (2010) y a Eagle & Wolitzky (2011). Lo destacable es que, aunque hayan cambiado los protagonistas y el contexto, encontramos argumentos y posturas similares, lo cual permite afirmar que lo esencial del debate metodológico se ha mantenido y continúa.

²⁰ Las objeciones de Grünbaum al modo de construcción de conocimiento psicoanalítico son diversas pero convergentes; y pretenden referir a: la sugestión del analista, sus sesgos cognitivos en la ponderación de la evidencia, las falacias de atribución causal en las que se incurre mediante el proceder de la asociación libre, el fracaso del denominado *tally argument*, la desestimación de los cánones del inductivismo eliminativo, la evidencia sobre la eficacia psicoterapéutica comparada, entre otras. Para un análisis detallado de los alcances de esta crítica, cf. Azcona (2017, 2019, 2020).

de que las conjeturas psicoanalíticas deban testearse extra-clínicamente y de que la investigación psicoanalítica no se vea reducida a la órbita del estudio de casos ni a los datos aportados exclusivamente por el encuadre tradicional.

El desarrollo de esta perspectiva de investigación se comprende mejor si tenemos en cuenta que las críticas epistemológicas empalmaron, durante la década de los '80, con la retirada del Estado Benefactor; cuya seguridad social incluía, en algunos países europeos, la cobertura de tratamientos psicoanalíticos. Por esta época se iniciaron las demandas al psicoanálisis sobre su "eficacia terapéutica", a los fines de justificar el coste de los tratamientos, que ahora tenían que competir con otras formas consolidadas de abordajes psicoterapéuticos. Al mismo tiempo, la llegada de lo que ha dado en llamarse *medicina basada en evidencias* al campo de la salud mental, ha favorecido una toma de conciencia en ciertos sectores psicoanalíticos de que la investigación empírica sistemática es necesaria y de que prescindir de ella constituye una amenaza al porvenir del psicoanálisis como ciencia y como terapéutica (Bernardi, 2012; Bornstein, 2001; Fonagy, 2000; Gunderson & Gabbard, 1998; Kächele, 1992; Sandell, 2001; Safran, 2001).

Este conjunto de exigencias contribuyó a una paulatina e importante reorganización de la Asociación Internacional de Psicoanálisis: en 1998 se creó un comité de investigación empírica (presidido inicialmente por Robert Wallerstein y luego por Peter Fonagy), que ha venido organizando encuentros, ofertando cursos y financiando proyectos de investigación²¹ (Lemlij, 2013). En 1999 se publicó la primera edición del Open Door Research Review, que contenía las principales ideas directrices sobre qué respuesta dar a tales demandas; y por la tercera edición, publicada hace poco más de un lustro, podemos notar el crecimiento que viene teniendo esta perspectiva en distintas latitudes (Leuzinger-Bohleber & Kächele, 2015).

En términos generales, los partidarios de la investigación empírica han venido abogando por la necesidad de utilizar los resultados de las investigaciones clínicas y conceptuales para desarrollar investigaciones extra-clínicas, pues consideran que sólo en estas últimas radica la posibilidad de justificar los desarrollos teóricos del psicoanálisis. Han planteado la necesidad de desarrollar el proceso contrastador ampliando la base empírica que prevé el dispositivo analítico tradicional y, además, la necesidad de complementar los saberes alcanzados mediante los estudios de caso con conocimientos basados en otras metodologías de investigación, todo ello a los fines de contribuir a la credibilidad de la disciplina (Fonagy, 1999; Jiménez, 2004; Masling & Bornstein, 1996; Wallerstein, 1993). Desde esta óptica:

La confianza absoluta –y excluyente– en el método clínico como forma de validación ha tenido importantes consecuencias para el desarrollo de la teoría y de la práctica psicoanalítica, las que se pueden resumir en una sola palabra:

²¹ La postura de los defensores de la exclusividad de la investigación clínica también derivó en la creación, en el 2001, del segundo subcomité de investigación conceptual, clínica, epistemológica e histórica, dando lugar a voces disidentes respecto a la necesidad de la investigación empírica, que se abrió paso, a juicio de estos, sobre la base del "síndrome Grünbaum" (Mitchell, 1998).

aislamiento. El aislamiento autoimpuesto, tanto de las ciencias médicas como de las psicológicas, es quizás el mayor obstáculo para que el psicoanálisis se haga un lugar en la mesa de la academia del siglo veintiuno. (Jiménez, 2004).

El “espléndido aislamiento” del psicoanálisis respecto de las ciencias de nuestra época es una preocupación compartida por este sector:

Mientras que el psicoanálisis clínico necesita poca ayuda para llegar a conocer la subjetividad de un individuo del modo más detallado posible, cuando desea generalizar a un modelo global de la mente humana, la disciplina no puede existir por sí sola. El hecho de que hace 50 años no hubiera otros campos de investigación relativos a la mente que ofrecieran una información merecedora de integrarse con el modelo psicoanalítico, es probablemente la raíz de nuestro encomiable esfuerzo por “recorrer el camino solos”. Pero la escena científica ha cambiado radicalmente en las dos últimas décadas. Para decirlo en otras palabras, si bien se llega a conocer mejor la mente de un individuo en un marco de trabajo exclusivamente psicoanalítico, el modelo psicoanalítico general de la mente, si es que existe, debería alinearse con el conocimiento más amplio de la mente conseguido gracias a un abanico de disciplinas. Y esto ya está sucediendo, si bien es cierto que de manera informal. (Fonagy, 2003, p. 227).

Fonagy (2003) considera que la investigación interdisciplinaria no puede testear la teoría psicoanalítica, pues “no puede demostrar que unas ideas psicoanalíticas determinadas son verdaderas o falsas” (p. 230), pero considera que sí puede contribuir a “elaborar los mecanismos mentales que se ponen en funcionamiento para generar los fenómenos que describen los escritos psicoanalíticos” (Fonagy, 2003, p. 230). Es en ese sentido que

(...) el psicoanálisis podría beneficiarse si integrara sus teorías con los hallazgos de investigación de otros campos elaborando los modelos psicológicos psicoanalíticos de los mecanismos implicados en los procesos mentales claves. Esto ayudaría a su vez a sistematizar nuestra base de conocimiento de modo que esa integración con las nuevas ciencias de la mente se volviera cada vez más fácil. No sólo seríamos capaces de mostrar más fácilmente que nuestro tratamiento funciona, sino que tendríamos nuevas posibilidades de comunicar nuestros hallazgos a otros científicos. (Fonagy, 2003, p. 232).

Más allá de los intercambios específicos, este autor cree que el “aislamiento autoimpuesto de los psicoanalistas” es autodestructivo:

(...) privarnos de oportunidades de colaborar en el progreso científico podría dar lugar muy pronto a una pérdida injustificada de credibilidad científica e incluso, algo relacionado con esto, pero más trágico todavía, a la pérdida de nuestra respetabilidad profesional en el mercado clínico dominado por la ciencia (2003, p. 240).

Así, en las últimas décadas ha habido una aceleración significativa en el diseño e implementación de diversas estrategias metodológicas, tendientes a enmendar las denunciadas carencias de objetivación y sistematización del procedimiento tradicional. Esto ha venido a mostrar que no son los objetos de estudio del psicoanálisis lo que es 'resistente' a ser operativizado y abordado con métodos empíricos o experimentales, sino que más bien es de la tradición o 'cultura' del colectivo psicoanalítico de donde provienen las reticencias a tales enfoques (Ávila Espada et al., 2014; Kernberg, 1995; Tuckett, 1998).

Con la expresión de 'investigación empírica sistemática' se suele referir a aquellas investigaciones que no se basan en la metodología tradicional de historiales clínicos ni en diseños experimentales o cuasi-experimentales, sino que constituyen una forma intermedia: aspiran a ser sistemáticas, pero no a ser necesariamente experimentales. Es decir, se orientan por una secuencia invariante de pasos en la que intervienen instrumentos específicos de recolección y/o análisis sistemático de datos, junto con criterios formalizados de evaluación, pero sin pretender la manipulación controlada de variables propia del diseño experimental.

Wallerstein (2001, 2006) ha historizado la evolución de la investigación empírica sobre procesos y resultados, caracterizando la existencia de diversas generaciones sucesivas. El inicio de las mismas, que se remonta a la década de 1920 y está signado por la necesidad de determinar el grado de éxito terapéutico del psicoanálisis, procedía con criterios bastante inespecíficos y mediante rudimentarios informes estadísticos de estudios retrospectivos. Desde allí en adelante fueron abriéndose paso, paulatinamente, estudios formales y sistemáticos en los que se combinaron las investigaciones sobre procesos con aquellas sobre resultados psicoterapéuticos, para confluir, a partir de 1970, en la utilización de nuevas tecnologías para la recolección y análisis de los datos; así como en la creación de métodos específicos para la investigación en el campo.

En lo que sigue, reseñaremos brevemente algunas de estas estrategias y procedimientos metodológicos diseñados para investigar empírica y sistemáticamente en psicoanálisis, resumiendo sus principales características y ámbitos de aplicación.

Algunos métodos utilizados en la investigación empírica sistemática

Adelantamos, para no generar falsas expectativas, que nuestro propósito en esta sección es la presentación sintética de algunos procedimientos de recolección de datos poco conocidos y utilizados en la investigación psicoanalítica local, pero que no aspiramos a cartografiar el territorio entero de los métodos existentes ni a lograr una minuciosa caracterización de los que hemos seleccionado para comentar. En todo caso, las referencias citadas permitirán, para quienes así lo deseen, ampliar el panorama metodológico y/o conocer mejor los detalles relativos al funcionamiento y aplicación de cada método.

