

El contexto como texto en la sesión: intervenciones psicoanalíticas y subjetividad social

The context as a text within the session: Psychoanalytic interventions and social subjectivity

Andrea Rodríguez Quiroga(*) y Andrés Roussos(**)

(*) Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires

(**) Universidad de Buenos Aires

Resumen

La teoría y técnica psicoanalíticas fueron produciendo un “adentro” y un “afuera” de la sesión, donde el rol de las pertenencias socioculturales de paciente y terapeuta (subjetividad social) quedó relativamente excluido de ser entendido y trabajado en el tratamiento. Este estudio evaluó la presencia de aspectos específicos de subjetividad social en el discurso paciente-terapeuta, y su vínculo con las intervenciones clínicas, comparando sesiones de procesos psicoanalíticos de Argentina y Estados Unidos. El diseño metodológico fue exploratorio-descriptivo, con análisis cuali-cuantitativos. La muestra fue de 40 sesiones (20 por país). Se utilizaron como materiales una clasificación de categorías de subjetividad social desarrollada específicamente y la Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas. Los resultados muestran que la subjetividad social fue aludida con intervenciones específicas psicoanalíticas, en ambos grupos, con mayor uso de confrontaciones y señalamientos en los analistas argentinos. También evidencian que los aspectos históricamente adscriptos al contexto de la sesión fueron registrados en el texto de esta. Se discuten las implicancias para la investigación, la práctica y la formación clínica en psicoanálisis.

Palabras clave: subjetividad social, psicoanálisis, intervención, contexto- investigación

Andrea Rodríguez Quiroga es Dra. en psicología, Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Prof. Titular Metodología de la investigación (USAL), Psicoterapias (UCA), Trabajo de Integración Final en la especialización de Niños y Adolescentes (IUSAM), Miembro del Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional (Subcomité Clínica), Publicaciones nacionales e internacionales.

Andrés Roussos es Doctor en Psicología Clínica e Investigador independiente de carrera del CONICET. Directos del equipo de Investigación en Psicología Clínica de la Universidad de Belgrano, y profesor adjunto regular de la misma materia, en la facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Docente titular de Salud Pública. Director del Laboratorio Laboratorio para investigación en Ciencias Sociales (LISPTIC). Miembro del Comité de evaluación de Conductas Responsables en investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse a los autores a andrearodriguezquiroga@gmail.com

Abstract

The psychoanalytic theory and technique produced an "inside" and an "outside" of the session, where the role of the patient's and therapist's socio-cultural belongings (social subjectivity) were relatively excluded from being understood and worked on in the treatment. This study evaluated the presence of specific aspects of social subjectivity in the patient-therapist discourse, and its link with clinical interventions, comparing sessions of psychoanalytic processes in Argentina and the United States. The methodological design was exploratory-descriptive, with quali-quantitative analyses. The sample was 40 sessions (20 for each country). A specifically developed classification of categories of social subjectivity and the Multidimensional Classification of Psychotherapeutic Interventions were used as materials. The results show that social subjectivity was alluded to with specific psychoanalytic interventions in both groups, with greater use of confrontations and signaling in Argentinean analysts. They also show that the aspects historically ascribed to the context of the session were recorded in the text of the session. Implications for research, practice and clinical training in psychoanalysis are discussed.

Keywords: social subjectivity, psychoanalysis, intervention, context

Antecedentes y relevancia del estudio

Dentro del contexto de una sesión psicoterapéutica, tanto el discurso del paciente como las intervenciones del clínico pueden presentar manifestaciones referentes a sus respectivas pertenencias socio-culturales.

El estudio de estas variables contextuales no es aún un tema resuelto en el seno del psicoanálisis. Thomä y Kächele (1985/1989) ya anticipaban la necesidad, por ejemplo, de indagar las influencias del contexto socio-político en el desarrollo del proceso psicoanalítico, desde un punto de vista empírico. El trabajo de Jones y Korchin (1982) analizó en detalle las implicancias de la perspectiva transcultural aplicada a la situación psicoanalítica, alertando sobre el potencial político del tratamiento mismo y de cómo los sesgos culturales del terapeuta podían convertir el proceso en un ámbito de control social.

En un trabajo empírico pionero, Samuels (1993) indagó acerca de qué sucedía en la práctica clínica con el material que generaban los pacientes en relación a temas políticos y sociales. Dicho autor enfatizó la importancia de la politización de la práctica terapéutica y teorizó acerca del valor de la discusión política en la sesión. A juicio de Samuels (1993, 2006) en la contratransferencia se encuentra la propia política no analizada del terapeuta, sus problemas culturales y políticos, y sus prejuicios. En la misma línea, Dimen (2006) argumentó acerca de la importancia de que el analista estuviera atento a descubrir la vida de sus pacientes como ciudadanos.

Por su parte, Layton y equipo (2006) plantearon el concepto de “inconsciente normativo”, argumentando que, una vez internalizadas las relaciones de clase, se producían escisiones entre lo que es propio de la identidad de una clase y lo que no lo es (la clase mediada por el género, la sexualidad, la raza y otras variables de la identidad). Los autores propusieron analizar la manera en que las normas que separan al individuo de su psique política generaban conflictos inconscientes, entendiendo, a su vez, que dichos conflictos compartidos entre paciente y terapeuta se jugaban en el proceso psicoanalítico.

Autores como Muran (2007) o Westen (2001) también se preocuparon por el impacto del contexto en la sesión de tratamiento. Muran (2007) hizo hincapié en que los psicoterapeutas lograran un conocimiento crítico de sí mismos, incluyendo un examen de sus áreas tanto de privilegio y de opresión para poder comprender mejor cómo juegan éstas en la forma en que se vinculan o no, con sus pacientes. Por su parte, un eje ordenador que toma Westen (2001) en relación con la temática apunta a la necesidad de conocer hasta qué grado los fenómenos colectivos se distribuyen a través de la cultura, y hasta qué grado están asociados con regulaciones afectivas en el actor individual.

Orlinsky y Ronnestad (2005), al estudiar las facetas del trabajo terapéutico, dan cuenta de cómo las mismas metas psicoterapéuticas convergen en focalizar en características distintivas de la cultura moderna, siendo el cultivo de la vida personal casi una obligación ética. Los autores definen la importancia de estudiar las características personales de los terapeutas y su impacto en los procesos terapéuticos y de desarrollo, citando entre ellas las pertenencias religioso/espirituales.

Respecto de la escena local, autores como Berenstein y Puget (1997), con la triple espacialidad psíquica, o Zuckerfeld (1999), entre otros, plantearon la importancia de indagar el valor teórico-clínico del contexto socio-cultural, tanto en la comprensión del funcionamiento psíquico como en la construcción de la subjetividad. Este último suscribiendo al enfoque de la así llamada “tercera tópica” (ver, por ejemplo: Zuckerfeld, 2004) como concepción articuladora del psicoanálisis actual y otras disciplinas afines.

Berenstein (2004) analiza cómo, tanto desde la clínica como desde la teoría psicoanalíticas, se fueron produciendo un “adentro” y un “afuera” de la sesión, delimitando aquello pertinente a ser entendido y trabajado psicoanalíticamente, de aquello que no lo era. El problema de la subjetividad social, esto es, el problema de las pertenencias socio-culturales de paciente y terapeuta en el proceso psicoanalítico, quedó históricamente adscrito al afuera de la sesión.

