

EL PROCESO INFERENCIAL CLÍNICO, EL PRONÓSTICO Y LAS INTERVENCIONES DEL PSICOTERAPEUTA

THE CLINICAL INFERENTIAL PROCESS, THE PSYCHOTHERAPIST'S PROGNOSIS AND INTERVENTIONS

Juan, Santiago¹; Etchebarne, Ignacio²; Waizmann, Vanina³; Leibovich de Duarte, Adela⁴; Roussos, Andrés⁵

RESUMEN

En el presente artículo se recorren investigaciones en curso sobre la inferencia clínica y la intervención en psicoterapia, con el objetivo de describir una posible vía de vinculación entre las intervenciones psicoterapéuticas y las inferencias pronósticas. Se mencionan estudios sobre intervención clínica y trabajos de clasificación de intervenciones. Se describen distintas líneas de investigación posibles para la noción de pronóstico en psicoterapia, y se proponen modalidades y criterios para su evaluación, tomando la investigación sobre inferencia clínica como eje ordenador. Se mencionan, a su vez, resultados disponibles sobre el estudio de la inferencia pronóstica. Las nociones de inferencia clínica, inferencia pronóstica e intervención son definidas y analizadas como partes del proceso psicoterapéutico. Se propone una estrategia de vinculación entre las inferencias pronósticas y las intervenciones. La cuestión del marco teórico del psicoterapeuta es presentada como factor en juego tanto en la producción inferencial como en la modalidad de intervención en psicoterapia.

Palabras clave:

Inferencia pronóstica - Intervención - Psicoterapia

ABSTRACT

In the present paper current research about inferential process and clinical interventions is described; aiming to present a possible way of studying the relationship between the prognostic inferences and the psychotherapeutic interventions. The study of clinical interventions and their classification is described. Different research lines on the concept of prognosis are mentioned, analyzing possible assessment modalities and criteria, considering the study of clinical inference as a basis. Current results about prognostic inference are presented. The concepts of clinical inference, prognostic inference and intervention are defined and analyzed as parts of the psychotherapeutic process. A strategy to relate the prognostic inferences and the interventions is proposed. The psychotherapist's theoretical framework is presented as a factor in play in the inferential production and the intervention modality.

Key words:

Prognostic inference - Intervention - Psychotherapy

¹ Juan, Santiago; Lic. en Psicología. Docente de la cátedra Psicoanálisis: Psicología del yo. Facultad de Psicología, UBA. Miembro del equipo de investigación UBACyT P001. Becario Doctoral, CONICET-UBA. E-mail: santiagojuan@psi.uba.ar

² Etchebarne, Ignacio; Licenciado en Psicología. Coordinador del equipo de investigación en psicología Clínica. Becario de CONICET - UBA

³ Waizmann, Vanina; idem 2

⁴ Leibovich de Duarte, Adela; Doctora en Psicología. Profesora Emérita de la Universidad de Buenos Aires. Directora de proyecto UBACyT P001. E-mail: aduarte@psi.uba.ar

⁵ Roussos, Andrés; Doctor en Psicología. Investigador adjunto de la carrera del CONICET. Docente de grado y postgrado en diversas universidades. Profesor adjunto regular de la cátedra II de Metodología de Investigación en Psicología, UBA y coordinador docente de la cátedra Metodología de Investigación, Universidad de Belgrano.

INTRODUCCIÓN

Las acciones que lleva adelante un psicoterapeuta, a lo largo de los distintos momentos que atraviesa un tratamiento, pueden estar relacionadas ya sea con el pasado, el presente o el futuro del paciente. En una situación clínica entran en consideración, por ejemplo, tanto las indagaciones del psicoterapeuta sobre los antecedentes psicopatológicos del paciente (pasado), como la evaluación de la situación actual que cristaliza en el motivo de consulta (presente); o las hipótesis pronósticas sobre la potencial evolución del tratamiento (futuro).

Al considerar la situación de una primera entrevista psicoterapéutica, se plantean dos actitudes posibles respecto del pronóstico: El psicoterapeuta puede formularlo explícitamente, o bien puede considerar poco prudente explicitar un pronóstico frente a los primeros datos aportados por un paciente. De todas formas, el pronóstico está presente en todo acto de curar, tanto si se explicita o no. El pronóstico surge al menos en la forma de un pronóstico presuntivo o preliminar, e incluso en el caso de un pronóstico incierto o reservado.

Cobra importancia considerar cómo el pronóstico se relaciona con la modalidad de intervención del psicoterapeuta, en tanto el juicio pronóstico puede funcionar como punto de partida de las intervenciones y de la propuesta de tratamiento en general.

Las inferencias pronósticas del psicoterapeuta se relacionan, entonces, con la cuestión de las posibilidades de éxito y fracaso terapéuticos para el paciente, preocupación central para la investigación empírica en psicología clínica. La consideración pronóstica plantea una potencial evolución para un proceso psicoterapéutico en un paciente determinado, lo que la incluye en un tema central en psicoterapia: El de la problemática sobre la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los tratamientos.

En nuestro medio, actualmente se encuentran en marcha dos programas de investigación asociados al tema planteado: El programa sobre inferencia clínica dirigido por la Dra. Leibovich de Duarte¹, que estudia en forma sistemática el proceso inferencial clínico; y el programa de investigación dirigido por el Dr. Roussos², que estudia las intervenciones en psicoterapia. Mientras que Leibovich de Duarte y su equipo se han dedicado al estudio sistemático del proceso inferencial, comparando la evaluación de un mismo material clínico realizada por terapeutas de distintos marcos teóricos y años de experiencia (Leibovich de Duarte, 1996; Leibovich de Duarte, Duhalde, Huerín, Roussos, Rubio, Rutzstein y Torricelli, 2004; Leibovich de Duarte, Rubio, Zanotto,

Juan, Roussos, Huerín y Torricelli, 2009); el equipo del Dr. Roussos aborda, basándose en un esquema clasificatorio, el estudio de las intervenciones, comparando dos marcos teóricos distintos: el cognitivo y el psicoanalítico (Roussos, Etchebarne y Waizmann; 2004; 2005). Dentro de este contexto, el presente artículo tiene como objetivo presentar una vía posible de vinculación entre las intervenciones psicoterapéuticas y las inferencias pronósticas.