El procedimiento de evaluación Shedler-Westen (SWAP)

El procedimiento de evaluación Shedler-Westen (SWAP, por las siglas en inglés de *Shedler-Westen Assesment Procedure*) es un instrumento ideado para proporcionarles a los clínicos un lenguaje común con el cuál expresar sus observaciones e inferencias sobre un paciente a partir de su experiencia clínica (Shedler, 2004). Utiliza la metodología de observación Q-sort²² para evaluar, a partir de la opinión del psicoterapeuta, la personalidad del paciente y sus capacidades, en el marco de las posibilidades de desarrollo que ofrece la psicoterapia. Ha experimentado tres importantes revisiones (cf. Shedler & Westen, 1998; 2007; Westen et. al., 2003) y actualmente consiste en un vocabulario de doscientas afirmaciones descriptivas de la personalidad, cada una de ellas impresa en una tarjeta diferente. Requiere que el clínico sitúe un número determinado de tales afirmaciones en ocho categorías, basándose en el nivel de adecuación de la descripción de tales afirmaciones respecto del paciente en consideración. Aquellas que describen mejor al paciente reciben un valor de siete puntos y aquellas que no lo describen en absoluto reciben un valor de cero. Las combinaciones posibles para esas afirmaciones permiten el armado de un conjunto prácticamente infinito de perfiles, mostrando una enorme versatilidad en las variantes necesarias para un diagnóstico de personalidad conforme a las finas peculiaridades individuales.

En síntesis, se trata de un método para registrar sistemáticamente las observaciones de los clínicos y, en tanto que las afirmaciones del SWAP proporcionan un vocabulario estándar para ayudar a los especialistas a expresar sus observaciones e inferencias, vuelve posible la categorización, cuantificación y comparación de descripciones, así como el desarrollo de diversos análisis estadísticos de los datos obtenidos. Además, el hecho de que sea utilizado por el psicoterapeuta tiene por finalidad eludir los sesgos de auto-percepción que suelen intervenir en los cuestionarios autoadministrados que realizan los pacientes en otro tipo de pruebas.

Por otro lado, el SWAP es un instrumento que ha demostrado una alta fiabilidad y validez para la medición de un amplio abanico de criterios sobre procesos patológicos y saludables de la personalidad (Shedler & Westen, 2007; Westen & Shedler, 2007, Westen, Shedler y Bradley, 2006). Y en tanto que las afirmaciones no contienen jergas o términos teóricos específicos de ninguna tradición o escuela psicoanalítica particular, puede por lo tanto ser utilizado por cualquier analista independientemente de su filiación teórica.

Diversas investigaciones se han servido del SWAP, por ejemplo para mejorar los criterios de diagnóstico dentro del marco de la taxonomía existente del Manual Diagnóstico y Estadístico de

²² Desarrollada por William Stephenson (1902-1989), la técnica "Q-Sort" – por su denominación en inglés: la letra Q abrevia el término "Qualities" (cualidades) y Sort significa "elección"– es un procedimiento que consiste en la elaboración de un conjunto de enunciados cualitativos sobre determinado tema, que luego se le ofrecen a un grupo de participantes para que realice, en base a algún criterio propuesto, elecciones y/u ordenamientos de tales enunciados en función de su propio juicio subjetivo. Así, la metodología Q-sort, intenta conocer la manera en que las personas representan un fenómeno, una situación o una idea; y permite un tratamiento estadístico de la información, ya que analiza la distribución grupal y la interrelación de preferencias individuales en la evaluación de una situación dada.

los Trastornos Mentales (DSM), desarrollar una nueva clasificación de patología de la personalidad basada en agrupaciones de diagnóstico identificadas empíricamente, precisar dimensiones relevantes para comprender mejor los síndromes y trastornos de la personalidad, aportar evidencia para la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica, entre otros objetivos (Shedler et al., 2006; Westen & Shedler, 2007; Shedler, 2010).

Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2)

El OPD-2 (por sus siglas en inglés: *Operationalized Psychodynamic Diagnosis - 2*) constituye la revisión ampliada del OPD. Este surge de un grupo de trabajo multidisciplinario, en el año 1992, en Alemania. El grupo, reunido por iniciativa de Manfred Cierpka y Wolfgang Schneider, partió de dos problemáticas. Por un lado, el descontento con las clasificaciones para el diagnóstico de los trastornos mentales imperantes, el DSM y el CIE-10, que, al estar basados en criterios descriptivos-sintomatológicos, no ofrecen herramientas ni indicaciones clínicas. Por otro lado, se señaló que las teorías metapsicológicas habían alcanzado un desarrollo con niveles tan altos de abstracción que se alejaban de los fenómenos clínicos. Esto condujo, según los autores, a la diversificación de teorías y a la formulación de definiciones psicoanalíticas ambiguas que provocó distanciamientos entre los profesionales, al punto tal de que aún hoy se observa un bajo nivel de consenso sobre constructos clínicos observacionales (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). Con estas dos problemáticas de fondo, el grupo se propuso crear un instrumento que complementara las clasificaciones habituales de los trastornos mentales con las formulaciones psicodinámicas; que se mantuviera en un nivel de abstracción *medio* en la invención de constructos (ubicado entre las formulaciones metapsicológicas más abstractas y lo conductual/observacional concreto) y propiciara el desarrollo de una cultura comunicacional entre analistas lo más unificadora y precisa posible, trascendiendo las múltiples escuelas y evitando lo más que se pueda el uso de la terminología propia de cada orientación específica. Así se creó el OPD, un instrumento de diagnóstico multiaxial, que intenta reflejar la complejidad multifactorial de los fenómenos psíquicos a partir de un pluralismo explicativo.

La versión OPD-2, publicada en el 2006, presenta cambios significativos respecto a su antecesora. El más importante de ellos es que el instrumento deja de constituir solo una herramienta de diagnóstico transversal –particularmente importante para realizar una planificación terapéutica en un caso dado, identificar la sintomatología, así como los recursos con los que cuenta un paciente, etc.– para permitir un diagnóstico longitudinal, es decir, para evaluar el proceso terapéutico. Para ello ha incorporado el concepto de *foco* y estrategias para medir la variación del mismo a lo largo del tratamiento.

El diagnóstico transversal se realiza a partir de cinco ejes, que se estiman a través de una entrevista especialmente diseñada. La misma requiere de “una actitud básica psicoanalítica” (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008, p. 332) pero alterna con momentos más estructurados y dirigidos hacia los ejes. Los ejes son:

Eje I: «Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento». Aquí se evalúan, a través de 19 ítems, la gravedad actual, la vivencia que el paciente tiene de la enfermedad, la explicación que se da de ella, los recursos de los que dispone, así como los obstáculos para el cambio. Dependiendo de la utilización del instrumento se pueden agregar otros ítems de evaluación. Por ejemplo, en el ámbito clínico se podrá evaluar la ganancia secundaria de la enfermedad, entre otros. Cada uno de estos ítems presenta una escala de calificación que va de 0 –no presenta– a 4 –muy alto–.

Eje II: «Eje relacional». En este eje se evalúan las vivencias relacionales del paciente de acuerdo a dos perspectivas que se retroalimentan inconscientemente (Juan & Pozzi, 2016). Por un lado, la perspectiva del paciente, referida a la manera en que experimenta las relaciones con los otros y consigo mismo. Por otro lado, se refiere a cómo los otros, entre los cuales se incluye al terapeuta, vivencian la relación con el paciente. Esta evaluación permite inferir los patrones relacionales disfuncionales del paciente.

Eje III: «Eje del conflicto». Aquí se elaborará un diagnóstico de los conflictos más significativos del paciente, teniendo en cuenta los siete conflictos intrapsíquicos que el manual reconoce: 1. Individuación versus dependencia, 2. Sumisión versus control, 3. Deseo de protección y cuidado versus autarquía (autosuficiencia), 4. Conflicto de autovaloración, 5. Conflicto de culpa. Asimismo, en este eje se podrán evaluar tanto las defensas antepuestas a estos conflictos como los potenciales conflictos frente a situaciones actuales.

Eje IV: «Eje estructural». En este eje se evalúa el funcionamiento estructural, operacionalizado a partir de cuatro dimensiones: 1. Percepción de sí mismo y percepción del objeto; 2. Capacidad de manejo (autorregulación y regulación de la relación con el objeto); 3. Comunicación emocional (hacia adentro y hacia los otros); 4. Vínculo (con objetos internos y objetos externos). Estas dimensiones se califican de acuerdo a los niveles de integración –alta, mediana, baja y desintegración–.

Eje V: «Trastornos psíquicos y psicósomáticos según el DSM o CIE-10». En este último eje se realiza un diagnóstico descriptivo de la sintomatología según el DSM o CIE 10.

Una vez elaborado el perfil diagnóstico se debe determinar el o los focos más importantes que orientarán el tratamiento. El manual del OPD-2 define a los focos como “aquellos resultados característicos de la evaluación OPD que contribuyen a la génesis y mantenimiento del cuadro clínico y son centrales en la psicodinámica del trastorno clínico” (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008, p. 39). Tanto los ejes II, III y IV pueden constituirse en focos –el eje I permite evaluar si están dados los prerequisites para un tratamiento–, pero deberá tenerse en cuenta el peso relativo tanto de los focos estructurales como de los conflictivos. Esto tendrá consecuencias en la manera de considerar las posibilidades del paciente, así como los objetivos de la terapia.

Para el OPD-2, el progreso terapéutico se asocia a los cambios en el foco elegido. Para medir esos cambios en cada uno de los focos seleccionados el manual del OPD-2 ofrece la Escala de Re-estructuración de Heidelberg, la cual permite puntuar las maneras en las que el paciente se vincula con los problemas del foco. La escala posee siete puntajes, desde un rechazo defensivo

del foco –puntaje 1– hasta su disolución –puntaje 7–, pasando por los puntajes intermedios que indican una elaboración progresiva de los focos.

El OPD-2 constituye, entonces, una herramienta útil para la práctica clínica, así como para la investigación. No solo es aplicable para realizar un diagnóstico del caso, sino que sirve a los fines de planificación de un tratamiento, así como a la valoración de su evolución.

