



NUEVO INSTRUMENTO PARA UN DIAGNOSTICO EN SUPERVISION

Clara López Moreno****, Beatriz Dorfman Lerner*, M. Pía Vernengo**,
Silvia Acosta**, Andrés Roussos*, Cristina Schalayeff*

Resumen

Este artículo se refiere al Protocolo de Elementos Diferenciales para un Diagnóstico Psicodinámico en Supervisión (EDDP). El mismo tiene como objetivo la operacionalización del diagnóstico psicodinámico realizado en la supervisión, así como la obtención de información sobre las dinámicas transferenciales-contratransferenciales de las díadas paciente-terapeuta y supervisor-supervisando. Pretendemos medir indicadores de constructos teóricos dentro de un marco psicoanalítico que entendemos son relevantes para la clínica.

Este instrumento fue creado en el marco de una investigación sobre la detección de indicadores de cambio psíquico en psicoterapia psicodinámica mediante la aplicación de métodos clínicos y empíricos en seis pacientes a lo largo de dos años de tratamiento.

Consta de dos módulos: el primero describe el funcionamiento del paciente en diversas áreas con el fin de facilitar el diagnóstico psicodinámico y el segundo plasma lo acaecido en la supervisión del paciente, por medio de un cuestionario que incluye al terapeuta y al supervisor.

En este artículo presentamos su versión actual, que es el resultado de los trabajos realizados en los últimos cinco años. Incluimos también consideraciones generales sobre el marco teórico que sustenta su utilidad en el contexto de las supervisiones psicodinámicas, el entrenamiento requerido para su uso y los estudios realizados para testar su validez y confiabilidad.

El EDDP se mostró como una herramienta útil para cada terapeuta y su supervisor con la ventaja de que este instrumento sólo requiere un breve período de entrenamiento para su aplicación. A su vez, permite realizar estudios sincrónicos y diacrónicos de tratamientos psicodinámicos.

* Asociación Psicoanalítica Argentina.
** Universidad de Belgrano (Argentina).
*** E-mail: calma@pccp.com.ar



Palabras clave

Diagnóstico psicodinámico, supervisión, evaluación del tratamiento, interacción supervisor-supervisado-supervisor

Summary

The aim of this paper is to present the Protocol of Differential Elements for a Psychodynamic Diagnostic in Supervision (DEPD). The objective of this instrument is to operationalize the psychodynamic diagnostic made during the supervision session. A second objective is to obtain information about transference-countertransference's dynamics of the client-therapist and supervisor-supervisee dyad.

Our intention is to measure indicators of theoretical constructs in a psychoanalytic framework because we consider them important for the clinical work.

DEPD was developed to standardize the data obtained while investigating indicators of psychic change in psychodynamic psychotherapy. The indicators were evaluated by means of clinical and empirical methods in six patients during a two year treatment

The protocol consists of two modules: the first is based on patient's behavioral elements to objectivize the diagnostic and prognosis by the therapist. The items of the second module intends to show the dynamics established between supervisor and supervisee, including the countertransference therapist-patient and supervisor-supervisee.

In this article we present the last version of DEPD. It summarizes the work done during the last five years. It means: its development while DEPD was being tested for validity and reliability and general considerations on the training required for its use as well as theoretical and pedagogical comments regarding its usefulness in psychodynamic supervisions.

The DEPD, thought to compare different patients, has been for us a useful instrument for diagnostic and follow-up of treatments and supervisions, as well as for the analysis of the interaction between supervisor-supervisee.

The comparison of successive protocols of the same patient permits to gather information in respect of the evolution of the therapeutic process.

Key words

psychodynamic diagnostic; supervisions; evaluation of the therapeutic process; supervisor; supervisee dyad.



Introducción

En este artículo presentamos un método cuyo objetivo es estandarizar y objetivar la información obtenida durante el proceso de supervisión. Partimos de la base de que a través de la supervisión el supervisando logra acceder a su propia experiencia psicológica interna y puede aplicar el aprendizaje teórico y técnico adquirido durante su formación (Acosta, 2002). Respecto de la supervisión, Ekstein y Wallerstein (1958) conceptualizaron que, dentro de un marco psicoanalítico, su objetivo principal es incrementar la adquisición de capacidades terapéuticas. Consideramos que es función del terapeuta y de su supervisor identificar las singularidades de cada proceso terapéutico y comprender al paciente en un contexto teórico y técnico más amplio a fin de lograr un abordaje adecuado de su problemática.

Por otra parte, acordamos con Watkins (1997) en que es importante establecer dentro de la supervisión, un diagnóstico psicodinámico, elaborar las estrategias más apropiadas para abordar el tratamiento y observar la evolución del proceso. En este aspecto, numerosos autores, entre ellos Bernard y Goodyear (1992); Wampold y Holloway (1997); Wampold y Kim, (1989); Holloway y Poulin (1994); Poole, Folger y Hewe (1987); Elliot, (1983) y Lambert y Ogles (1997) remarcan la necesidad de evaluar los procesos terapéuticos si se quiere desarrollar formas de supervisión más eficaces.

Tanto desde la perspectiva educacional como desde el impacto que tiene el proceso de supervisión sobre el tratamiento, se hace necesario encontrar estrategias que permitan dar cuenta del proceso en sí mismo, sus dificultades y sus resultados. Algunas líneas de investigación afirman que organizar la información permite una mayor estructuración de los conocimientos y por lo tanto un mejor aprendizaje (Linehan, 1980 y Watkins, 1997). El EDDP es acorde con estos desarrollos, pues consideramos que la estructuración de la tarea en torno a dimensiones e indicadores objetivados mejora no sólo la calidad del aprendizaje de los supervisandos sino que brinda una oportunidad valiosa para describir y observar los cambios ocurridos en los procesos terapéuticos (López Moreno et al., 2001).

Este protocolo operacionaliza un diagnóstico psicodinámico del paciente y estandariza la información obtenida durante la supervisión a través de la medición de indicadores clínicos derivados de constructos teóricos psicoanalíticos.

Origen y estado actual del EDDP¹

En sus orígenes, el EDDP² fue pensado con el fin de recolectar información estanda-

¹ Ver Apéndice.

² ©(1999), Dorfman Lerner, B., López Moreno, C.; Roussos, A.; Schalayeff, C.



rizable de lo acontecido durante las supervisiones para realizar un registro comparativo entre diversos pacientes. Este instrumento fue creado en el marco de una investigación sobre la detección de indicadores de cambio psíquico en psicoterapia psicodinámica mediante la aplicación de métodos clínicos y empíricos en seis pacientes a lo largo de dos años de tratamiento. En la medida en que fue incluido como elemento por ser completado cada seis meses, se puso en evidencia su utilidad en el seguimiento de cada caso.

La versión actual de ese protocolo es el resultado de los trabajos realizados en los últimos cinco años. Los mismos estuvieron centrados en las diferentes modificaciones que se hicieron al EDDP hasta llegar a su formato actual. A partir de su utilización, surgieron distintas líneas de desarrollo: la manualización del instrumento, el entrenamiento para su aplicación y los estudios realizados para testear su validez y confiabilidad.

Objetivos de la aplicación del EDDP

El objetivo de su aplicación es operacionalizar el diagnóstico psicodinámico realizado en la supervisión, así como relevar información sobre las dinámicas transferenciales-contratransferenciales de las duplas paciente-terapeuta y supervisor-supervisando.

Por otra parte, a lo largo de un mismo tratamiento, su aplicación posibilita ratificar o rectificar el diagnóstico psicodinámico inicial así como detectar presencia o ausencia de cambios en ambas duplas.

