Cuestiones metodológicas en la investigación empírica sobre eficacia terapéutica

Dra. Sara Slapak
Decana de la Facultad de Psicología de la UBA

El propósito de esta presentación, que sintetiza y compila una serie de trabajos ya publicados[1], es transmitir nuestra experiencia desde nuestra posición como unidad de docencia, asistencia e investigación en una Facultad de Psicología de una Universidad Nacional en Argentina.

La enseñanza de una teoría psicoanalítica en la universidad – la Escuela Inglesa de Psicoanálisis: M. Klein, postkleinianos, incluyendo aportes de la escuela argentina – que comenzamos en 1986 desde la Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa en la facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, implica la responsabilidad de la transmisión de un marco teórico importante para la formación del psicólogo y también su puesta a prueba y actualización a través de una práctica clínica orientada a dar respuestas a problemáticas psicopatológicas y psicosociales actuales.

Con este último propósito, desde 1990 realizamos una tarea de extensión entendida como servicio a la comunidad, bajo la forma de asistencia psicoterapéutica psicoanalítica individual o grupal a niños entre 4 y 12 años de edad y orientación grupal a los adultos responsables. Los grupos psicoterapéuticos y los de orientación son abiertos; la inclusión del adulto responsable en un grupo de orientación es condición sine qua non para la inclusión del niño en tratamiento, ya sea individual o grupal. Cada grupo está conformado

1. SLAPAK, S.; CERVONE, N.; LUZZI, A; AGUIRIANO, V.; BARDI, D.; BELMES, D.; CANALE, V.; FREIDIN, F.; FRYLINSZTEIN, C.; GAITAN, L.; GRUGORAVICIUS, M.; NIMCOWICZ, D.; PADAWER, M.; RAMOS, L.; WAINSZELBAUM, D. (2005): Investigación y práctica clínica en una cátedra universitaria . En XIII Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA, pág. 63-72 .
CERVONE, N.; LUZZI, A.M.; SLAPAK, S.; FRYLINSZTEIN, C.; GRIGORAVICIUS, M.; PADAWER, M.(2004): Memoria de trabajo: una investigación en proceso . Revista del Instituto de Investigaciones, Año 10, N° 3, 2005. Facultad de Psicología, UBA., pág. 7-24.
SLAPAK, S.; CERVONE, N.; LUZZI, A.M.; PASSALACQUA, A.; MENESTRINA, N.; SIMONOTTO, T.; PADAWER, M.; RAMOS, L.; RODRIGUEZ NUÑEZ, M.V.; NUÑEZ, A.M. (2000): Estrategias asistenciales e investigación sobre conductas violentas en niños entre seis y doce años (pág. 5-33). Revista de Psicología Vol. XVIII, 1, 2000. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú.

por ocho integrantes; cuando alguno de los niños interrumpe el tratamiento o es dado de alta, se incorpora otro paciente; el tratamiento no tiene plazo predeterminado de duración y el alta es individual.

La técnica empleada en la psicoterapia individual y en los grupos de psicoterapia psicoanalítica de niños es la técnica del juego, a la manera de lo creado por Melanie Klein para el psicoanálisis de niños (Klein, 1932, 1952), extendida a la psicoterapia grupal. Para la consideración de los procesos y fenómenos grupales se utilizan las conceptualizaciones de W. Bion (1952) respecto de la dinámica grupal, entre otros.

Cada paciente individual tiene su caja con material lúdico y con material para la expresión gráfica; cada grupo de niños tiene una sola caja con material lúdico y con material para la expresión gráfica, que se comparte entre todos los integrantes. Cada grupo tiene un terapeuta y al menos un observador no participante estables; las intervenciones del terapeuta son señalamientos e interpretaciones, que pueden estar dirigidas al grupo o a uno o más integrantes.

Los grupos de orientación a padres o adultos responsables son psicoterapias psicoanalíticas focalizadas en las relaciones familiares y en particular, en el vínculo con los hijos. Las intervenciones son de características análogas a las de los grupos de niños.

El Servicio de Psicología Clínica de Niños tiene sede en la Regional Sur de la UBA, en el conurbano bonaerense, Partido de Avellaneda. La población consultante se encuentra en condiciones de riesgo psicosocial; se trata de familias en emergencia socioeconómica por lo que el diseño de las estrategias asistenciales y preventivas está orientado a brindar una pronta respuesta a la demanda.

La actividad investigativa que encaramos sistemáticamente desde 1994, está orientada al mayor conocimiento de las patologías prevalentes en la niñez y a la evaluación de la eficacia de los dispositivos psicoterapéuticos implantados. La docencia en servicio, la práctica clínica y la investigación amplían y enriquecen la formación y el entrenamiento de los docentes – psicoterapeutas - investigadores, ya que se da lugar a la interrogación respecto de problemas teóricos y técnicos específicos y se abre la reflexión sobre los sistemas de salud y la ubicación de la problemática de la salud mental dentro de ellos, sobre la relación del psicoanálisis con el sistema de atención en salud y sobre el rol del psicólogo como un profesional de la salud en contextos actuales (Jiménez, 2002).

Somos un equipo heterogéneo en cuanto a edades, formación y experiencia: 4 psicoterapeutas senior, 28 psicoterapeutas junior y 12 estudiantes avanzados de la carrera de Psicología. Buena parte de la función de los responsables del equipo, además de la función docente, es la de entrenar para la práctica clínica y supervisar todas y cada una de las acciones clínicas así como diseñar y dirigir los proyectos de investigación, entrenando y supervisando al equipo en sus diferentes actividades. Una parte importante de la tarea docente, asistencial y de investigación, está dedicada a la consolidación del equipo, esto es, al trabajo conjunto a los fines de la detección y la remoción de los obstáculos para el mejoramiento del desempeño individual en el marco de un trabajo en equipo y se utilizan las diversas actividades y espacios para una reflexión sistemática sobre la prácti-

ca, tanto en docencia, en asistencia como en investigación.

En la literatura especializada se encuentran trabajos de investigación en psicoterapia que informan sobre la existencia de investigadores que se interesan por la práctica clínica a partir de sus estudios y análisis metodológicos; asimismo, hay psicoterapeutas que se interesan por las actividades de investigación a partir de intentar sistematizar y encontrar ciertas regularidades en su trabajo clínico.

Existe una controversia respecto de si psicoterapeutas e investigadores deben ser roles y personas diferenciadas o si pueden coincidir (Lancelle, 1997; Jiménez, 1998; Fonagy, 1999; Bernardi, 2002). En el campo del psicoanálisis la controversia adquiere además características específicas. Muchos autores consideran que la investigación clínica es la que realiza el psicoanalista en la sesión, en la intimidad de la relación diádica, tal como lo hizo Freud y aquellos que construyeron sus teorías partiendo de la clínica. Otros, apoyando la metodología del "estudio de caso", plantean exigencias de complementación con procedimientos confirmatorios (Fonagy, 1999). Posturas más extremas sostienen que la investigación no debe influir sobre los criterios clínicos ni afectar el trabajo clínico (Lancelle, 1997).

Nuestra preocupación es analizar el proceso investigativo, las estrategias metodológicas y la repercusión de la actividad investigativa en la práctica clínica y no sólo tomar en consideración los resultados de las investigaciones. Nosotros investigamos porque la práctica clínica nos despierta interrogantes, así como observamos que nuestra práctica investigativa produce efectos sobre nuestra práctica clínica.

La actividad investigativa sistemática comenzó orientando la indagación sobre la psicopatología de las conductas violentas de los niños y su asociación con el contexto familiar y social. Durante 1995-97 el tema fue "Las situaciones de duelo y las tendencias antisociales. Contención familiar y social"; durante 1998-00: "Conductas violentas en niños en edad escolar" y "Pobreza, violencia y rendimiento escolar"; durante 2001-03: "Cambio psíquico, proceso psicoterapéutico y contexto psicoeducativo"; desde 2004-07: "Evaluación de cambio psíquico de niños en psicoterapia psicoanalítica". Todos los proyectos son investigaciones empíricas en las que se construyen y analizan datos cualitativos y tienen financiamiento de la Universidad de Buenos Aires.

En las dos primeras, que tuvieron como interés fundamental caracterizar y diferenciar desde el punto de vista psicopatológico las conductas violentas de los niños, cobró importancia la construcción de indicadores para el análisis de la Hora de Juego Diagnóstica, que permitió categorizar, desde una psicopatología psicoanalítica, la organización de la personalidad de los niños con manifestaciones sintomáticas de violencia (Slapak et al, 2000).

Los niños, que son derivados mayoritariamente por escuelas y juzgados de la zona, presentan como motivo de la consulta, serios problemas de conducta en la casa, barrio y escuela: comportamientos destructivos, de oposición a normas escolares, robos, vagabundeo, agresiones verbales y físicas a maestros y compañeros, destrucción de muebles y otros elementos escolares, fugas y mentiras. Un porcentaje menor de niños son derivados por dificultades en el aprendizaje, debidas mayoritariamente a inhibiciones neuróticas. Las categorías corri-

entes de la nosografía y psicopatología psicoanalíticas: neurosis, psicosis y perversión, son necesarias pero no suficientes, para explicar los comportamientos violentos en niños en edad escolar, su prevalencia actual y su incidencia en el desempeño escolar.