Por otro lado, múltiples estudios han probado la confiabilidad y validez de cada eje, conformando una plataforma promisorio para su aplicación en el contexto investigativo (Cierpka et. al., 2006). Utilizado como instrumento de investigación, el OPD-2 aporta una mayor homogeneización en las pruebas de azar a través de criterios diagnósticos más estrictos y que concuerdan con los marcos teóricos psicoanalíticos, por lo que permite realizar mediciones útiles para la exploración, análisis y comparación tanto de procesos como de resultados de las psicoterapias psicoanalíticas. De este modo, esta medida ha sido utilizada, entre otros, en estudios longitudinales para medir el cambio estructural y su función predictiva en la evaluación que realizaban los pacientes del proceso terapéutico años después de finalizado el mismo (Grande *et al.*, 2009). En Argentina, por ejemplo, se realizó un perfil teórico de acuerdo al OPD-2 para el trastorno de ansiedad generalizada (Juan et al., 2010). A partir de esta línea de investigación, los autores indagaron acerca de la inferencia diagnóstica y conceptualización de un caso por parte de psicoanalistas, utilizando como herramienta de análisis el OPD-2.

El tema central del conflicto relacional (Core Conflictual Relationship Theme, CCRT)

La técnica CCRT ha sido diseñada por Lester Luborsky y Crist-Christoph en la Universidad de Pensilvania, Estados Unidos, en la década del setenta, a partir del concepto de transferencia (Luborsky & Crist-Christoph, 1998; Rojas Bernal, 2009). Fue la primera técnica en presentar estudios de validez y confiabilidad, con resultados satisfactorios. Quizás por ello, ha sido una de las más sistematizadas y utilizadas en la investigación sobre el proceso terapéutico de las últimas décadas (Roussos, 2001).

El CCRT es un sistema categorial cuantitativo, no experimental, sino clínico, ya que permite realizar un análisis de contenido a partir de las transcripciones de las sesiones de una psicoterapia. Tiene por objetivo identificar el patrón central de relación y sus respectivos conflictos, inter e intrapersonales. El *patrón central* es la matriz con la cual nos relacionamos, y, como tal, caracteriza la forma en que un sujeto se vincula. Se constituye en los primeros años de vida a partir de las relaciones con los otros significantes. La aplicación rígida de estos patrones por parte de un sujeto en los diferentes contextos de relación es un indicador de su psicopatología (López del Hoyo, 2010). En su comienzo el CCRT fue utilizado como una medida para operacionalizar el concepto de *transferencia*, puesto que se consideraba que esos esquemas relacionales constituían la raíz de la transferencia (Espinosa y Valdés, 2012; Luborsky, 1976, 1977).

La identificación de los patrones se realiza en base a las narrativas de los pacientes sobre situaciones relacionales, incluidas las narraciones y actuaciones transferenciales. A esas narrativas se las llama ‘Episodios de Relación’ (ER) y, como dijimos, son extraídos de las sesiones²³. Los ER son reconocidos a partir del relato del paciente sobre su relación con otros o consigo mismo, y generalmente presentan un inicio, un desarrollo y un final. Los ER pueden referirse no solo a experiencias relacionales actuales, sino también aquellas de larga data.

Una vez seleccionados los ER, se procede a identificar los tres componentes de los patrones centrales de relación, a saber:

- 1- Componente deseo (D): los deseos, necesidades o intenciones del paciente. Estos admiten un cierto nivel de inferencia, puesto que pueden no ser verbalizados por el sujeto ni ser conscientes. No obstante, se postula la necesidad de mantener un nivel moderado de inferencia para lograr acuerdo entre los jueces.
- 2- Componente respuesta del objeto (RO): las respuestas fantaseadas, anticipadas o reales del objeto.
- 3- Componente respuesta del sujeto (RS): las respuestas fantaseadas, anticipadas o reales del sujeto, que se manifiestan en forma de pensamientos, emociones, comportamientos o síntomas.

Originalmente los componentes de cada ER se categorizaban utilizando el lenguaje particular del paciente. Si bien estas categorías *a medida* resultan más apropiadas para los estudios de caso individuales, ya que permiten captar la singularidad del paciente, con el tiempo se creó un sistema de categorías, llamado ‘estándar’; el cual resulta más apto para la investigación, puesto que posibilita comparar de manera fiable las valoraciones de distintos jueces en un mismo caso, así como la comparación entre sujetos. Este sistema está compuesto por 35 deseos, 30 respuestas de objetos y 31 respuestas del sujeto. Cada categoría engloba entre 3 y 5 subcategorías. En la actualidad se sugiere utilizar siempre ambas categorías, comenzando por inferir las categorías a medida y luego convertirlas en alguna estándar. A continuación, proporcionamos un ejemplo para un mayor entendimiento.

ER: “el martes fui a buscar a Daniel porque necesitaba que me asesorara en mi nueva propuesta, y me dijo que él no tenía tiempo para tonterías, que me ayudara otro, entonces me sentí muy triste y desilusionado” (López del Hoyo *et al.*, 2004, p 298).

En este ER se identifican los componentes y se los formula de la manera más textual posible:

D: “quería que Daniel me ayudara en mi nueva propuesta”

RO: “pero él me dijo que no tenía tiempo para tonterías, que me ayudara otro”

RS: “entonces me sentí desilusionado”.

Luego, estas categorías a medida deben traducirse al sistema estándar, por ejemplo:

²³ Los datos que el CCRT utiliza pueden estar basados, además de las sesiones de una psicoterapia, en las en sueños, así como en las entrevistas RAP (*relationship anecdotes paradigm interview*). Esta técnica fue concebida por Luborsky y se trata de una entrevista semidirigida en la cual el sujeto debe narrar experiencias con otros.

D13: Categoría 13: “ser ayudado”; subcategoría: “recibir soporte”.

RO14: Categoría 14: “no son serviciales”; subcategoría: “no me apoyan”.

RS20/23: Categoría 20 “me siento decepcionado”; subcategoría, “estoy insatisfecho”; categoría 23: “me siento deprimido”; subcategoría: “me siento triste”.

La indicación es seleccionar la mayor cantidad de ER posibles y una vez categorizados se utilizan para determinar el patrón central de relación a través del cálculo de la frecuencia de los componentes de los ER. Es decir, la cantidad de ER en las que cada categoría estándar se halla presente. Como sostiene López del Hoyo (2010):

La mayor frecuencia indica que el tema es el más central, en el sentido de que tiende a ser el lugar del problema de relación más repetitivo y asociado al mayor conflicto intrapsíquico. Además, proporciona una estructura en la que se puede comprender la red de temas interrelacionados (p. 39).

Si bien esta es la medida principal, pueden calcularse otras alternativas que contribuyen al análisis del conflicto relacional. Una de ellas puede ser el registro de la secuencia de los componentes que permite observar si la misma se presenta de manera estereotipada. Asimismo, las respuestas se pueden evaluar de acuerdo a si satisfacen o no los deseos, necesidades e intenciones de los sujetos, calificándolas de positiva o negativa respectivamente. Se utiliza un *índice de positividad* para realizar esta evaluación. Es importante destacar que la positividad o negatividad de las respuestas no son indicadores de salud o enfermedad. No obstante, la variación en las respuestas durante el tratamiento constituye un dato importante para medir el éxito terapéutico, puesto que se considera que el descenso de respuestas negativas supone un aumento del manejo y control de las situaciones relacionales por parte del paciente (López del Hoyo, 2010).

Por otro lado, vale la pena resaltar que en la actualidad existen diversos sistemas de categorías para el CCRT. Esto es así debido a que el sistema tradicional ha sido ampliamente criticado. Algunas de esas críticas refieren, por ejemplo, a la dificultad de adecuar las categorías ‘a medida’ con las ‘estándar’, las similitudes que existen entre algunas categorías, etc. (López del Hoyo *et al.*, 2004). Algunos de estas nuevas categorías son el sistema QUAINT (Crits- Christoph *et al.*, 1990), el sistema alemán CCRT-LU (Albany *et al.*, 2002), así como la adaptación de esta última a la lengua castellana, el sistema CCRT-LU-S (López del Hoyo *et al.*, 2004), entre otros.

Los trabajos en investigación realizados hasta el momento con el método CCRT tradicional así como con sus sistemas de categorías alternativas han perseguido diversos objetivos. Se ha utilizado el método para valorar las intervenciones del analista; para comprobar las modificaciones en los patrones centrales antes y después del tratamiento; indagaciones longitudinales acerca de los cambios o no de los patrones en la adolescencia y en la adultez; investigaciones sobre los patrones en pacientes con variados padecimientos; comparaciones con otros métodos, así como estudios de validez y confiabilidad del instrumento (Rojas Bernal, 2009).

El método de las Estructuras Emocionales Fundamentales Repetitivas y Desadaptadas (FRAME)

El método FRAMES (del inglés, Fundamental Repetitive And Maladaptive Emotion Structures) es una herramienta de análisis narrativo, creado en 1994 por Dahl y Teller. Tiene por objetivo identificar patrones repetitivos de emociones a partir del relato del paciente en las sesiones así como evaluar el cambio de esos patrones a lo largo del proceso psicoterapéutico, lo cual permite medir el resultado del tratamiento. Los FRAMES (marcos) son las tramas de las historias de experiencias emocionales, inter e intrapersonales, que el paciente cuenta en las sesiones. La naturaleza desadaptativa de estas tramas se halla tanto en la repetición como en la rigidez que presentan (Siegel *et al.*, 2002). Estas estructuras, entonces, se infieren del contenido manifiesto expresado por el paciente, permitiendo predecir su repetición en el futuro, en otras circunstancias y con otras personas, incluido el terapeuta. Los FRAMES o marcos son secuencias de eventos que expresan emociones a través de actos mentales -pensar, desear, etc.- como de comportamientos. Por otro lado, los eventos presentan un orden secuencial en donde uno precede a otro, aunque no sigue necesariamente la estructura superficial relatada por el paciente.