Descripción del EDDP

El EDDP está diseñado desde un marco teórico referencial psicoanalítico en el que se jerarquizan los psicodinamismos por sobre una clasificación diagnóstica. Consta de dos módulos: el primero incluye siete dimensiones en las cuales se consigna el funcionamiento del paciente en diversas áreas y el segundo módulo plasma lo acaecido en la supervisión del paciente por medio de un cuestionario que incluye tanto al terapeuta como al supervisor.

En relación a los niveles de medición de sus escalas, en la primera parte las dimensiones deben ser puntuadas en una escala de cinco puntos.

0 = nada, 1 = poco, 2 = moderado, 3 = bastante, 4 = mucho

Algunos ítems del primer módulo, por ejemplo la dimensión 7 (“Afectividad”), deben ser puntuados en una escala nominal del tipo presencia/ausencia del atributo. En el segundo módulo, los aspectos por evaluar también deben ser respondidos en una escala nominal de este último tipo.



Primer módulo

En este primer módulo se indaga acerca de los psicodinamismos del paciente. Para ello se incluye una serie de ítems que reflejan patrones conductuales; se exploran también aspectos de las relaciones interpersonales (de pareja, laborales, familiares, etc.); se consideran los estilos comunicacionales predominantes en la vida cotidiana y el empleo del tiempo libre. Por otra parte, se relevan las inhibiciones y conflictos, las funciones yoicas y la expresión afectiva predominante durante las entrevistas. La exploración de estas áreas tiene como objetivo construir una imagen integral del paciente, esto es, sus modos de funcionamiento y su estructura predominante. Describiremos a continuación las dimensiones de este módulo.

1) Expresiones conductuales

Esta dimensión incluye un conjunto de indicadores empíricos, es decir observables conductuales. Para elaborar esta dimensión, un grupo de psicoanalistas seniors seleccionó indicadores psicoanalíticos mediante un trabajo de vinculación teórico-empírica. Estos indicadores se organizaron en una lista progresiva desde lo relacionado con lo corporal hasta lo ligado con el funcionamiento mental y el tipo de discurso del paciente. Su objetivo es poner en evidencia los rasgos de carácter y/o síntomas predominantes del paciente.

2) Relaciones interpersonales

La indagación acerca de las relaciones interpersonales permite observar la modalidad de interacción con los otros. Consideramos que dicha interacción es un indicador de su modalidad de relación de objeto. Dentro del campo psicoanalítico se han desarrollado diferentes líneas teóricas respecto de las relaciones objetales (Klein, Bion, Fairbairn, Guntrip, Winnicott). En nuestro trabajo nos basamos en Freud (1916) y consideramos que estas relaciones son residuos de los vínculos del sujeto con las personas significativas de su primera infancia. El concepto de transferencia utilizado en el segundo módulo se basa en esta línea teórica.

Dada la importancia de los vínculos dentro de la psicoterapia, incluimos un ítem sobre Apego (attachment), tomando como referencia los estudios de Bowlby y sus discípulos (Bowlby, 1972). La conducta de apego se define por la búsqueda y mantenimiento de la proximidad a otro individuo. El ítem siguiente indaga acerca de los estilos comunicacionales. Liberman considera que las funciones de comunicación responden a un espectro de emociones (Liberman, 1962). Las mismas constituyen el sistema de comunicación analógico o extraverbal que puede ser sincrónico o no con la comunicación verbal.

3) Vida cotidiana

En esta dimensión indagamos aspectos de la vida cotidiana del paciente con relación a su modalidad de inserción y el tipo de vínculo que establece en el ámbito laboral o



de estudio. Hacemos hincapié también en el uso del tiempo libre porque nos interesa registrar si el paciente cuenta o no con posibilidades de desarrollar su iniciativa, creatividad, sociabilidad y capacidad de desplegar recursos en forma alternativa.

4) Inhibiciones

Entendemos por inhibición aquello que le sucede al Yo como limitación funcional con el fin de evitar la angustia que le generaría el conflicto (Freud, 1926). La inhibición puede darse en distintas áreas, esto es, puede ser intelectual, volitiva, afectiva y/o manifestarse en las relaciones interpersonales.

5) Conflictos

Definimos conflicto como la expresión de dos tendencias simultáneas que se oponen. El mismo puede ser consciente o inconsciente. Puede expresarse en el cuerpo, en la mente o en el mundo externo, a predominio de una de estas áreas (Pichon Rivière, 1980, Bleger, 1969). En el EDDPhacemos constar el contenido temático del conflicto y de las personas involucradas en el mismo, a fin de darle un espacio a lo manifestado directamente por el paciente en las entrevistas. En los estudios diacrónicos resultó de suma utilidad poder observar si estos elementos se habían mantenido estables o se habían modificado a lo largo del tiempo.

6) Capacidad sintética del yo

Este ítem está relacionado con las funciones del yo (Freud, 1926). Entre otras, el yo cumple la función de intermediario entre el mundo interno y la realidad, así como la de adecuación a la misma (Freud, 1926). Los indicadores incluidos en esta dimensión buscan relevar: tolerancia a la frustración, capacidad de espera, control de los impulsos, constancia en la prosecución de un proyecto, y la plasticidad (capacidad de adecuar medios a fines) en los vínculos primarios y secundarios del sujeto. Dicho de otro modo, se trata de evaluar el tipo de funcionamiento predominante (proceso primario-proceso secundario) (Freud, 1915), dado que el mismo condiciona el abordaje terapéutico.

7) Afectividad

El objetivo es dar cuenta de los afectos exteriorizados por el paciente durante la entrevista y su adecuación o inadecuación en cualidad y cantidad con el contenido temático de su discurso. Sirve también como indicador de la facilidad o inhibición en la expresión de sus emociones.

Ejemplos de lecturas del primer módulo del EDDP

El entrecruzamiento entre diversas dimensiones permite hacer una lectura cualitativa en términos clínicos. Del interjuego entre las variables: Inhibiciones, Área predominante de conflicto y Afectividad, pueden hacerse inferencias sobre la modalidad de funcionamiento psíquico del sujeto. Por caso, si predominan inhibiciones, angus-



tía como sentimiento y el área de conflicto se da en la mente, esto nos permitiría presuponer que estamos frente a un paciente que funcionaría dentro de un rango neurótico. Por el contrario, la carencia de inhibiciones, la afectividad aumentada a predominio de afectos negativos, los trastornos en el mundo externo (acting out), nos permitirían inferir un modo de funcionamiento más primitivo.

Resultó de suma utilidad la comparación de Expresiones conductuales, Capacidad sintética del yo e Inhibiciones. Hemos observado que en pacientes con una buena evolución en su psicoterapia, la disminución en los puntajes de Expresiones conductuales así como de las Inhibiciones, se correspondieron con un aumento de los puntajes en la Capacidad sintética del yo (mayor tolerancia a la frustración, capacidad de adecuar medios a fines y de sustituir, etc.)

Segundo módulo

Este segundo modulo tiene como objetivo plasmar diversos aspectos que se ponen en juego en el proceso de supervisión y que consideramos de suma importancia. Entendemos que una supervisión es una situación compleja y singular que se da entre "ese" paciente "ese" terapeuta y "ese" supervisor.

El cuestionario busca hacer un análisis detallado de la transferencia-contratransferencia del supervisando y del supervisor y a la vez busca evaluar la supervisión en sí misma, desde la óptica de ambos integrantes de la dupla.

