



PSICOANALISIS Y DISPOSITIVOS GRUPALES: AYUDA Y PREJUICIOS TEORICOS

Rubén Zukerfeld*

Resumen

Se estudió en diez psicoanalistas la concepción previa que poseían en relación a la ayuda que podría brindar un dispositivo grupal, utilizando una escala de autollena - do que evalúa percepción de ayuda total, por identificación, por información y por expresión emocional (Escala de Funcionamiento Grupal, EFG-25, Zukerfeld, R., 1992, basada en Yalom, 1985) y se la comparó con las respuestas de 27 pacientes de distintos grupos.

Los resultados mostraron que: a) los pacientes se sienten más ayudados por el dis - positivo que lo que los psicoanalistas suponen; b) existe semejanza en la evaluación de la ayuda obtenida por la expresión emocional, pero los pacientes valoran mucho más la ayuda recibida por identificación e información que los psicoanalistas. Se concluye que es necesario revisar ciertos prejuicios teóricos de los psicoanalistas so - bre la noción de ayuda, en particular cuando se trabaja en el campo interdisciplina - rio.

Palabras clave

Ayuda psicoterapéutica; formación psicoanalítica; psicoterapia de grupos

Summary

Previous conception about group psychotherapy help was studied in ten psychoa - nalysts interested in work with psychosomatic patients, compared with 27 patients from different kind of groups using a scale (EFG-25, based on therapeutic factors from Yalom, 1985) that evaluates total help and perception of help related to identi - fication (vg. Universality), information (vg. Guidance), and emotional expression (vg. Catharsis).

Results showed that a) patients felt more help than psychoanalysts beliefs b) patients and psychoanalysts felt the same about the value of emotional expression, but diffe - red about identification and information which were significantly important only for patients.

* Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP). Profesor del Postgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesor de la Maestría en Psiconeuroendocrinología de la Universidad Favaloro.
E-mail: errezeta@arnet.com.ar



It is concluded that is necessary to check the presence of some theoretical prejudices about what is really help, specially when psychoanalysts want to work in interdisciplinary field.

Key words

Psychotherapeutic help; psychoanalytic formation; group psychotherapy.

Introducción

Desde sus inicios, la psicoterapia psicoanalítica ha estado asociada a un proceso que se produce en un marco bipersonal, donde se generó el descubrimiento freudiano. Debido a ello, la formación tradicional del analista se desarrolla principalmente en aquellas condiciones, tanto en su análisis personal como en las supervisiones. Se trata –por otra parte– de la famosa conjunción entre investigación y cura que luego intentará replicar con sus pacientes. Esta secuencia es parte de una historia que ha dado lugar por un lado a un movimiento que ha revolucionado las prácticas psicoterapéuticas de un modo irreversible y por otro ha institucionalizado un rol identitario que es el de psicoanalista de consultorio, con pertenencia o no a las instituciones psicoanalíticas oficiales. En la última década la investigación empírico cualitativa y cuantitativa del proceso y de los resultados ha implicado interesantes controversias a partir del momento que se ha entendido que la producción de conocimiento no puede quedar limitada sólo al modo tradicional de investigación clínica *on line* (Moser, 1992). Es decir, se incrementaron los trabajos destinados a superar una concepción del psicoanálisis como movimiento y fortalecer su lugar como disciplina científica. Es sabido además de la multiplicidad de orientaciones existentes que han devenido en un pluralismo cuyos límites, según Jiménez (2001) citando a Thomä, “están definidos precisamente por la pregunta sobre los factores curativos, cuya respuesta exige investigación empírica en la relación proceso-resultados” (pág. 134).