Asimismo hemos privilegiado el trabajo de construcción de indicadores para el análisis de la Hora de Juego Diagnóstica por considerarlo un instrumento de evaluación solidario con la Teoría de las Relaciones Objetales, marco conceptual del trabajo clínico en el Servicio. Esos indicadores son la base de lo que actualmente usamos para el análisis de las sesiones de psicoterapia de niños (Ver ANEXO 1).

Siguiendo criterios y resultados de investigaciones anteriores acerca de la violencia y problemas escolares de los niños, basadas en hipótesis teórico-clínicas del marco conceptual de la Teoría de las Relaciones Objetales y teniendo en cuenta los indicadores construidos a partir de la aplicación de la Hora de Juego Diagnóstica establecimos 4 agrupamientos: la conducta violenta como expresión de la "tendencia antisocial"; como expresión de la "parte psicótica de la personalidad"; manifestaciones neuróticas; inhibiciones neuróticas (Ver ANEXO 2).

A partir del segundo proyecto de investigación mencionado (Conductas violentas…), se agrega la administración y el análisis de dos instrumentos, que también se utilizan como dispositivos de intervención dentro del proceso de admisión y diagnóstico: el Child Behaviour CheckList (Ackenbach, 1983) y el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (Millon, 1994); el CBCL cumple también con el propósito de relevar la población asistida, desde una perspectiva epidemiológica.

Durante la realización de ese mismo proyecto se planteó el interés en contrastar los resultados de los instrumentos utilizados por el equipo clínico del Servicio con los obtenidos mediante la administración del Rorschach, administración que estuvo a cargo de un equipo bajo la dirección de la Prof. Alicia Passalacqua.

La investigación actualmente en curso fue diseñada también a partir de observaciones efectuadas en la práctica clínica cotidiana, que permitieron registrar cambios importantes en la organización de ansiedades, defensas y relaciones objetales primarias, es decir cambios en la estructuración del funcionamiento mental tanto en los niños como en los padres o adultos responsables. Se registra que los niños después de un tiempo de tratamiento, tienen mejorías sintomáticas, observadas tanto por los profesionales como por sus padres o adultos responsables y sus maestros. Asimismo se registran mejorías en la capacidad de contención emocional de los padres o adultos responsables, siempre que no se trate de personas con patología franca.

Desde el marco de la Teoría de las Relaciones Objetales, se recorta el concepto de "cambio psíquico" de B. Joseph (1989). Esta autora y sus discípulos consideran el cambio psíquico como lo que va sucediendo momento a momento en la transferencia, sean signos de progreso o de retroceso, y que está referido a los métodos individuales y personales que cada paciente tiene para lidiar con la ansiedad y sus relaciones de objeto.

Los conceptos de "ansiedad", "posición", "defensas", "situación transferencial", propios de los desarrollos de M. Klein (1952) y los postkleinianos, forman parte también del

marco teórico utilizado en esta investigación aunque en la construcción de categorías o códigos para el análisis del material generalmente se los considera a partir de referencias más directamente ligadas a los observables clínicos.

Respecto del concepto de contención emocional utilizado, remite a la teoría de D. Winnicott (1956) sobre el desarrollo emocional primitivo, en particular los conceptos de holding y handling.

Para el análisis, se seleccionaron 6 grupos psicoterapéuticos psicoanalíticos de niños entre 6 y 8 años de edad y los 6 grupos de orientación correspondientes a sus respectivos padres o adultos responsables, por lo que el material de estudio está constituido al menos por 48 niños y 48 padres o adultos responsables, cuyo tiempo de tratamiento es al menos de 6 meses

Como ya se mencionó, cada grupo tiene un terapeuta y al menos un observador no participante estables; la función de éste último es registrar lo que acontece durante la sesión, siguiendo pautas preestablecidas en la modalidad de registro para su posterior utilización a los fines investigativos, entre los que se incluye, entre otros componentes, marcar los primeros y los últimos quince minutos de cada sesión.

El registro es manual porque se responde a uno de los objetivos de la docencia en servicio propia de una cátedra universitaria, que es el entrenamiento de estudiantes y graduados recientes en la técnica de la observación y registro de situaciones clínicas; además, el escaso equipamiento con el que la universidad cuenta para la tarea asistencial y de investigación, impide disponer de recursos de videofilmación, aconsejables en las investigaciones empíricas en psicoterapia.

Los registros observacionales son las fuentes primarias objeto de estudio. Se trabaja con una muestra conformada por los registros observacionales de la tercera sesión de cada mes durante períodos de seis meses; éstos se consideran lapsos prudenciales para el registro de movimientos de avance y retroceso dentro de un proceso psicoterapéutico.

Para facilitar las operaciones de análisis sobre el material de trabajo, esto es, sobre los registros observacionales, se utiliza el paquete informático Atlas.ti, diseñado para imitar y superar los procedimientos manuales de análisis cualitativo; también permite tratamientos cuantitativos, esto es, algunos procesos estadísticos que resultan adecuados para el ajuste de categorías o de revisión de las hipótesis previas de trabajo y que operan como estudios exploratorios para el mejoramiento del enfoque cualitativo. El análisis cualitativo asistido por computadora facilita el trabajo de investigación en equipo, favorece el perfeccionamiento de la rigurosidad analítica y ofrece rapidez para el procesamiento de datos.

Los registros observacionales son preparados para su uso como corpus textuales cumpliendo con las normas que requiere el paquete informático, puesto que ciertas intervenciones sobre las formas gráficas son siempre necesarias antes de someterlas a análisis. Se realizan las depuraciones y adecuaciones necesarias y se aplica a los archivos textuales los sistemas de codificación que se construyen.

También se ha señalado con anterioridad que la decisión de utilizar el Atlas.ti se basó en que permite la fragmentación del material para su codificación y recodificación progresi-

va, admite una codificación múltiple, ofrece posibilidades de registro de conexiones y da apoyo a la elaboración de conceptos y teorías. Si bien el programa Atlas.ti está basado en la teoría fundamentada (grounded theory) de Barney Glaser y Anselm Strauss, que plantea una construcción inductiva de la teoría, esto es, que las proposiciones teóricas son inferencias que derivan de la empiria, esas inferencias siempre están guiadas por la formación teórica del investigador.

En la indagación sobre cambio psíquico y sobre cambios en la contención emocional el equipo de investigación puso su foco de interés en las estrategias metodológicas y en las técnicas a utilizar. Como ya se mencionó, no es ajeno a esta orientación el sesgo clínico del equipo, que lo lleva a reflexionar permanentemente sobre los dispositivos que utiliza y sobre los efectos de sus acciones.

La primera estrategia que se describirá comprende la construcción y depuración de "códigos" y "subcódigos" analíticos, que se aplican a los "registros observacionales" de las sesiones; la segunda es la relativa a la construcción de "plantillas" individuales sobre la base de una "matriz" diseñada ad hoc, en la que se vuelcan los códigos y subcódigos aplicados a segmentos de los registros de las sesiones; la tercera estrategia a describir refiere a la elaboración de un "relato" para cada paciente, que es una narración descriptiva de los datos vertidos en cada plantilla y que da lugar a una reconstrucción del proceso psicoterapéutico de cada paciente, dentro del contexto grupal.

La articulación entre las tres estrategias descriptas configura lo que se denomina metodología del estudio de caso (Hartley, 1994). "La aplicación de esta metodología cualitativa al estudio de las manifestaciones del cambio psíquico, desde hace tiempo valorizada en el campo psicoanalítico (Tomä y Kächele, 1990), se fundamentó en los principales rasgos característicos y ventajas de los estudios de caso, entre ellas la posibilidad de considerar simultáneamente las perspectivas de múltiples individuos, la mirada longitudinal que permite "capturar" y analizar intensivamente procesos y su carácter "abierto" que facilita el descubrimiento de hechos, procesos y fuentes de datos no previstos al comienzo de la investigación (Snow y Anderson 1991)" (Slapak et al., 2004).

Primera estrategia metodológica: construcción de códigos y subcódigos

Los códigos construidos y aplicados a los textos son solidarios con el marco teórico. A partir de un primer listado provisional, construido sólo con base en el corpus de la Teoría de las Relaciones de Objeto y específicamente en los conceptos vinculados a la clínica de niños que deriva de esa teoría, se construyen códigos y subcódigos más directamente relacionados con los observables. La consolidación de la actualmente vigente 14va versión del "listado de códigos" (ver ANEXO 3), da cuenta de un arduo ejercicio colectivo - que involucra a todo el equipo de investigación - de depuración, reelaboración y reasignación de códigos y subcódigos a los textos.