A diferencia de otros métodos, como el CCRT, aquí no se utilizaban en sus orígenes categorías preestablecidas, sino que se realizaban inferencias a partir del relato del paciente, utilizando sus propias palabras. No obstante, esto condujo a graves problemas de confiabilidad. Holtzer y Dahl (1996) intentaron solucionarlos proponiendo una teoría y un conjunto de emociones -que, según sus datos clínicos, resulta bastante exhaustivo- a través de las cuales se podrían categorizar los eventos expresados por los pacientes. Según esta teoría, las emociones se clasifican de manera tridimensional, de acuerdo a la *orientación*, a la *valencia* y a la *actividad*. Siguiendo a Rampulla (2011), la *orientación* se refiere a aquello a lo que se dirige la atención del sujeto pudiendo tratarse de un objeto o de sí mismo. La *valencia* alude en las “emociones de objeto”, a la atracción o rechazo desde o hacia el objeto y en las “emociones sí-mismo”, a la expectativa positiva o negativa respecto al cumplimiento del deseo (Rampulla, 2011). Por último, la dimensión *actividad* hace referencia, en las “emociones de objeto”, al lugar donde radica el control; siendo ‘activa’ si el control lo posee el sujeto y ‘pasiva’ si es atribuido al objeto. En las “emociones si-mismo”, esta última dimensión se califica de pasiva si la creencia sobre la satisfacción o no del deseo es certera y si es probable se la califica como *activa* (Rampulla, 2005). En síntesis, el total de emociones principales en este esquema asciende a ocho, excluyendo las cuatro emociones intermedias. Cuatro de ellas se dirigen al objeto y las cuatro restantes a sí mismo.

La identificación de los FRAMES se realiza siguiendo los siguientes cinco pasos:

- 1- Selección de las sesiones. La identificación de las sesiones con las cuales se trabajará depende de las preguntas y de los objetivos planteados.
- 2- Clasificación de emociones en las transcripciones de las sesiones del paciente.
- 3- Selección de fragmentos del relato y construcción de un mapa de objeto. En este paso se procede a seleccionar los fragmentos del discurso del paciente que puedan ser considerados para la construcción de FRAMES. Con estos fragmentos se realiza el mapa de objeto que es una tabla compuesta por columnas, en las cuales se especifica el objeto del

que habla el paciente, y filas, donde se detallan los números de los párrafos y las frases del paciente.

- 4- Identificación de la estructura narrativa. Aquí se indica analizar y ordenar la secuencia de los argumentos proporcionados por el sujeto.
- 5- Construcción del prototipo de FRAMES y búsqueda de repeticiones. Una vez construidos los prototipos de las estructuras de FRAMES se buscan las repeticiones de las mismas. Estas estructuras se repiten con distintos objetos o con el mismo objeto en distintas circunstancias.

Elaborar prototipos de FRAMES supone construir hipótesis clínicas que pueden confirmarse o no a partir del análisis del material de las sesiones posteriores. Si no se encuentran repeticiones de los prototipos, estos se descartan (Fonagy et al., 2002). Por su parte, aquellas estructuras que puedan confirmarse por sus repeticiones permitirán observar si a lo largo del tratamiento permanecen o por el contrario presentan variaciones. El método FRAMES ha ido evolucionando con el tiempo. Se han desarrollado diversas investigaciones tendientes a mejorarlo y a aportar la confiabilidad de la que carecía en sus orígenes (Siegel et al., 2002). Asimismo, se llevaron adelante estudios en los cuales se intentó demostrar que los cambios en las patologías de los sujetos pueden ser rastreados a partir de la identificación de los cambios en las FRAMES (Siegel & Sammons, 1997, mencionado por Rampulla y Ávila Espada 2011). En los últimos años se han desarrollado indagaciones cuyos propósitos han sido ampliar el ámbito de aplicación (Rampulla, 2005), fundamentalmente por la crítica referida a que los estudios más detallados fueron realizados en una sola paciente, la Sra. C (Fonagy et al., 2002). Uno de los objetivos planteados por Dahl y Teller (1994) al elaborar el método ha sido el de permitir a los investigadores identificar la naturaleza de las intervenciones del terapeuta que contribuyen a cambiar las estructuras desadaptativas. La posibilidad del terapeuta de focalizar en las FRAMES y la consecuente modificación de las mismas es otra línea de investigación que ha comenzado a explorarse (Rampulla y Ávila Espada, 2007).

Ordenamiento Q del Proceso de la psicoterapia (PQS)

El PQS –Psychotherapy Process Q-Sort o en su versión castellana *Ordenamiento Q del Proceso de la psicoterapia*- se originó en el grupo de investigación en psicoterapia de la Universidad de California, Berkeley, dirigido por Enrico Jones, en el año 1985. Este instrumento, basado en la metodología Q-sort ya descrita, fue diseñado con el objetivo de proporcionar un lenguaje básico que permita la descripción y cuantificación del proceso psicoterapéutico. Parte del supuesto de que toda psicoterapia constituye un proceso interpersonal (Jones, 1985/1999).

El método se sustenta en una visión naturalista y evita manipular externamente el material fragmentándolo (Roussos, 2001). Por el contrario, la evaluación se realiza en una sesión completa de psicoterapia -a partir de las grabaciones o transcripciones de la misma-. Una vez estudiado el material, distintos jueces proceden a ordenar los 100 ítems que constituyen

el PQS y que se hallan representados en 100 tarjetas. Estas se clasifican en nueve hileras constituidas por categorías que van desde lo más característico hasta lo menos característico. La cantidad de tarjetas por categoría debe seguir una distribución normal, de manera de evitar cualquier sesgo.

Las cien tarjetas del PQS contienen tres tipos de descripciones o ítems:

1-40 ítems que describen la actitud del paciente y su conducta. Por ej. Tarjeta 15: *“El paciente no inicia temas; es pasivo”*

2-41 ítems que refieren a las acciones del terapeuta. Por ej. Tarjeta 37: *“el terapeuta se comporta como si fuera un maestro (de manera didáctica)”*

3-19 ítems que intentan capturar la naturaleza de la relación paciente-terapeuta. Por ej. Tarjeta 4: *“Se examinan las metas de tratamiento del paciente”*.

Como puede observarse, los ítems detallan comportamientos e intentan ser lo más descriptivos y neutros posible para evitar altos niveles de inferencia por parte de los jueces que realizan los ordenamientos. Asimismo, esto permite que pueda aplicarse a distintos tipos de psicoterapias -de diferentes orientaciones teóricas- y realizar comparación entre ellas (Smith-Hansen et al., 2012).

El PQS ha sido ampliamente utilizado en investigación. Se han llevado adelante ensayos clínicos aleatorizados con diversos objetivos (Smith-Hansen et al., 2012). Los más reseñados han sido aquellos estudios en los cuales se comparó el proceso en terapias con orientación psicodinámica con aquellas de orientación cognitiva-conductual. También se realizaron comparaciones entre diversas perspectivas psicoanalíticas. Asimismo, se indagó cuáles son los factores que contribuyen al cambio y cuáles de ellos son predictivos del éxito terapéutico. Motivados por preguntas y objetivos similares, y a pesar de los interesantes resultados arrojados por estos estudios, diversos autores han utilizado el PQS en diseños de caso único, puesto que estos permiten un mayor grado de especificación y aportan una descripción ideográfica que los estudios de grupo no pueden proveer (Smith-Hansen et al., 2012). En algunos estudios de caso se ha llevado a cabo el análisis de series temporales que permite medir distintas variables a lo largo del tiempo e inferir relaciones causales entre el proceso psicoterapéutico y los cambios en el paciente (Fonagy et al., 2002).

Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO)

El Instituto de Trastornos de la Personalidad del Weill Medical College of Cornell University de Nueva York, diseñó el Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO, por sus siglas en inglés: Inventory of Personality Organization) a partir del modelo teórico de la personalidad de Otto Kernberg, en un intento por sistematizar el método diagnóstico de la Entrevista Estructural (Kernberg, 1984) y a los fines de operacionalizar las variables centrales de la *Organización Límite*

de la Personalidad²⁴ así como su evolución en un proceso psicoterapéutico psicoanalítico (Kernberg & Clarkin 1995; Lenzenweger et al., 2001).

Al ser el IPO un cuestionario autoadministrado, es ventajosa su administración integrada a una entrevista clínica y resulta sumamente útil para la investigación clínica, en tanto que facilita la recogida de muchos datos en grandes muestras. El IPO permite la evaluación cuanti-cualitativa de la organización psicodinámica de la personalidad del paciente, a partir de la puntuación en una escala de tipo Likert con cinco opciones de respuestas y con puntaje (“nunca” [1], “raramente” [2], “algunas veces” [3], “frecuentemente” [4] y “siempre” [5]), que se combina con ítems de ‘verdadero/falso’. Desde el 2002, tras diversas versiones previas, el IPO contiene 83 ítems distribuidos en cinco escalas: tres escalas primarias y dos escalas secundarias. Las escalas primarias evalúan: a) *grado de integración de la identidad*, b) *nivel de mecanismos de defensa* y c) *tipo de prueba de realidad*. Y las escalas secundarias permiten conocer cualitativamente dos variables complementarias: d) *agresión* (pulsión de muerte) y e) *valores morales* (grado de integración del superyó).

La IPO ha sido ampliamente validada y adaptada en diferentes países (Leuzinger-Bohleber & Kächele, 2015). La traducción y adaptación argentina brinda una versión compuesta de 49 ítems que miden las tres escalas primarias y las dos escalas adicionales (Quiroga *et. al.*, 2003).

La utilidad del IPO para el campo de la investigación se apoya, a nuestro juicio, en la posibilidad de realizar un diagnóstico de la personalidad de tipo psicoanalítico y en la medición empírica de cambios en la organización estructural (no solo observacional/sintomática) que se producen por efecto de los tratamientos psicoanalíticos, constituyendo una herramienta pertinente para la indagación de los factores involucrados en la efectividad de tales tratamientos con pacientes con trastornos *borderline*²⁵.

El Modelo de los tres niveles para la observación de las transformaciones del paciente (3-LM)

El 3-LM constituye una guía o una herramienta heurística para observar los cambios y las transformaciones del paciente a través de tres niveles que avanzan gradualmente desde la experiencia clínica hacia las inferencias teóricas. Fue ideado por el psicoanalista uruguayo Ricardo Bernardi, y ha sido establecido por el Comité de Observación Clínica de la IPA en 2012 como método de investigación psicoterapéutica en distintas partes del mundo (Altmann de Litvan,

²⁴ A diferencia del Trastorno Límite de la Personalidad (DSM 4 y 5), basado en las manifestaciones observables, el cuadro teorizado por Otto Kernberg constituye un modelo explicativo de esas manifestaciones observables a partir de elementos estructurales y subyacentes de la organización de la personalidad y desde un marco teórico psicoanalítico.