Por otra parte –como es conocido– los psicoanalistas han extendido sus intervenciones en dos niveles distintos. El primero corresponde al inmenso campo de la psicopatología “no neurótica-no psicótica” que suele ser denominada de diferentes modos y distinto potencial abarcativo. El segundo nivel está vinculado al protagonismo del psicoanálisis en intervenciones en el campo médico-social (enfermedades crónicas, crisis vitales, derechos humanos, problemáticas de género, laborales y sociales en general), donde se ha acumulado una importante experiencia clínica y teórica. Esto ha significado una actividad psicoterapéutica más allá del consultorio, lo cual implica la involucración del psicoanalista en dispositivos multipersonales en marcos interdisciplinarios. Entre las intervenciones que en aquellos campos se realizan, los dispositivos grupales son los de mayor tradición y desarrollo dentro de distintos abordajes y en programas diversos de asistencia y de promoción de la salud. Se debe recordar aquí que, desde el psicoanálisis de grupo de los pioneros hasta el actual psicoanálisis de la configuraciones vinculares, desde los grupos operativos hasta el psicodrama



y desde los dispositivos comunitarios hasta los grupos de autogestión, en toda actividad interdisciplinaria muchos psicoanalistas trabajan en dispositivos grupales (Zimerman y Osorio, 1997).

Estos importantes avances han hecho que en el seno de la formación psicoanalítica teórica y clínica deba reconsiderarse la noción de *ayuda* que se brinda en encuadres distintos del tradicionalmente familiar para el psicoanalista. Existe así un primer problema, consistente en la jerarquización que tiene este concepto –que define cualquier actividad psicoterapéutica– para la psicoterapia psicoanalítica. Es sabido que existen corrientes en psicoanálisis que diferencian efecto analítico de efecto terapéutico, o en que la idea de profundidad –desde la perspectiva del modelo teórico del analista– define lo que sería realmente ayuda. En este sentido corresponde plantear dos grandes problemas actuales. El primero se manifiesta a su vez como dos desfases observables en el campo clínico:

a) Uno de ellos dado por la comprensión teórica del hecho clínico, pero con escasa eficacia terapéutica. Aquí el observable empírico es explicado dentro de una concepción que prescribe determinada gama de intervenciones y proscribire otras alrededor de un eje que define lo que sería “psicoanalítico” y lo que sería “psicoterapéutico”, como si fueran en el campo clínico dos géneros diferentes. Se trata de analistas que “analizan” aunque a veces las demandas del paciente, la familia o las instituciones los obligan a hacer “terapia”, es decir a construir dispositivos o realizar intervenciones que impliquen ayuda.

b) el segundo caracterizado por una comprobable eficacia terapéutica con limitada fundamentación teórica. Aquí, la mejoría del paciente no alcanza a ser comprendida por el modelo teórico que el analista dice tener. Sin embargo, cuando en el marco de las supervisiones se pone en evidencia que un determinado paciente mejoró a raíz de intervenciones que el analista califica de superficiales o “no analíticas”, se produce necesariamente una revisión de la teoría y de la técnica psicoanalítica que semeja –en pequeña escala– a las realizadas por Winnicott o Bowlby en la historia del psicoanálisis postfreudiano.

Existe un segundo problema, que consiste en que en los últimos años tiende a jerarquizarse también la *percepción subjetiva de ayuda o mejoría que describe el paciente* y no sólo la evaluación de la misma que hace el analista. Es interesante señalar aquí que en la historia del psicoanálisis postfreudiano existe también una necesidad de diferenciar el método del modelo médico. Así es que existen fuertes controversias en lo que se entiende como diagnóstico y como cura. Sin embargo, aún suele tener un peso significativo para los psicoanalistas y sus pacientes la noción médica de “dar de alta”. Aunque en este tema ha habido numerosos replanteos paradigmáticos, en algunos ámbitos se mantiene el criterio de autoridad para determinar si el paciente es-



tá mejor o está “curado”. Los cambios en este sentido provienen de los programas de investigación empírico-sistemática, como por ejemplo el de la observación comparativa de psicoterapia psicoanalítica en contextos culturales distintos (Freedman, Hoffenberg, Borus, Eizirik y Knijnic, 1999) que se basan centralmente en las respuestas del paciente a preguntas acerca de la influencia de la psicoterapia en su vida. Este hecho es fundamental en cualquier diseño de investigación de resultados de la psicoterapia y no debiera reducirse –a mi entender– a considerarlo simplícidamente desde la perspectiva de “satisfacción del consumidor”. Se trata en realidad de poner a prueba nada menos que los criterios que los psicoanalistas tienen sobre mejoría, ayuda o cura y la percepción subjetiva que los pacientes tienen de la misma; es decir, la articulación entre determinada formación teórica y la práctica clínica, en especial cuando la actividad terapéutica se realiza en un marco interdisciplinario.

