

CONCLUSIONES DE UNA INVESTIGACIÓN ACERCA DE ALIANZA TERAPÉUTICA Y CAMBIO CLÍNICO EN PACIENTES PÚBERES

CONCLUSIONS OF AN INVESTIGATION ON THE THERAPEUTIC ALLIANCE AND CLINICAL CHANGE IN PATIENTS IN THE PUBERTY STAGE

Jorge Goldberg¹

Resumen

En nuestra investigación utilizamos un método sistemático psicoanalítico de análisis del discurso, el algoritmo David Liberman (ADL) para estudiar la alianza terapéutica y el cambio clínico en el vínculo concreto entre paciente y terapeuta. La muestra se constituyó con tres fragmentos de sesión de dos pacientes, de entre 11 y 12 años. Analizamos frases, actos motrices y para verbales para detectar 1) escollos y contribuciones que paciente y terapeuta aportan a la alianza terapéutica y el cambio clínico 2) relaciones entre alianza terapéutica y cambio clínico en el momento óptimo de la sesión. Finalizamos el trabajo haciendo un panorama del estado del arte

Palabras clave: alianza terapéutica, cambio clínico, sesión concreta, ADL.

Abstract

Our research is based on a systematic psychoanalytical method for discourse analysis, the David Liberman algorithm (DLA), to study the therapeutic alliance and clinical change in the prevailing connection between patient and therapist. The sample was made up of three session segments pertaining to two patients, about 11 and 12 years old. Speech acts, motor acts and paraverbal acts were analyzed to detect 1) obstacles and contributions that patient and therapist bring to the therapeutic alliance as well as to clinical change, 2) relations between therapeutic alliance and clinical change taking place in peak moments of the sessions. The article closes with an overview of the state of the art.

Keywords: therapeutic alliance, clinical change, actual session, DLA.

Introducción

En nuestra investigación utilizamos un método sistemático psicoanalítico, el algoritmo David Liberman (ADL) para estudiar la alianza terapéutica y el cambio clínico en el vínculo concreto entre paciente y terapeuta.

¹ Psicoanalista, Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES). Docente de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES). Psicólogo de planta del Hospital Muñiz.

La muestra se constituyó con tres fragmentos de sesión de dos pacientes, Juan y Teodoro los que contaban entre 11 y 12 años.

Los instrumentos del ADL a los que apelamos fueron: el análisis de las frases, de los actos motrices y los elementos para verbales.

Entre los objetivos que nos planteamos, los principales fueron:

- Estudiar en qué consisten los aportes constructivos\obstructivos que hacen a la alianza terapéutica y el cambio clínico el analista y el paciente púber.
- Ampliar los conocimientos acerca de la relación entre la alianza terapéutica y cambio clínico en pacientes púberes estudiando el vínculo paciente–analista en sesiones concretas.
- Considerar si cabe hacer algún aporte al concepto de “momento óptimo de una sesión”.

Definiciones conceptuales

Alianza terapéutica constructiva y obstructiva: la definición de alianza terapéutica que utilizamos surge del aporte de psicoanalistas clínicos como W. Bion (1969), ulteriormente sistematizada por D. Liberman (1972). La contribución de estos autores da lugar a evaluar los aportes cooperativos y los obstructivos de cada uno de los sujetos respecto del proceso clínico.

En relación con el analista, las intervenciones clínicas concretas son nuestra referencia a la hora de evaluar la calidad de su aporte al tratamiento. Consideramos dos criterios:

1. La contribución óptima del terapeuta requiere del *rapport*: es el estado anímico del terapeuta que, en cada sesión, se abre a captar aquello nuclear que puja por expresarse en el paciente en una sesión: el punto de urgencia (la angustia o el desvalimiento inherentes a una sesión concreta). Cobra una gran importancia la capacidad para captar el surgimiento de los nuevos problemas. Esta aptitud habilita al analista para hallar nexos significativos en un material clínico que hasta el momento, le resultaba incomprensible. El proceso se cierra con el logro de trasmudar esos hallazgos en interpretaciones precisas.
2. Es fundamental la capacidad de rectificarse del analista (afinar la perspectiva de los problemas del paciente, la propia modalidad de intervención).