Se realizan ejercicios de asignación de los códigos y de los subcódigos al corpus textual de registros observacionales. Esa asignación la realizan integrantes del equipo de manera individual; cada investigador fracciona cada registro en segmentos a los que asigna uno o más

códigos, tomados del listado de que dispone; eventualmente puede sugerir la incorporación de nuevos códigos y subcódigos. Esta tarea individual posteriormente es discutida colectivamente por el conjunto de los integrantes del equipo. La discusión colectiva conduce a revisar los códigos y las asignaciones, con lo que se producen recodificaciones, reasignaciones, construcción de nuevas versiones del listado de códigos, memos - un dispositivo con el que cuenta el paquete informático, que recoge observaciones, definiciones y otras especificaciones – y otras operaciones correctivas que tienden a mejorar el producto de esta primera estrategia de trabajo.

Para la versión definitiva del listado de códigos será necesario efectuar una mayor depuración respecto de la cantidad de códigos y un mejoramiento de las definiciones y alcances. Sin embargo, las enseñanzas que se desprenden de este aspecto del trabajo son muy valiosas. Como producción colectiva se obtienen subproductos de no poca importancia, que orientan a repensar aspectos metodológicos y epistemológicos de la tarea investigativa. La investigación en psicoanálisis, tanto conceptual como empírica obliga a encontrar estrategias metodológicas que no desnaturalicen el objeto de estudio; conlleva continuos ajustes que, en muchas ocasiones, conducen a que lo que inicialmente pudo haber sido considerado un subproducto, se considere una línea de trabajo más fértil (Hollway, 2004).

Se señalan sólo algunos de esos subproductos. En primer lugar se destaca la importancia de la puesta en común sobre los alcances y la definición de cada código o subcódigo. Las discusiones al respecto ponen en tela de juicio los conocimientos y la experiencia clínica de cada uno de los integrantes. Otro tanto sucede cuando, lograda provisionalmente la puesta en común, se discute las asignaciones y su pertinencia a los segmentos del material seleccionados para ello.

En este punto del trabajo es aún mayor la complejidad porque también se involucran los aspectos personales y subjetivos de la práctica clínica de cada uno de los integrantes, y se agrega la historia en común de la práctica clínica en el Servicio de Psicología Clínica de Niños. Al respecto, en las discusiones sobre asignaciones de códigos se desvelan no meramente desacuerdos sino supuestos y sobreentendidos respecto de la clínica y que ponen en juego las cuestiones subjetivas e intersubjetivas propias de un equipo de trabajo además de las específicas de la tarea - diferencias conceptuales y también ansiedades, temores, rivalidades -.

La necesidad, a los fines investigativos, de repensar estas complejas tramas subjetivas e intersubjetivas que forman parte del trabajo cotidiano como profesionales de la psicología y como formadores de futuros profesionales, enriquece los productos de la investigación a la par que mejora la calidad de la práctica clínica. La construcción de códigos y su aplicación a los registros observacionales es una tarea que, realizada en plenario, implica también revisar la teoría de la técnica. La necesidad de establecer códigos consensuados conlleva la tarea de hacer explícito lo que en la práctica clínica queda implícito (o preconsciente); quedan asimismo al descubierto cuestiones que habitualmente se infiltran en las acciones de los terapeutas, relativas a la contratransferencia. En tal sentido, el trabajo investigativo enriquece la práctica clínica y colabora en la consolidación teórica y clínica

de un equipo de trabajo, siempre que queden diferenciados los ámbitos de investigación de los ámbitos clínicos. Existe una delgada línea entre el estudio de una sesión a los fines de un proyecto de investigación y el análisis de una sesión desde la perspectiva de una supervisión clínica y por eso algunos autores recomiendan utilizar dos equipos diferenciados, uno para la clínica y otro para la investigación. La experiencia de la Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa es que es beneficioso hacer el esfuerzo de repensar la clínica desde la investigación y repensar la investigación desde la clínica a partir de un solo equipo, con todos los recaudos y controles metodológicos que las normas y la ética de la investigación y de la práctica establecen.

Otro aspecto a señalar como subproducto de esta estrategia es que se observa que en la práctica clínica cotidiana, tal como se refleja en los registros observacionales, el conjunto de categorías o conceptos que los terapeutas utilizan es mucho más acotado que lo que inicialmente el equipo de trabajo estableció, cuando sólo tuvo en cuenta los conceptos centrales de la teoría.

Los docentes – investigadores – psicoterapeutas destacan la influencia de la tarea de codificación en la agudización de la observación, en el mejoramiento del estilo interpretativo, en una mayor precisión y cuidado en las enunciaciones; asimismo registran la revalorización del contenido manifiesto y su relación con el contenido latente, aunque advierten sobre la posibilidad de que se pueda obstaculizar cierta espontaneidad en las intervenciones clínicas.

Respecto de las intervenciones del terapeuta, destacan que la tarea de codificación otorga la oportunidad de analizar estilos, modalidades y contenidos de las intervenciones; permite observar las secuencias de intervenciones en una misma sesión y posibilita detectar si existe alguna hipótesis que orienta la intervención.

Subrayan el valor del encuadre en el que están comprendidos paciente y terapeuta y en particular la importancia de los momentos de la sesión. Encuadre y temporalidad de la sesión son componentes importantes que hacen a la teoría de la técnica correspondiente al marco teórico que sustenta la docencia, la investigación y la asistencia, esto es, la Teoría de las Relaciones de Objeto, a partir de las conceptualizaciones de su creadora M Klein y de postkleianos.

Segunda estrategia metodológica: construcción de una matriz y elaboración de plantillas individuales

La segunda estrategia comporta la construcción de una "matriz". Como toda matriz, es un cuadro de doble entrada, en cuyo eje vertical figuran los códigos y en el eje horizontal se enumeran las sesiones analizadas, diferenciando los momentos prefijados de cada sesión (15 minutos iniciales, desarrollo y quince minutos finales). Sobre la matriz y para cada paciente de la muestra se elabora una plantilla individual en cuyas celdas se vuelcan los códigos y subcódigos asignados y la referencia a la línea o al segmento de sesión a la que se aplica esa codificación. De esta manera se registra, para cada paciente, su participación a lo largo del período estudiado, sesión por sesión, momento por momento, teniendo la posibilidad de recurrir, cuando interese, al corpus textual. La plantilla permite que se despliegue en un solo plano visual todo el proceso seguido por

cada paciente, de manera diferenciada del resto de los integrantes del grupo en el que está incluido.

La construcción de la matriz, recurso frecuente en los estudios cualitativos, requiere varios ajustes en su eje vertical, puesto que se deben tomar decisiones, siempre provisionales, respecto de los códigos a tomar en consideración. La elaboración de las plantillas individuales es una actividad mucho más delicada y que requiere, al igual que la construcción del listado de códigos, una tarea individual y una discusión colectiva posterior, hasta encontrar una versión satisfactoria de cada plantilla para todos los integrantes del equipo. Esto implica que, al cabo de esas discusiones y toma de decisiones, cualquier integrante puede tomar una plantilla y, a partir de su examen, tener una visión más o menos clara del recorrido del paciente analizado a lo largo del período estudiado y sólo teniendo a su disposición cuáles fueron los códigos y subcódigos utilizados para ello. Esa visión se logra también en la medida que todos los integrantes comparten las definiciones sobre los códigos y, por ende sobre qué segmento de texto pueden ser aplicados.

La plantilla no se elabora mediante un vuelco automático de lo que está registrado en el corpus respecto de los códigos asignados y los segmentos de registro seleccionados. Por el contrario, es una guía, es un cuadro sinóptico que sintetiza la visión que desde el marco teórico y a través de los códigos y desde los registros observacionales se tiene del paciente, inmerso en y diferenciado de los demás integrantes del grupo y respecto del terapeuta.

Esta sinopsis permite una rápida visión de los movimientos de avance y retroceso del proceso psicoterapéutico de cada paciente. Sin embargo, no es suficiente para tener el "historial" del caso.

Tercera estrategia metodológica: relato de la plantilla

Es necesario hacer una nueva construcción, un "relato ([del psicoanálisis de un niño], parafraseando a M. Klein)", que es la tercera de las estrategias utilizadas.

El relato registra, de manera descriptiva y desde distintas perspectivas, la presencia de cada paciente en cada sesión – sus acciones, verbalizaciones e interacciones -, en el contexto de una psicoterapia grupal. Es una narración que recoge el recorrido trascripto sinópticamente en la plantilla derivada de la matriz, a partir del cual es necesario una tarea de descondensación y de reinterpretación de los códigos y subcódigos asignados, a la luz del material disponible en el registro textual.

Debe poder mantenerse en un nivel descriptivo y sin embargo incluir una historización de la presencia del paciente a lo largo de cada sesión estudiada y del período de sesiones considerado. Debe asimismo contener algunos datos de la historia clínica, tales como edad, escolaridad, composición familiar y motivos de consulta y debe también contemplar hipótesis teórico-clínicas.

Está destinado a obtener una descripción clínica de cada paciente; es una revisita tanto a la plantilla como a los segmentos de los registros observacionales a los que ella eventualmente remite, a los fines de una relectura de todo el material de que se dispone desde una perspectiva nítidamente clínica, acorde con el marco teórico. El resultado a obtener es el caso.

El relato reconstruye el devenir del paciente a lo largo del período considerado, incluyendo las hipótesis teórico- clínicas del investigador, formuladas en las estrategias metodológicas previas bajo la forma de códigos y subcódigos aplicados a segmentos del material.