Tomando en cuenta los antecedentes brevemente reseñados hasta aquí, el presente artículo propone revisar cómo lo que se adscribió al afuera de la sesión interviene en el adentro de la situación psicoanalítica. De esta manera, se evaluó si determinadas categorías de subjetividad social, presentes en la interacción paciente-terapeuta, se vinculaban con: a) el contexto cultural en el que el terapeuta llevaba adelante su práctica y b) la modalidad de sus intervenciones. Como será detallado más adelante, esta investigación define “subjetividad social” como el conjunto de elementos manifiestos y específicos provenientes de la pertenencia al contexto socio-cultural de la sesión de tratamiento, susceptibles de ser evaluados en la interacción discursiva de paciente y terapeuta (Rodríguez Quiroga de Pereira, 2015). A su vez, las intervenciones clínicas fueron definidas como todas aquellas acciones verbales del terapeuta, dirigidas intencionalmente hacia el paciente, en un contexto psicoterapéutico utilizándose para su

clasificación el modelo propuesto por Roussos y equipo (2006) (ver también, Roussos et al., 2010).

A fin de cumplir con este objetivo, se recolectó el material de 40 sesiones, conducidas por psicoanalistas formados y /o en formación en la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA por su sigla en inglés), 20 sesiones de terapeutas con formación y práctica clínica en Estados Unidos y 20 sesiones de terapeutas con formación y práctica clínica en Argentina. La utilidad de esta comparación radica en analizar las posibles diferencias entre clínicos psicoanalíticos pertenecientes a dos medios culturales diversos, en términos de los aspectos de subjetividad social que se hacen o no presentes en sus tratamientos y de cómo aquellos se vinculan o no con sus intervenciones.

Este trabajo suscribe perspectivas, tanto teóricas como empíricas, que delimitan cierta área de vacancia en términos de hallazgos empíricos referentes a los vínculos entre psicoanálisis y subjetividad social. Así, uno de los fundamentos de originalidad y relevancia para esta investigación reside en discriminar empíricamente categorías de subjetividad social, presentes en el discurso paciente-terapeuta. En este sentido, no sólo se apunta a operacionalizar una noción ambigua, sino a estudiar un aspecto del proceso psicoanalítico que necesita mayor esclarecimiento, referido al papel del contexto socio-cultural en el intercambio paciente-analista.

Finalmente, y de manera global, tanto la lógica de indagación como los resultados obtenidos pueden considerarse aportes al campo psicoanalítico, en términos de sumar evidencia al complejo problema de cómo las variables del paciente y del terapeuta se vinculan con los procesos y resultados de los tratamientos (Beutler et al., 2004; Constantino et al., 2013)

Objetivos y preguntas científicas del estudio

Tal cual fue adelantado en la introducción, el presente trabajo se orientó a indagar la presencia de categorías de subjetividad social en la interacción discursiva de paciente-terapeuta y el vínculo de aquellas con las intervenciones psicoterapéuticas, comparando sesiones de psicoanalistas que desarrollan su práctica profesional en Argentina y en Estados Unidos. De esta manera, se estudiaron las relaciones entre la frecuencia y el tipo de las intervenciones referidas a categorías de subjetividad social del paciente, y el país en que el terapeuta ejercía su práctica profesional. Las preguntas científicas fundamentales que guiaron este estudio fueron:

1) ¿la subjetividad social de los pacientes, entendida como los aspectos específicos provenientes de su contexto socio-cultural, es trabajada de la misma manera por psicoanalistas de diferentes regiones geográficas?

2) ¿existe relación entre la presencia de categorías específicas de subjetividad social en el discurso paciente-terapeuta y la procedencia geográfica del tratamiento?

3) ¿es posible establecer relaciones entre el tipo y cantidad de intervenciones del terapeuta que refieren a aspectos de la subjetividad social y el origen geográfico del tratamiento?

Métodos

Operacionalización de la variable “subjetividad social”

Clásicamente, la subjetividad social ha sido abordada desde las ciencias sociales como un concepto necesario para entender la conducta humana en su contexto (González Rey, 2008). Un primer resultado que surge al analizar los antecedentes sobre el tema subjetividad social alude a la existencia de numerosas aproximaciones conceptuales, que definen el término de manera múltiple y le otorgan una polisemia y ambigüedad notables en la literatura. Exacerba esta dificultad el que históricamente, la noción “subjetividad” y la noción “social”, hayan funcionado como unidades conceptuales escindidas. Desde el campo clínico, incluido el del psicoanálisis, la subjetividad fue comprendida como individual e intrapsíquica, separada del sujeto social. De éste se hizo cargo la Psicología Social, a partir de los trabajos de Mead (1953) y Moscovici (1979). Gonzalez Rey (2008) da cuenta de la historia de esta escisión y fundamenta una definición de subjetividad que no se restringe a los procesos y a las formas de organización de la subjetividad individual, sino que implica la definición de una subjetividad social. Introduce para ello el concepto de sentido subjetivo, a partir del cual se vuelve posible una representación de la subjetividad en la que lo social y lo individual aparecen asociados de forma inseparable.

Tomando lo anterior como base, para esta investigación, el concepto utilizado de “subjetividad social” fue elaborado a partir de dos estrategias complementarias. Por una parte, un análisis de la literatura especializada, apoyado en el aporte teórico de diferentes autores, entre los que se destacan: Allport (1954/1971), Altman (2010), Berenstein (1991, 2004), González Rey (2008), Puget (1986, 1987, 1988, 1994, 2011), Triandis, 1994 y Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld (2005). Por otra parte, previo al presente estudio, se efectuó un análisis cualitativo del material de las sesiones (ver muestra), a partir del cual surgieron categorías de subjetividad social. Dicho estudio formó parte de la tesis doctoral de Rodríguez Quiroga de Pereira (2015). El resultado de ambas estrategias se resume en la Tabla 1, donde pueden apreciarse las bases teóricas a partir de las cuales se construyó cada definición de cada categoría. De este modo, la categorización se realizó en términos de: 1) los ideales culturales dominantes, 2) las legalidades culturales dominantes, 3) las imposiciones contextuales imprevistas y/o 4) los prejuicios que pueden manifestarse en la interacción psicoterapéutica, como expresiones del contexto socio-cultural en el que transcurre la sesión.

El conjunto de categorías y sus criterios de clasificación se ilustran en la Tabla 1, a continuación.

Tabla 1

Clasificación de categorías de subjetividad social empleada en este estudio (Rodríguez Quiroga de Pereira, 2015)

IDEALES CULTURALES DOMINANTES: manifestaciones en el discurso del paciente y/o terapeuta que aluden al conjunto de ofertas de ideales que brinda a sus integrantes una cultura determinada, a través de distintos medios, a fin de regular la autoestima de los sujetos que la integran. (Modificación de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2005).

IDEAL DE EFICIENTISMO: El discurso paciente-terapeuta refiere al ideal de rendimiento y triunfo competitivo. En particular este ideal domina las prácticas sociales en relación tiempo de trabajo / tiempo de ocio y en el uso de dispositivos de comunicación que suministran información actualizada y permanente (Modificación de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2005). Esta categoría incluye situaciones en donde se privilegia el rendimiento laboral ante cualquier vicisitud personal.

IDEAL DE INMEDIATEZ: El discurso paciente-terapeuta refiere al ideal de la acción a-histórica, la resolución de un problema sin tomar en cuenta los antecedentes de la misma ni sus consecuencias. En particular, este ideal domina los vínculos eróticos y sociales manifestándose como una intolerancia a la incertidumbre y una actividad impulsiva destinada a reducir la tensión (Modificación de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2005). Esta categoría incluye situaciones en donde se recurre a alguna acción no reflexionada sin advertir las consecuencias de la misma.

IDEAL DE MANIPULACION Y CAMBIO CORPORAL: El discurso paciente-terapeuta refiere al ideal de perfección corporal y la posibilidad de cambio sin límite del aspecto y funcionamiento del cuerpo, tanto en sus capacidades somáticas como sexuales. En particular, este ideal se manifiesta en una búsqueda permanente de belleza, potencia y salud, a través de la delgadez, el desarrollo de la musculatura y las manipulaciones quirúrgicas del cuerpo (Modificación de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2005). Esta categoría incluye situaciones en donde se alude al ideal de belleza impuesto culturalmente y a los ímprobos esfuerzos por alcanzarlo.