El terapeuta incurre en alianza terapéutica obstructiva en la medida en que no logra detectar el punto de urgencia en un determinado momento del tratamiento, o cuando

aferrado a enfoques previos no logra descifrar las nuevas problemáticas para las cuales el paciente requiere de la función analítica.

En relación con el paciente, según Liberman (ob. cit.) el paciente colaborador se define por ratificar (con nuevas asociaciones) al terapeuta que con sus intervenciones enfoca hacia un foco de angustia o un problema irresuelto. Tienen una disposición a establecer alianza terapéutica constructiva, es decir: a sentir confianza en el terapeuta (o a expresar abiertamente la desconfianza), a utilizar a la sesión como medio para mejorar de sus síntomas y –por esto último– están dispuestos exponerse, a hablar de sí mismos.

La alianza terapéutica constructiva se vuelve clave en los momentos críticos de la terapia, cuando el terapeuta no encuentra una estrategia que aborde el foco problemático actual, el paciente coopera con su análisis aportando nuevas asociaciones con las que, de modo inadvertido, orienta al terapeuta a corregir su enfoque. Si el desencuentro clínico resulta duradero, el paciente colaborador puede interrumpir el tratamiento, en cuyo caso la decisión no puede catalogarse como resistencial.

En el paciente que obstruye la alianza terapéutica detectamos las siguientes características: una callada desconfianza respecto de la terapia y de las intenciones subyacentes del analista. Concorre a terapia con un objetivo implícito, secreto (por ejemplo, demostrarle al terapeuta que quien necesita ayuda es el analista), que no tiene ninguna relación con la propia mejoría clínica (Bion, 1966b). En el vínculo terapéutico cuando el terapeuta trabaja carente de una orientación que lo guíe hacia los núcleos problemáticos del paciente en condición obstructiva, este produce un material que alienta al terapeuta a continuar insistiendo en esa línea de trabajo infructuosa. En caso que el analista oriente sus intervenciones hacia un foco de angustia, el paciente obstructivo activa sus resistencias y responde produciendo asociaciones que tienden a desorientar al analista respecto de la pertinencia del rumbo clínico.

Definición de cambio clínico intrasesión: Freud (Maldavsky 2004) tiene tres criterios para evaluar la existencia del cambio clínico. En esta investigación hacemos eje en uno de ellos: el metapsicológico. Este considera como piedra de toque para considerar el éxito\fracaso de un tratamiento la existencia de modificación en las defensas. Es el indicador más confiable a la hora de establecer la mayor\menor estabilidad de las modificaciones psíquicas logradas en el proceso terapéutico. En un tratamiento pueden darse situaciones como que las defensas patógenas no se modifiquen, o incluso que el cambio clínico sea negativo, es decir: que las defensas vigentes en el inicio del tratamiento se sustituyan por otras de peor calidad (por ejemplo que, si la defensa clínica prevalente es la desmentida, esta sea relevada por una desestimación). El cambio clínico benigno intrasesión consiste en que se produzca un cambio de defensas patógenas por otras de mejor calidad en el marco del diálogo terapéutico.

Definición del concepto de momento óptimo en la experiencia terapéutica: Bion (1969), Liberman (1970) y Etchegoyen (1991) perfeccionaron una versión clásica del concepto. Sostienen que consiste en una experiencia cognitivo-emocional, tanto para el terapeuta como para el paciente. Coinciden en que el proceso se desencadena en el terapeuta, cuando detecta en un conjunto de hechos clínicos, hasta entonces incomprensibles, un orden. Se vuelve inteligible un sector de la vida anímica del paciente. Si el analista logra formular una interpretación mediante la cual, transmita su intelección al paciente, termina de dar curso a su propia experiencia emocional que involucra el descubrir y comunicar. El analizante despliega una vivencia de *insight*, en la medida en que la interpretación del analista le brinde un conocimiento nuevo de sí mismo y que al mismo tiempo modifique las defensas resistían ese descubrimiento (Etchegoyen, ob. cit.).