Datos de investigación

1. Hipótesis generales

Las hipótesis generales de este trabajo son que: a) la formación analítica es fuente de una serie de creencias acerca de los factores curativos en psicoterapia que puede no corresponder a las realidades clínicas en determinados contextos; b) la evaluación de mejoría o de ayuda recibida a través de un dispositivo psicoterapéutico es valorada de distinto modo por pacientes y terapeutas así como los mecanismos que la producirían.

Es claro que este tipo de hipótesis pueden ser puestas a prueba de distintas formas. Resulta difícil estudiarlas en procesos psicoterapéuticos individuales debido a la cantidad de variables por controlar y al hecho de que solo podría evaluarse en procesos finalizados, ya que si no fuera así, la “contaminación” transferencial y cierta intromisión en la intimidad de un campo sesgarían a mi entender los datos. Existen por otro lado proyectos de investigación retrospectiva importantes, como los de Leuzinger-Bohlever, Stuhr, Beutel, Rüger y Kaechele (1999), que se han basado en el seguimiento de pacientes analizados por analistas de la Asociación Psicoanalítica Alemana, cuya pregunta básica fue: “¿Corresponden las visiones subjetivas de los ex-pacientes a las de sus analistas, a la de observadores no psicoanalíticos y a los resultados de instrumentos y cuestionarios utilizados en investigación en psicoterapia?”

Por otra parte, como la realidad clínica actual –como señalamos anteriormente– es más bien la del analista en instituciones y en prácticas con todo tipo de pacientes en contextos interdisciplinarios, pareció más útil estudiar cómo los analistas percibían el valor curativo de procedimientos en los que pudieran estar involucrados fuera del campo bipersonal. Se debe recordar aquí que, por ejemplo, la psicoterapia de grupo en Buenos Aires, realizada por los pioneros del psicoanálisis, era en una primera época una forma de asistencia “barata” hasta que el paciente pudiera acceder a lo que se entendía como profundo y curativo, que era el psicoanálisis individual. Si bien esto



hace muchos años ha cambiado radicalmente, pareció interesante poner a prueba las concepciones de analistas modernos, experimentados e interesados en este tipo de tarea psicoterapéutica.

Se trató así de determinar: a) cuál era la evaluación que harían psicoanalistas interesados en trabajar con grupos, acerca de la ayuda que estos dispositivos podrían brindar a sus usuarios, comparada con la percepción de la misma por parte de los pacientes de esos grupos, b) si es que llegaran a existir diferencias significativas en esa comparación, en qué aspectos o variables eran más evidentes.

2. Método

Se desarrolló en tres fases.

Fase 1. Se propone a diez psicoanalistas con experiencia en el campo de la psicósomática participar en un seminario sobre psicoterapia, dispositivos grupales y psicósomática de ocho horas de duración. En el mismo se desarrollan la historia de los grupos en Buenos Aires, las diversas modalidades de trabajo grupal, sus fundamentos y su desarrollo en el campo de la psicósomática, en especial la concepción de los factores curativos de Yalom (1985).

Este autor –después de estudiar las respuestas sobre lo que ayudaba de un grupo, desde la visión de coordinadores de grupos de diferentes orientaciones, comparada con la de los pacientes que participaban de aquellos dispositivos– llega a la conclusión de que existe significativa coincidencia entre terapeutas y pacientes en el valor terapéutico de once factores: a) Cohesión, b) Universalidad, c) Esperanza, d) Altruismo, e) Imitación, f) Información, g) Resocialización, h) Factor existencial, i) Catarsis, j) Experiencia Emocional Correctiva, k) Aprendizaje interpersonal.

Durante el seminario se estudió la relación de estos factores con las nociones de identificación, construcción de ideales, aprendizaje de recursos, expresión emocional y confrontación con la realidad.