IDEAL DE “WHITENESS” (BLANCURA): El discurso paciente-terapeuta refiere al ideal de un modelo de raza, género y/o clase social, con el estereotipo dominante de varón de tez blanca y nivel socio-económico alto. En particular, este ideal domina el vínculo del sujeto en relación con otros (modificación de Altman, 2010). Esta categoría incluye situaciones en donde se refiere a dimensiones de pertenencia ligadas a la raza, el género y a las clases sociales. Altman (2010) planteó el ser blanco como un ideal implícito en el sueño americano, que alude a creer que se puede ser lo que se quiera ser, trascendiendo cualquier estado del que se parta. Desarrollos relacionados, como los de Eng y Han (2000) respecto de la melancolía racial, pueden ayudar a comprender los efectos psicológicos y los significados de la pérdida del ideal de blancura (whiteness), que experimentan las personas que viven sus vidas en una sociedad que los considera como marginados.

IDEAL DE SOLIDARIDAD: El discurso paciente-terapeuta refiere al ideal de un modelo de intercambio y de participación en redes vinculares de sostén, que promuevan tanto el dar como el recibir ayuda y/o posibiliten sentimientos de reconocer y ser reconocido por otros. Esta categoría incluye situaciones en donde se alude a pertenencias que posibilitan un intercambio solidario y al reconocimiento entre sus miembros. (Modificación de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2005)

IDEALES REFERIDOS A PROYECTOS VITALES: El discurso paciente-terapeuta refiere a los proyectos vitales, entendidos como ideales. Dichos proyectos incluyen a la realidad social como instancia organizadora, posibilitando la continuidad temporal, para realizar acciones concretas. Esta categoría incluye situaciones en donde se refiere a proyectos vitales sustentados en las posibilidades que brinda la sociedad. (Modificación de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2005)

LEGALIDADES CULTURALES DOMINANTES: manifestaciones en el discurso del paciente y/o terapeuta que refieren al conjunto de normas y valores de una cultura o micro-cultura determinada; que regulan los vínculos entre sus integrantes y que suelen ser preexistentes al sujeto. Esta definición entiende por normas las reglas y expectativas que regulan las conductas, creencias y emociones deseables e indeseables para los miembros de la cultura (Triandis, 1994). A su vez, los valores son definidos como los fines y principios relevantes en la vida, con los que las personas evalúan lo que es deseable, bueno o bello, guía de la conducta diaria (Triandis, 1994).

IMPOSICIONES CONTEXTUALES IMPREVISTAS: manifestaciones en el discurso del paciente y/o terapeuta que aluden a eventos contextuales inesperados, que impactan en la vida personal y/o comunitaria (catástrofes, constricciones económicas, pérdidas laborales, acontecimientos políticos, accidentes, etc.). Esta categoría toma en cuenta cómo las imposiciones contextuales imprevistas obligan al sujeto a implementar un hacer con lo que se le presenta, a sabiendas de que no conoce o conocerá la eficacia de su acción hasta después de realizada (Modificación de Berenstein, 2004).

PREJUICIOS: manifestaciones en el discurso del paciente y del terapeuta que aluden a un juicio rutinario, estereotipado, basado en características reales o imaginarias de los miembros de un grupo o del grupo en sí, que cohibe el pensar en posibles evaluaciones alternativas. El prejuicio no siempre tiene una connotación negativa sino que puede referirse a una actitud sobrevalorada del propio grupo de pertenencia. Esta categoría incluye situaciones en donde se brinda una opinión preconcebida impuesta por la pertenencia socio-cultural del paciente. (Modificación de Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2005, Allport, 1954/1971).

OTROS

Aunque recorrer los antecedentes teóricos del término “subjetividad social” excedería los límites del presente trabajo, sí cabe señalar que la subjetividad social también puede comprenderse como un proceso activo de subjetivación. Deliberadamente este estudio opta por una definición descriptiva del término, considerando subjetividad social a los contenidos específicos, tanto de las intervenciones del terapeuta como del discurso del paciente, que aluden en forma explícita a aspectos socio-culturales, implicando la aparición del “afuera” en el “adentro” de la sesión psicoanalítica. Esta interacción entre dimensiones intra e intersubjetivas es, a su vez, indagada en el marco de dos contextos geográficos diferentes (Argentina y Estados Unidos), apuntando, de esta manera, a un análisis empírico de perspectiva transcultural. Fue necesario ubicar la noción de subjetividad social hacia el extremo descriptivo de su significado, por oposición a connotaciones más dinámicas “de proceso”, para permitir identificar segmentos del discurso paciente-terapeuta que incluyeran información referente al contexto socio-cultural.

Como muestra la Tabla 1 reproducida más arriba, dicha información fue categorizada cualitativamente, generándose las 5 categorías de “subjetividad social”. Para un análisis exhaustivo de los antecedentes teóricos del constructo subjetividad social, se recomienda la lectura del trabajo de Rodríguez Quiroga de Pereira, (2015).

Operacionalización de la variable “Intervenciones”

El modelo clasificatorio de Intervenciones utilizado fue la Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas (CMIP), elaborada por Etchebarne y otros (2008), y Roussos y colaboradores (2006, 2010). En este sentido, el presente estudio utilizó la definición y clasificación que la CMIP hace de las Intervenciones, entendiéndolas como todas aquellas acciones del terapeuta, dentro de las sesiones, que estén dirigidas al paciente y que tengan un sentido terapéutico. La clasificación fue construida para realizar un análisis multidimensional del acto de intervenir, considerando 4 dimensiones: 1) nivel estratégico; 2) nivel descriptivo; 3) nivel de contenido; y 4) nivel espacio-temporal. A su vez, el nivel descriptivo contempla la clasificación de intervenciones específicas y comunes de los marcos psicoanalítico y cognitivo. Para este trabajo, se analizó sólo el nivel descriptivo de las intervenciones, que evalúa la estructura y morfología de las mismas. A continuación, la Tabla 2 ilustra las intervenciones específicas psicoanalíticas incluidas en este nivel.

Tabla 2

Clasificación de intervenciones psicoanalíticas empleada en este estudio (Roussos et al., 2006)

Intervenciones	Definiciones y advertencias de clasificación
Interpretación	Formulación que trasciende lo que el paciente ha dicho o reconocido conscientemente, y que provee un nuevo significado, razón o explicación causal de sus conductas, pensamientos o sentimientos (es decir, su significado inconsciente). Como parte de esta intervención, el terapeuta puede establecer conexiones entre afirmaciones o eventos en apariencia aislados, explicar defensas, y/o resistencias del paciente (Modificación de la definición de Hill, 1948/ 2009, y de Wallerstein y DeWitt, 2000)
Señalamiento	Subtipo específico de observación en el cual el terapeuta llama la atención del paciente sobre afirmaciones y/o conductas de éste. Advertencia: Esta categoría se diferencia de la interpretación en cuanto a que esta última suele ser una explicación causal que cambia o les da un sentido desconocido a ciertos aspectos del paciente, mientras que en el señalamiento, el terapeuta se mantiene cercano a los dichos del paciente, ofreciendo una mera observación o descripción puntual sobre un aspecto del mismo (Modificación de la definición de <i>esclarecimiento</i> , de Wallerstein y DeWitt, 2000).
Confrontación	Subtipo específico de señalamiento que consiste en dirigir la atención del paciente hacia aspectos contradictorios de sus procesos de pensamiento, actitudes o conductas manifiestas (Wallerstein y DeWitt, 2000).

Nota: las interpretaciones psicoanalíticas forman parte del grupo de intervenciones “explicativas psicoanalíticas”, mientras que los señalamientos y las confrontaciones

forman parte del grupo de intervenciones “de revisión psicoanalíticas” (Roussos et al., 2006).