Definición de relación entre alianza terapéutica y cambio clínico: Liberman afirma que en los momentos óptimos de un tratamiento, se alcanza una complementariedad entre los miembros de la pareja terapéutica. El terapeuta, conectado empáticamente, logra captar el punto de urgencia psicopatológico del paciente y suministrarle unas estructuras sintácticas, las que proveen al paciente de las matrices de la lengua de las cuales carece por efecto de las defensas patógenas. El paciente a su vez, reacciona accediendo al *insight* y reafirmando o mejorando en su confianza en el terapeuta. Las intervenciones clínicas óptimas tienen un doble efecto en el analizante: aportan en la superación de las dificultades (cambio clínico) así como también en el aumento de la confianza (*rapport*, alianza terapéutica) en el terapeuta.

Síntesis de los resultados derivados de la aplicación del método

Al momento de elaborar las conclusiones, hemos tomado ciertas decisiones:

- Restricción de la muestra: considerando que nuestra investigación privilegia el análisis de los cambios que se constatan en la alianza terapéutica (constructiva/obstructiva) y el cambio clínico (negativo/positivo), decidimos restringir aún más nuestra muestra. Hemos seleccionado, de los tres fragmentos que disponemos por paciente, uno de Juan y otro de Teodoro. Concretamente: elegimos el segundo de Juan y el primero de Teodoro. La razón por la cual los escogimos es que en ambos constatamos una trayectoria, según la cual, el vínculo atraviesa momentos obstructivos en los que paciente y terapeuta aportan negativamente, y luego se verifica una modificación en la calidad de los aportes con que paciente y terapeuta contribuyen a la alianza terapéutica y el cambio clínico. De modo que las conclusiones que siguen se basan en el estudio pormenorizado de estos dos fragmentos.
- Utilizar el concepto de complementariedad estilística en una versión más matizada que la que el propio D. Liberman propuso a la comunidad científica. Recordemos que este autor describe el aporte complementario del analista en término de ciertas “estructuras sintácticas” (faltantes en el paciente por efecto de las defensas patógenas). En esta investigación, el estudio pormenorizado de las intervenciones del

terapeuta que contribuyen a la calidad de la alianza terapéutica y al cambio clínico benigno, nos revela que las mismas no son meramente frases, más bien constan de elementos diversos (actos de habla, motricidad, etc.). Denominamos variedad expresiva del terapeuta a la implementación de diversos recursos expresivos: frase, motricidad, etc. para transmitir una significación –o un grupo reducido de significaciones– en una misma escena o en escenas contiguas (desplegamos esta cuestión en los puntos 2 y 3). El terapeuta que dispone de una variedad expresiva puede aportar al paciente una complementariedad estilística matizada (compuestas por frases, movimientos, etc.), no reducida exclusivamente al discurso verbal.

Las propuestas que siguen son aportes de nuestra investigación para hacer más tangible el concepto de alianza terapéutica constructiva en paciente y en terapeuta.

1. Respecto de la contribución de paciente y terapeuta a la calidad de la alianza terapéutica

Aportes del paciente: logramos describir dos modos por los cuales estos pacientes contribuyen a la calidad de la alianza terapéutica.

a) Del modo más consabido, ante una intervención del analista destinada a lograr o mejorar la confianza o sintonizar con un problema, el paciente reacciona ratificando al terapeuta.

b) Mediante una iniciativa espontánea del paciente –destinada a construir/mejorar un sentimiento de confianza en el terapeuta– la cual se apoya en una materia prima proveniente del terapeuta (por ejemplo, ciertos procedimientos psíquicos a los que apela mientras trabaja) Veamos como ejemplo el segundo fragmento de Juan: mientras el terapeuta aconseja al paciente corregir su posición de tiro, considerando sus reiterados yerros, el paciente se mantiene reticente a su influjo. Solo luego, cuando el propio terapeuta en los hechos se autocritica respecto de su estrategia de aconsejar, y cambia el eje de sus intervenciones, el paciente se decide a modificar su lugar de tiro en función de sus resultados. *Es decir: el paciente acoge la propuesta terapéutica, no cuando el analista la sugiere directamente, sino solo luego de estar preparado para hacerlo. Lo que creemos que ocurre en Juan, entre el rechazo a la propuesta del analista y su admisión, es que despliega un proceso de construcción/mejoría de su confianza en el analista. El escrutinio de los hechos clínicos nos permite inferir que uno de los elementos a los que el paciente apela para fortalecer su confianza es haber registrado la disposición del terapeuta a apelar al método ensayo\ error respecto de sus propias intervenciones. Solo luego de que el terapeuta ejerza la autocorrección Juan mejora su confianza en el analista. El logro de este proceso psíquico tiene entre sus condiciones, que el paciente disponga de un tiempo de espera interno, el necesario hasta que las manifestaciones del terapeuta brinden el material requerido.*

Cabe agregar que la novedosa conducta de Juan en sesión: buscar lugares de tiro desde los que pueda mejorar su eficacia, tiene como fundamento una adquisición psíquica: la introyección de una función pensante (que se vale de la metodología del ensayo/error para orientar su proceder).