Desde nuestro marco teórico referencial, la transferencia-contratransferencia es un aspecto de suma importancia que contribuye a la elaboración del diagnóstico y pronóstico del paciente. Ambos conceptos, que en un comienzo aludieron a obstáculos para la prosecución del tratamiento, se convirtieron posteriormente en instrumentos terapéuticos, y se pudo llegar a decir respecto de la contratransferencia: "Cenicienta se transformó en princesa" (Thomä y Kächele, 1989).

Los ítems por evaluar en este segundo módulo están centrados en la transferencia y la contratransferencia de supervisor y supervisando así como en la evaluación por parte de ambos de la supervisión. Consideramos transferencia a la repetición de prototipos infantiles que reemplazan a una persona anterior por la del terapeuta (Freud, 1912). Entendemos por contratransferencia la reacción (afectiva, intelectual, somática o motora) generada en el terapeuta por la historia del paciente (transferencia), por las circunstancias del paciente, las circunstancias del terapeuta y su historia personal. Esta definición se basa en los desarrollos de Ferenczi (1920), Heinmann (1950) y Racker (1964), entre otros.

En este módulo se busca detectar las dificultades que pueden presentarse en la dupla paciente-terapeuta, supervisando-supervisor, supervisor-paciente. Se indaga la posi-



bilidad del paciente de expresar con mayor o menor claridad su demanda, la posibilidad del terapeuta de comprenderla, y la del supervisor de ampliar la comprensión de esta demanda. Permite también evaluar otro componente esencial, que es la posibilidad de esa dupla (paciente-terapeuta) de constituir o no vínculo terapéutico para llevar a cabo el tratamiento y de la dupla supervisor-supervisando de generar o no una alianza de aprendizaje.

La respuesta honesta a los ítems de evaluación de la tarea supervisor-supervisando resulta muy útil para ayudar al supervisor a correrse de un lugar de sujeto supuesto saber y de poder. Este modulo se organiza en ítems dirigidos al terapeuta y al supervisor, los que describiremos a continuación.

Items para el terapeuta

1. Dificultades que presenta para el terapeuta la elaboración del abordaje terapéutico

A través de este ítem se puede inferir si hay demanda de tratamiento, la gravedad de la patología del paciente, el grado de comprensión del terapeuta acerca de la problemática del paciente y las dificultades técnicas en juego.

2. Contratrtransferencia predominante durante la entrevista

Se indagan aquí los sentimientos que el paciente despertó en el terapeuta y el grado de empatía alcanzado por el mismo. Es tarea de la supervisión discriminar la fuente de la reacción contratrtransferencial del terapeuta, dado que ésta puede estar generada por las circunstancias del paciente, por la historia del paciente (transferencia), por las circunstancias del terapeuta, por la historia personal del terapeuta y por el entorno social compartido.

3. Impresión contratrtransferencial respecto de las posibilidades del paciente

En este ítem se evalúan varios aspectos que están relacionados con las capacidades del paciente y del terapeuta. Respecto del paciente, esto abarca desde un alto grado de proyección de sus propios conflictos en el mundo externo, hasta, en el otro polo, una buena capacidad reflexiva y un alto grado de *insight*. Respecto del terapeuta, su capacidad depende de su experiencia en general y, en particular, del hecho de haber tratado con éxito pacientes similares.

4. Afecto predominante del terapeuta durante la entrevista

El hecho de que los afectos estén discriminados en el EDDP, permite realizar en la supervisión un análisis exhaustivo de los mismos. Desde nuestro punto de vista este ítem es de suma importancia, dado que cada terapeuta en el transcurso de su entrenamiento va formando su propio "diccionario contratrtransferencial", el cual es único e intransferible. Por ejemplo, determinados terapeutas sienten ternura y fascinación



frente a un discurso histérico, mientras que a otros les genera irritabilidad y enojo.

5. Impresión del terapeuta respecto de la supervisión

Los objetivos de este ítem son tanto evaluar la supervisión en sí misma, como “romper”, en el momento de completarlo, la situación de asimetría natural a la supervisión. Esto se logra cuando hay un clima de confianza que permite al terapeuta disentir, criticar y evaluar la tarea. La ausencia de dicho clima puede hacerse evidente en las discordancias entre supervisando y supervisor, o a lo largo de sucesivos EDDP. Es tarea del supervisor crear las condiciones necesarias.

Items para el supervisor

En este apartado el supervisor debe realizar una lectura reflexiva de la relación paciente-terapeuta. Permite evaluar, desde el criterio del supervisor, si la dificultad, en caso de presentarse, está dada por características del paciente, del terapeuta o de la dupla.

1. Capacidad del terapeuta de discriminar buenas formas de resolución de los conflictos del paciente

Este ítem indaga acerca de la capacidad del terapeuta para abordar la problemática del paciente. Esto abarca desde la posibilidad de intervenir adecuadamente, hasta una actuación de la contratransferencia negativa.

2. Grado de empatía que muestra el terapeuta con respecto al paciente

Se indagan aquí los sentimientos que el paciente despertó en el terapeuta y la posibilidad de este último de tomar contacto con los mismos.

3. Manera en que el terapeuta describe al paciente

Este ítem permite al supervisor dirigir la atención sobre los afectos del terapeuta respecto a su paciente, así como detenerse en el estilo de descripción y en la perspectiva desde la cual ésta se realiza.

4. Capacidad del terapeuta de usar su reacción contratransferencial

En este ítem el supervisor pone especial énfasis en la presencia o ausencia de registro contratransferencial por parte del supervisando y las posibilidades de instrumentación del mismo.

5 y 6. Reacción contratransferencial (RC) del supervisor respecto del paciente y del terapeuta

Estos ítems permiten evaluar, desde la mirada del supervisor, si su RC respecto del paciente es concordante o complementaria con la del terapeuta. La RC complementaria se da cuando supervisor y supervisando tienen RC antagónicas. A modo de ejemplo: si el terapeuta siente ternura por el paciente y el supervisor, irritabilidad,



consideramos que esto puede deberse a que estamos en presencia de aspectos escindidos del paciente. En este caso, resulta de gran importancia poder incluir lo complementario a fin de tener una visión global del paciente.

7. Impresión del supervisor respecto de la supervisión

Una respuesta honesta por parte del supervisor que le permita con toda humildad, en caso de no haber comprendido al paciente o al terapeuta, manifestarlo, favorece una evaluación eficaz.

Comentarios

Nuestra postura acuerda con la de aquellos autores que consideran que así como es necesario en un proceso terapéutico establecer una alianza terapéutica, en el caso de la supervisión es conveniente establecer una alianza de aprendizaje entre el supervisando y el supervisor (Watkins, 1997). La misma se relaciona con el establecimiento de una situación de confianza y seguridad que mitigue el peso del factor evaluativo a cargo del supervisor. Si no se desarrolla una sólida alianza de aprendizaje, la situación de supervisión pierde efectividad. También puede suceder que el terapeuta se ubique en una situación de sometimiento con respecto al supervisor o que el supervisor adopte una posición de complacencia y seducción.

Impacto de la inclusión del EDDP en el trabajo de supervisión clínica

Como mencionamos más arriba, la creación de este instrumento surgió en el contexto de un proyecto de investigación sobre cambio psíquico y se decidió aplicarlo en las supervisiones que se llevaban a cabo. Las terapeutas que habían aceptado trabajar en el marco de esta investigación empírica habían supervisado previamente con miembros del equipo de investigación y se sentían cómodas en la tarea. Este vínculo previo ayudó a que superaran las resistencias naturales generadas por la nueva situación.