Muestra

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. El tipo de material utilizado fue clínico, no análogo. La muestra correspondió a 40 sesiones transcritas de tratamientos psicoanalíticos, provenientes de 20 terapeutas y de 20 pacientes. De esta forma, se analizaron: 20 sesiones de 10 pacientes y 10 terapeutas, que ejercían en Argentina, y 20 sesiones de 10 pacientes y 10 terapeutas que ejercían en Estados Unidos. Los datos de la muestra utilizada se resumen en la tabla 3.

Tabla 3

Características de la muestra (N=40 sesiones)

Zona de ejercicio profesional	Nº Terapeutas	Nº Pacientes	Nº Sesiones (2 por paciente)
Estados Unidos	10	10	Sesión 1-Sesión 20
Argentina	10	10	Sesión 2-Sesión 40

Se utilizó como criterio de inclusión en el estudio que los participantes fueran terapeutas en Institutos de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Dicho criterio permite evaluar las intervenciones desde una modalidad de formación compartida. Las sesiones debían estar desgrabadas y transcritas verbatim.

La obtención de las sesiones norteamericanas provino de la base de datos del equipo de la Dra. Bucci en Estados Unidos. Las mismas contaban ya con consentimientos informados para su utilización en investigación y posterior publicación de los resultados. Para las sesiones argentinas, tanto terapeuta como paciente firmaron los correspondientes consentimientos. El material de América del Norte fue provisto, ya transcrito.

A diferencia de los materiales de Estados Unidos, la recolección del material de Argentina incluyó 3 casos del equipo de investigación del Dr. Roussos y los restantes 7 casos fueron obtenidos mediante contacto directo con diferentes terapeutas, invitándolos a participar de la investigación, dada la pertenencia de Rodríguez Quiroga a la (Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires) y al Departamento de Investigación (Instituto Universitario de Salud Mental). Se entrevistó a los posibles terapeutas para informarlos de la investigación en curso y del pedido de materiales. Se trabajó con cada uno de ellos el tema del consentimiento. Varios de los entrevistados pidieron tiempo para pensar la posibilidad de incorporarse como voluntarios. Se los volvió a contactar tiempo después y finalmente pudo lograrse la muestra necesaria. El material clínico fue desgrabado de acuerdo con las reglas de Mergenthaler y Grill (1996) para la transcripción de las sesiones argentinas.

Materiales

Se utilizaron dos modelos clasificatorios, el primero para codificar categorías de Subjetividad Social (Rodríguez Quiroga de Pereira, 2015), y el segundo para clasificar Intervenciones Clínicas (Roussos et al., 2006). Ambos modelos se detallan en las Tablas 1 y 2, respectivamente. Por una cuestión de espacio, la Tabla 2 sólo incluye las intervenciones específicas psicoanalíticas, dado que fueron las más asociadas con categorías de Subjetividad Social (ver resultados). Aquí es importante aclarar que, en el marco de la clasificación utilizada, las interpretaciones psicoanalíticas forman parte del grupo de intervenciones explicativas psicoanalíticas, mientras que los señalamientos y las confrontaciones forman parte del grupo de intervenciones de revisión psicoanalíticas (Roussos et al., 2006).

Procedimientos

Para el análisis de los datos se trabajó con dos evaluadores. Se utilizaron estrategias de acuerdo y de consenso entre jueces, de forma asociada.

En primera instancia, se buscó obtener un nivel básico de acuerdo. Se entrenó a dos jueces calificados para reconocer la presencia del fenómeno de la Subjetividad Social en el discurso de paciente y terapeuta, así como también para clasificar intervenciones clínicas (ver tablas 1 y 2). Luego del entrenamiento, se prepararon 20 textos diferentes para ser clasificados por los jueces, evaluándose en función de los resultados, la confiabilidad entre jueces con el coeficiente Kappa Cohen (1960). Se observó un valor promedio de 66, lo que indica un acuerdo de “bueno” a “sustancial” entre los jueces, según lo clasifican Landis y Koch (1977).

En una segunda instancia, y una vez que los jueces estuvieron entrenados en la clasificación, se procedió a analizar el material en base a técnicas de consenso, tomando como base el modelo de investigación cualitativa consensual (CQR) (Hill et al., 2005; Juan, et al., 2011). Se clasificaron las sesiones entre dos jueces, dividiéndolas entre ambos de forma equitativa. Esto implicó tomar en cuenta el idioma de las mismas, el número de terapeuta y el número de sesión. Luego, ambos jueces consensuaron una versión final de cada sesión de tratamiento clasificada.

Una vez codificadas, se realizó una base de datos para las 40 sesiones, utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). Las variables consideradas fueron: a) las categorías de clasificación de intervenciones descriptivas (ver Tabla 1); y b) las categorías de clasificación de intervenciones descriptivas específicamente referidas a la subjetividad social.

Para establecer el modelo de distribución de los datos de las variables se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se trabajó con pruebas no paramétricas (U de Mann Whitney y Kolmogorov-Smirnov) para muestras independientes, a fin de evaluar si las variables estudiadas presentaban diferencias significativas entre los grupos. Se calculó la media de la cantidad total de alocuciones, y de aquellas específicamente referidas a la Subjetividad Social, tanto en el paciente como en el terapeuta, para evaluar si estas variables presentaban diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Por último, se calculó la proporción del tipo de intervenciones totales y de aquellas

específicamente referidas a la Subjetividad Social, en el nivel descriptivo, en ambos grupos.

Síntesis del proceso de investigación realizado

1. Obtención del material clínico (ver muestra).
2. Identificación de presencia/ausencia de categorías de subjetividad social en el discurso del paciente y en las intervenciones del terapeuta, utilizando el modelo clasificatorio de Rodríguez Quiroga de Pereira, 2015 (ver Tabla 1).
3. Clasificación de intervenciones del terapeuta a nivel descriptivo, utilizando el modelo clasificatorio de Roussos et al., 2006 (ver Tabla 2).
4. Tomando en cuenta los pasos 2 y 3, se procedió a evaluar la presencia de aspectos específicos de Subjetividad Social en el discurso paciente-terapeuta, y su vínculo con las Intervenciones clínicas a nivel descriptivo (ver procedimientos).
5. El análisis del punto anterior, se hizo, a su vez, comparando las 20 sesiones de procesos psicoanalíticos de Argentina y las 20 sesiones de procesos psicoanalíticos de Estados Unidos (ver procedimientos).

Resultados

A fines de poder ejemplificar los resultados que se reportan a continuación, se incluyen una serie de tablas. Las tablas 4 y 5 ilustran cómo las categorías de subjetividad social fueron aludidas por los terapeutas de Argentina y Estados Unidos con intervenciones específicas psicoanalíticas y con intervenciones comunes (no específicas), respectivamente. Es importante destacar que las alocuciones transcritas por su brevedad no permiten en algunos casos reflejar el contexto en el que se insertan. (Ver Tablas 4 y 5).

Tabla 4

Categorías de subjetividad social referidas con intervenciones específicas psicoanalíticas en cada país

	Intervención	Subjetividad social	Ejemplo material clínico
Sesión Argentina	Explicativas psicoanalíticas	Ideal de Eficientismo	La paciente relata el cansancio que le produce el trabajo en la residencia médica y cómo este se contrapone con su deseo cumplir con las exigencias del trabajo hospitalario. _ Paciente: <i>¿Estoy cansada? Estoy cansada de estar acá adentro.</i> _ Terapeuta: <i>Eh... Me parece que vos estás cansada de esta exigencia que no lográs como todavía armonizar por decirlo así, ¿no? Este ..., de que te pidan</i>

cosas y vos ¿se?, te olvides de algo y tengas que volver a bajar con la mujer. O de que Mario diga que estuviste en algo que no estuviste.