A través del relato es posible observar los movimientos de avance y retroceso de cada paciente a lo largo del período analizado, en términos de mayor o menor acceso a recursos expresivos que dan cuenta de avances o retrocesos en los procesos de simbolización; los avatares de la producción lúdica, gráfica y de las verbalizaciones puestos en relación con las acciones disruptivas, las características y la variedad de emociones y sentimientos en juego, la calidad de las interacciones entre pares y con el terapeuta, los temas desarrollados, son algunas de las categorías consideradas a los fines de evaluar cambio psíquico en los niños. Categorías análogas se consideran para la evaluación de cambios en la contención emocional de los padres o adultos responsables y que también se observan en los relatos correspondientes, en la medida que recogen los códigos y subcódigos aplicados en la construcción de las plantillas individuales, aunque transformados en hipótesis teórico-clínicas.

Los relatos permiten además comparar y establecer relaciones entre los procesos psicoterapéuticos de todos los pacientes que integran un grupo y entre los procesos psicoterapéuticos de los niños y los de sus padres o adultos responsables.

La tarea de elaboración de los relatos es individual y luego es asimismo sometida a discusión grupal. Exige del investigador una disposición creativa y una sensibilidad clínica que no se requieren para las estrategias anteriormente descriptas. Requiere un período largo de entrenamiento y por ende, una capacidad de espera por parte de cada investigador y del equipo en su conjunto, hasta el logro de relatos satisfactorios.

La tarea de construcción de matrices y relatos demanda una relectura reiterada de los registros de las sesiones; ello hace posible detectar el estilo de participación del paciente, constatar tipos de intervenciones de niños y adultos, establecer algún tipo de hipótesis o relación entre ellos. También entrena para la escritura, para la formulación de hipótesis clínicas y el mejoramiento de las apreciaciones teóricas y diagnósticas. Permite contrastar los estilos de cada psicoterapeuta, profundizando la autoobservación respecto del propio estilo.

Los psicoterapeutas-investigadores enfatizan los beneficios de revisar muchas veces un mismo registro observacional y reiterar el análisis de diferentes registros de un mismo paciente. En la práctica clínica cotidiana y en las supervisiones no se tiene la oportunidad de volver una y otra vez sobre un mismo material a lo largo de un período de tiempo para examinarlo exhaustivamente y desde distintas perspectivas.

Las reuniones plenarias también generan efectos; escuchar distintos puntos de vista y pensar sobre ellos abre diferentes perspectivas para la comprensión teórica y el abordaje técnico del material de la sesión; permite analizar la ubicuidad y pertinencia de las intervenciones para no adjudicar prematuramente significado al material del paciente - el juego y las acciones de los niños y las intervenciones de los padres o adultos responsables -. Asimismo permite comprender la importancia y el valor de los registros observacionales,

que incluyen las intervenciones del psicoterapeuta. La permanente exposición frente a los otros lleva al reconocimiento de procesos de identificación, a aceptar las diferencias de formación, de estilos y criterios y a analizar los efectos de esas diferencias a partir de las respuestas de los pacientes.

La construcción colectiva potencia aquello que en una tarea individual no se registra, salvo que haya una intencionalidad por parte del investigador por rescatar determinados aspectos de su práctica asistencial. La construcción colectiva también pone en evidencia los diferentes estilos de intervención, criterios clínicos, tipos y niveles de formación de los terapeutas –entre otros aspectos-, y fuerza a los participantes a reflexionar sobre ello.

La elaboración y la discusión grupal permiten que los terapeutas registren y analicen la diversidad de estilos interpretativos, las distintas maneras de entender el material y de transmitirlo; conduce entonces a tomar conciencia respecto de hipótesis teóricas y procedimientos técnicos que habitualmente quedan implícitos en la práctica clínica cotidiana. Asimismo el trabajo sobre material de niños y sobre el material de sus adultos responsables permite examinar estilos e hipótesis diferenciales ya no sólo entre terapeutas sino además entre los propios pacientes según se trate de un niño o de un adulto.

También se pone de manifiesto la imbricación entre la ética y la práctica profesional, sobre todo en lo que respecta a los efectos de las intervenciones del terapeuta sobre los pacientes. Impone un ejercicio de respeto hacia las diferencias y divergencias, a partir de lo cual es posible generar una construcción colectiva de conocimiento.

Otras estrategias

A las estrategias hasta aquí descriptas se agregan otras, pertenecientes a otros marcos teóricos y construidas con otros fines, referidos primordialmente a la evaluación diagnóstica y de investigación desde perspectivas epidemiológicas. La administración de pruebas objetivas de uso internacional permite obtener resultados que, si bien no son comparables a lo que resulta de la aplicación de la metodología del estudio de caso, posibilita evaluar si ésta última metodología logra también reflejar procesos de cambio a lo largo de los períodos estudiados.

Se utiliza el Child Behaviour CheckList – CBCL - (Achenbach & Edelbrock, 1983) para los niños, validado en Argentina por V. C. Samaniego (1999). Es un instrumento basado en un modelo dimensional de clasificación en psicopatología infantil, que concibe al desorden como un grupo de síntomas que forman una dimensión o un continuo donde todos los individuos tienen un lugar, presentando el trastorno en un grado mayor o menor. Se trata de una aproximación estadística multivariada, que revela covariación entre los problemas reportados; síndromes derivados empíricamente reflejan tendencias de ciertos problemas a converger.

Se utiliza el MIPS - Inventario Millon de Estilos de Personalidad - para los adultos. Es un cuestionario diseñado por Theodore Millon (1994), cuyo objetivo es medir la personalidad de individuos adultos entre 18 y 65 años, sin tomar en consideración parámetros psicopatológicos y centrándose en la tipología de estilos de la personalidad. Consta de 24 escalas agrupadas en 12 pares que se distribuyen en

3 grandes áreas. Para abarcar la personalidad de una manera más o menos completa el autor plantea la necesidad de caracterizar los tres componentes de la secuencia: los motivos profundos que orientan a las personas, los modos característicos que emplean para construir y transformar sus cogniciones, y las conductas específicas que han aprendido a utilizar para relacionarse con los demás.

Ambas pruebas se administran antes del inicio del tratamiento y a los seis meses de transcurrido. El test y retest del CBCL permite registrar cambios cuantitativos sintomáticos, desde la perspectiva del informante – padres o adultos responsables -. Los cambios sintomáticos referidos pueden estar reflejando cambios conductuales de los niños o pueden reflejar cambios en la mirada del adulto informante. En cualquier caso, interesa observar si también en el relato del estudio de caso, desde otra perspectiva, se registran modificaciones.

El test y retest del MIPS permite registrar cambios en las estrategias motivacionales, cognitivas y de interacción de los adultos, que pueden corresponderse con cambios en la capacidad de contención emocional de sus hijos, que pueden registrarse en el relato del estudio de caso, desde otra perspectiva.

Para concluir, destacamos la importancia de producir memorias de trabajo. Ellas permiten recoger la tarea "en proceso", no sólo respecto de métodos y resultados sino también respecto de lo que otros autores han denominado la "cocina" o la "trastienda" de la investigación (Wainerman y Sautu, 1997) y en nuestro caso también el impacto del trabajo investigativo en el equipo de psicólogos clínicos, principalmente referido a su propio papel como psicoterapeutas.

Las urgencias debidas fundamentalmente a la necesidad de dar una rápida respuesta a una población en riesgo conduce a que las actividades de supervisión, a pesar de ser sistemáticas y continuas, apunten mayoritariamente a la comprensión global de los pacientes y a la elaboración de estrategias terapéuticas, a más de las estrategias que también deben instrumentarse en relación con las instituciones derivadoras: escuelas, juzgados, etc.

La complejidad de la tarea, que lleva a que postulemos nuestro trabajo como una clínica de base comunitaria, y las urgencias, dificultan el análisis pormenorizado del material. El trabajo investigativo, sin haber sido nuestro propósito inicial, nos permite ahondar en aspectos que en la práctica cotidiana pasan más desapercibidos.

En rigor, ahora estamos más cerca de poder afirmar que la práctica investigativa difiere marcadamente de la actividad de supervisión, aunque comparta con ella una función formativa. La supervisión puede ser más o menos detallista, pero en general, durante su transcurso no se vuelve una y otra vez sobre un mismo material ni se examinan materiales de distintos períodos del tratamiento; tampoco se comparan estilos interpretativos, aún cuando la supervisión se realice en contextos grupales. En ese sentido la práctica investigativa no sustituye pero sí complementa la tarea de supervisión.

El registro de las sesiones, que es necesario efectuar a posteriori de su acontecer, forma parte de la técnica propia de la Teoría de las Relaciones Objetales; constituye un entrenamiento respecto de la capacidad para instalar al paciente como un objeto dentro de la propia actividad psíquica del analista; ello a su vez, en la interacción con el supervisor, amplía

la comprensión de los procesos intrapsíquicos y de la compleja relación entre transferencia y contratransferencia.