En consecuencia, concluimos: un aspecto importante del aporte del paciente a la alianza terapéutica constructiva resulta un movimiento activo por construir/mejorar la calidad de la alianza terapéutica con el terapeuta. En el esfuerzo por lograrlo puede introyectar ciertas características del trabajo del analista en sesión, como la capacidad de rectificarse de sus errores.

Aportes del terapeuta

Variedad expresiva concurrente: El terapeuta muestra su capacidad del rescatarse de las estereotipias con I) su capacidad de auto rectificación y II) su variedad expresiva concurrente, esta incluye dos aspectos: a) variedad expresiva: refiere a disponer de riqueza en el repertorio de recursos, en función de las necesidades anímicas del paciente y b) expresión concurrente: se refiere a la coherencia, la capacidad de transmitir una misma significación utilizando diversos canales (por ejemplo, utilizar frases y actos motrices para estimular en el paciente el respeto por el contrato terapéutico).

Veamos como ejemplo: en el segundo fragmento de Juan durante los dos primeros tercios de la sesión, el terapeuta a grandes rasgos, realiza dos tipos de intervenciones. Algunas son motrices: los tiros al blanco (lo ubican en el lugar de modelo –FG– en relación con el cumplir las reglas de juego –A2–), y otras son frases, entre ellas abundan los consejos respecto a que el paciente, quien yerra los disparos, cambie su posición de tiro. Juan en ese lapso se aferra con euforia al fracaso. Respecto de la palabra del analista, Juan en los dos primeros tercios del intercambio, adopta una actitud desafiante. En el último tercio de la sesión el paciente troca desafío por confianza en la palabra del terapeuta, lo que inferimos del hecho de que efectúa el cambio psíquico (desactiva el festejo del fracaso, asume el método ensayo/error, se compromete en el juego competitivo), apoyándose en las intervenciones del terapeuta. Entre el momento en que Juan rechaza y el que acepta las propuestas analíticas, ocurre algo: el analista ejerce una rectificación en su estilo de intervención: cesa de usar el lenguaje FU. Sigue utilizando su motricidad en el arrojado de proyectiles (ubicándose en el lugar de modelo en lo que respecta a cumplir las pautas establecidas entre ambos) y apela a frases A2 con las que produce reglas de juego y convoca a que –tal como el propio terapeuta lo hace– el paciente las respete.

Detectamos variedad expresiva cuando el terapeuta detecta que el lenguaje FU es clínicamente contraproducente y lo sustituye por frases A2, con lo que pone en juego su variedad de recursos

Detectamos expresividad concurrente, en las frases y actos motrices A2, los que potencian recíprocamente su elocuencia y resaltan la siguiente significación de respetar las reglas a las que el propio terapeuta se atiene. En esta ocasión, la expresividad concurrente consiste en una coherencia del terapeuta entre su decir y su hacer.

b) Complementariedad matizada del terapeuta y cambio clínico

Cuadro: Hallazgos referidos a la complementariedad matizada y cambio clínico. Una síntesis

Paciente Combinación de defensas y pulsiones	Terapeuta Variedad expresiva
I) Desmentida + O1	Copresencia de acto motriz (A2/FG) + acto de habla A2
II) Desmentida + O1 y A1	Copresencia de acto motriz (A2/FG) + acto de habla A2
III) Desestimación + LI y desmentida +O1	Tándem de intervenciones A2 (contrato, anticipación y síntesis)

Como ejemplo exponemos con más detalle el punto I)

- I) Copresencia de las intervenciones que reúnen acto motriz (A2/FG) y acto de habla A2 respecto de la desmentida combinada con O1

En el primer fragmento con Teodoro la propuesta inicial del paciente, aprender del analista sin que este lo advierta (ver 1P). Esta escena expresa la desconfianza y las defensas patógenas (desmentida combinada con O1).