Fase 2. Al finalizar el seminario se propuso a los analistas participantes que se *imaginaran a sí mismos coordinando un grupo* o que recordaran efectivamente alguna coordinación que hubieran realizado, y posteriormente se les administró la EFG-25 (Escala de Funcionamiento Grupal), que es un cuestionario basado en la noción de factor curativo de Yalom antes citada, es decir, los factores que se han demostrado eficaces como ayuda terapéutica independientemente del tipo de abordaje grupal¹.

¹ Sus propiedades psicométricas son las mismas que las del trabajo original de Yalom de 60 ítems, de los que se seleccionó los 25 de mayor ranking de sensibilidad, los cuales abarcan los once factores que luego fueron reagrupados en tres ejes (identificación, información, expresión).



Estos factores fueron agrupados en tres ejes: ayuda por *identificación*, (ej. Universalidad, Altruismo) ayuda por *información* (ej. Aprendizaje de recursos, Resocialización) y ayuda por *expresión emocional* (ej. Catarsis, Experiencia Emocional Correctiva) La EFG brinda puntuaciones de 0 a 100 (máxima ayuda percibida) y se considera buena percepción de ayuda a valores de 60 o más puntos para sujetos adultos. Esta escala también había sido administrada en un tiempo anterior a 27 pacientes de tres grupos distintos, pacientes oncológicos, hipertensos y obesos, de modo que el investigador ya conocía los resultados informados por los pacientes. Los psicoanalistas que participaron en el seminario llenaron la escala de acuerdo a lo que *suponían* era el funcionamiento de los dispositivos grupales, y los pacientes de acuerdo a *su experiencia* luego de seis meses de participación en los mismos

Figura 1. Escala de Evaluación del Funcionamiento Grupal (EFG-25)

Ud. leerá a continuación una serie de frases que describen los motivos por los que muchas personas sienten que un grupo las ayuda. Le pedimos que Ud. marque con un número de 0 a 4 aquello que Ud. piensa que ayudaría a los integrantes de un grupo coordinado por Ud.

0: Nada 1: Algo 2: Bastante 3: Mucho 4: Muchísimo

1. Brindarse a otras personas
2. Ayudar a otros y ser importante en sus vidas
3. Pertenecer y ser aceptado por el grupo
4. Mantener contacto íntimo con otra gente
5. Contar cosas que lo avergüenzan y ser aceptado
6. Aprender que no se es el único que sufre o tiene problemas
7. Comprobar que se es tan valioso como otras personas
8. Ver cómo otros resuelven sus cosas y así poder hacer lo mismo
9. Admirar y tratar de comportarse como el coordinador
10. Sentirse estimulado por los demás integrantes
11. Entusiasmarme al ver que otros mejoran gracias al grupo
12. Saber que otros han sido ayudados le da fuerzas
13. Desarrollar la capacidad de estar con gente con experiencia
14. El grupo da la oportunidad de aprender cómo comunicarse
15. Las intervenciones o información que puede dar el coordinador
16. Las sugerencias o consejos del grupo
17. Las sugerencias de un miembro en particular del grupo
18. Aprender cómo expresar los sentimientos
19. Ser capaz de decir lo que le molesta en lugar de guardárselo
20. Aprender en el grupo qué impresión se le causa a la gente
21. Darse cuenta de si se compromete con la gente auténticamente
22. Escuchar lo que otros piensan honestamente de uno
23. Descubrir y aceptar aspectos desconocidos de sí mismo
24. Enfrentar los verdaderos problemas de la vida
25. Aprender que uno es el responsable de hacer los cambios en su vida

Fase 3: Se procedió a la evaluación *in situ* de las respuestas de los psicoanalistas al