Entrenamiento para el uso del EDDP

A continuación presentaremos la forma en que se llevó a cabo el entrenamiento para su uso, y el impacto que, sobre el equipo, tuvo su inclusión en el trabajo. Se entregó a cada terapeuta y supervisor un ejemplar del EDDP. Dado que dentro de la formación psicoanalítica es infrecuente la utilización de cualquier tipo de instrumento, el incluir este protocolo causó sorpresa en ambos.

Impacto de la lectura del EDDP

Como tanto los supervisores cuanto los supervisandos tienen formación psicodinámica, su primera sorpresa fue encontrarse con un cuestionario en el que predominaban preguntas sobre aspectos manifiestos del paciente. Comentaron que se sintieron más cómodos en la lectura del segundo módulo debido a que el mismo contiene terminología psicoanalítica.



En la primera supervisión resultó costoso, tanto para el supervisor como para el supervisando, evaluar numéricamente cada ítem. Completar el primer módulo generó en los terapeutas una marcada desazón por la vivencia de desconocimiento del paciente que les produjeron algunas de las preguntas. En ese momento se tomó la decisión de puntuar con 0 aquellos ítems que no calificaban para ese paciente o aquellos sobre los cuales no se tenía conocimiento aún. Esta tarea requirió una hora y media de tiempo. En el transcurso de la misma, los terapeutas manifestaban sentirse agotados por haber tenido que reflexionar y conceptualizar aquellas áreas que no son evaluadas habitualmente con tanto detalle en supervisión. En compensación, al finalizar la tarea se mostraban gratamente sorprendidos por descubrir que poseían mayor conocimiento tanto del paciente como de su propia reacción contratransferencial. Consideramos que esto se debe a la función ordenadora y de sistematización de la información que demanda el EDDP, dado que el hecho de volcar por escrito la información obliga a reorganizar, reformular y clarificar conceptos a fin de realizar una definición más ajustada de los mismos.

En la segunda aplicación, fuera ésta para el mismo paciente u otro caso, al ser el EDDP un elemento ya conocido, completarlo exigió menos tiempo, no produjo la misma fatiga y sí la misma sensación de satisfacción. En los momentos posteriores, en que el EDDP se aplicó sobre el mismo paciente, no sólo fue mucho más fácil aun completarlo, sino que todos los terapeutas pidieron ver el protocolo anterior para poder compararlo con el actual. Este pedido nos resultó sumamente interesante, dado que indicaba que estaban considerando al EDDP como un instrumento que podía dar cuenta del cambio en los pacientes.

Impacto de cada módulo

Considerando los módulos en sí, es interesante observar la repercusión que tuvieron tanto en supervisores como en supervisandos. El primer módulo tuvo una respuesta similar en ambos, probablemente porque el objeto de estudio era un tercero, el paciente. El esfuerzo de ajustarse a una escala de intensidades resultó novedoso y algo extraño al quehacer de una supervisión psicoanalítica habitual.

En cuanto al segundo módulo, las dificultades estuvieron más relacionadas con la evaluación de las relaciones transferenciales-contratransferenciales, en tanto esta evaluación exigía a ambos miembros de la díada involucrarse en la misma. No conocemos ningún otro protocolo que contemple este aspecto de los vínculos, es decir, los sentimientos que se juegan en las díadas: terapeuta-paciente, supervisor-supervisando y supervisor-paciente.

En la última parte de este módulo, ambos miembros de la díada deben contestar preguntas relacionadas con su impresión acerca de la supervisión en sí misma. En nuestra investigación, requirió todo un trabajo previo explicarle a los supervisandos la im-



portancia de la sinceridad en las respuestas. Dado que se trata de una relación asimétrica, el tipo de preguntas puede llegar a generar gran tensión. Se trata de vencer las barreras creadas por diversas "servidumbres", tales como el respeto a las jerarquías, a la necesidad de pertenencia institucional (mediatizada por el espacio de supervisión), a la idealización de las personas, y al lugar de Sujeto Supuesto Saber del supervisor. Preguntas directas tales como "¿Le fue útil la supervisión?", "¿Se sintió criticado, maltratado, no comprendido, etc. por el supervisor?" y la más impactante, "¿Se sintió atraído sexualmente por el supervisor?", fueron en un principio movilizantes para los/las supervisandos/as. Queremos aclarar que el origen de esta última pregunta reside en la importancia que adquiere la contratransferencia erótica en el vínculo terapeuta-paciente y la resonancia que, por replicación, asume en el campo transferencia-contratransferencia entre supervisor-supervisando. No obstante, la comprobación de que preguntas similares debían ser respondidas también por el supervisor, resultó ser un atenuante del impacto y facilitador de un mayor sinceramiento. No podemos asegurar que el grado de sinceridad en las respuestas haya sido máximo en los primeros protocolos. Sí hemos visto que, en supervisiones en las que el supervisor pudo confesar sus dificultades en la comprensión del paciente, el supervisando pudo, a su vez, declarar que la supervisión no le había resultado útil sin que esto dañara el vínculo de colaboración y sinceridad entre ambos. Podemos agregar que la aplicación repetida del segundo módulo produce el levantamiento de las barreras anteriormente señaladas y una mayor fluidez y espontaneidad en la expresión de sentimientos y en la articulación de reflexiones tanto en supervisandos como en supervisores.

Reflexiones sobre la aplicación del EDDP

Consideramos que el EDDP presenta una adecuada relación costo-beneficio, pues con un entrenamiento mínimo se consigue reorganizar una gran masa de información obtenida durante la supervisión. Con la incorporación del EDDP, podemos diferenciar dos momentos dentro de la misma supervisión, el primero, idéntico al de cualquier supervisión, donde el trabajo de la dupla está centrado en la comprensión del material expuesto, y un segundo momento, en el que lo elaborado debe ser plasmado en un mayor nivel de conceptualización, esto es, ajuste de términos, reflexión y síntesis.

La tarea conjunta de completar un protocolo, fortalece la alianza de aprendizaje, ya que fomenta una comprensión activa de los procesos del paciente, permite evaluar los sentimientos que se van poniendo en juego durante la supervisión y funciona también como feed-back, tanto positivo como negativo.

La posibilidad de contar con un registro sucesivo de distintos momentos del proceso terapéutico optimiza la capacidad de autorreflexión y monitoreo del desempeño de la dupla. El valor de las experiencias de aprendizaje estructurado y la precisa comuni-



cación de ideas también han sido enfatizados por los representantes de otros programas de capacitación de terapia basados en investigación (Watkins, 1997).

Resultados de los estudios en curso de validación y confiabilidad del EDDP

En este apartado haremos referencia a los resultados de los estudios de validación y confiabilidad en curso desde 1999 sobre el primer módulo del EDDP.

Estudios de confiabilidad del EDDP

Confiabilidad interjueces: caso Analía

El objetivo de este estudio fue conocer el grado de confiabilidad del acuerdo interjueces en la aplicación del EDDP a un mismo material clínico. Se utilizaron como evaluadores un grupo de 17 terapeutas con orientación psicodinámica. Se trataba de un grupo heterogéneo en cuanto a su formación y experiencia. Cuatro de ellos eran psicoanalistas con formación completa y más de 15 años de experiencia, dos estaban haciendo su formación como psicoanalistas y contaban entre 10 y 15 años de experiencia en psicoterapia. Seis eran terapeutas con menos de 5 años de experiencia. Los 5 restantes eran terapeutas sin entrenamiento psicoanalítico pero con 10 o 15 años de experiencia.