La actividad investigativa sobre el material clínico permite revisar sistemáticamente los detalles de esos procesos y a su vez permite detectar, entre otros aspectos, particularidades de estilo de pacientes y de terapeutas y su comprensión desde distintas perspectivas. Participar en grupos de discusión sobre tales tópicos deja una marca peculiar sobre el psicoterapeuta-investigador y permite aumentar la autoobservación y la conciencia sobre los procesos mentales del psicoterapeuta involucrados en su práctica.

Como cátedra universitaria entendemos que nuestro compromiso en la formación profesional y ética de estudiantes avanzados y graduados recientes se cumple también a través de esta combinación de actividades asistenciales e investigativas.

ANEXO 1
Indicadores de Hora de Juego Diagnóstica

· Actitudes frente al encuadre de trabajo: comprensión de las consignas (con dificultad; sin dificultad); aceptación de las consignas (total; parcial; no aceptación);

· Actividad (pertinente; poco pertinente; no pertinente);

· Uso del espacio (adecuado; inadecuado: expansivo – restringido – intrusivo - otros);

· Uso del tiempo (adecuado; inadecuado: lentificado – acelerado – discontinuo - otros)

· Uso de materiales (propios; ofrecidos)

· Relación con el terapeuta (adecuada; inadecuada: desafiante – dependiente – evitativa – retraída - otros)

· Modalidad de acercamiento al material: previa estructuración del campo; evacuativa; dubitativa; evitativa; impulsiva

· Modalidad de utilización del material: adecuada; inadecuada (evitativa; bizarra; rígida; estereotipada; destructiva; retentiva; otros)

· Caracterización de la actividad (lúdica, gráfica, verbalizaciones): sostenimiento de la actividad (comienzo, desarrollo y fin) y finalización con de cierre adecuado; sostenimiento de la actividad (comienzo, desarrollo y fin) y finalización sin cierre adecuado; obstáculos en el sostenimiento de la actividad (interrumpe y continúa con otra acción dentro de la misma actividad; interrumpe y continúa con otra actividad) y finalización con cierre adecuado; obstáculos en el sostenimiento de la actividad (interrumpe y continúa con otra acción dentro de la misma actividad; interrumpe y continúa con otra actividad) y finalización sin cierre adecuado; interrupción de la actividad y finalización sin cierre.

· Actitudes y manifestaciones emocionales predominantes: indiferencia; interés; angustia; llanto; ira; vergüenza; desafío; humillación; excitación; euforia; alegría; hostilidad; enojo; ansiedad; depresión; tristeza; otros.

ANEXO 2
Psicopatología de las conductas violentas

Grupo A: Las conductas violentas son manifestaciones de la “tendencia antisocial” (Winn-

icott, D., 1956) entendida como la emergencia de impulsos inconscientes en un individuo que involucran y compelen a otros – padres, maestros, jueces, terapeutas, etc.- a hacerse cargo de su manejo. Pueden presentar dos orientaciones básicas: el robo y la destructividad. Sus manifestaciones coinciden con la descripción del F91.8 "trastorno disocial de inicio temprano" (DSM- IV, 1995). En la base de la tendencia antisocial hay una buena experiencia temprana que se ha perdido. Esta pérdida se produce en un momento en el que ya hay cierto grado de estructuración psíquica que le posibilita al niño percibirla en relación con una falla ambiental. En caso de persistir la falla ambiental la tendencia antisocial puede organizarse en un trastorno del carácter, que podría devenir en psicopatía al llegar a la adolescencia, si no se dieran las oportunidades para la modificación de la falla originaria. Las manifestaciones de violencia están asociadas en algunos casos a dificultades en el aprendizaje y propensión a sufrir accidentes.

Grupo B: Las conductas violentas son expresión del funcionamiento de la "parte psicótica de la personalidad" (Bion, W., 1957). Estos niños poseen un menor grado de estructuración psíquica y los rasgos psicóticos aparecen enmascarados por manifestaciones neuróticas, en especial de tipo obsesivo (Klein, M., 1952). En los niños de este grupo no se encuentran síntomas clínicos de psicosis franca en el momento de la consulta. Las manifestaciones de violencia aparecen en forma intempestiva y además, el motivo de consulta suele estar relacionado con dificultades de aprendizaje o dificultades en el desarrollo del pensamiento y de la socialización.

Grupo C: Las conductas violentas son expresión de un psiquismo más evolucionado, donde la agresión es expresión de fantasías de celos, exclusión y rivalidad edípica (Klein, M., 1952). A diferencia de las manifestaciones de violencia de los niños de los Grupos A y B, éstas no tienen características disruptivas ni requieren imperiosa contención. En este grupo se incluyen los niños cuyas manifestaciones de violencia son reactivas a situaciones traumáticas actuales, especialmente de índole familiar.

Grupo D: Conformado por los niños que fueron derivados por las escuelas mayoritariamente por sus dificultades de aprendizaje debidas a inhibiciones neuróticas.

ANEXO 3

Se presentan, a modo ilustrativo, algunas de las familias de códigos de la 14º Versión del Listado de Códigos elaborado por el grupo de la investigación.

TEMPORALIDAD DE LA SESIÓN

Primera parte

Parte de la sesión que comprende los 15 primeros minutos

Segunda parte

Parte de la sesión comprendida entre los 15 minutos iniciales y los 15 minutos finales

Tercera parte

Parte de la sesión que comprende los 15 últimos minutos

MOMENTOS DE LA SESIÓN

Inicio y fin de la sesión, consignado y no consignado, por parte del terapeuta o los pacientes

Inicio de sesión/consignado/terapeuta

Referencias al reconocimiento, por parte del terapeuta, de que se trata de una situación de encuentro o de reencuentro de los pacientes entre sí y con el terapeuta

Inicio de sesión/consignado/pacientes

Referencias al reconocimiento, por parte de los pacientes, de que se trata de una situación de encuentro o de reencuentro de los pacientes entre sí y con el terapeuta

Inicio de sesión/no consignado

Inicio incierto de sesión por parte de terapeuta, observador y/o pacientes

Fin de sesión/consignado/terapeuta

Referencias, por parte del terapeuta, al fin del trabajo o a la situación de despedida que significa el fin de la sesión

Fin de sesión/consignado/pacientes

Referencias, por parte de los pacientes, al fin del trabajo o a la situación de despedida que significa el fin de la sesión

Fin de sesión/no consignado

Cierre incierto de sesión, dificultades en el cierre por parte de terapeuta, observador y/o pacientes

ENCUADRE TERAPÉUTICO

Presentación del encuadre/terapeuta

Explicitación del encuadre realizada por el terapeuta en la primera sesión

Presentación del encuadre/pacientes

Explicitación del encuadre realizada por los pacientes en la primera sesión

Marcación del encuadre/terapeuta

Explicitación del encuadre realizada por el terapeuta que ocurre cuando hay algún rompimiento o transgresión de la tarea. Es un llamado del terapeuta a volver a la tarea

Marcación del encuadre/pacientes

Explicitación del encuadre realizada por los pacientes que ocurre cuando hay algún rompimiento o transgresión de la tarea. Es un llamado de los pacientes a volver a la tarea

Referencia al encuadre/terapeuta

Referencia explícita del encuadre realizada por el terapeuta

Referencia al encuadre/pacientes

Referencia explícita del encuadre realizada por los pacientes

Ataques al encuadre/terapeuta

Acciones del terapeuta que significan transgresión de las normas que regulan el tratamiento, referidas al espacio, al horario y/o a la acción interpretativa

Ataques al encuadre/pacientes

Acciones de los pacientes que significan transgresión de las normas que regulan el tratamiento, referidas al espacio, al horario y/o a la acción interpretativa

INTERVENCIONES DEL TERAPEUTA

Marcación del encuadre/terapeuta

Explicitación del encuadre realizada por el terapeuta que ocurre cuando hay algún rompimiento o transgresión de la tarea. Es un llamado del terapeuta a volver a la tarea

Puesta de límites/terapeuta

Indicaciones, comentarios y acciones del terapeuta que señalan líneas de conducta y cumplen con la finalidad de ordenamiento del campo

Señalamiento/terapeuta

Descripciones del terapeuta que son producto de la observación y cumplen con la finalidad de ordenamiento del campo

Señalamiento/terapeuta/inicio de sesión/

no consignado

Interpretación/terapeuta

Alusiones verbales del terapeuta a contenidos latentes con explicitación de hipótesis deterministas o causales

Intervención directiva/terapeuta

Indicaciones y comentarios del terapeuta que señalan líneas de conducta alternativa

Intervención lúdica/terapeuta

Asunción de roles por parte del terapeuta, adjudicados por los pacientes

Intervención interrogativa/terapeuta

Indicaciones/terapeuta a observador

Indicaciones del terapeuta al observador tales como pedidos de material, acompañamiento de pacientes al baño u otras

Actuación contra-transferencial/terapeuta

Contra-actuación/terapeuta

Comentario/terapeuta

Adjudicación de significados/terapeuta

Reacción aplacatoria/terapeuta

Pedido de aclaración

DESTINATARIOS DE LAS INTERVENCIONES DEL TERAPEUTA

Cantidad de miembros del grupo a la que se refiere o dirige cada intervención del terapeuta (marcación del encuadre, puesta de límites, señalamiento, interpretación, intervención directiva, intervención lúdica, intervención interrogativa, indicación al observador, contra-actuación, comentario)