Tabla 5

Categorías de subjetividad social referidas con intervenciones comunes (no específicas) en cada país

	Intervención	Subjetividad social	Ejemplo material clínico
Sesión Argentina	Interrogativa cerrada	Ideal de Solidaridad	<p>La paciente narra la organización de un viaje a la playa</p> <p><i>_ Paciente: Y ahora también vamos a la costa somos seis chicas y una de mis compañeras está embarazada y tiene un nene de seis años, y va y va el nene también. Yo ni le dije a mi vieja q va el nene porque si se llega a enterar que va el nene pero no porque vaya el nene sino porque... tus amigas siempre igual...</i></p> <p><i>_ Terapeuta: ¿Ya se quejó en el pasado?</i></p> <p>La paciente habla de una cooperativa que se armó para cuidar los bebés del vecindario</p> <p><i>_Paciente: ...ah, cuidar a los niños el viernes por la noche. Tenemos un club de bebés de la cooperativa, y salimos... acumulamos horas. Y yo soy niñera para dos niños pequeños en la cuadra, y estaba tan nerviosa que no podía sentarme.</i></p> <p><i>_ Terapeuta: No estoy seguro. ¿Encontraste o no encontraste la salida? (traducción propia)</i></p>

Por su parte, en las tablas 6 y 7 se incluyen ejemplos de concordancia entre el discurso del paciente y el terapeuta para referirse a categorías de Subjetividad Social.

Tabla 6

Concordancia entre discursos de paciente y terapeuta respecto de categoría de subjetividad social (legalidades culturales dominantes), tratamiento Argentina

_ Paciente: *“sí, o de que algo me salga mal porque no haga determinada cosa, eso es como un miedo por ahí, yo digo uh si tengo un hijo y no lo bautizo a ver si en su vida le va mal, qué se yo. Pero yo eso lo atribuyo más, más a todos los, como las cosas que te van enseñando y los miedos que te van, no sé yo fui a un colegio católico y decirte que no rezabas y que Dios te va a castigar. Pero no es que viene mi familia o gente querida y me dice eso, sino que lo escucho, por ahí lo escucho en la iglesia cuando iba a la iglesia ...”*

_ Terapeuta: *“Son los demás que siguen resolviendo dentro de tu cabeza. Claro, pero por como lo describís es como si estuviera metido adentro de tu cabeza pero no estuviera integrado con vos”*

Tabla 7

Concordancia entre discursos de paciente y terapeuta respecto de categoría de subjetividad social (ideal cultural de inmediatez), tratamiento Estados Unidos

_ Paciente: *“Es curioso que yo recuerde el tema, pero no puedo recordar cómo se aplica al sueño, uh o mucho al respecto. De alguna manera me parece haber tenido algún tipo de, de cosa de James Bond. ... Me encontré realmente tentado a fumar un cigarrillo*

_ Terapeuta: *“¿Podría captar lo que estaba pensando cuando mencionó el tema de James Bond y luego hizo una pausa y dijo que estaba tentado a fumar un cigarrillo?” (traducción propia)*

Completando la ilustración del material clínico analizado, las Tabla 8 y 9 muestran ejemplos de categorías de subjetividad social no incluidas en las tablas anteriores.

Tabla 8

Categorías de subjetividad social no ilustradas en tablas anteriores: categoría “imposiciones contextuales imprevistas”

	Ejemplo material clínico
Sesión Argentina	La paciente comienza la sesión con el relato de su accidente. _ Paciente: <i>y vino un auto con...de la casa a los pedos y me-me envistió así. Mi auto subió a la vereda, del lado de enfrente-de enfrente digamos, paró el auto y a cinco centímetros más o menos desde del negocio y bueno yo me caí así como del asiento del acompañante, toque sin querer</i>

	<p><i>el auto, el impacto justo de ese lado y me hizo pelota el auto yo no sé, yo no lo vi y se rompió la... como tocó de costado el auto se rompió la guantera y se ve que al caer yo me lastimé si acá no? Y.. me debo haber raspado así pienso con la guantera y yo me quedé, acostada y dije y no me tengo que mover y...pero me empezó a caer sangre en el ojo y entonces me asusté, y me levanté, para buscar un pañuelo, algo para-para ver donde sangraba no?...(relata que la llevaron al hospital donde la paciente trabaja)</i></p> <p><i>_ Terapeuta: ¿y ahí la atendieron compañeros suyos?</i></p>
<p>Sesión Estados Unidos</p>	<p>El paciente asocia en relación con un sueño.</p> <p><i>_ Paciente: No lo sé. Ahora, este sueño podría haber, podría haber venido sobre el hecho de que el negocio se está ralentizando y tenemos mucho inventario y tenemos que ir al banco y pedir prestado más dinero y me hace sentir un poco aprensivo. Y tal vez, eso es lo único que se me ocurre. Sé que tengo que construir un edificio para expandirme, pero las ventas no se mantienen, así que estoy atrapado en el medio. Esa es probablemente la causa de ese sueño...</i></p> <p><i>_ Terapeuta: ¿Qué significa? (traducción propia)</i></p>

Tabla 9

Categorías de subjetividad social no ilustradas en tablas anteriores: categoría “prejuicios”

	Ejemplo material clínico
<p>Sesión Argentina</p>	<p>La paciente habla de las relaciones de su hermana.</p> <p><i>_ Paciente: Ah porque ella te dice nada más las cosas más lindas después las feas no te las dice o sea la verdad no me cae bien el pibe es policía no me cierra que se</i></p>

Sesión
Estados Unidos

yo. No habla así que tampoco sé cómo piensa no me va el pibe no sé pero también ella busca lo que le conviene y hasta le da vergüenza decir q el pibe es policía porque nunca lo dice y si lo dice lo dice por lo bajo no se....

_ Terapeuta: *Ahá*

El paciente habla de su trabajo y de sus problemas en él.

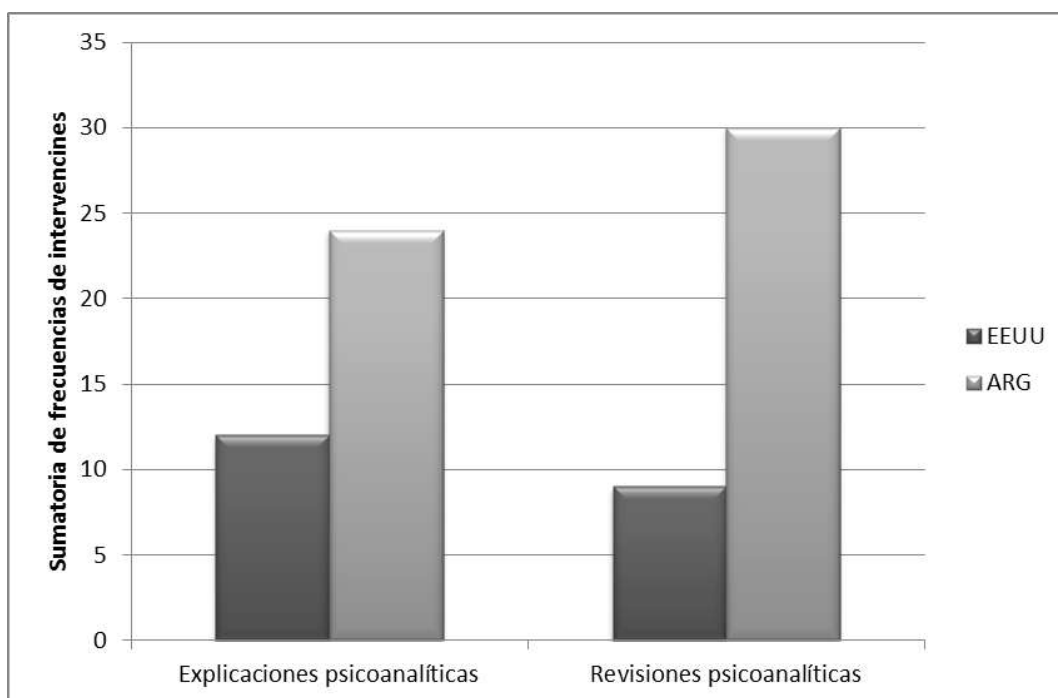
_ Paciente: *Yo estaba de pie en el escritorio principal diciéndole al tipo cuándo, diciéndole al operador cuándo llamarme, y mi jefe, el tipo que es dueño del hotel, uh, pasó caminando. y yo estaba, estaba de un humor bastante alegre, y le asentí con la cabeza y le dije, "buenos días, señor", y uh, miré el reloj y dije algo como, "o al menos creo que es buenos días", y yo, ya sabes, yo, le di un saludo de muy buen humor. y él, ya sabes, ni siquiera, aunque sabe perfectamente bien quién soy y ha sido amistoso en el pasado, ni siquiera asintió con la cabeza en mi camino, ya sabes, pasó justo a mi lado y ni siquiera, ya sabes, ni siquiera dirigió su mirada hacia mí. y fue muy amable, sabes, fue inexcusablemente grosero de su parte, sabes, es el tipo de cosa que, sabes, que un propietario de una plantación muy rico, sabes, en América Latina actuaría hacia uno de sus, sabes, sus ayudantes de plantación...*