Tres terapeutas independientes hicieron un resumen del contenido clínico más relevante de las 3 primeras entrevistas clínicas de un paciente. Este formato nos resultó más económico y más útil desde el punto de vista informativo que la presentación a los evaluadores de la totalidad del material clínico. Se entregó a los jueces este material y una copia del EDDP. En algunas dimensiones del EDDP se esperaba la falta de datos, dado que el material pertenecía a las entrevistas iniciales de un tratamiento.

A partir de estos datos, se realizaron los siguientes estudios: a) Se analizó el grado de acuerdo de los jueces, b) Se examinó el diagnóstico psicodinámico al que arribaron los mismos. Estos estudios se realizaron sobre 3 de las 6 dimensiones del EDDP, esto es: Expresiones conductuales, inhibiciones y capacidad sintética del yo.

Resultados

- El acuerdo entre jueces se analizó mediante la obtención de índices kappa de acuerdo, el resultado fue altamente significativo desde un punto de vista estadístico ($p < 0.00003$) con un valor $k = 49$. Luego tratamos de analizar estos datos con un Análisis de Correspondencia. Este análisis es un método multivariado ideal para ser aplicado en escalas arbitrarias y ordinales como las que utilizan simultáneamente columnas y filas. Se trata de una extensión multivariada de la prueba de chi cuadrado. Elegimos esta estrategia para averiguar si había diferencias particulares entre los evaluadores. Se analizaron las tres dimensiones y sólo mostró una diferencia significativa ($p=0.02$) la subescala de Expresiones conductuales. Esta diferencia parece



deberse al distinto nivel de experiencia y entrenamiento de los terapeutas que actuaban como jueces; esto es, si bien los terapeutas seniors eligieron las mismas Expresiones conductuales, sus puntuaciones fueron menores.

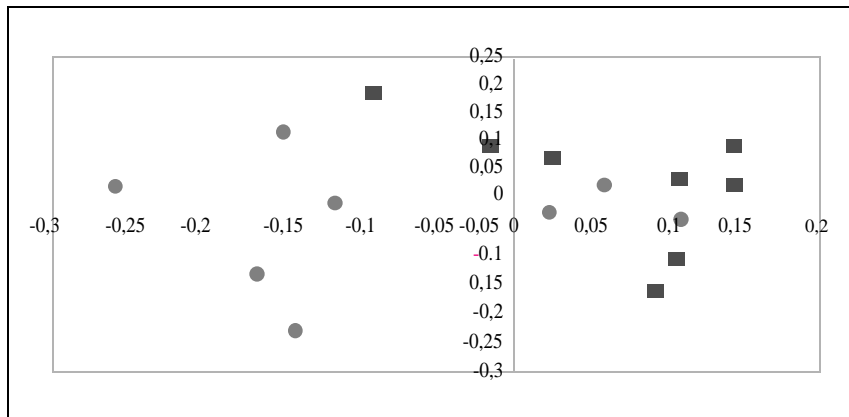


Gráfico 1: Acuerdo de los terapeutas para la dimensión del EDDP “Expresiones conductuales”.

- Terapeutas con formación completa.
- Resto de los terapeutas.

• Dado que los índices de acuerdo se realizan con los valores medios totales en cada caso, decidimos tratar de clasificar el tipo de evaluaciones que hicieron los terapeutas de cada uno de los indicadores.

Si las respuestas de los evaluadores eran diferentes, el Análisis de Correspondencia mostraría cuáles indicadores habían sido elegidos por los terapeutas independientemente de lo que mostrara el promedio de las puntuaciones sobre las que se había obtenido los índices de acuerdo.

Así, pudimos inferir una evaluación diagnóstica coincidente entre los evaluadores, ya que el Análisis de Correspondencia mostró una clara discriminación entre los ítems. Encontramos una diferencia importante entre los indicadores puntuados y los no puntuados para las dimensiones de “Expresiones conductuales” e “Inhibiciones” ($p = 0.01$ y 0.03 respectivamente).

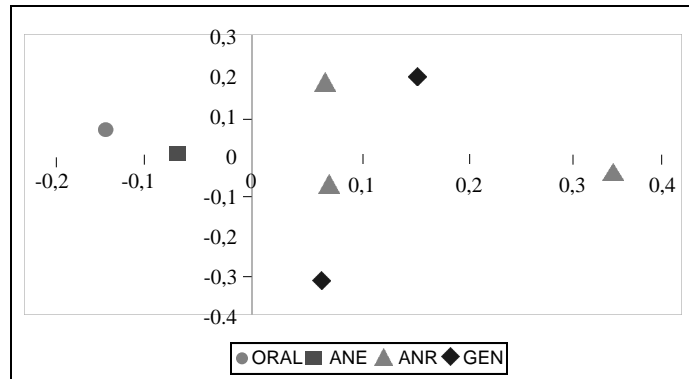


Gráfico 2: diagnóstico presuntivo de Analía realizado por los evaluadores. De derecha a izquierda, los ítems "Expresiones conductuales" más frecuentemente diagnosticados.

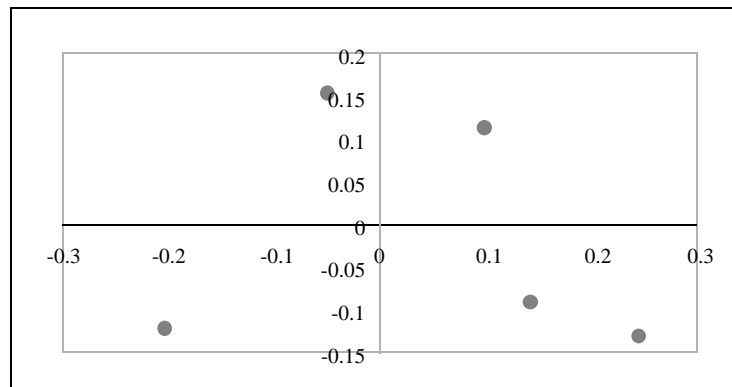


Gráfico 3: diagnóstico presuntivo de Analía realizado por los evaluadores. De izquierda a derecha las "inhibiciones" son los ítems más evaluados. Eligieron las inhibiciones sociales y sexuales más frecuentemente que las inhibiciones intelectuales o volitivas.



Estudios de validez

El primer estudio, realizado en 1999, se centró en la evaluación del contenido de validez del EDDP. Medimos la relevancia del instrumento para realizar un diagnóstico psicodinámico presuntivo. La meta específica fue saber si los indicadores conforman datos necesarios y suficientes para llegar a un diagnóstico correcto. En principio se le entregó a una muestra de 20 psicoanalistas un protocolo en blanco y el 100% de los terapeutas estuvo de acuerdo en que, a partir del mismo, era posible: a) identificar las defensas predominantes, b) inferir el conflicto nuclear, c) arribar a un diagnóstico presuntivo. Luego, se administró a dichos participantes un cuestionario semi-estructurado de procesos terapéuticos, diagnóstico presuntivo y relación terapéutica junto con dos EDDP correspondientes a dos pacientes. A partir de la lectura de ambos EDDP completados, los terapeutas tuvieron un acuerdo sobre el diagnóstico presuntivo del 100% para el primer caso y del 85% en el segundo caso. Finalmente, con respecto al ítem "Relación terapéutica" hubo menor acuerdo. Algunos de los terapeutas consideraron insuficiente la información. Esto motivó la ampliación del segundo módulo del EDDP.