Intervención/un individuo

Intervención del terapeuta referida o dirigida solamente a un miembro del grupo

Intervención/algunos individuos

Intervención del terapeuta referida o dirigida a 2 o más miembros del grupo (pero no a todos)

Intervención/todos

Intervención del terapeuta referida o dirigida a todos los miembros del grupo (en tanto agregado de individualidades)

Intervención/grupo

Intervención del terapeuta referida o dirigida al grupo (en tanto entidad superior a la mera suma de sus miembros)

TIPOS DE INTERVENCIONES DEL TERAPEUTA

Intervención/individual c/pasaje a grupal

Intervención del terapeuta dirigida en un primer momento a un solo miembro del grupo y en un segundo momento a todo el grupo, cuando este pasaje es explícito

Intervención/grupal c/pasaje a individual

Intervención del terapeuta dirigida en un primer momento a todo el grupo y en un segundo momento a uno solo de sus miembros, cuando este pasaje es explícito

CUESTIONES TÉCNICAS

Dificultad de abordaje/terapeuta

Dificultad de abordaje/terapeuta/ausencias

Dificultad de abordaje/terapeuta/niño presente

Dificultad de abordaje/terapeuta/vacaciones

Dificultad de abordaje/terapeuta/de vergüenza a pornografía

Dificultad de abordaje/terapeuta/de curiosidad sexual infantil a terror

TIPOS DE ACCIÓN

Tipos de acciones de pacientes realizadas **con material** (con el material de la caja de juegos), (con el espacio del consultorio: sillas,

pizarrón, etcétera), **y/o con material externo** (juguetes, alimentos, etcétera)

Acción inicial/material
Acción inicial/espacio
Acción inicial/material externo
Acción individual/material
Acción individual/espacio
Acción individual/material externo
Acción compartida/material
Acción compartida/espacio
Acción compartida/material externo
Acción que involucra a otros/material
Acción que involucra a otros/espacio
Acción que involucra a otros/material externo
Acción destructiva/material
Acción destructiva/espacio
Acción destructiva/material externo
Acción evacuativa/material
Acción evacuativa/espacio
Acción evacuativa/material externo
Acción disruptiva de juego
Acción oportuna
Acción dirigida al observador

TIPOS DE RESPUESTA A INTERVENCIONES DEL TERAPEUTA

Respuesta a intervención

Respuestas de pacientes a intervenciones del terapeuta, sin especificar

Respuesta a intervención/burlona
Respuesta a intervención/contradictoria
Respuesta a intervención/hostil, rechazante
Respuesta a intervención/implicación personal
Respuesta a intervención/imprecisa
Respuesta a intervención/maníaca
Respuesta a intervención/provocativa
Respuesta a intervención/proyectiva
Respuesta a intervención/referencia a ausencias
Respuesta a intervención/resistencial

TIPOS DE ACTING-IN

Tipos de acciones y/o verbalizaciones transgresivas de pacientes que no son expresión simbólica de conflicto

Acting-in/con el cuerpo
Acting-in/con la palabra
Acting-in/con el material
Acting-in/entre pares
Acting-in/dirigido al propio cuerpo
Acting-in/dirigido a terapeuta y/u observador

TIPOS DE JUEGO

Juego

Juego en tanto expresión simbólica

Juego/solitario

Juego realizado por el paciente en un rincón del consultorio

Juego/individual
Juego/compartido
Juego/interrumpido

Juego interrumpido abruptamente, sin interferencia externa

Juego/de construcción
Juego/de competencia
Juego/dramático
Juego/reglado
Juego/imitativo
Juego/de moldeado
Cuasi-juego

Parece juego pero no lo es. Juego utilizado como acción disruptiva

Transición cuasi-juego/juego
Transición juego/cuasi-juego

TIPOS DE VERBALIZACIÓN

Verbalización
Verbalización en tanto expresión simbólica
Verbalización/monólogo
Verbalización/diálogo
Verbalización/interrumpida
Verbalización interrumpida abruptamente, sin interferencia externa
Verbalización/dirigida a otros
Verbalización/dirigida al observador
Verbalización/fantasía referida a juego
Expresión verbal de una fantasía referida a un juego
Verbalización/lenguaje soez
Verbalización/lenguaje grosero
Verbalización/lenguaje violento
Verbalización/uso particular del lenguaje
Palabras y frases creadas por los pacientes
Verbalización/estilo discursivo indiferenciado
Estilo discursivo confuso e impreciso
Verbalización/cosificación del lenguaje
Cuasi-verbalización
Parece verbalización pero no lo es. Lenguaje utilizado como acción disruptiva
Transición cuasi-verbalización/verbalización
Transición verbalización/cuasi-verbalización

TIPOS DE RELACIÓN CON HIJO EN TRATAMIENTO

Relación con hijo en tratamiento
Relación con hijo en tratamiento/colaborativa
Relación con hijo en tratamiento/cómplice
Relación con hijo en tratamiento/burla, humillación
Relación con hijo en tratamiento/oposicionismo, desafío
Relación con hijo en tratamiento/temor
Relación con hijo en tratamiento/dependiente
Relación con hijo en tratamiento/hostil, rechazante
Relación con hijo en tratamiento/indiferente
Relación con hijo en tratamiento/sexualizada

TIPOS DE RELACIÓN CON EL TERAPEUTA

Relación con terapeuta/colaborativa
Relación con terapeuta/cómplice
Relación con terapeuta/burla, humillación
Relación con terapeuta/oposicionismo, desafío
Relación con terapeuta/temor
Relación con terapeuta/dependiente
Relación con terapeuta/hostil, rechazante
Relación con terapeuta/indiferente
Relación con terapeuta/sexualizada
Relación con terapeuta/reparatoria

TIPOS DE FENÓMENO GRUPAL

Escalada emocional
Fenómeno grupal de contagio emocional tipo “efecto dominó”
Transición evacuativo/incorporativo
Fenómeno grupal de integración, incorporación, elaboración o simbolización progresiva
Transición incorporativo/evacuativo
Fenómeno grupal de disgregación o evacuación regresiva

USOS DEL ESPACIO

Uso del espacio expansivo/un individuo
Uso expansivo del espacio del consultorio (sillas, pizarrón, etcétera) solamente por un miembro del grupo

Uso del espacio expansivo/algunos individuos

Uso expansivo del espacio del consultorio (sillas, pizarrón, etcétera) por 2 o más miembros del grupo (pero no todos)

Uso del espacio expansivo/todos

Uso expansivo del espacio del consultorio (sillas, pizarrón, etcétera) por todos los miembros del grupo (en tanto agregado de individualidades)

Uso del espacio expansivo/grupo

Uso expansivo del espacio del consultorio (sillas, pizarrón, etcétera) por el grupo (en tanto entidad superior a la mera suma de sus miembros)

Uso del espacio restringido/un individuo

Uso restringido del espacio del consultorio (sillas, pizarrón, etcétera) solamente por un miembro del grupo

Uso del espacio restringido/algunos individuos

Uso restringido del espacio del consultorio (sillas, pizarrón, etcétera) por 2 o más miembros del grupo (pero no todos)

Uso del espacio restringido/todos

Uso restringido del espacio del consultorio (sillas, pizarrón, etcétera) por todos los miembros del grupo (en tanto agregado de individualidades)

Uso del espacio restringido/grupo

Uso restringido del espacio del consultorio (sillas, pizarrón, etcétera) por el grupo (en tanto entidad superior a la mera suma de sus miembros)

Distribución espacial de a dos

Distribución de los pacientes de a dos en el espacio del consultorio

ANEXO 4
Ejemplos de casos

Se ilustrarán brevemente algunos aspectos de las estrategias descriptas mediante la presentación de 4 casos: 2 niños y sus padres o adultos responsables. Sólo se realizará una descripción sucinta de la plantilla correspondiente a cada uno de ellos y de los códigos más utilizados[i] a lo largo de 6 sesiones correspondientes a los primeros 6 meses de tratamiento[ii].

N1: 6 años, derivado por la escuela por dificultades de aprendizaje y de integración escolar e inquietud.

En todas las sesiones se ha aplicado el código encuadre; de la 1ra a la 4ta se registra el subcódigo ataque al encuadre; en cambio en la 6ta se registra el subcódigo verbalización referida al encuadre.

Despliega en las tres primeras sesiones (los tres primeros meses de tratamiento) un uso particular del lenguaje. Se observa también la posibilidad del paciente de adjudicar significados a sus juegos.

En las primeras sesiones despliega diversas acciones individuales haciendo un uso expansivo del espacio y con utilización del material de la caja de juegos, que acompaña con distintas modalidades de expresión de sus emociones. En las tres últimas sesiones (los tres últimos meses analizados) se registra relación con los pares incluyéndose en el juego de otros o invitando a compartir algún juego.