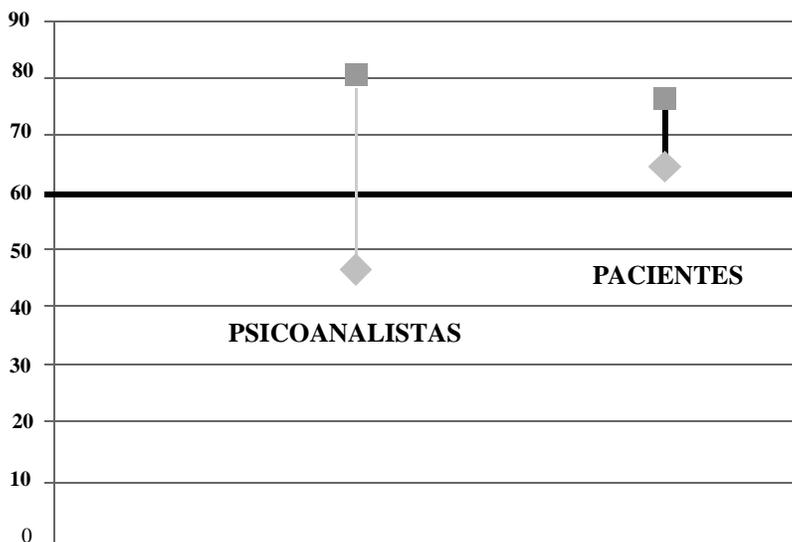


compararlas con las que habían brindado los pacientes y a discutir esa comparación y fundamentar las diferencias si las hubiera.

3. Resultados

a) En la figura 2 se puede apreciar lo siguiente:

Figura 2: Comparación de puntuaciones mínimas y máximas de valoración de ayuda de los dispositivos grupales entre psicoanalistas y pacientes (EFG-25)



Los diez psicoanalistas evaluaron en promedio que la ayuda general que proporcionaría el dispositivo grupal era de 65.2 (de 47 a 80 ps.), mientras que los pacientes de los tres grupos evaluaron en promedio la ayuda recibida en 71.6 (de 66 a 78 ps.). ($p < 0.05$)

b) En la figura 3 puede apreciarse la evaluación y las diferencias entre los diez psicoanalistas en la valoración de los mecanismos de ayuda. Siete sobre diez psicoanalistas (los números 1,3,4,6,7,9 y 10) otorgan la mayor puntuación a la expresión emocional mientras que dos de los psicoanalistas (números 5 y 8) se la dan a la información como ayuda, y solo el número 2 se la atribuye a la identificación.



	Identificación	Información	Expresión	General
1	68.7	60	71.8	68
2	70.8	70	65.6	69
3	75	70	87.5	78
4	79.1	70	87	80
5	64.6	70	62.5	65
6	52.1	60	71.8	60
7	50	45	75.6	54
8	45.8	60	46.8	49
9	68.7	80	96.8	80
10	35.4	50	62.5	47
X	61.02	63.5	72.79	65
SD	14.28984099	10.55409347	14.69538476	12.33783

En la figura 4 se comparan las puntuaciones medias de ambos grupos para los tres factores de ayuda. Se observa lo siguiente:

Valor atribuido a la identificación como ayuda

Psicoanalistas 61.0 (7.2) vs Pacientes 71.0 (4.8) ($p < 0.01$).

Valor atribuido a la información como ayuda:

Psicoanalistas 63.5 (6.8.) vs Pacientes 72.3 (5.2.) ($p < 0.05$)

Valor atribuido a la expresión emocional como ayuda:

Psicoanalistas 72.7 (4.2) vs Pacientes 72.0 (4.3) (p NS)

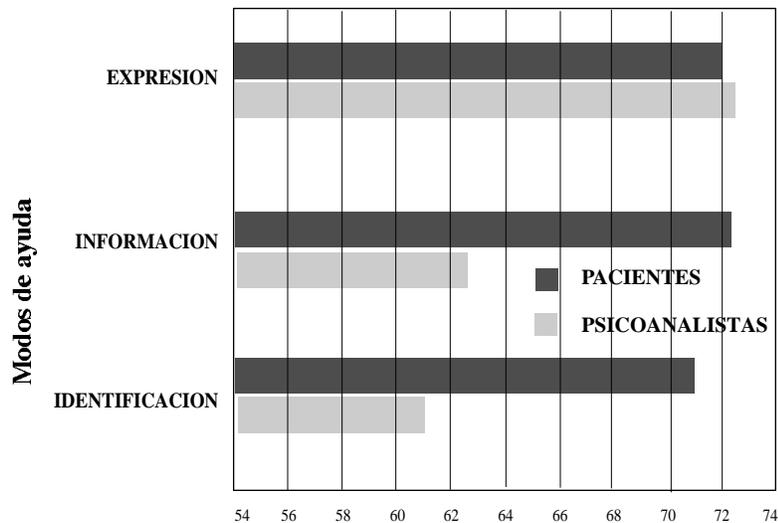
c) La explicación de las diferencias por parte de los analistas se puede sintetizar en dos conjuntos de respuestas comunes. El primero estuvo caracterizado por una tendencia a jerarquizar la intervención interpretativa del psicoterapeuta por sobre las dinámicas interpersonales que giran alrededor de los mecanismos identificatorios entre los integrantes del grupo. El segundo conjunto de explicaciones giró alrededor de la minimización del valor de las sugerencias de los miembros del grupo como factor curativo en función del valor atribuido por los psicoanalistas a las frases 16 y 17 de la escala, que fueron las de menor puntuación