_ Terapeuta: *Bueno, en cierto sentido, las ansiedades que tienes en el trabajo suenan como si fueran efectos de tus problemas personales, y al menos, por lo que describes, dejar el trabajo sería una forma de no tener que lidiar con tus problemas particulares, entre otras cosas. El miedo a ser desaprobado, etc. ¿Qué más te llama la atención de la imagen de ser ayudante de plantación? (traducción propia)*

De todas las intervenciones descriptivas clasificables con la CMIP, las específicas psicoanalíticas (ver Tabla 3) fueron las más asociadas con Categorías de Subjetividad Social, en ambos grupos de sesiones. Así, las Intervenciones Explicativas psicoanalíticas (Interpretaciones) y las Intervenciones de revisión psicoanalíticas (Señalamientos y Confrontaciones), fueron las variables de mayor frecuencia asociadas con Subjetividad Social en ambos grupos. En la Figura 1 se observa cómo, en EE.UU., la frecuencia fue de 12 y 9, respectivamente, mientras que en Argentina la frecuencia fue de 24 y 30, respectivamente. Al efectuarse una comparación de medias, las diferencias observadas para la frecuencia de Intervenciones de revisión psicoanalíticas (Señalamientos y Confrontaciones) fue estadísticamente significativa ($P < 0,05$), al comparar las sesiones de Argentina y Estados Unidos.

Figura 1

Intervenciones referidas a categorías de subjetividad social con mayor frecuencia en ambos contextos de tratamiento (Argentina y Estados Unidos). Se observaron diferencias significativas entre los grupos ($P < 0,05$) para el caso de las intervenciones de revisión. Referencias: Explicativas psicoanalíticas = interpretaciones; de revisión psicoanalíticas = señalamientos y confrontaciones.



De esta forma, los resultados permiten apreciar que tanto los terapeutas de Argentina como de Estados Unidos, priorizaron intervenciones específicas psicoanalíticas para aludir a temáticas de Subjetividad Social en el intercambio con sus pacientes. Como será retomado en la discusión del trabajo, este resultado es llamativo, teniendo en cuenta el predominio del uso de Intervenciones comunes por sobre las Intervenciones específicas que muestran los estudios previos realizados con la CMIP (ver,

por ejemplo: Juan, 2014; Roussos, et al., 2010), e incluso las revisiones del tema a nivel nacional e internacional (Juan, et al., 2009, Wampold, 2015).

Considerando las diferencias observadas entre los grupos de sesiones argentinas y estadounidenses, la Figura 1 también permite apreciar un mayor uso de Señalamientos y Confrontaciones (Intervenciones de revisión psicoanalíticas) en las sesiones argentinas, cuando se trataban temas referidos a Subjetividad Social.

Con respecto a la cantidad total de alocuciones, tanto en el paciente como en el terapeuta, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, a favor de las sesiones argentinas. Así, en las sesiones argentinas, tanto los pacientes como los terapeutas realizaron más alocuciones que sus pares norteamericanos, independientemente de si se estaban tratando temas de Subjetividad Social o no. En contraste con este resultado, considerando la proporción de alocuciones con Subjetividad Social del paciente, respecto del total de sus alocuciones, se observó una diferencia significativa a favor de los pacientes en Estados Unidos. Dicho de otra manera, si bien los pacientes y terapeutas argentinos produjeron una mayor cantidad total de alocuciones en comparación con sus pares estadounidenses, fueron éstos últimos quienes que efectuaron una mayor proporción de alocuciones vinculadas a la Subjetividad Social.

Por su parte, no se encontró una proporción mayor de intervenciones referidas a Subjetividad Social en un grupo por sobre otro, aunque sí se observó una tendencia cercana al 10%, en los terapeutas de Estados Unidos, a tener más intervenciones con Subjetividad Social, pero ésta no llegó a ser significativa. Este resultado podría complementar al vinculado con un uso compartido en ambos países de Intervenciones específicas psicoanalíticas para referirse a categorías de Subjetividad Social. De este modo, no sólo coincidieron los terapeutas de Argentina y Estados Unidos en el tipo específico de Intervenciones, sino también en la proporción de las mismas, con un leve predominio en Estados Unidos que, de todas formas, no fue estadísticamente significativo.

Limitaciones del estudio

En tanto estudio empírico naturalista, de carácter observacional, esta investigación apuntó a generar hipótesis, sólo susceptibles de ser confirmadas en indagaciones posteriores, a pesar de la significancia estadística obtenida en algunos análisis de datos. La información obtenida, entonces, debe ser interpretada como una descripción de un conjunto amplio de datos, que buscó ser punto de partida para futuras investigaciones y fomentar la reflexión en nuestra disciplina sobre diferentes aspectos relacionados con el papel de la Subjetividad Social en el tratamiento psicoanalítico y el contexto socio-cultural de la sesión clínica. En este punto, es probable que el enfoque exploratorio y descriptivo utilizado marque ciertas limitaciones para conclusiones más globales o planteos más especulativos, afines a una mirada clínica. Otro conjunto de limitaciones refiere a la definición descriptiva de Subjetividad Social que se utilizó en la presente investigación. Esta investigación intentó una aproximación empírica descriptiva a aspectos de la situación clínica que tenían o no lugar cuando la interacción discursiva paciente-terapeuta se refería a aspectos de Subjetividad Social. En relación con lo anterior, no se evaluaron los efectos de las intervenciones en los participantes, ni los efectos del discurso de los pacientes sobre los terapeutas, en términos de producción de subjetividad social. Queda para futuros estudios la indagación de estos aspectos.

Discusión

Comparando sesiones de 40 tratamientos, 20 realizados en Argentina y 20 realizados en Estados Unidos, el presente artículo indagó si determinadas categorías de Subjetividad Social, presentes en la interacción paciente-terapeuta, se vinculaban con:

- a) el contexto cultural en el que el terapeuta llevaba adelante su práctica
- b) la modalidad de sus intervenciones.

Esta estrategia estuvo al servicio de analizar la interacción entre el “adentro” (texto) y el “afuera” (contexto) de la sesión psicoanalítica.

Los tipos de intervenciones asociadas con la Subjetividad Social de mayor frecuencia de aparición fueron las intervenciones específicas psicoanalíticas, es decir, las Interpretaciones, las Confrontaciones y los Señalamientos. A su vez, en estos últimos, se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, a favor de los analistas argentinos.

Los terapeutas argentinos intervinieron con mayor frecuencia, en general, que sus pares estadounidenses, de manera significativa. Sin embargo, no se encontró una proporción mayor de intervenciones referidas a Subjetividad Social en un grupo por sobre otro. En relación con la proporción de alocuciones con Subjetividad Social del paciente, respecto del total de sus alocuciones, se observó una diferencia significativa a favor de los pacientes de las sesiones en Estados Unidos.