Comentarios

Los resultados obtenidos hasta ahora son alentadores. El EDDP se muestra como un instrumento útil y confiable y nos encontramos estudiando si esta confiabilidad se mantiene en sucesivas mediciones. Por otra parte, si bien clínicamente podemos sostener que el EDDP es altamente sensible a los cambios dentro del proceso terapéutico, los estudios estadísticos respectivos se encuentran en curso. Cabe consignar que los terapeutas que participaron como jueces no tuvieron dificultades en la aplicación del protocolo independientemente de su experiencia y formación. Dado que el primer estudio incluyó una muestra pequeña, los resultados son difíciles de generalizar. A pesar de ello los resultados obtenidos hacen atractivos nuevos estudios. Estamos trabajando en estudios de validación más amplios que toman en cuenta la validez ecológica del EDDP.

Conclusiones

El Protocolo de elementos diferenciales para un diagnóstico psicodinámico en supervisión (EDDP) fue pensado en sus comienzos para realizar un registro comparativo entre diversos pacientes. En la actualidad resulta para nosotros un instrumento útil para: a) el diagnóstico psicodinámico, b) el seguimiento de tratamientos y supervisiones, c) el análisis de la interacción supervisor-supervisando y d) la evaluación de la supervisión en sí misma. Respecto de su utilización en la supervisión, deseamos enfatizar que a los objetivos iniciales se sumaron los resultados anteriormente descritos, esto es, la posibilidad de utilizar los protocolos anteriores para enriquecer la comprensión acerca del paciente. Es decir, la comparación de los protocolos sucesivos del mismo paciente permite obtener mayor información acerca de la evolución del proceso terapéutico.



El EDDP se mostró como una herramienta útil para cada terapeuta y su supervisor con la ventaja de que este instrumento sólo requiere un breve período de entrenamiento para su aplicación. A su vez, seguimos trabajando en los estudios de validez y confiabilidad.

Apéndice

Fecha:
Sesión:

Protocolo de elementos diferenciales para un diagnóstico en supervisión Módulo 1

Datos del paciente

Nombre:
Edad:
Sexo:
Estado civil:
Hijos:
Profesión/Trabajo actual:
Estudios:

Expresiones conductuales

Ejemplo	Nada 0	Poco 1	Moderado 2	Bastante 3	En extremo 4
1. Trastornos de la alimentación	0	1	2	3	4
2. Consumo de drogas y/o adicción a sustancias permitidas	0	1	2	3	4
3. Descontrol, impulsividad	0	1	2	3	4
4. Discurso catártico	0	1	2	3	4
5. Conductas compulsivas	0	1	2	3	4
6. Conductas de acaparamiento	0	1	2	3	4
7. Terquedad y obstinación	0	1	2	3	4
8. Meticulosidad en el discurso	0	1	2	3	4
9. Ambición	0	1	2	3	4
10. Ironía	0	1	2	3	4
11. Causticidad	0	1	2	3	4
12. Dificultad para tolerar los propios logros	0	1	2	3	4



Relaciones interpersonales

1. Apego

a) Incapacidad de estar solo/a	0	1	2	3	4
b) Rehúye vínculos (se aísla)	0	1	2	3	4
c) Indiferencia (descuido, desinterés por el otro)	0	1	2	3	4
d) Desconfianza	0	1	2	3	4
e) Confianza en los recursos del otro	0	1	2	3	4
f) Confianza en los propios recursos	0	1	2	3	4
g) Se muestra cómodo/a y confiado/a con los otros	0	1	2	3	4

2. Estilo comunicacional predominante

a) Introverso (retraído)	0	1	2	3	4
b) Épico (de acción)	0	1	2	3	4
c) Lírico (patético)	0	1	2	3	4
d) Ritualista	0	1	2	3	4
e) Evitativo	0	1	2	3	4
f) Teatral	0	1	2	3	4

3. Modalidad afectiva

a) Odio (conductas agresivo/destructivas a nivel verbal y/o físico)	0	1	2	3	4
b) Ambivalencia (amor y odio al mismo objeto: alternancia de cuidado y agresión)	0	1	2	3	4
c) Amor-pasión (incluye deseo sexual)	0	1	2	3	4
d) Empatía (ponerse en el lugar del otro)	0	1	2	3	4
e) Amor sublimado (excluye deseo sexual)	0	1	2	3	4

4. Tendencia sexual

a) Homosexual	Sí	No
b) Bisexual	Sí	No
c) Heterosexual	Sí	No
d) Otras:		

5. Vida sexual

a) Masturbación	Sí	No
b) Tuvo relaciones sexuales	Sí	No
c) Promiscuidad	Sí	No
d) Otros:		

6. Durabilidad de las relaciones de pareja

a) Ausencia de pareja	Sí	No
b) Parejas esporádicas	Sí	No



- | | | |
|--|----|----|
| c) Inestables (menos de tres meses, no contando relación en curso) | Sí | No |
| d) Relaciones paralelas estables | Sí | No |
| e) Relaciones paralelas inestables | Sí | No |
| f) Estables | Sí | No |

7. Convivencia actual

- | | | |
|----------------------|----|----|
| a) Familia de origen | Sí | No |
| b) Sin familia | Sí | No |
| c) Con pareja | Sí | No |
| d) Familia nuclear | Sí | No |
| e) Otras: | | |

Vida cotidiana

1. Adherencia al trabajo o al estudio

0	1	2	3	4
Rechazo	Indiferencia	Interés	Entusiasmo	Adicción

2. Respuesta a la autoridad

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| a) Cumple órdenes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) Se rebela contra los otros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c) Muestra iniciativa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. Modalidad de interacción

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| a) Capacidad de solidarizarse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) Tendencia al liderazgo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c) Capacidad para trabajar en equipo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

4. Uso del tiempo libre

- | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|
| a) Hobbies | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) Deportes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c) Música | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d) Lectura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e) Cine, teatro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f) Actividades manuales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g) Otros: | | | | | |

5. Inhibiciones

- | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|
| a) Intelectual | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) Volitiva (abulia) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c) Afectiva (apatía) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d) Sexual | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e) Social | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f) Otras: | | | | | |



Contenido temático del conflicto

.....
.....
.....

Personas implicadas en el conflicto

.....
.....
.....

Capacidad sintética del yo

El siguiente cuadro debe completarse asignándole un puntaje a cada indicador. Por ejemplo:

0	1	2	3	4
Nada	Algo	Ni mucho Ni poco	Bastante	Mucho

Indicadores	Vínculos primarios	Vínculos secundarios
Tolerancia a la frustración		
Capacidad de espera		
Capacidad de sustituir (viscosidad de la libido, adherencia a objetos)		
Impulsividad		
Capacidad de adecuar medios a fines (racionalidad anticipatoria)		
Constancia en la prosecución de un proyecto		

Afectividad predominante del/la paciente en la entrevista

1- Actitud corporal

- a) Movimientos Involuntarios (expresiones corporales de inquietud como cambios de posición frecuentes, tics, etc.)
 Controlados (conductas voluntarias inadecuadas al contexto)

b) Rigidez Sí No



2- Violencia

- a) Agresividad verbal inadecuada Sí No
- b) Adecuada al contenido temático Sí No

3- Reticencia

- a) Largos silencios Sí No
- b) Para-respuestas Sí No
- c) Parquedad Sí No

4- Labilidad afectiva

- Cambios rápidos del estado de ánimo Sí No

5- Apatía

- a) Indiferencia sostenida Sí No
- b) Adecuada al contenido temático Sí No

6- Enojo

- a) Exabruptos Sí No
- b) Adecuados al contenido temático Sí No

7- Desazón

- (falta de serenidad, inquietud, ánimo desapacible) Sí No

8- Tristeza

- a) Llanto fácil Sí No
- b) Adecuado al contenido temático Sí No

9- Alegría

- a) Risa fácil Sí No
- b) Adecuada al contenido temático Sí No



Fecha:

Paciente:

Sesión:

**Protocolo de elementos diferenciales para
un diagnóstico en supervisión
Módulo 2**

Acerca de la supervisión

La sección siguiente contiene un conjunto de ítems que deben ser respondidos en términos de Sí o No por el terapeuta y el supervisor. Para lograr mayor claridad en la organi-



zación del protocolo, dichos ítems se agruparon en dos conjuntos. En primer término están aquellos que debe responder el terapeuta y, a continuación, los que debe responder el supervisor. Queda a criterio de cada dupla responder de acuerdo al orden sugerido o, en términos de respetar la dinámica de la interacción, contestar asociados aquellos ítems para supervisor y supervisando que están relacionados con una misma temática.