4. Discusión

En este estudio se demuestra que en general los pacientes de los grupos se sienten *más ayudados por el dispositivo que lo que los psicoanalistas suponen*. Aquí se debe tener en cuenta que en esta investigación se trata de profesionales que han



Figura 4: Valoración comparativa de distintos tipos de ayuda de un dispositivo grupal



Puntuación - Escala de funcionamiento grupal (EFG-2S)

tenido que basar sus respuestas en sus conocimientos teóricos y en sus sentimientos personales, sin compartir la experiencia clínica con los pacientes, que funcionaron como grupo control. En este sentido, en un estudio anterior (Zukerfeld,1999) se evaluó a los coordinadores de esos grupos que mostraron diferencias parciales de poca relevancia en comparación con la percepción de los pacientes.

Es importante destacar que existe igual valoración de la ayuda brindada por la expresión emocional en psicoanalistas y pacientes, pero hay *diferencias significativas en cuanto a valorar la identificación y la información como ayuda*. Entre los pacientes existe una uniformidad en la percepción de ayuda, de modo que parecen sentirse igualmente beneficiados por los factores que dependen de mecanismos vinculados con la identificación (universalidad, esperanza) como por aquellos que dependen de la información y los asociados a la expresión emocional. En cambio, los psicoanalistas minimizan comparativamente los dos primeros factores y *reflejan cierta concepción preexistente acerca de que la única o principal ayuda que brindaría un grupo, es la de la expresión emocional*, en detrimento de los mecanismos identificatorios y



de adquisición de conocimientos. Si se otorga valor a la evaluación que hacen los pacientes de las intervenciones psicoterapéuticas, los resultados de este estudio plantean un desfase que es conveniente poner en evidencia.

En realidad, los psicoanalistas que participan en el estudio se habían mostrado muy interesados por los dispositivos grupales y habían trabajado en el seminario sobre el valor de la identificación y de la información como factor curativo. Se puede pensar aquí que el origen de la escasa valoración de estos factores de ayuda se haya debido a cierta ineficacia del docente en la transmisión del valor que tiene la identificación y la información en los dispositivos grupales. Sin embargo, las experiencias clínicas de varios de los psicoanalistas participantes del seminario, en el contacto y conocimiento de grupos en servicios hospitalarios -diseñados para diversas patologías y para enfocar crisis vitales, y en tareas de prevención- corroboraba lo que se discutía en el seminario.

A pesar de ello, sus respuestas a la EFG-25 demuestran lo que pensamos como una suerte de inercia de la formación psicoanalítica, entendiendo como tal al mantenimiento de un *prejuicio no totalmente formulado*, es decir un conjunto de creencias sostenidas pese a evidencias opuestas. Esto quiere decir que, a pesar de su interés y su experiencia, los psicoanalistas no pudieron imaginar: a) que un grupo podría brindar tanta ayuda como la que manifiestan los pacientes, b) que la identificación y la información podrían tener semejante valor curativo para los pacientes que el trabajo con la interpretación de los emergentes emocionales, al menos en el campo de la enfermedad crónica