Una primera conclusión de los resultados obtenidos alude a que las categorías establecidas de Subjetividad Social pudieron ser reconocidas tanto en el material del paciente como en las intervenciones del terapeuta (ver Tablas 4 a 9). Resulta entonces que, de alguna manera, aquello adscrito históricamente al “afuera” de la sesión, fue registrable en el “adentro” de la misma. Sobre la base de estos datos, se torna difícil sostener que la situación analítica no da lugar a que las manifestaciones de la Subjetividad Social se hagan presentes para ser analizadas.

Dentro de este marco, un aporte del estudio radica en discriminar empíricamente categorías de Subjetividad Social, presentes en el discurso paciente-terapeuta (ver Tablas 6 a 7). Así, no sólo se apuntó a operacionalizar una noción ambigua, sino a estudiar un aspecto del proceso psicoanalítico que necesita mayor esclarecimiento, referido al papel del contexto socio-cultural en el intercambio paciente-analista. En un sentido metodológico, asimismo, cabe mencionar aquí que, dado un estado del arte complejo al respecto, la propuesta del presente estudio, en términos de estrategias empíricas de delimitación y operacionalización de categorías de Subjetividad Social, constituye un aporte en sí mismo, tanto para una mejor precisión del concepto como para la investigación de aspectos específicos del proceso psicoanalítico vinculables con dicha noción.

Considerando las Intervenciones clínicas, los resultados descriptos apoyan la idea de que las temáticas de Subjetividad Social fueron abordadas, mayoritariamente, con Intervenciones específicas psicoanalíticas, en comparación con las Intervenciones comunes o inespecíficas, en ambos grupos de terapeutas (ver Tablas 4 y 5). Un próximo estudio podría permitir esclarecer el propósito de las mismas en el contexto de cada

proceso psicoanalítico. Este resultado, además, resulta llamativo dada la enorme preponderancia de Intervenciones comunes por sobre las específicas observada en numerosos estudios que utilizaron la misma clasificación (ver, por ejemplo: Juan, 2014; Roussos et al., 2010). Así, podría plantearse que las temáticas de Subjetividad Social no solo fueron relevantes para los participantes de este estudio, sino que además priorizaron intervenciones específicas psicoanalíticas cuando las abordaron en sus tratamientos.

Otra conclusión sobre estos resultados alude que ambos grupos de terapeutas intervinieron en relación con la Subjetividad Social en proporciones similares y con una predominancia similar de intervenciones específicas psicoanalíticas (ver Figura 1). Este dato podría ser pensado en función de la formación compartida, en el marco de institutos psicoanalíticos componentes de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Sin embargo, la forma de abordar el fenómeno en sesión mostró algunas diferencias significativas por zona geográfica. En concreto, los terapeutas argentinos utilizaron más Confrontaciones y Señalamientos para aludir a Subjetividad Social que sus pares estadounidenses. Una hipótesis posible a partir de este hallazgo sería que los analistas de Estados Unidos fueron menos exploratorios que sus pares argentinos al referirse a categorías de Subjetividad Social, lo que se estaría expresando en un menor uso de señalamientos y confrontaciones.

Las escasas diferencias significativas observadas entre los grupos, replantean el tema de la “babelización” del psicoanálisis, formulada, por ejemplo en el debate entre Green (2006) y Wallerstein (2006). En otras palabras, pese a las grandes divergencias y enfrentamientos del campo psicoanalítico, este estudio empírico mostró cierto “terreno común” a partir del cual los terapeutas aludieron a categorías de Subjetividad Social. Quedan para futuros estudios, indagar sobre qué tipo de Intervenciones ligadas a qué manifestaciones de Subjetividad Social resulta más eficaz para qué tipo de pacientes, renovando desde un ángulo específico el debate amplio planteado por Roth y Fonagy (2005). Quizá, de manera incipiente, los resultados expuestos en el presente trabajo den cuenta del giro que Bernardi (1989) propone en relación a dejar de lado la discusión estéril sobre cuál es la teoría más verdadera para dejar paso a la pregunta sobre la forma en la que éstas inciden en la interacción con el paciente.

En conjunto, los datos observados en este estudio podrán colaborar con la comunidad científica de analistas, al comenzar a esclarecer empíricamente la manera en que la propia Subjetividad Social de la persona del analista, junto con sus teorías, tanto metapsicológicas como clínicas, se ponen en juego al intervenir con su paciente.

Algunas hipótesis sobre cómo dichos elementos se ponen en juego pueden extraerse de recientes trabajos (Allison y Fonagy, 2016), que remarcan la importancia de considerar cómo se transmiten durante el tratamiento psicoanalítico los aprendizajes socio-culturales entre paciente y terapeuta, lo que abriría una nueva perspectiva del proceso de mentalización y su rol en la clínica, de la mano del concepto de *confianza epistémica* [*epistemic trust*]. Este concepto pone el acento en la importancia de recuperar la posibilidad de confiar en el conocimiento transmitido interpersonalmente, validando su autenticidad y relevancia personal, confianza que muchos pacientes han perdido.

Siguiendo la misma línea, Allison y Fonagy (2016) plantean que la consideración de variables socio-culturales en el proceso psicoanalítico podría permitir una mayor comprensión de las condiciones contextuales necesarias para que un determinado

tratamiento sea efectivo para determinado paciente; así como para la necesaria concordancia entre los aprendizajes y re-aprendizajes socio-culturales a los que insta un tratamiento y los valores propios del paciente y su contexto social. Una línea de discusión asociada con lo anterior remite al trabajo de Puget y Wender (1982) sobre mundos superpuestos entre paciente y analista, y el riesgo de compartir los mismos aspectos contextuales sin vincularlos con la realidad interna de la díada. Desde este marco, futuros estudios podrán indagar cuándo se trata de aprendizajes socio-culturales y cuándo se trata de resistencias al propio trabajo analítico.

En este sentido, el presente artículo busca aportar una primera aproximación a ese tipo de variables contextuales, a la espera de futuros estudios que indaguen su impacto en los resultados de los tratamientos. Del mismo modo, este estudio busca fomentar la reflexión sobre las maneras en que su cosmovisión personal le permite o no al terapeuta una actitud reflexiva con su paciente, frente a temas en que las valoraciones y pertenencias culturales están en juego. Así, esta investigación podría considerarse un punto de partida para que los clínicos analicen su posición subjetiva socio-cultural y el efecto que ésta tiene sobre sus puntos de vista, sobre su conceptualización del caso y sobre el intercambio en general con sus pacientes.

Preguntas científicas y líneas futuras de investigación

Como ya fue adelantado, una línea futura de estudios podría combinar los hallazgos de este estudio con indagaciones del papel de la subjetividad social en los resultados de los tratamientos.

A su vez, la evidencia presentada, aunque limitada, permite considerar la necesidad de próximos estudios que cuenten con la inferencia del terapeuta, además de con sus intervenciones, para profundizar en la comprensión del fenómeno de la subjetividad social. En este sentido, los resultados ameritan estudiar la manera en que el terapeuta elabora los juicios o la hipótesis relativos a la Subjetividad Social y cuáles propone o deja de proponer a su paciente. Más aún, se presenta la necesidad de considerar la coincidencia o diferencia entre sus propias pertenencias socio-culturales y las de su paciente.

En la misma línea, y dado que el foco de este estudio no estuvo en el propósito del analista al efectuar sus Intervenciones, futuras investigaciones podrán indagar la estrategia concreta que los clínicos persiguen con Intervenciones cuyo contenido alude a categorías de Subjetividad Social. Así, nuevos estudios podrán analizar si las Intervenciones están orientadas hacia la indagación de Subjetividad Social per se, y sus implicancias en conflictos relacionales e intrapsíquicos, o si, por ejemplo, los analistas las utilizan como emergentes de dichos conflictos sin considerar el papel del contexto.