Para el terapeuta

Dificultades que presenta para el terapeuta la elaboración del abordaje terapéutico

- a) El terapeuta tiene dificultades para comprender la demanda del paciente Sí No
- b) Falta claridad en la demanda del paciente Sí No
- c) Discrepancia entre meta enunciada por el paciente y sus recursos para alcanzarla Sí No
- d) El paciente tiene poca capacidad de reconocer sus dificultades Sí No
- e) El terapeuta se siente inundado/sobrecargado por la problemática del paciente Sí No
- f) El terapeuta queda atrapado en el relato del paciente Sí No
- g) Sin dificultades Sí No
- h) Otra:

Contratransferencia predominante durante la entrevista

- a) El terapeuta se siente colocado en el lugar de padre
 - Bondadoso Sí No
 - Severo Sí No
 - Distante Sí No
 - Desvalorizado/denigrado Sí No
- b) El terapeuta se siente colocado en el lugar de madre
 - Bondadosa Sí No
 - Severa Sí No
 - Distante Sí No
 - Desvalorizada/denigrada Sí No
- c) El terapeuta se siente colocado en el lugar de compinche/hermano Sí No
- d) El terapeuta se siente colocado en el lugar de hijo Sí No
- e) El terapeuta se siente colocado en el lugar de testigo Sí No
- f) El terapeuta siente que una parte de la transferencia está puesta en lo institucional Sí No
- g) Otra:

Impresión contratransferencial respecto de las posibilidades del paciente

- a) Paciente con altas probabilidades de realizar cambios con el tratamiento Sí No



- b) Paciente a quien el tratamiento puede serle útil como un lugar donde recibir ayuda Sí No
- c) Paciente con poca capacidad reflexiva Sí No
- d) Paciente que considera que lo que debe cambiar es el mundo externo Sí No
- e) Otra:

Afecto predominante en el terapeuta durante la entrevista

- a) Ternura Sí No
- b) Necesidad de protegerlo/la y ayudarlo/la Sí No
- c) Irritabilidad o enojo Sí No
- d) Miedo Sí No
- e) Indiferencia Sí No
- f) Aburrimiento Sí No
- g) Atracción sexual Sí No
- h) Compasión Sí No
- i) Otra

Impresión del terapeuta respecto de la supervisión

- a) El terapeuta siente que la supervisión le ayudó a lograr mayor comprensión de la problemática del paciente Sí No
- b) El terapeuta siente que la supervisión le ayudó a resolver dudas sobre el abordaje terapéutico Sí No
- c) El terapeuta se sintió confortado/apoyado por el supervisor Sí No
- d) El terapeuta se sintió acompañado/estimulado por el supervisor Sí No
- e) El terapeuta se sintió aplacado por el supervisor Sí No
- f) El terapeuta se sintió agredido/criticado por el supervisor Sí No
- g) El terapeuta sintió que la supervisión lo confundió Sí No
- h) El terapeuta sintió a la supervisión inútil/inoperante Sí No
- i) Otra

Para el supervisor

Capacidad del terapeuta de discriminar buenas formas de resolución de los conflictos del paciente

- a) El terapeuta discrimina claramente buenas formas de resolución de conflictos y trabaja adecuadamente las resistencias/transferencia del paciente Sí No
- b) El terapeuta discrimina claramente buenas formas de resolución de conflicto pero tiene dificultades para abordar las resistencias/transferencia del paciente Sí No
- c) El terapeuta es pasivo/excesivamente permisivo con el paciente Sí No
- d) El terapeuta exige al paciente resultados superiores a sus fuerzas Sí No



- e) El terapeuta está centrado en que el paciente realice su deseo Sí No
 f) El terapeuta está centrado en que el paciente cumpla con las expectativas del medio Sí No
 g) El terapeuta maltrata al paciente Sí No

Grado de empatía que muestra el terapeuta con respecto al paciente

- a) El terapeuta se muestra ajeno a su paciente Sí No
 b) El terapeuta se identifica con el paciente manteniendo la capacidad de auto-observación Sí No
 c) El terapeuta se identifica con el paciente sin conciencia de ello Sí No
 d) Otra:

Manera en que el terapeuta describe al paciente

- a) Despectivamente Sí No
 b) Calurosamente Sí No
 c) Con ternura Sí No
 d) Fríamente Sí No
 e) Con indiferencia Sí No
 f) Con claridad Sí No
 g) Confusamente Sí No
 h) Sintéticamente Sí No
 i) De manera focalizada Sí No
 j) Detalladamente Sí No
 k) Otra
 l) El terapeuta describe a su paciente desde la perspectiva del paciente Sí No
 m) El terapeuta describe a su paciente desde su propia perspectiva Sí No
 n) El terapeuta describe a su paciente desde su marco referencial Sí No
 o) El estilo descriptivo es directo (repite textualmente los dichos del paciente) Sí No
 p) El estilo descriptivo es indirecto (relata los dichos del paciente) Sí No

Capacidad del terapeuta de utilizarsu Reacción Contratransferencial (RC)

- a) El terapeuta tiene registro de su RC y la implementa Sí No
 b) El terapeuta tiene registro de su RC pero tiene dificultades para instrumentarla Sí No
 c) El terapeuta está condicionado por su pertenencia institucional Sí No
 d) El terapeuta actúa la contratransferencia Sí No
 e) El terapeuta tiene dificultades para registrar de su RC Sí No

Reacción Contratransferencial (RC) del supervisor respecto del paciente

- a) Ternura Sí No



- b) Necesidad de protegerlo/la y ayudarlo/la Sí No
- c) Irritabilidad o enojo Sí No
- d) Miedo Sí No
- e) Indiferencia Sí No
- f) Aburrimiento Sí No
- g) Compasión Sí No
- h) Otra Sí No

Reacción Contratransferencial (RC) del supervisor respecto al terapeuta

- a) Ternura Sí No
- b) Necesidad de protegerlo/la y ayudarlo/la Sí No
- c) Irritabilidad o enojo Sí No
- d) Indiferencia Sí No
- e) Aburrimiento Sí No
- f) Atracción sexual Sí No
- g) Compasión Sí No
- h) Otra Sí No

Impresión del supervisor respecto de la supervisión

- a) El supervisor siente que la supervisión ayudó al terapeuta a lograr mayor comprensión de la problemática del paciente Sí No
- b) El supervisor siente que la supervisión ayudó al terapeuta a resolver dudas sobre el abordaje terapéutico Sí No
- c) El supervisor sintió que confortó/apoyó al terapeuta Sí No
- d) El supervisor sintió que acompañó al terapeuta Sí No
- e) El supervisor sintió que aplacó al terapeuta Sí No
- f) El supervisor sintió que agredió/criticó al terapeuta Sí No
- g) El supervisor sintió que la supervisión confundió al terapeuta Sí No
- h) El supervisor sintió que la supervisión fue inútil/inoperante Sí No
- i) Otra Sí No

Bibliografía

Acosta, S. R. (2002), "Factores asociados a drop-out en tratamientos de psicoterapia con orientación psicoanalítica bajo supervisión", Tesis doctoral, Universidad de Belgrano.