Conclusiones

Es importante señalar que existe una enorme presencia de psicoanalistas trabajando en equipos interdisciplinarios en tareas asistenciales y preventivas en distintas instituciones públicas y privadas. Teniendo en cuenta que en este vasto campo médico social existen dispositivos grupales que funcionan con énfasis en la autogestión y en la psicoeducación, la integración de psicoanalistas a los mismos implicaría la necesidad de revisar ciertas concepciones que pueden funcionar como prejuicios teóricos. Desde una perspectiva más amplia, esto significa *que la investigación en psicoterapia no puede dejar de tener en cuenta las creencias de sus oficantes*. En este sentido, Bernardi (1993) señala agudamente la existencia de “un campo *oscuro* cuyo estudio está abierto, que tiene que ver con los supuestos implícitos que influyen en la forma como el analista se representa el proceso terapéutico” y “que no coincide exactamente con la contratransferencia ya que *estos supuestos existen antes de que llegue el paciente*, no le son específicos, son como una disposición general del analista y no se procesan en la relación con el paciente, sino que tocan aspectos que tienen que ver con la relación interna del analista con sus propios maestros, *su propio proceso de formación*, sus amores y odios inconscientes, sus figuras de autoridad, su lealtad, to-



dos sus conflictos internos con la comunidad analítica” (pág.74) (la cursiva es mía). Creo que este autor se está refiriendo claramente a lo que planteamos como prejuicio.

Aquí conviene tener en cuenta que la historia del movimiento psicoanalítico y sus instituciones se suele confundir con la de la disciplina psicoanalítica. De este modo, muchas veces se ha llamado en el quehacer clínico “investigación” a la aplicación procustiana de conglomerados doctrinarios que se realimentan a sí mismos. Es así que se puede dar la paradoja de investigaciones en psicoterapia donde, por ejemplo, se estudian procesos y resultados sin interrogar de algún modo acerca de lo que piensan o sienten los pacientes en relación con los mismos.

En las reflexiones que realiza Jiménez (1991) sobre el valor del psicoanálisis en la construcción de psicoterapias como tecnología apropiada, se plantea que “las variables que han demostrado afectar más los resultados son las que dependen del paciente” y que “es necesario que el paciente entienda muy bien qué es lo que se espera de él durante el tratamiento y qué es lo que él puede esperar de su terapeuta” (pág. 34-35).

Es claro entonces que probablemente sea útil considerar algunos aspectos de la educación psicoanalítica, en la medida en que la misma tenga en cuenta la afirmación anterior, y especialmente si es pensada para campos más extensos de intervención. En este aspecto conviene precisar lo siguiente: la formación psicoanalítica puede estar orientada implícita o explícitamente a transmitir una suerte de “centro” de conocimientos “profundos” y un especie de “periferia” de recursos “prácticos pero superficiales”. Se consolidan así creencias que valoran *a priori* intervenciones que son adjetivadas como psicoanalíticas y desvalorizan aquellas que no quedarían abarcadas por tal adjetivo. En este sentido ya hace mucho tiempo que ha entrado en crisis la metáfora freudiana del oro y del cobre, pero suele subsistir cuando se plantea la noción de *ayuda*. Esta noción –que constituye la demanda y la oferta universal de psicoterapia– a veces se reserva para un beneficio que se obtendría por añadidura, como parte de cierto *furor curandi* o como lo que se hace en las emergencias. Así es que se supone que es sinónimo de “dar consejos” sin comprender que cualquier tipo de intervención (interpretación, esclarecimiento, confrontación, etc.) puede ser de ayuda *o no serlo*. Inclusive es conocido que la escucha y la comprensión de lo que le sucede a un paciente constituye en sí misma un mecanismo de ayuda. Sin embargo, ya sea porque se subestima o se sobreentiende la importancia de los mecanismos vinculados a cómo ayudar, no suele ser tema de estudio e investigación como sí lo es en otros modelos de psicoterapia. Es de destacar que en un trabajo de investigación (Zukerfeld, 2001) sobre relación entre percepción subjetiva de mejoría y alianza terapéutica, comparando a 18 pacientes comunes con 21 analistas, todos bajo tratamiento definido como psicoanalítico, las respuestas que mayor puntuación tuvieron para am-