El terapeuta en primer término responde con su motricidad (mover las fichas del juego de Damas). Estos actos motrices tienen un doble valor: A2 (las acciones son acordes al reglamento) y FG (el terapeuta jugando se constituye en un ejemplo de un modo de jugar: considerando las reglas) Luego –ver 1A– apela a tres frases A2 (un imperativo condicional y dos de contrato: lee el reglamento de juego y presenta opciones). Este conjunto de intervenciones (que combina actos motrices y frases), puede ingresar en la definición que propusimos de concurrencia expresiva por parte del terapeuta (ver arriba)

Existe una copresencia entre el hecho de que el analista intervenga apelando a la concurrencia expresiva (combinando intervenciones motrices –A2/FG– y frases A2) y las respuestas de Teodoro (4P, 10P), quien opta por decisiones que expresan un cambio defensivo benigno: cesa en la desmentida combinada con O1 y pasa a jugar aprendiendo de la experiencia, sosteniendo la decisión de jugar solo hasta el final (10P), atravesando la vivencia de perder, necesaria para iniciarse en el juego competitivo

En consecuencia concluimos que la concurrencia expresiva del terapeuta puede –además de contribuir en la alianza terapéutica constructiva– aportar en el cambio clínico benigno del paciente

2. Modalidad de relación entre alianza terapéutica y cambio clínico

2a) Copresencia entre la variedad expresiva concurrente del terapeuta y las modificaciones constructivas del paciente respecto de la alianza terapéutica y al cambio clínico

En el segundo fragmento de Juan durante los dos primeros tercios de la sesión, el terapeuta luego de advertir que muy frecuentemente los tiros del paciente resultan erráticos, le sugiere rectificar su colocación, que se ubique en línea recta al blanco. Estas sugerencias son acordes al propio hacer del analista, quien ejecuta exitosamente sus tiros ubicándose en dirección recta al blanco. Juan en ese lapso, se aferra desafiadamente al fracaso, al que confiere una tonalidad festiva. Durante el último tercio de la sesión las mencionadas sugerencias del terapeuta, son exploradas por Juan. Entre el período del desafío y el de dejarse influir por la palabra del terapeuta ocurre algo: el terapeuta quien ejerce una rectificación de su estilo de intervención Cesa de apelar al lenguaje FU, se centra en intercalar los actos de arrojar con precisión, acorde a reglamento (A2) con frases A2, las cuales enfatizan en aspectos del contrato de juego convocando al analizante a respetar el contrato (juego competitivo, tiros al blanco acorde a ciertas reglas).

El proceder del analista durante el transcurso de la sesión va ganando en expresividad concurrente en al menos dos sentidos:

- a) se atiene al mismo contrato que solicita que el paciente cumpla: sus actos de arrojar el proyectil están sujetos a las mismas reglas a las que pide que el paciente respete.
- b) con sus frases A2 rectifica en los hechos su modalidad de intervención previa (basada en sugerencias FU). De este modo ejerce consigo mismo la actividad autocrítica que aconsejó que el paciente ejerciera en el primer tercio de la sesión.

El analista utiliza la variedad expresiva al cesar de apelar a frases FU y hacer uso de otros recursos: las frases (A2) y actos motrices (A2, FG) para trasuntar un mensaje: el de actuar acorde a reglas asumiendo una actitud correspondiente a la de un juego competitivo.

El ejercicio por parte del terapeuta de esta variedad expresiva concurrente en los hechos, es copresente con el logro de Juan: estabilizar el control de su precipitación motriz y cesar en sus exclamaciones eufóricas. Incluso más: en el cierre del fragmento Juan modifica espontáneamente su posición de tiro, adoptando ahora una ubicación en línea recta al blanco (se trata del mismo lugar que el analista le aconsejó, infructuosamente utilizar para sus tiros).

Consideramos posible que Juan logre captar la referida variedad expresiva concurrente del analista, y que eso, probablemente influya en dos direcciones simultáneamente:

- Una modificación constructiva de la alianza terapéutica (actitud más confiada en la palabra del terapeuta, abrirse a considerar sus propuestas).
- Una efectuación del cambio clínico (al explorar las sugerencias del terapeuta, en los hechos, desactiva las defensas patógenas e inviste otras, funcionales, que dan lugar a explorar el juego competitivo).