An Open door review of outcome studies in psychoanalysis (2000) <http://www.ipa.org.uk/research/R-outcome.htm>

Baranger, W., Baranger, M. de. (1969), Problemas del campo psicoanalítico. Kargieman, Buenos Aires.

Baranger, M. y W. y Mom, J. (1978), "Patología de la transferencia y contratransferencia



en el psicoanálisis actual: el campo perverso". Revista de Psicoanálisis, 1978, Tomo 35, N° 5.

Bernard, J. M. y Goodyear, R. K. (1992), Fundamentals of clinical supervision. Boston: Allyn y Bacon.

Bion, W., (1962), Aprendiendo de la experiencia, Bs. As., Hormé.

Bleger, J. (1969), Psicología de la conducta. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

Bowlby, J., (1972), Attachment. Londres, Pelican.

Deutsch, H. (1926), "Okkulte Vorgaenge waehrend der Psychoanalyse", Imago, vol. XII.

Ekstein, R. y Wallerstein, R. S. (1958) The teaching and learning of psychotherapy. Nueva York: Basic Books.

Elliot, R. (1983), "That in your hands": A comprehensive process analysis of a significant event in psychotherapy". Psychiatry, 46, 113-129.

English, H. y English, A. (1977), Diccionario de psicología y psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós.

Etchegoyen, H., Klimovsky, G. (1986), Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Amorrortu, Buenos Aires.

Fairbairn, D. (1962), Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires, Hormé.

Ferenczi, S. (1967), Teoría y técnica del psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós.

Freud, S. (1905d) Tres ensayos de teoría sexual, en AE, vol. 7.

(1905e) "Fragmento de análisis de un caso de histeria", en AE., vol. 7.

(1910d) "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica", en AE, vol. 11.

(1914c) "Introducción del narcisismo", en AE, vol. 14.

(1915a) "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III)", en AE, vol. 12.



- (1915c) "Pulsiones y destinos de pulsión", en AE, vol. 14.
- (1916-17) Conferencias de introducción al psicoanálisis, en AE, vols. 15-16.
- (1923b) El yo y el ello, en AE, vol. 19.
- (1926d) Inhibición, síntoma y angustia, en AE, vol. 20.
- (1933a) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, en AE, vol. 22.
- (1940a) Esquema del psicoanálisis, en AE, vol. 23.
- Gill, M., Rapaport, D. (1962), Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica. Pax. México.
- Glover, E. (1952), "Research Methods in Psycho-analysis", Int. J. Psycho-Anal. 33, 403-9
- (1955), The technique of psychoanalysis. Bailliere, Tindall and Co. Londres.
- Guntrip, H. (1965), Estructura de la personalidad e interacción humana: la síntesis progresiva de la teoría psicodinámica. Buenos Aires, Paidós.
- (1969), "Schizoid phenomena, object relations and the self". Nueva York, International University Press.
- (1973), El self en la teoría y la terapia psicoanalíticas. Buenos Aires, Amorrortu.
- Holloway E. L. y Poulin, K. (1994), "Discourse in supervision", en Siegfried (Ed.), Therapeutic and everyday discourse as behavioral change: Towards a micro-analysis in psychotherapy process research. Norwood, NJ: Ablex.
- Heimann, P. (1950), "On counter-transference", Int. J. Psycho-Anal, 31, 1-2, 1950.
- Klein, M. (1974-76), Obras completas. Buenos Aires. Paidós Hormé.
- Lambert, M. J. y Ogles, B. M. (1997), "The effectiveness of Psychotherapy Supervision", en C. E. Watkins Jr.(Ed) Handbook of Psychotherapy Supervision (pp 421-446), Nueva York: Wiley y Sons.
- Liberman, D. (1976), Lenguaje y técnica psicoanalítica. Kargieman. Buenos Aires.



Linehan MM (1980), "Supervision of behavior therapy", in AK Hess (Ed), Psychotherapy supervision: Theory, research and practice (pp. 148-180), Nueva York: Wiley.

López Moreno, C. M. et al. (1997), "Nuevas aportaciones al estudio de la técnica psicoanalítica", en La práctica analítica actual. Reflexiones sobre la técnica, págs. 517/523, XXV Congreso interno y XXXV Symposium, Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires.

(1999), "Investigación empírica y psicoanálisis. El desafío de investigar respetando el encuadre analítico", Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, LVI, 3, 667/694.

(2000), "Aplicación a lo largo de dos años de tratamiento de técnicas clínicas y empíricas. Estudio de caso único", II Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoanálisis y Psicoterapia y V Encuentro del Capítulo Sudamericano de la Society for Psychotherapy Research, Gramado, Brasil.

(2000), "Protocolo de elementos diferenciales para el diagnóstico psicodinámico (EDDP), 2000, II Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoanálisis y Psicoterapia y V Encuentro del Capítulo Sudamericano de la Society for Psychotherapy Research, Gramado, Brasil.

(2000), "Incidencia en la tarea clínica de la pertenencia a un grupo de investigación empírica", en Análisis terminable e interminable y el año 2000. La clínica, I, págs 199-205. Buenos Aires.

(2000), "Los aportes de la investigación empírica a la supervisión de un caso clínico", XXIII. Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, organizado por FEPAL. Gramado, Brasil.

(2001), "Impact of the inclusion of DEPD in the clinical and training supervisory sessions that were required for its application", 32 Encuentro de la Society for Psychotherapy Research, Junio, Montevideo, Uruguay. Panel titulado: "A New Instrument Presentation to be Applied in Supervision Session".

Pichon Riviere, E. (1980), Teoría del vínculo. Buenos Aires, Nueva Visión.

Poole, M. S.; Folger, J. P. y Hewes, D. E. (1987), "Analyzing interpersonal interactions", en M. E. Roloff y G. R. Miller (Eds), Interpersonal processes: New directions in Communication research (pp.221-256), Newbury Park, CA: Sage.

Racker, H. (1969), Estudios sobre técnica psicoanalítica. Paidós. Buenos Aires.



Thomä, H., Kächele, H. (1989), Teoría y práctica del psicoanálisis I: Fundamentos. Herder, Barcelona.

Valls, J. L. (1995), Diccionario freudiano, Madrid, Yebenes.

Wampold, B. E. y Holloway, E. (1997), "Methodology, Desing, and Evaluation in Psychotherapy Supervision Research", en C. E. Watkins Jr. (Ed) Handbook of Psychotherapy Supervision (pp 11-30), Nueva York: Wiley y Sons.

Wampold, B. E. y Kim, K. H. (1989), "Sequential analysis applied to counseling process and outcome: Acase study revisited", Journal of Counseling Psychology, 36, 357-364.

Watkins, C. E., Jr (1997), "Defing Psychotherapy Supervisory and understandind Supervisory Functioning", en C. E. Watkins Jr. (Ed) Handbook of Psychotherapy Supervision (pp 3-10), Nueva York: Wiley y Sons.

Watkins C. E. (1997), Handbook of Psychotherapy Supervision, Nueva York, JWYsOns.

Winnicott, D. (1957), Through paediatrics to psychoanalysis. Londres.

Primera versión: 30 de abril de 2002

Aprobado: 18 de octubre de 2002