²⁵ En la actualidad, el modelo de trastorno límite de la personalidad de Otto Kernberg y su tratamiento, constituyen el fundamento de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (Clarkin *et al.*, 2006; Yeomans *et al.*, 2015), derivada de la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones objetales y que cuenta con significativa evidencia empírica a su favor (Clarkin *et al.*, 2001; Levy *et al.*, 2006; Clarkin *et al.*, 2018).

2015; Rodríguez Quiroga de Pereira et al., 2018; Hanly et al., 2021). Originalmente pensado como un modelo para grupos de discusión, destinado a favorecer el enriquecimiento y control intersubjetivo de las observaciones individuales, progresivamente se ha venido consolidando como herramienta para la investigación en psicoterapias de orientación psicoanalítica.

El 3-LM consiste en la presentación de material clínico de un proceso psicoterapéutico en un entorno grupal de entre ocho a quince participantes, para luego avanzar en el análisis crítico de dicho material con base en tres pasos o niveles consecutivos: el *primer nivel* adopta una perspectiva fenomenológica y busca describir los cambios tal como aparecen frente al observador, cuya observación se basa en su experiencia previa y en su 'segunda mirada' sobre el proceso analítico. El *segundo nivel* de discusión del material busca una sistematización más precisa de varias dimensiones o categorías que proveen un perfil más sistemático de los cambios, apoyándose en las convergencias que presentan los tres principales sistemas diagnósticos actuales (el OPD-2, el PDM2 y el DSM-5). En el *tercer nivel* se examinan posibles interpretaciones o hipótesis explicativas de estos cambios y su naturaleza, comenzando por los focos en los que el trabajo analítico estuvo centrado, de acuerdo a las conjeturas explícitas o implícitas del analista. Finalmente, tales conjeturas se confrontan en razón de las hipótesis alternativas que pueden provenir desde distintos enfoques clínicos o teóricos. Aunque los tres niveles constituyen partes integrales del juicio clínico, el modelo busca separarlos momentáneamente para analizarlos en detalle (Bernardi, 2015; 2017).

Este procedimiento tiene, entre sus potencialidades, la de permitir la emergencia de fenómenos inherentes al intercambio subjetivo que difícilmente puedan aparecer tan nítidamente con otro tipo de procedimientos. En ese sentido, comparte aspectos técnicos tanto de los 'grupos focales' como de los 'grupos de discusión' (Gutiérrez, 2011), en la medida en que posibilita el despliegue de la subjetividad de sus integrantes de un modo relacional. Como la tarea del grupo implica la discusión sobre un caso, hay aspectos del *pensamiento clínico* (Green, 2010) que pueden apreciarse en acción.

Además del análisis y discusión grupal sobre el material clínico, el 3-LM supone la realización de un cuestionario por parte de los participantes, autoadministrado en dos momentos distintos: primero tras el contacto con el material clínico y antes de todo intercambio grupal y, segundo, tras el debate grupal. Este cuestionario contiene tres partes, cada una de las cuales apunta a recabar información de las inferencias de cada participante y de la incidencia del proceso grupal, en base a escalas de tipo Likert y a preguntas abiertas. Por ejemplo, uno de los ítems indaga tres dimensiones: 'cambios globales', 'cambios del paciente en el uso de sus propios recursos mentales y corporales para el tratamiento' y 'cambios del paciente en el "uso" del analista y sus interpretaciones' a partir de la escala: 'sin cambio o peoría', 'leves cambios positivos', 'cambios positivos moderados' y 'cambios positivos marcados'. Otro ejemplo lo constituye un ítem que solicita al entrevistado que 'compare las entrevistas iniciales con algún momento (m) posterior del tratamiento' y que puntúe del uno al diez una serie de dimensiones, tales como: 'patrones relacionales', 'vivencia y comprensión del sufrimiento', 'regulación de impulsos', etc. Un tercer

cuestionario es completado por el moderador durante el trabajo grupal y pretende obtener información sobre el proceso de conversación grupal; específicamente sobre las características de los acuerdos y desacuerdos argumentativos (Altmann de Litvan, 2015).

Tales cuestionarios permiten capturar datos sobre las variables analizadas con el 3-LM, ya que informan sobre las modificaciones de supuestos implícitos en el juicio clínico a partir de la experiencia de discusión grupal. Por ejemplo, sobre los elementos del material o las variables determinantes que cada psicoterapeuta identificó inicialmente para explicar el cambio terapéutico y que posteriormente se modificaron a partir de los intercambios argumentativos con sus colegas.

Aunque el 3-LM es un procedimiento relativamente reciente, ha comenzado a utilizarse en distintas latitudes y por parte de analistas-investigadores con distintos enfoques teóricos y objetivos de investigación. Creemos que esto se debe a la riqueza de la información que permite relevar y a la versatilidad que ofrece para sus usos clínicos e investigativos.

La teoría de los códigos múltiples y la actividad referencial

El concepto de actividad referencial se enmarca en la teoría de códigos múltiples desarrollada por Bucci en el año 1997. Dicha teoría constituye un modelo “de la organización psicológica que da cuenta de los conceptos psicoanalíticos sobre la base de la investigación actual en psicología cognitiva” (Bucci, 1997, p. 157), fundamentalmente la teoría de procesamiento de la información, incorporando la información emocional (de Celis Sierra, 2004). Según el modelo, la información puede representarse y procesarse según las modalidades subsimbólicas y simbólicas, esta última en sus niveles no verbal y verbal. Todos los procesamientos pueden ser tanto conscientes como operar fuera de la conciencia (Bucci, 2011). Brevemente diremos que el sistema subsimbólico es aquel en el cual ocurren procesos orgánicos, viscerales y motores. Dichos procesos son analógicos, en tanto los sucesos se procesan de forma continua y no discreta, y se refieren a distintos tipos de sensaciones, como olores, sonidos, sabores, etc. Por su parte, el sistema simbólico sí se caracteriza por presentar sus componentes de manera discreta, con lo cual éstos pueden ser aislados y combinados. Estos componentes son aquí símbolos. El sistema presenta dos niveles. El nivel simbólico no verbal, cuyos componentes son las imágenes, auditivas o visuales, y el nivel verbal, que se centra en el lenguaje y sus unidades, también discretas, son las palabras.

Con esta breve introducción podemos comprender el concepto central de actividad referencial. Tal concepto constituye la medida del *proceso referencial*, proceso que conecta los elementos²⁶ subsimbólicos con los simbólicos, cumpliendo el sistema simbólico no verbal una función

²⁶ Aquellos componentes de los sistemas de procesamientos son emociones que, en el marco de esta teoría, se conciben como esquemas registrados en la memoria y que son constituidos a lo largo de la vida a partir de la interacción con los otros significantes (Bucci, 1997). Estos esquemas de emoción, determinan la manera en que vemos el mundo. Si bien todo esquema se halla constituido por elementos de los tres sistemas de procesamiento, poseen un núcleo afectivo a

mediadora primordial, ya que las imágenes comparten características con los dos sistemas. A partir de este proceso seremos capaces de representar en palabras nuestras emociones. Ahora bien, la capacidad de la actividad referencial es limitada, puesto que no todo podrá ser traducido a palabras. Como señala De Celis (2004), cuando queremos transmitir en palabras la experiencia con algún olor sentimos que algo se pierde en esa traducción. Vale destacar que la actividad referencial funciona en dos sentidos. Así como nos permite poner en palabras y transmitir nuestras experiencias, también permite que aquella persona que recibe esa información pueda comprenderlo de manera vívida.

El proceso referencial atraviesa tres etapas, que bien pueden sucederse a lo largo de un tratamiento psicoanalítico. La primera de ellas es la fase de activación subsimbólica que, como su nombre lo indica, predomina un procesamiento subsimbólico no verbal al activarse un esquema de emoción disociado. La segunda fase de este ciclo referencial es la simbólica. Aquí el sujeto intenta narrar una imagen, suceso, sueño que representa un conflicto, especialmente con un otro y que puede que el paciente no reconozca una conexión aparente con el esquema de emoción (Bucci, 2013). Por último, en la fase reflexiva se analiza esa narrativa y se le otorga una interpretación a aquel esquema activado. Una vez terminado este proceso, el ciclo volverá a repetirse con nuevos esquemas emocionales.

La medida de la actividad referencial se lleva a cabo a partir de las características expresivas del lenguaje en distintas situaciones. De este modo puede utilizarse para analizar el proceso terapéutico. Dicho análisis puede realizarse ya sea en una sesión completa o a lo largo de todo un tratamiento (Roussos y Leibovich de Duarte, 2002). En sus inicios la medida para evaluar la AR fue llevada a cabo por jueces, utilizando 4 escalas que se derivan de las características psicológicas del proceso referencial.

1. Concreción: se refiere al grado en que se alude a experiencias sensibles y motoras.
2. Especificidad: se refiere a la cantidad de detalles e información respecto a objetos, personas, tiempos, lugares, etc.
3. Claridad: apunta a la manera de focalizar acerca de lo relatado y a la organización de las secuencias de aquello que se relata. Si quien escucha debe realizar un esfuerzo activo por comprender las conexiones lógicas del relato, la claridad presentará una baja puntuación.
4. Presentación en imágenes: esta escala hace referencia al grado en que el discurso o texto evoca imágenes de manera vivida.

La escala de concretización y presentación de imagen dimensiona los caracteres sensoriales del lenguaje; por su parte, las escalas de claridad y especificidad miden la focalización y organización del texto (Mesa y Rojas, 2006).

partir del cual se desarrollan. Este núcleo que se encuentra compuesto por representación subsimbólicas sensoriales y somáticas.

En la fase subsimbólica del proceso las escalas de claridad y especificidad puntúan bajo, mientras que las de concretización y presentación de imagen tienen puntajes altos. La baja actividad referencial se traduce en un lenguaje abstracto e inespecífico pero emotivo (Bucci, 1997; Mesa & Rojas, 2006). En la segunda fase las cuatro escalas puntúan alto. En cuanto a la fase de reflexión, tanto la escala de concreción como la de presentación de imágenes se expresan con puntajes bajos. El punto más alto de la actividad referencial se halla en la fase simbólica, siendo baja en la subsimbólica y relativamente baja en la reflexiva (Bucci, 2013).