2b) Respecto de la relación entre alianza terapéutica y cambio clínico: el análisis del segundo fragmento de Juan nos permite observar que el pasaje desde un momento caracterizado por el desencuentro clínico (los dos primeros tercios de la sesión) a otro (el último tercio) en que los aportes a la alianza terapéutica son cooperativos por parte de ambos, a la vez que en el paciente se detecta un cambio defensivo benigno. Detectamos que alianza terapéutica y cambio clínico se modifican constructivamente de modo prácticamente simultáneo, lo cual resulta un hallazgo sugerente. Conjeturamos que el encuentro entre la variedad expresiva concurrente del terapeuta y la disposición del paciente a investirla y aprovecharla psíquicamente, puede dar lugar a una experiencia emocional que contribuya a promover el salto cualitativo que detectamos en la calidad de la alianza terapéutica y en la estructura defensiva. W. Bion (1966a) hace un planteo parcialmente afín a estos hallazgos cuando sostiene que el descubrimiento de la coherencia constituye una experiencia emocional. Apoyados en este aporte podemos suponer que la alianza terapéutica y el cambio clínico, pueden modificarse armónicamente en el marco de experiencias emocionales específicas, acaecidas en durante la sesión concreta.

Aporte principal de esta investigación

Este estudio resulta un trabajo pionero en investigación empírica respecto de la alianza terapéutica y el cambio clínico centrado en las sesiones mismas. Plantea algunas conclusiones sugerentes, las que sintetizamos apretadamente a continuación: nuestra contribución se enfoca en la descripción del pasaje desde un momento de desencuentro clínico hacia un momento óptimo en la relación terapéutica, en el cual la alianza terapéutica y el cambio clínico se modifican constructiva y simultáneamente. Este logro requiere de una disposición colaboradora por parte del paciente y de una actitud no estereotipada de parte del terapeuta. El analizante coopera concretamente, sea ratificando al analista en las intervenciones que hacen foco en sus aspectos problemáticos, sea con lo que denominamos iniciativas genuinas. Estas iniciativas genuinas del paciente, apuntan a invertir un aspecto del trabajo del terapeuta en sesión (p. ej.: su disposición autocrítica) con lo que aumenta la confianza y la disposición al cambio constructivo. El terapeuta muestra su capacidad del rescatarse de las estereotipias con su capacidad de auto rectificación y con su variedad expresiva concurrente, la cual incluye dos aspectos: a) el disponer de riqueza en su repertorio de recursos, en función de las necesidades anímicas del paciente: en el segundo fragmento de Juan, cuando el

terapeuta detecta que el lenguaje FU es clínicamente contraproducente y lo sustituye por frases A2, pone en juego su variedad de recursos y b) coherencia entre su decir y su hacer: en esta ocasión, frases y actos motrices A2, los que potencian recíprocamente su elocuencia y su significación.

La vivencia de una sinergia entre el analista que aporta variedad expresiva concurrente, allí donde el paciente está pronto a descubrirla, constituye una experiencia emocional que constituye el empuje hacia la modificación de la alianza terapéutica y el cambio clínico constructivo.

Bibliografía

Abrishami, Golee F. (2009). Therapeutic Alliance and Outcomes in Children and Adolescents Served in a Community Mental Health Setting. Therapeutic Alliance and Outcomes in Children and Adolescents Served in a Community Mental Health Setting. En *All Theses and Dissertations. Paper* (1669). Recuperado de: <http://scholarsarchive.byu.edu/etd/1669> <http://scholarsarchive.byu.edu/etd/1669>

Bion, W. (1966a). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.

Bion, W. (1966b). *Elementos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.

Bion, W. (1969). Notas sobre la memoria y el deseo. *Revista de Psicoanálisis*, 3(XXVI).

Etchegoyen, R. Horacio (1991). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Liberman, D. (1970). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Liberman, D. (1972). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (T. II). Buenos Aires: Nueva Visión.

Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Midgley, N. & Kennedy, E. (2007) (Edit.). *Process and Outcome Research in Child, Adolescent and Parent-Infant Psychotherapy*. A Thematic Review. Londres: North Central London Strategic Health Authority.

Fecha de recepción: 23/03/16

Fecha de aceptación: 15/05/16