bos grupos fueron las que incluían el término “ayuda”². Es decir que tanto analistas en análisis como pacientes “comunes” valoraban sobre todo sentirse ayudados por su terapeuta y por el tratamiento. Esa percepción subjetiva es en última instancia la que define el valor del psicoanálisis como psicoterapia, y la misma está relacionada en primer lugar con las características del vínculo y en segundo lugar con el tipo de intervenciones. La utilidad de estas últimas se valora de acuerdo al cambio producido, ya que la uniformidad genera autoengaños, y las hipótesis deben ser evaluadas a través del ensayo-error (Thomä, Kächele, 1989).

Esto significa que desde sus orígenes el psicoanálisis ayudó a sus pacientes a resolver problemas, si se puede entender como tales a angustias y miedos ilógicos, ideas extrañas, manifestaciones inexplicables, comportamientos ambivalentes. Inclusive convirtió en problemas lo que no era percibido por el paciente como tal, con lo cual dio el primer paso para resolverlos.

En particular dentro de las prácticas que se desarrollan en la interfase con la medicina, la misma teoría psicoanalítica ha brindado herramientas para comprender las razones por las que muchos pacientes realizan cambios y se sienten ayudados por mecanismos identificatorios y de aprendizaje.

Pero para ello se requiere que se desarrollen en los psicoanalistas una actitud no prejuiciosa y una tarea introspectiva que el mismo psicoanálisis propone, si se revaloriza la concepción de investigación como permanente puesta a prueba de las certezas frente a los desafíos que plantea la clínica actual.

Bibliografía

Bernardi, R. (1993), “La focalización en psicoanálisis” en Defey, D., Elizalde, J.H. y Rivera, J.(Eds) Psicoterapia focal, (1995), Montevideo, Roca Viva.

Freedman, N., Hoffenberg, J., Borus, N., Eizirik, C., y Knijnik, D. (1999), “Tiempo en tratamiento: observaciones de Mid-Manhattan y Porto Alegre”, Primer Pre-Congreso de Investigación en Psicoterapia y Psicoanálisis. IPA, SPR, CPU, Santiago de Chile, 1999.

Jiménez, J.P. (1993), “ El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada” , en Defey, D., Elizalde, J. H. y Rivera, J.(Eds.) Psicoterapia focal (1995), Montevideo, Roca Viva.

² Los ítems 1 y 2 del HRQ (Alexander y Luborsky, 1984, versión española Avila Espada, 1991, modificada), que es una escala de diez ítems para evaluar la magnitud de la alianza de trabajo en un proceso terapéutico.



Jiménez, J. P. (2001), “ ¿Sobrevivirá? Una visión comprometida de los desafíos actuales”, en Ferrari H. y Zac de Filc, S. (Eds.) Desafíos del psicoanálisis en el siglo XXI. Salud mental, sexualidad y realidad social, (2002) Buenos Aires, Editorial Polemos.

Leuzinger-Bohlever, M., Sthur, U., Beutel, M., Rüger, B., y Käechele, H. (1999), “Efectos a largo plazo del psicoanálisis y de las terapias psicoanalíticas. Un estudio representativo de seguimiento”, Primer Pre-Congreso de Investigación en Psicoterapia y Psicoanálisis. IPA, SPR, CPU, Santiago de Chile, 1999.

Moser, U. (1992), Two Butterflies on my head, Berlín, Springer-Verlag.

Thomä, H., Kächele, H. (1989), Teoría y práctica del psicoanálisis. 1 Fundamentos, Barcelona, Herder.

Yalom, I. (1985), The theory and practice of group psychotherapy, Nueva York, Basic Books.

Zimmerman, D y Osorio, L.C. (1997), Como trabalhamos com grupos, Porto Alegre, Artes Médicas.

Zukerfeld, R. (1999), “Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión”, Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, vol X, págs. 91-99, 1999.
(2001), “Alianza terapéutica y encuadre analítico. Investigación empírica del proceso y sus resultados”, Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, vol XII, págs. 211-220, 2001

Primera versión: 11 de septiembre de 2002

Aprobado: 30 de Octubre de 2002