Si bien, como dijimos líneas más arriba, la medida fue creada para ser evaluada por jueces, en el transcurso de los años, Bucci y colaboradores (Mergenthaler & Bucci, 1999) han propuesto modelos informáticos para medir la actividad referencial. El primero de ellos es el de la actividad referencial computarizada (CRA), para la cual se desarrollaron diccionarios técnicos en diversos idiomas (Roussos & O'Connell, 2005). Estos diccionarios se definen como listas de palabras que relacionan el vocabulario de un sujeto o texto con los intereses teóricos de quien realiza el análisis. Con ellos se mide el lenguaje que da forma al proceso referencial, y nos proporciona una representación gráfica del mismo detectando la activación de esquemas emocionales referenciales en el proceso terapéutico (Roussos y Leibovich de Duarte, 2002). Se trata de una medida de estilo lingüístico más que de contenido. En la actividad referencial computarizada (CRA) se utilizan dos listados de palabras: una lista constituida por palabras que las personas suelen utilizar para describir imágenes y sucesos concretos y que denotan una alta actividad referencial; y el otro listado de palabras de baja actividad referencial con palabras abstractas e inespecíficas (Bucci, 1997). La posibilidad que ofrecen las medidas asistidas por computadora es que con ellas se pueden evaluar grandes cantidades de información. No obstante, el CRA ha presentado una serie de limitaciones. Por un lado, se debía aplicar a segmentos fijos del discurso, generalmente 150 palabras, que, entre otras cosas, insumía un gran esfuerzo. Por otro lado, utilizaba programas informáticos que no permitían el uso de diccionarios ponderados, es decir, se trabajaba con una distribución binómica (alta y baja actividad referencial), asignándosele a las palabras solo dos valores (1 y -1) que indican la presencia o ausencia del constructo que se evalúa, sin poder medir el proceso continuo y sus distintos grados de intensidad (Roussos & O'Connell, 2005). Para superar estas limitaciones se desarrolló un nuevo software, el Programa de análisis de atributos del discurso (DAAP), y un diccionario ponderado (WRAD), que como tal es más apropiado para medir rasgos estilísticos del discurso, puesto que no puntúan solamente la presencia o ausencia de palabras- más acorde con los análisis de contenido- sino que permite asignarles a las palabras valores distintos. Se han construido diccionarios ponderados en varios idiomas, incluido el castellano.

Como sostiene Roussos et al. (2001) el análisis de textos de las sesiones mediante herramientas informáticas se ha ido desarrollando con el objeto de profundizar en los estudios empíricos. La utilización de las medidas de actividad referencial permite evaluar el grado en que se desarrolla el ciclo referencial en una sesión terapéutica, así como registrar los factores que posibilitan u obstruyen cada fase. En el marco de investigaciones sobre las inferencias clínicas de psicoterapeutas –de orientación cognitiva y psicoanalítica- se ha utilizado la medida para evaluar

la actividad referencial en el discurso del paciente y su incidencia en los momentos en que los terapeutas formulan sus inferencias (Roussos y Leibovich de Duarte, 2002). Otras investigaciones han comparado el instrumento con otras medidas, como aquellas que evalúan la memoria episódica (Bucci et al., 2009), con el CCRT (Sammons & Siegel, 1997), entre otras. Por último, nos gustaría mencionar que se han llevado a cabo otros estudios utilizando como material las notas de los terapeutas de tratamientos ya finalizados con y sin éxito con el objetivo de detectar aquello que podría estar obstaculizando el proceso terapéutico (Hoffman *et al.*, 2013).

Conclusiones

En la primera parte del capítulo hemos presentado distintas formas de agrupar y conceptualizar las investigaciones psicoanalíticas, así como algunas controversias metodológicas y epistemológicas que están en el origen de tales clasificaciones. Nos parece prudente insistir en que la investigación psicoanalítica contemporánea se desarrolla en un campo de tensión. Por un lado, la tracción por conservar a la investigación clínica a partir de los estudios de caso tradicionales, bajo la suposición de que cualquier novedad metodológica resulta una potencial amenaza a la identidad epistémica del psicoanálisis y, en definitiva, -entienden sus partidarios- algo que, más tarde o más temprano, pone en peligro su existencia misma. Por el otro lado, la tracción por avanzar hacia investigaciones extra-clínicas, acompañando el desarrollo del psicoanálisis con el de las nuevas capacidades para relevar y procesar datos sistemáticamente; bajo la suposición de que sólo de esa forma se podrá dar respuestas convincentes a las críticas epistemológicas que corroen el estatuto científico de la disciplina. Desde esta óptica, el peligro de no avanzar en investigaciones que amplíen el margen procedimental de los típicos estudios de casos supone un conservadurismo incompatible con cualquier acontecer racional de nuestro campo disciplinar; que derivará -entienden sus partidarios-, más tarde o más temprano en la desaparición del psicoanálisis, ya sea por la fagocitación desde otros campos epistémicos y/o por la desestimación de sus obsolescencias.

Como puede notarse, ambas perspectivas tienen en común la intención de hacer pervivir al psicoanálisis en el siglo XXI y sólo difieren en sus estrategias sobre cómo eso debería realizarse. Afortunadamente, a nivel mundial el psicoanálisis parece haber alcanzado un grado suficiente de madurez institucional que hace posible la coexistencia -aunque aún no sea pacífica precisamente- de ambas perspectivas, por lo que todo pareciera indicar que será el tiempo futuro quien dictamine el grado de acierto logrado con cada vía.

Un último comentario para finalizar. Casi nadie duda hoy en día de que el futuro del psicoanálisis pasa por la investigación y por el diálogo con otras teorías y disciplinas. Pese a ello, gran parte de los psicoanalistas que ejercen la clínica desconocen los abundantes resultados positivos que la investigación ha venido arrojando sobre temas sumamente sensibles para la legitimidad del trabajo clínico, tales como los resultados de eficacia terapéutica comparada o de corroboración empírica de hipótesis psicoanalíticas, entre otros. Es decir, existe una significativa cantidad

de evidencia –producto de la investigación- que apoya nuestras teorizaciones y prácticas, pero que no es suficientemente conocida ni adecuadamente comunicada.

A nuestro modesto entender, si pretendemos lograr una participación reconocida y legítima del psicoanálisis en las sociedades contemporáneas, aportando al campo de la salud mental en particular y a las conceptualizaciones sobre lo humano en general, parece ineludible la tarea de generar investigaciones que profundicen y tamicen nuestros conocimientos heredados. En ese sentido, será la actividad investigativa la que provea los insumos necesarios para repensar nuestras prácticas y teorías, dándonos mejores herramientas para evaluar cuándo éstas se vuelven inadecuadas y aportando información para modificarlas. Esta es una necesidad en aumento de las comunidades psicoanalíticas y no pareciera razonable esperar a que otros las satisfagan por nosotros.

Referencias

- Altmann de Litvan, M. (Ed.) (2015). *Tiempo de cambio. Indagando las transformaciones en psicoanálisis: el Modelo de los Tres Niveles*. Karnac.
- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., Grüninger, S., König, S., Marschke F., Geissler I., Marschke, F., Koerner, A., Geyer, M., & Kächele, H. (2002). Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) categories: The CCRT-LU Category System. *Psychotherapy Research*, 12(3), 319-338.
- Aguillaume, R. (2016). Epistemology and psychoanalysis: One psychoanalysis or two? *International Forum of Psychoanalysis*, 25(3), 149.
- Ávila Espada, A. y García de la Hoz, A. (2014). Historia, núcleo conceptual y controversias epistemológicas del modelo psicodinámico. En A. Ávila Espada, B. Rojí Menchaca y L. Á. Saúl Gutiérrez (Coord.), *Introducción a los tratamientos psicodinámicos* (pp. 63-98). UNED.
- Ávila Espada, A.; Mitjavila García, M. y Gutiérrez Sánchez, G. (2014). La investigación en psicoterapia psicoanalítica. En: A. Ávila Espada, B. Rojí Menchaca, y L. A. Saúl Gutierrez, *Introducción a los tratamientos psicodinámicos* (pp. 545-590). UNED
- Azcona M. (2020). Sobre el lugar de la sugestión en la clínica psicoanalítica: una relectura freudiana de la crítica de Adolf Grünbaum. *Natureza Humana -Revista Internacional de Filosofía e Psicanálise*, 22(1), 162-185.
- Azcona M. (2019). Hacia una redefinición del problema de la sugestión en psicoanálisis: minimizando el efecto Pigmalión. *Perspectivas de Psicología. Revista de Psicología y Ciencias*, 16(2), 98-107.
- Azcona, M. (2018). Discusiones sobre la naturaleza de la investigación en psicoanálisis. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 8(2), e042-e042. ISSN: 1853-7863 (Argentina).