Otra dirección de investigación se abre en relación a la formación psicoanalítica en las distintas culturas institucionales, y cómo esto afecta la práctica clínica. Los resultados obtenidos en esta investigación sugieren la necesidad de mayor indagación respecto del impacto cierto que el contexto de formación del terapeuta tiene en la manera en que éste se desempeña técnicamente con sus pacientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, se desprenden algunas preguntas científicas a desarrollar en estudio ulteriores: ¿Qué relaciones existen entre la forma en que la Subjetividad Social es trabajada en el proceso psicoterapéutico y los resultados del tratamiento? ¿De qué manera incide la región geográfica de formación del analista en sus Intervenciones clínicas? ¿Cómo se vincula dicha influencia con los resultados de los tratamientos? ¿Cómo incorporar los resultados de investigaciones como la aquí presentada en la formación de terapeuta?

Referencias

- Allison, E. y Fonagy, P. (2016). When is truth relevant? *The Psychoanalytic Quarterly*, 85(2), 275–303. <https://doi.org/10.1002/psaq.12074>
- Allport, G. (1971). *La naturaleza del prejuicio*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Altman, N. (2010). (2nd.ed). *The analyst in the inner city. Race, class and culture through a psychoanalytic lens*. Routledge.
- Berenstein, I. (1976). *Familia y enfermedad mental*. Paidós.
- Berenstein, I. (1991). Reconsideración del concepto de vínculo. *Revista de Psicoanálisis*, 2(13), 219- 235.
- Berenstein, I. (Ed.). (2004). Devenir otro con otro(s). Ajenidad, presencia e interferencia. Paidós.
- Berenstein, I. y Puget, J. (1997). *Lo vincular clínica y técnica psicoanalítica*. Paidós.
- Bernardi, R. (1989). The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 341-347.
- Beutler, L., Malik, M., Allmohamed, S., Harwood, T., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist variables. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's, handbook of psychotherapy and behavioral change* (5ª ed.) (258-298). John Wiley y Sons.
- Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37–46. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>
- Constantino, M. J., Adams, M. L., Pazzaglia, A. M., Bernecker, S. L., Ravitz, P., y McBride, C. (2013). Baseline patient characteristics as predictors of remission in interpersonal psychotherapy for depression. *Psychotherapy Research*, 23(2), 190–200. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.765997>
- Dimen, M. (2006). Response to roundtable. Something's gone missing in L. Layton, N. C. Hollander and S. Gutwill (Eds). *Psychoanalysis, class and politics. Encounters in the clinical setting*. Routledge
- Eng, D. y Han, S. (2000). A dialogue on racial melancholia. *Psychoanalytic Dialogues*, 10(4), 667–700.
- Etchebarne, I., Fernández, M., y Roussos, A. J. (2008) Un esquema clasificatorio para las intervenciones en terapia interpersonal. *Anuario de Investigaciones*, XV, 15-30. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v15/v15a01.pdf>
- González Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales *Centro Universitario de Brasilia*, 4(2), 225-243
- Green, A. (2006). La ilusión del “terreno común” y el pluralismo mítico. *Revista de Psicoanálisis*, 28(3), 657-665
- Hill, C. E. (1948/2009). Web form E: Helping skills system. Disponible en: <http://forms.apa.org/books/supp/hill3/pdf/student/webformE.pdf>
- Hill, C., Hess, S., Knox, S., Thompson, B., Williams, E., y Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196-205.

- Jones, E. y Korchin, S. (1982). *Minority mental health*. Praeger Publishers.
- Juan, S. (2014). Inferencias pronósticas e intervenciones en el trastorno de ansiedad generalizada. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33588.45442>.
- Juan, S., Etchebarne, I., Waizmann, V., Leibovich de Duarte, A. y Roussos, A. (2009). El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta. *Anuario de Investigaciones*, XVI(I), 43-51.
- Juan, S., Gómez Penedo, J., Etchebarne, I. y Roussos, A. (2011). El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): Una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. *Anuario de Investigaciones*, XVIII(I), 47-56.
- Landis, J. y Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Layton, L., Hollander, N., y Gutwill, S. (2006). *Psychoanalysis, class and politics encounters in the clinical setting*. Routledge.
- Mead, G. (1953). Espiritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social. Paidós.
- Mergenthaler, E., y Grill, S. (1996). Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones psicoterapéuticas. *Revista de Clínica Psicológica*, 5(2), 163-177.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.
- Muran, J. C. (Ed). (2007). *Dialogues on difference. Studies of diversity in the therapeutic relationship*. American Psychological Association.
- Orlinsky, D. y Ronnestad, M. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association.
- Puget, J. y Wender, L. (1982). Analista y paciente en mundos superpuestos. *Psicoanálisis*, IV(3), 502-532.
- Puget, J. (1986). Violencia social y psicoanálisis. Lo impensable y lo impensado. *Psicoanálisis*, VIII(2-3), 307-366
- Puget, J. (1987). El contexto social. En busca de una hipótesis. 35 Congreso Internacional de Psicoanálisis *Análisis terminable e interminable - 50 años después*. IPA, Montreal.
- Puget, J. (1988). ¿Qué es material clínico para el psicoanalista? Los espacios psíquicos. *Psicoanálisis*, X(3), 445-453.
- Puget, J. (1994). *Realidad social: una nueva realidad psíquica*. [Panel] X Jornadas Anuales de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoanálisis de Grupo, Buenos Aires, Argentina.
- Puget, J. (2011). *Pensar la subjetividad social*. Trabajo presentado en el Departamento de Familia y Pareja, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A. (2015). *Categorías de subjetividad social en la interacción paciente-terapeuta: un estudio comparativo transcultural de sesiones psicoanalíticas*. (Tesis doctoral defendida y aprobada). Universidad de Palermo, Argentina.
- Roth, A. y Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. The Guilford Press
- Roussos, A. Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2006). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones*, XIII, 51-61.
- Roussos, A., Waizmann, V. y Etchebarne, I. (2010). Common interventions in two single cases of cognitive and psychoanalytic psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20, (3), 327-346.

- Samuels, A. (1993). *The political psyche*. Routledge.
- Samuels, A. (2006). Working directly with political, social and cultural material in the therapy session. En L. Layton, N. Hollander y S. Gutwill (Eds.), *Psychoanalysis, class and politics. Encounters in the clinical setting* (pp. 11-29). Routledge.
- Thomä, H., y Kächele, H. (1985/1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis: fundamentos*. Herder.
- Triandis, H. (1994). *Individualism y collectivism*. Westview Press.
- Wallerstein, R. (2006). ¿Será el pluralismo psicoanalítico un estado duradero de nuestra disciplina? *Revista de Psicoanálisis*, 28(3), 649-655
- Wallerstein, R. y DeWitt, K. (2000). Modos de intervención en psicoanálisis y en psicoterapias psicoanalíticas: una clasificación revisada. En J. Ahumada, J. Olagay, A. Kramer Richards y A. D. Richards (Eds.), *Las tareas del psicoanálisis. Ensayos en honor de R. Horacio Etchegoyen* (pp. 114-143). Polemos.
- Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270-277
- Westen, D. (2001). Beyond the binary opposition in psychological anthropology: Integrating contemporary psychoanalysis and cognitive science. En H. Mathews y C. Moore (Eds.), *The psychology of cultural experience* (pp. 21-48). Cambridge University Press.
- Zuckerfeld, R. (1999). Psicoanálisis actual: Tercera tópica, vulnerabilidad y contexto social. *Aperturas Psicoanalíticas* (2).
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=90>
- Zuckerfeld, R. (2004) Inconscientes, memorias y tópicos. *Aperturas Psicoanalíticas* (17). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000293>.
- Zuckerfeld, R. y Zonis Zuckerfeld, R. (2005). *Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Lugar Editorial.