La descripción sucinta de la plantilla de N1 permite observar movimientos de cambio en el paciente, referidos a una progresiva capacidad de diferenciación sujeto - objeto, al desarrollo de su capacidad simbólica, a una

ampliación del registro de sus emociones y a la posibilidad de integración grupal; mientras que en las primeras sesiones predomina la aplicación de códigos referidos a acciones y a la expresión directa de las emociones, en las últimas aumentan los juegos, las verbalizaciones que les otorgan significado y la posibilidad de relación con pares.

registrado sobre todo por el subcódigo estilo discursivo indiferenciado; también se consigna uso particular del lenguaje. Dentro del código temas se consignan varios subcódigos, destacándose por su frecuencia el subcódigo escuela. Asimismo se registran reiteradamente los códigos problemas sociales, referencia a pareja parental, actividad laboral

Resultados de test y retest de Child Behaviour Checklist

	PRETEST				RETEST			
	Total	**Exter**	**Inter**	**Pr. Aten.**	**Total**	**Exter**	**Inter**	**Pr. Aten.**
NIÑO 1	72	22	4	8	40	9	5	5

Es posible observar que el puntaje total es muy alto al inicio, tanto comparando con la media de los varones de la población normativa[iii] (56.07) como con la media de los varones de la población clínica[iv] (58.28). A los 6 meses de tratamiento la media de problemas comportamentales de N1 sigue alta, pero disminuye sensiblemente; lo mismo se observa en las escalas externalizante y problemas de atención; el síndrome externalizante, que surge de la suma de las escalas estrechas "agresividad" y "antisocial", baja de 22 a 9 puntos. Estos datos permiten observar cierta concordancia con el cambio que puede inferirse a partir de la plantilla correspondiente a este niño.

M1: 40 años

Tipos de respuesta a intervenciones del terapeuta es un código destacado en numerosas oportunidades y presente en todas las sesiones a las que asistió, bajo diferentes subcódigos: resistencial; imprecisa; proyectiva y polarización[v]. El código verbalizaciones aparece

de los padres, relación entre padres e hijos, comentarios sobre el estado del niño, relación con hijo en tratamiento; adjudicación significados/pacientes.

En el material de M1 se ha podido aplicar una multiplicidad de códigos; sin embargo no se observan movimientos dentro del proceso terapéutico; la mayoría de sus intervenciones son respuestas a intervenciones del terapeuta; suelen ser formales, por momentos con escaso valor comunicacional, tanto por su contenido como por su forma y casi no se registra relación con los pares.

Metas motivacionales: aumentan Apertura, Modificación e Individualismo: su capacidad de modificar el entorno ha aumentado, se muestra más activa aunque continúa centrada en sus propias necesidades. Modos cognitivos: disminuye Intuición: sus intereses se desplazaron desde lo abstracto a lo concreto. Conductas interpersonales: aumentan Firmeza y Control: aunque está menos sometida, el vínculo

con los otros se sustenta en la posibilidad de ejercer control en sus relaciones. En síntesis, hay cambios nítidos en los valores aunque resulte difícil apreciar modificaciones en sus comportamientos.

sión de emociones y utilización del material: al comienzo se registran dificultades en la expresión de los conflictos y al final del período se registran producciones lúdicas, gráficas y verbales, que dan cuenta de una mayor capa-

Resultados de test y retest de MIPS: M1

	Apertura	Modificación	Intuición	Firmeza	Control
PRETEST	PP = 52	PP = 29	PP = 83	PP = 49	PP = 40
RETEST	PP = 65	PP = 53	PP = 45	PP = 63	PP =72

Respecto de 1 (N1 y M1), en las 2 plantillas se observa un uso particular del lenguaje, lenguaje indiferenciado y distintos tipos de dificultad en la interacción con los pares y con el terapeuta. Aunque el relato de la plantilla correspondiente a la madre no permite apreciar modificaciones, en el niño es posible registrar un esbozo de movimiento hacia una mayor socialización en las últimas sesiones, tanto respecto de su capacidad de expresión de sus emociones, como de organizar juegos y de relacionarse con los demás.

N2: 6 años. Motivo de consulta: agresividad, dificultades de aprendizaje y de integración.

En todas las sesiones se registra ataque al encuadre; en las últimas se presenta ese código al finalizar las sesiones. Relación con el terapeuta: en las 3 primeras el subcódigo es mayoritariamente dependiente y en las 3 últimas oscila entre dependiente y hostil. Las verbalizaciones, comienzan siendo escasas; luego se registran verbalizaciones dirigidas al terapeuta y a pares y fantasías que acompañan la actividad lúdica. Modalidad de expre-

cidad simbólica de expresión de conflictos. Relación con pares: mayoritariamente hostil. Respecto del uso del espacio, predomina un uso restringido y sólo al final del período se registra uso expansivo.

La plantilla de N2 permite observar incremento de la impulsividad asociada a un uso expansivo del espacio y también la posibilidad de comenzar a representar sus fantasías, conflictos y emociones al finalizar el período mediante producciones gráficas, lúdicas y verbalizaciones, resaltándose la calidad de la producción gráfica. Las dificultades con el encuadre se relacionan con dificultades en la separación y por ello se observan en los finales de las sesiones.

Es posible observar que el puntaje total es alto al inicio, tanto comparando con la media de los varones de la población normativa (56.07) como con la media de los varones de la población clínica (58.28). A los 6 meses de tratamiento la media de problemas comportamentales de N2 sigue alta. Interesa el leve descenso en la escala externalizante y la modificación de la escala internalizante , suma

Resultados de test y retest de Child Behaviour Checklist

	PRETEST				RETEST			
	Total	Exter	Inter	Pr. Aten.	Total	Exter	Inter	Pr. Aten.
NIÑO 2	71	32	12	11	69	26	20	16

de las escalas estrechas ansioso.depresivo , retraimiento y quejas somáticas . Estos datos permiten observar cierta concordancia con el cambio que puede inferirse a partir de la plantilla de este niño, en tanto al mejorar la capacidad de expresión simbólica de sus conflictos, estaría más atento al reconocimiento de su mundo interno que a los estímulos externos (aumentan levemente los problemas de atención).

M2: 35 años.

Se registran respuestas a intervenciones del terapeuta, en las que el lenguaje es impreciso cuando la referencia es personal; logra mayor precisión cuando hace referencias a problemas sociales; la relación es radial con el terapeuta, no se registra relación con pares; el tema predominante es salud-enfermedad del niño y de otros hijos.

La plantilla de M2 permite observar dificultad para la expresión de sus sentimientos y para intervenir y establecer vínculos grupales. A los 6 meses se hacen más evidentes sus dificultades personales; se registra una creciente retracción que culmina en dejar de concurrir a varias sesiones del último período (movimiento inverso al del hijo).

No ha habido casi ningún cambio en las escalas. Luego de 6 meses continúa con indicadores de posibles trastornos clínicos psicopatológicos (depresión o ansiedad severas).

Respecto de 2 (N2 y M2), contrastan las dos plantillas; en tanto que en el niño se observa aumento de la impulsividad que da lugar a posibilidades de expresión simbólica de conflictos y un uso expansivo del espacio y mayor interacción con pares, en la madre persiste un lenguaje impreciso e indiferenciado con dificultades en la comunicación con pares y relación dependiente con el terapeuta. Se observa un proceso de retracción creciente en la madre, lo que dificulta la continuidad en el grupo de orientación. Se destaca que en el MIPS administrado a la madre al inicio y a los seis meses persisten indicadores de posibles trastornos clínicos.

Resultados de test y retest de MIPS: M2

	Preservación	Introversión	Retraimiento	Vacilación	Insatisfación
PRETEST	PP = 100	PP = 98	PP = 100	PP = 100	PP = 100
RETEST	PP = 100	PP = 92	PP = 100	PP = 100	PP =100

Referencias Bibliográficas

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C.(1983): Manual for the Child Behaviour Check List and revised Child Behaviour. Profile. Burlington, VT: University of Vermont. Department of Psychiatry

American Psychiatric Association (1995): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Barcelona: Masson S.A.

Bernardi, R. (2002): Comentario de Ricardo Bernardi. En Viñar, M: Psicoanalizar hoy. Problemas de articulación teórico clínica. (pp 132-136). Montevideo: Ed. Trilce.

Bion, W (1957): Diferenttiation of the Psychotic from the non-psychotic personalities (pp 43-64). En Bion, W (Ed) Second Thoughts. Londres: Heinemann.

Bion, W (1959) Experiencias en Grupos. Ciudad de México: Paidós Mexicana

Cervone, N.; Luzzi, A. M.; Slapak, S.; Samaniego, C(1999): Estudio descriptivo de una población infantil derivada para su asistencia clínica en un centro comunitario (pág. 203-222). VII Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. U.B.A.

Cervone, N.; Luzzi, A.; Slapak, S. (2000): Estrategias combinadas para el abordaje clínico de las nuevas patologías de la niñez (pág. 81-86). En FLAPAG ed. (2000): Conceptualizaciones desde la práctica. T I. Montevideo: FLAPAG.