- Azcona, M. (2017). Las críticas de Popper y Grünbaum al psicoanálisis: un abordaje epistemológico de la racionalidad freudiana. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/59340>
- Azcona, M., y Zurita, J. (2017). Vicisitudes de la preciosa conjunción para la investigación clínica en psicoanálisis. *Memorias del IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación, XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Tomo III*, pp.6-8. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <http://jimemorias.psi.uba.ar/index.aspx?anio=2017>
- Bernardi, R. (2012). Evidencia en psicoanálisis. *Rev. Soc. Argent. Psicoanál.*, 15-16, 269-292.
- Bernardi, R. (2015). El modelo de los tres niveles para observar las transformaciones del paciente (3-LM). En: *Tiempo de Cambio. Indagando las transformaciones en psicoanálisis: el modelo de los tres niveles* (pp. 3-34). Karnac.
- Bernardi, R. (2017). A common ground in clinical discussion groups: Intersubjective resonance and implicit operational theories. *The International Journal of Psychoanalysis*, 98(5), 1291-1309.
- Bleichmar, N. y Leiberman, C. (1997). Problemas epistemológicos en la teoría psicoanalítica. En *El psicoanálisis después de Freud: teoría y clínica* (pp. 477-496). Paidós.
- Boeker H. & Northoff G. (2018). "Psychotherapy Research in the Context of Neuroscience". En: H. Boeker, P. Hartwich & G. Northoff (eds), *Neuropsychodynamic Psychiatry*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-75112-2_27
- Bohleber, W., Fonagy, P., Jiménez, J. P., Scarfone, D., Varvin, S., & Zysman, S. (2013). Towards a better use of psychoanalytic concepts: A model illustrated using the concept of enactment. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94(3), 501-530.
- Bornstein, R. (2001). The impending death of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 3-20.
- Bucci, W. (1997). Patterns of Discourse in "Good" and Troubled Hours: A Multiple Code Interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45(1), 155-187. <https://doi.org/10.1177/00030651970450010301>
- Bucci, W. (2011). El interjuego de procesos subsimbólicos y simbólicos en el tratamiento psicoanalítico: hacen falta dos para bailar el tango, pero ¿quién conoce los pasos, ¿quién dirige? La coreografía del intercambio psicoanalítico. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 15(16), 237-252.
- Bucci, W. (2013). The Referential Process as a Common Factor Across Treatment Modalities. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 16-23. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2013.86>
- Bucci, W., Maskit, B. & Murphy, S. (2009, mayo). Measures of Referential Activity As Indicators of Episodic Memory. [Póster] Meeting of *the Association for Psychological Science Annual Convention in San Francisco, CA*.
- Buzzoni, M. (2001). The Operationalistic and Hermeneutic Status of Psychoanalysis. *Journal for General Philosophy of Science*, 32, 131-165.
- Castillo, J. A. y Mercadal, J. (2020). *Psicoterapia psicoanalítica: investigación, evaluación y práctica clínica*. Herder Editorial.

- Cierpka, M.; Stasch, M. y Reiner, W. (2006). El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): concepto, confiabilidad y validez. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(2), 105-125.
- Clarkin, J. F., Cain, N. M. & Lenzenweger, M. F. (2018). Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: Clinical insights with a focus on mechanism. *Current opinion in psychology*, 21, 80-85.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American journal of psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Clarkin J.F, Yeomans F. E. & Kernberg O. F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. American Psychiatric Press.
- Crits-Christoph, P., Demorest, A. & Connolly, M. B. (1990). Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(4), 513-521.
- Dahl, H., Kächele, H. & Thomä, H. (Eds.). (2012). *Psychoanalytic process research strategies*. Springer Science & Business Media.
- Dahl, H. & Teller, V. (1994). The Characteristics, Identification, and Applications of Frames. *Psychotherapy Research*, 4(3-4), 253-276. <https://doi.org/10.1080/10503309412331334082>
- Dreher, A. (2000). *Foundations for Conceptual Research*. Karnac.
- Dreher, A. (2005). Conceptual research. En E.S. Person, A.M. Cooper & G.O. Gabbard (eds), *Textbook of Psychoanalysis* (pp. 361-375). American Psychiatric Publishing, Inc.
- De Celis, M. (2004). Las variedades de las experiencias disociativas desde la perspectiva de la teoría de Wilma Bucci sobre los códigos subsimbólico y simbólico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 17. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=301>
- Eagle, M. & Wolitzky, D. (2011). Systematic empirical research versus clinical case studies: a valid antagonism? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(4), 791-818.
- Erwin, E. (2015). Psychoanalysis and philosophy of science: basic evidence. En S. Boag, L. Brakel & V. Talvitie (Eds.), *Philosophy, Science, and Psychoanalysis. A critical meeting*, (pp. 37-58). Karnac.
- Espinosa, D.H. y Valdés, N. (2012). *Codificación de Episodios Relacionales a partir de la versión en castellano del Método del Tema Central de Conflicto Relacional CCRT-LU-S: Manual de Procedimiento*. Proyecto Fondecyt N° 3130367. Manuscrito sin publicar. https://cv4.ucm.es/moodle/pluginfile.php/1826974/mod_resource/content/0/Espinosa-Valdes_2012_Manual_Codificacion_CCRT-LU-S.pdf
- Fischmann, T., Russ, M. O. & Leuzinger-Bohleber, M. (2013). Trauma, dream, and psychic change in psychoanalyses: a dialog between psychoanalysis and the neurosciences. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 877.
- Fonagy, P. (1999). Reflections on psychoanalytic research problems – an anglosaxon view. En *An Open door review of outcome studies in psychoanalysis* (1° ed., pp. 10-27). International Psychoanalytical Association.

- Fonagy, P. (2000). Grasping the nettle: Or why psychoanalytic research is such an irritant. *The British Psycho-Analytical Society*, 36, 28-36.
- Fonagy, P. (2003). Genetics, developmental psychopathology, and psychoanalytic theory: The case for ending our (not so) splendid isolation. *Psychoanalytic inquiry*, 23(2), 218-247.
- Fonagy, P. (2015). La eficacia de las psicoterapias psicodinámicas: una actualización. *World Psychiatry (en español)*, 14, 137-150.
- Fonagy, P., Jones, E. E., Kächele, H., Krause, R., Clarkin, J., Perron, R., Gerber, A. & Allison, E. (Eds.) (2002). Process studies. FRAMES. En *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. (2ª ed., pp. 179-181). International Psychoanalytical Association
- Fusella, P. (2014). Hermeneutics versus science in psychoanalysis: a resolution to the controversy over the scientific status of psychoanalysis. *Psychoanalytic review*, 101(6), 871-894.
- Freud, S. (2004). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En *Obras Completas*, vol. X (pp. 1-118). Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1909)
- Freud, S. (2004). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas*, vol. XII. (pp.107-119). Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1912)
- Freud, S. (2004). Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". En *Obras Completas*, vol. XVIII (pp.127-254). Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1923)
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M. & Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19(3), 344-357. <https://doi.org/10.1080/10503300902914147>
- Green, A. (1996). What kind of research for psychoanalysis? *International Psychoanalysis: Newsletter of the International Psychoanalytical Association* 5, 10-14.
- Green, A. (2000). Science and science fiction in infant research. En J. Sandler, A. M. Sandler, & R. Davies (eds.). *Clinical and observational psychoanalytic research: Roots of a controversy*. André Green & Daniel Stern (pp. 41-72). Karnac.
- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Amorrortu.
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Herder.
- Grünbaum, A. (1993). *Validation in the clinical theory of psychoanalysis: A study in the philosophy of psychoanalysis*. International Universities Press.
- Gunderson, J. G. & Gabbard, G. O. (1998). Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 679-704.
- Gutiérrez, J. (2011). Grupo de discusión: ¿prolongación, variación o ruptura con el focus group? *Cinta de moebio*, (41), 105-122.
- Hanly, M., Altmann de Litvan, M. & Bernardi, R. (Eds.). (2021). *Change Through Time in Psychoanalysis: Transformations and Interventions, The Three Level Model*. Routledge.
- Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking our way to "scientific" legitimacy: the desiccation of human experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(5), 1043-1069.

- Hoffman, L., Albus, J., Braun, W., Bucci, W. & Maskit, B. (2013). Treatment Notes: Objective Measures of Language Style Point to Clinical Insights. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61(3), 535-568. <https://doi.org/10.1177/0003065113489026>
- Hölzer, M. & Dahl, H. (1996). How to Find Frames. *Psychotherapy Research*, 6(3), 177-197. <https://doi.org/10.1080/10503309612331331698>
- Jiménez, J. P. (2004). Validez y validación del método psicoanalítico (alegato sobre la necesidad del pluralismo metodológico y pragmático en psicoanálisis). *Aperturas Psicoanalíticas*, 18. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=309>
- Jones, E. (1999). *Ordenamiento Q del proceso de la Psicoterapia. Manual para codificación*. (Adaptación castellana de A. Ávila-Espada, J. Vidal Didier, R. Epstein, A. Duarte, A. Roussos y R. Winkell). Universidad de Salamanca (Trabajo original publicado en 1985).
- Juan, S., Etchebarne, I., Penedo, J. M. G. y Roussos, A. (2010). Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. *Raíces históricas y tendencias actuales*. 23.
- Juan, S.; Pescio, N. y Roussos, A. (2014). Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2): una revisión bibliográfica sobre su uso en investigación empírica psicoanalítica. *Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología. Tomo Psicología Clínica y Psicopatología*, pp.187-188. ISSN 1667-6750. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Juan, S. y Pozzi, A. (2016). La importancia de la noción de "proceso" para la práctica clínica y la investigación en psicoterapia psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas*, 53. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000945>
- Kächele, H. (1992). Investigación psicoanalítica: 1930-1990. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 9(1), 55-68.
- Kaplan-Solms, K. y Solms, M. (2000/2005). *Estudios clínicos en neuropsicoanálisis: introducción a la neuropsicología profunda*. Fondo de Cultura Económica.
- Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de personalidad*. Manual Moderno.
- Kernberg, O. (1995). "Discussions: Empirical Research in Psychoanalysis". En: T. Shapiro & R. Emde (eds.), *Research in Psychoanalysis. Process, Development, Outcome*. International Universities Press.
- Kernberg, O. F. & Clarkin, J. F. (1995). *The inventory of personality organization. The New York Hospital-Cornell Medical Center*.
- Krause, R (1998) Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 1: Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer
- Laplanche, J. (1989). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Amorrortu.
- Lemlij, M. (2013). La investigación en la API: Reflexiones de un ex tesorero. *Calibán: Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 11(2), 150-152.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion rela-

- tions with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577–591. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>
- Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Psychoanalysis as a “science of the unconscious” and its dialogue with the neurosciences and embodied cognitive science: some historical and epistemological remarks. En *Finding the Body in the Mind: Psychoanalysis, Neurosciences, Embodied Cognitive Science in Dialogue* (pp. 1-18). Karnac
- Leuzinger-Bohleber, M. & Bürgin, D. (2003). Pluralism and unity in psycho-analytic research: Some introductory remarks. En M. Leuzinger-Bohleber, A.U. Dreher, & J. Canestri (eds), *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis* (pp. 1-25). International Psychoanalytical Association.
- Leuzinger-Bohleber, M., Dreher, U. & Canestri, J. (2003). *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis*. International Psychoanalytical Association.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Fischmann, T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis? *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(5), 1355-1386.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Kächele, H. (eds.) (2015). *An open door review of outcome and process studies in psychoanalysis (3° ed.)*. International Psychoanalytical Association.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Pfeifer, R. (2002). Remembering a depressive primary object. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(1), 3-33.
- Leuzinger-Bohleber, M., Solms, M. & Arnold, S. E. (Eds.). (2020). *Outcome Research and the Future of Psychoanalysis: Clinicians and Researchers in Dialogue*. Routledge.
- Levy, R.; Ablon, S. & Kächele, H. (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. Humana Press.
- Levy, K.N., Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Scott, L.N., Wasserman, R.H. & Kernberg, O.F. (2006), The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4) 481-501. <https://doi.org/10.1002/jclp.20239>
- Lieberman, D. (1970). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Nueva Visión.
- López del Hoyo, Y. (2010). *Evolución del proceso terapéutico en un caso de psicoterapia focal planificada mediante el método del tema central de conflicto relacional (CCRT)* [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca]. Repositorio institucional <https://doi.org/10.14201/gredos.83277>
- López del Hoyo, Y., Ávila Espada, A., Pokorny, D. y Albani, C. (2004). Adaptación del sistema de categorías CCRT-LU a la lengua castellana: El sistema de categorías CCRT- LU-S. *Intersubjetivo: Revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 6(2), 296-308. ISSN: 1575-6483.
- Lothane, Z. (1998). El eterno Freud: el método frente al mito y la malicia de los detractores de Freud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(66), 269-292.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. En J.L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy*. (pp. 92-116). Brunner / Mazel.

- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. En N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-395). Plenum.
- Luborsky, L. & Crits Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Luyten, P., Blatt, S. J. y Corveleyn, J. (2006). Salvando la distancia entre el positivismo y la hermenéutica en la investigación psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas*, 24. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=415>
- Masling, J. M. & Bornstein, R. F. (eds.) (1996). *Psychoanalytic Perspectives on Developmental Psychology*. American Psychological Association.
- Mergenthaler, E. & Bucci, W. (1999). Linking verbal and non-verbal representations: Computer analysis of referential activity. *British Journal of Medical Psychology*, 72(3), 339-354. <https://doi.org/10.1348/000711299160040>
- Mesa, A. y Rojas, A. (2016.). Actividad referencial de estudiantes de psicología del campo clínico con enfoque psicoanalítico. *Pensamiento Psicológico*, 2 (6), pp. 61-76.
- Mitchell, S. A. (1998). The analyst's knowledge and authority. *The Psychoanalytic Quarterly*, 67(1), 1–31.
- Minhot, L. (2003). *La mirada psicoanalítica. Un análisis kuhniiano del psicoanálisis de Freud*. Brujas.
- Moser, U. (1989/1992). On-Line and Off-Line, Practice and Research: A Balance. En M. Leuzinger-Bohleber, H. Schneider & R. Pfeifer (eds.), *Two Butterflies on My Head. Psychoanalysis in the Interdisciplinary Scientific Dialogue* (pp. 181-196). Springer. Originalmente publicado en *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse*, 45, 315–34.
- Nasio, J. D. (2001). *Los más famosos casos de psicosis*. Paidós
- Perron, R. (1999). An Open door review of outcome studies in psychoanalysis (pp. 3-9). International Psychoanalytical Association.
- Quiroga, S. E., Castro Solana, A. y Fontao, I. F. (2003). La evaluación de la estructura de la personalidad: adaptación argentina del Inventario de Organización de la Personalidad (IPO). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 3, 188-219.
- Rampulla, M.P. (2005). Aportaciones del método FRAMES a la Evaluación de un caso de Psicoterapia Psicoanalítica de larga duración. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Salamanca.
- Rampulla, M. P. y Ávila Espada, A. (2007). Aplicación del Método FRAMES a la formulación de hipótesis de tratamiento. *Clínica e Investigación Relacional*, 1(1): 228-239. <http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen1Nº1Junio2007/tabid/248/Default.aspx>
- Rampulla, M. P. y Ávila Espada, A. (2011). Estudio multidimensional y conceptual del proceso de cambio terapéutico en maría. Cambios observados en los prototipos de frames. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15 (1), 230-247
- Richardson, P.; Kächele, H. & Renlund, C. (2004). *Researchon Psychoanalytic Psychotherapy with Adults*. Karnac.

- Rodríguez Quiroga de Pereira, A.; Borensztein, L.; Corbella, V. & Marengo, J. C. (2018). The Lara case: A group analysis of initial psychoanalytic interviews using systematic clinical observation and empirical tools. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(6), 1327-1352.
- Rojas Bernal, L. A. (2009). *Patrones de relación y asociación con factores demográficos y clínicos en pacientes con cáncer de seno y sus parejas* (Tesis doctoral, Universidad del Rosario). <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/1202>
- Roussos, A. J. (2001). La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas: estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos. [Tesis de doctorado. Universidad de Belgrano]. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/765>
- Roussos, A., Acosta, S., Juárez, C., y Mergenthaler, E. (2001). Introducción a las técnicas de investigación sobre procesos terapéuticos asistidos por computadoras: modelos de ciclos terapéuticos. *Revista Interamericana de Psicología*, 35 (1), 53-77.
- Roussos, A. J. y Leibovich de Duarte, A. (2002) *La incidencia de la Actividad Referencial en el proceso de formulación de inferencias clínicas en psicoterapeutas de distintos marcos teóricos. Intersubjetivo, Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud*, 4(1), 78-89.
- Roussos, A. y O'Connell, M. (2005). Construcción de un diccionario ponderado en español para medir la Actividad Referencial. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología / UBA*, 10 (2), 99-121
- Safran, J. D. (2001). When worlds collide: Psychoanalysis and the empirically supported treatment movement. *Psychoanalytic dialogues*, 11(4), 659-681
- Safran, J. D. (2010). Discussion by Jeremy D. Safran. Panel discussion on "Clinical and Empirical Issues: Disagreements and Agreements". Paper presented at the Annual Meeting of the Rapaport-Klein Study Group, Austen Riggs Center.
- Sammons, M. y Siegel, P. (1997). Una comparación de Frames con el CCRT y la CRA. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 7, 131-145
- Sandell, R. (2001). Can psychoanalysis become empirically supported? *International Forum of Psychoanalysis* (10), 3-4, 184-190.
- Sandler, J., Sandler, A.-M., & Davies, R. (Eds.). (2000). *Clinical and observational psychoanalytic research: Roots of a controversy*. International Universities Press, Inc.
- Scarfone D. (2015). Conceptual research in psychoanalysis. En Leuzinger-Bohleber M, Kächele H (eds.). *An open door review of outcome and process studies in psychoanalysis*, (3° ed., pp. 33–36). International Psychoanalytical Association.
- Shedler, J. (2004). Un nuevo lenguaje para el diagnóstico psicoanalítico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 16. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=277>
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98.
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5(4), 333-353.
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler–Westen assessment procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of personality assessment*, 89(1), 41-55.

- Shevrin, H. (2000). The experimental investigation of unconscious conflict, unconscious affect, and unconscious signal anxiety. In M. Velmans (Ed.), *Investigating phenomenal consciousness: New methodologies and maps* (pp. 33–65). John Benjamins Publishing Company. <https://doi.org/10.1075/aicr.13.06she>
- Shevrin, H. (2002). A psychoanalytic view of memory in the light of recent cognitive and neuroscience research. *Neuropsychoanalysis*, 4(2), 133-140.
- Siegel, P. F., Sammons, M. & Dahl, H. (2002.). FRAMES: The Method in Action and the Assessment of Its Reliability, *Psychotherapy Research*, 12 (1), 59-77, 10.1080/713869617
- Smith-Hansen, L., Levy, R. A., Seybert, C., Erhardt, I. & Ablon, J. S. (2012). The Contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to Psychotherapy Research. En R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 381-400). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_23
- Snow, C. P. (1959/ 2000). *Las dos culturas*. UNAM.
- Solms, M. (2001). The interpretation of dreams and the neurosciences. *Psychoanalysis and History*, 3, 79-91
- Steele, R. S. (1979). Psychoanalysis and hermeneutics. *International Review of Psychoanalysis*, 6(4), 389–411.
- Strenger, C. (1991). *Between hermeneutics and science: An essay on the epistemology of psychoanalysis*. International Universities Press.
- Taubner, S., Buchheim, A., Rudyk, R., Kächele, H. & Bruns, G. (2012). How does neurobiological research influence psychoanalytic treatments? — Clinical observations and reflections from a study on the interface of clinical psychoanalysis and neuroscience. *The American journal of psychoanalysis*, 72(3), 269-286.
- Tuckett, D. (1998). Evaluating Psychoanalytic Papers. Towards the Development of Common Editorial Standards. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 431-448.
- Varvin, S., Fischmann, T., Jovic, V., Rosenbaum, B. & Hau, S. (2012). Traumatic dreams: symbolisation gone astray. *Significance of Dreams*, 182-211.
- Velasco Gómez, A. (2000). *Tradiciones naturalistas y hermenéuticas en la filosofía de las ciencias sociales*. UNAM.
- Wallerstein, R. S. (1993). Investigación psicoanalítica. *Informativo de la API, Psicoanálisis Internacional*, verano de 1993.
- Wallerstein, R. S. (2001). The generations of psychotherapy research: An overview. *Psychoanalytic Psychology*, 18(2), 243.
- Wallerstein, R. S. (2006). The relevance of Freud's psychoanalysis in the 21st century: Its science and its research. *Psychoanalytic Psychology*, 23(2), 302–326. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.23.2.302>
- Westen, D. & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of abnormal psychology*, 116(4), 810.

- Westen, D., Shedler, J. & Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of psychiatry*, 163(5), 846-856.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S. & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 952-966.
- Wiswede, D.; Taubner, S.; Buchheim, A.; Münte, T.; Stasch, M.; Cierpka, M.; Kächele, H.; Roth, G.; Erhard, P. & Kessler, H. (2014). Tracking Functional Brain Changes in Patients with Depression under Psychodynamic Psychotherapy Using Individualized Stimuli. *PLOS ONE* 9(10): e109037. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109037>
- Wolff, P. H. (1996). The irrelevance of infant observations for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 369-392.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zukerfeld, R. (2009). La noción de muestra en investigación en psicoanálisis. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 13 (2), 247-262. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/942>