Cervone, N.; Luzzi, A.M.; Slapak, S.; Frylinsztein, C.; Grigoravicius, M.; Padawer, M.(2004): Memoria de trabajo: una investigación en proceso . Revista del Instituto de Investigaciones, Año 10, N° 3, 2005. Facultad de Psicología, UBA., pág. 7-24.

Educat. Edtora da Universidade Catolica de Pelotas, 2000.

Fonagy, P.; Kächele, H.; Krause,R: Jones, F.; Perron, R. (1999): An open door review of outcome studies in psicoanálisis. Report prepared by the research committee of the IPA at the request of the President. London: London University College.

Hartley, J.F. (1994): Case Studies in Organizational Research . En C. Cassell; G. Symon (1994): Qualitative Methods in Organizational Research. A Practical Guide.. SAGE Publications. London, pp 208-229

Hollway, W. (2004) An appropriate research paradigm for evaluating psychoanalytically-informed practices . Infant Observation. The International Journal of Infant observation and its Applications. Vol 7 Nº 2 & 3, pp 26-42

Jiménez, Juan P. (1998) ¿Investigación en Psicoterapia?. Investigaciones en Psicoterapia. Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1998. Pelotas:

Joseph, B. (1989): Psychic change and the psychoanalytic process . En Feldman, M y Bott Spillius.E (comp.)1997: Psychic equilibrium and psychic change.London: Karnac Books.

Klein, M (1932) El Psicoanálisis de Niños. Buenos Aires: Ed. Paidos.

Klein, M (1953) La Técnica Psicoanalítica del Juego: su Historia y Significado. Nuevas Direcciones en Psicoanálisis. Buenos Aires: Editorial Paidos.

Klein, M. (1952): Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé . En Desarrollos en Psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé.

Lancelle, Guillermo (1997) El psicoanálisis y la investigación en escorzo desde una perspectiva clínica. Investigación en Psicoanálisis. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Pp.119-156; Vol. XIX. Nº 1 y 2.. Buenos Aires: APdeBA.

Millon, T. (1994): El inventario Millon de estilos de personalidad. Bs. As.: Paidós.

Passalacqua, A.; Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A.M.; Menestrina, N.; Simonotto, T.; Padawer, M.; Moralejo, N.; Canale, V.; Nuñez, A.M.; Borbea, M.; Pestana, L.; Mussoni, A.M. y otros (2000): Evaluación de cambio psíquico mediante Rorschach (pág. 49-69). Psicodiagnóstico de Rorschach y otras técnicas proyectivas. Revista

de la Asociación Argentina de Psicodiagnóstico de Rorschach. Año 21, N° 1, Dic. 2000.

Samaniego, C (1999): El ChilD Behaviour CheckList: su estandarización en Argentina . Mimeo

Sautu, R.; Slapak, S. Luzzi, A.; Otero, M.; Martínez Mendoza, R. (2000): Talleres con docentes: instrumento de investigación y dispositivo de intervención (pág. 141-146). En FLAPAG ed. (2000): Conceptualizaciones desde la práctica. T II. Montevideo: FLAPAG.

Sautu, R.; Slapak, S.; Di Virgilio, M.; Luzzi, A.M.; Martínez Mendoza, R. (1999): Problemas de conducta y dificultades de aprendizaje entre niños pobres de Buenos Aires (pág. 79-101). Sociedad. N°14, agosto. Facultad de Ciencias Sociales. U.B.A.

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A (2005).: El grupo de espera: dispositivo diagnóstico y terapéutico . Publicado en el Portal Científico dePsicoterapias.com UN MUNDO EN TRANSFORMACIÓN. www.depsicoterapias.com Director: Eduardo Nicenboim; Director Científico: H. Fernández Álvarez.

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A. (2002): Clínica psicoanalítica de niños con base comunitaria: consideraciones sobre el encuadre (pág. 127-133). En Estrategias y dispositivos. Su fundamento. Buenos Aires: Ed. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, 2002.

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A.; D onofrio, G.; Frylinsztein, C.; Nimcovicz, D. (2002): Cuestiones metodológicas de construcción y análisis de datos cualitativos: aplicación del Programa Informático Atlas.ti a una investigación empírica en psicoterapia . Revista del Instituto de Investigaciones, Año 8 N°2. Facultad de Psicología. UBA, pág. 121-135.

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A.; Paviolo, M.; Grigoravicius, M.; Ramos, L.; Berenstein, I.; Padawer, M. (2002): Los grupos psicoterapéuticos como dispositivo de elección para la asistencia de población en condiciones exclusión social . En FLAPAG (comp): Los grupos y la Salud Mental en Latinoamérica, pp. 482-488. México, AMPAG, AC.

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A.; Samaniego, C. (2002): Aplicación del enfoque epidemiológico a una población clínica de niños (pág. 67-76). Revista Psico-USF, Vol. 7 n.° 1 En/jun 2002. Universidad de San Francisco; San Pablo, Brasil.

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A.M.; Frylinstein, C.; Padawer, M.; Martínez Mendoza, R.(2003): Una población clínica de niños del conurbano bonaerense . XI Anuario de Investigaciones. Vol XI, 2003, pp. 75-82.

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A.M.; Frylinsztein, C. (2003): Método de evaluación de cambio psíquico . Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol. XII, N° 3- Nov. 2003, Pág. 193-206.

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A.M.; Passalacqua, A.; Menestrina, N.; Simonotto, T.; Padawer, M.; Ramos, L.; Rodriguez Nuñez, M.V.; Nuñez, A.M. (2000): Estrategias asistenciales e investigación sobre conductas violentas en niños entre seis y doce años (pág. 5-33). Revista de Psicología Vol. XVIII, 1, 2000. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú.

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A; Aguiriano, V.; Bardi, D.; Belmes, D.; Canale, V.; Freidin, F.; Frylinsztein, C.; Gaitan, L.; Grugoravicius, M.; Nimcowicz, D.; Padawer, M.; Ramos, L.; Wainszelbaum, D. (2005): Investigación y práctica clínica en una cátedra universitaria . En XIII Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA, pág. 63-72

Slapak, S.; Passalacqua, A.; Cervone, N.; Menestrina, N.; Luzzi, A.; Samaniego, C.; Padawer, M.; Nuñez, A.M.; Simonotto, T.; Ramos, L.; Pestana, L.; Grigoravicius, M.; Alvarado, M.; Ferrari, G.; Berenstein, I. (2002): Cambio psíquico: técnicas e instrumentos de evaluación aplicados a niños que realizan psicoterapia psicoanalítica grupal (pp. 86-97). PSIC-Revista de Psicologia da Vetor Editora, Vol 3, n° 1, 2002. San Pablo: Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda.

Slapak, S; Cervone, N.; Luzzi, A. M.; Castro Solano, A. (1999): Estilos de personalidad de madres de niños con conductas violentas (pág.23-31). Revista FUNDAIH N° 12, nov.1999.

Slapak, Sara; Cervone, Nélida; Luzzi, Ana María (1998): Contención institucional en niños con conductas violentas (pág. 440-450). VI Anuario de Investigaciones 1998. Facultad de Psicología. U.B.A.

Slapak, Sara; Cervone, Nélida; Luzzi, Ana María (1998): El papel de la escuela en los procesos de socialización (pág. 423-430). En Latinoamérica: procesos y transformaciones en los vínculos. T I. XIII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo. Montevideo. Noviembre.

Slapak, Sara; Sautu, Ruth; Cervone, Nélida; Luzzi, Ana María; Moralejo, Natalia; Padawer, María; Ramos, Laura; Rodríguez Nuñez, María Victoria; D onofrio, María Guillermina; Martínez Mendoza, Ramiro (2000): El papel de la educación en la socialización de niños con problemas de conducta (pág. 5-16). Revista PSICOLOGOS Año 9; N° 10; 2000. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Tucumán.

Snow, D.: Anderson (1991): Researching the Homeless: The Characteristic Features and Virtues of the Case Study . En Feaging,J.R., Orum, A.M.; Syoberg (1991): A Case for the Case Study. The University of North Carolina Press, Chapel Hill, pp.148-173

Tomä, H.; Kächele, H. (1990): Teoría y Práctica del psicoanálisis. Estudios clínicos. Herder: Barcelona-.

Wainerman, C.; Sautu, R. (1997): La trastienda de la investigación. Buenos Aires: Ed. Lumiere S.A.

Winnicott, D. (1956): La tendencia antisocial . En Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Ed. Laia.

Notas

i. Los códigos y subcódigos figuran en cursiva, para su identificación.

ii. El relato correspondiente a N1 y M1 ha sido publicado en Memorias de las XI Jornadas de Investigación.

iii. La población normativa fue estudiada por Corina Samaniego (Samaniego, 1999).

iv. La población clínica de referencia está constituida por niños entre 5 y 11 años y sus padres o adultos responsables, asistidos en una unidad de docencia en servicio de la Facultad de Psicología de la UBA, sobre la que se realizan estudios desde una perspectiva epidemiológica desde 1999.(Slapak, 2004)

v. Algunos subcódigos son descriptivos; otros remiten a conceptos teórico-clínicos.

VISITE
www.psicologia.org.uy
para estar actualizado