LAS INTERVENCIONES EN PSICOTERAPIA Y SU CLASIFICACIÓN

La noción de intervención puede comprenderse en forma acotada, es decir, como una acción específica, o en forma general como al proceso completo de tratamiento (entender el tratamiento como una intervención). En este caso, el estudio de la intervención implica considerarla como un proceso global que va más allá del tipo y el contenido de la intervención en sí misma. De esta forma, la intervención constituye un desarrollo de una secuencia con una lógica propia del terapeuta, haciendo necesario que el proceso se considere como un todo (Arlow, 1987). Planteos como el de Lichtenberg (1992) apuntan en la misma dirección, entendiendo a las intervenciones no sólo de modo individual, sino también como una secuencia de intervenciones con un sentido terapéutico.

Roussos, Etchebarne y Waizmann (2004), en cambio, utilizan para sus investigaciones una definición restringida de intervención, referida a todas aquellas acciones verbales realizadas por el psicoterapeuta, que sean de carácter intencional, y que estén dirigidas hacia el paciente en un contexto psicoterapéutico.

Las intervenciones verbales, en sus distintas modalidades, son la forma en la que el psicoterapeuta procede en su intercambio con el paciente, y constituyen su contribución fundamental al tratamiento. En general, toda intervención persigue un objetivo o propósito, tanto si el mismo es explícito o no para los involucrados en el proceso (paciente y terapeuta).

Existen modelos de clasificación que intentan englobar todas las intervenciones.

Un antecedente importante en esta línea se observa en el trabajo de William Stiles. En un libro que compila el desarrollo de sus ideas (Stiles, 1992) se plantea el estudio de los modos de respuesta verbal (*verbal response modes*) como estrategia para clasificar las intervenciones en psicoterapia. Los distintos modos de respuesta verbal describen las alternativas comunicacionales del terapeuta. Así, por ejemplo, la pregunta, el consejo, el silencio y la afirmación, entre otros, se consideran como modos de respuesta verbal prototípicos del psicoterapeuta.

Investigaciones basadas en este modelo (Wiser y Goldfried, 1996) exploraron las intervenciones utilizadas por terapeutas cognitivo conductuales y psicodinámico-interpersonales durante sesiones identificadas como signifi-

¹ Subsidio UBACyT p001: El proceso inferencial clínico de psicoterapeutas de distintos marcos teóricos y niveles de experiencia: Continuación de un estudio. Programación 2008-2010. Directora: Prof. Em. Dra. Adela Leibovich de Duarte.

² Subsidio UBACyT p818: Características de las intervenciones en psicoterapia psicoanalítica y cognitiva. Semejanzas y diferencias. Programación 2006-2009. Director: Dr. Andrés Roussos.

cativas (en tanto juzgadas como asociadas con cambio en el paciente).

Entre otros resultados, se observó que las intervenciones verbales más frecuentemente utilizadas por los terapeutas de ambos marcos teóricos fueron la pregunta, el espejamiento y las interpretaciones (éstas últimas definidas en sentido amplio como la provisión, por parte del terapeuta, de su punto de vista sobre la situación del paciente).

Un modelo asociado de clasificación de intervenciones se encuentra en el trabajo de Clara Hill (1992). Hill también utiliza el concepto de modos de respuesta verbal, aludiendo - en el mismo sentido que Stiles - a la estructura gramatical de la respuesta verbal, más allá del tema y/o el contenido del discurso.

La autora propone un "modelo de proceso" (*process model*) que consiste en estudiar cómo las intenciones terapéuticas (entendidas como los propósitos subyacentes, objetivos y estrategias que el terapeuta tiene para sus intervenciones) se vehiculizan a través de los distintos modos de respuesta verbal. Así, por ejemplo, para intensificar sentimientos en el paciente, el terapeuta podrá apelar a parafrasearlo o a usar preguntas abiertas. La reacción del paciente a las intervenciones del psicoterapeuta le indicará cómo continuar con nuevas intervenciones (siguiendo el caso anterior, si el paciente se siente contenido, podrá optar por revelar más información a su terapeuta). Basado en esta percepción sobre las reacciones del paciente, el psicoterapeuta interviene adecuándose al nuevo estado del mismo.

En el trabajo antes citado, Hill propone una clasificación para las intenciones terapéuticas, los modos de respuestas verbales del terapeuta, y las conductas y respuestas del paciente. Dicha clasificación de intenciones terapéuticas ha servido de antecedente para el nivel estratégico de la clasificación de intervenciones que se utiliza en el presente estudio.

Mariane Krause y colaboradores utilizan para la clasificación de intervenciones el concepto de intención comunicacional (Valdés, Krause, Vilches, Dagnino, Echarri, Ben-Dov, Arístegui y de la Parra; 2005). Según estos autores, las intenciones comunicacionales hacen referencia a la naturaleza del acto comunicacional realizado y reflejan, de esta forma, lo que comunicacionalmente pretende la persona que las realiza (por ejemplo, expresar acuerdo, solicitar información, verificar información). En dicho trabajo se propone el estudio de las intenciones comunicacionales para indagar las secuencias de intervenciones en distintos episodios identificados como momentos de cambio psicoterapéutico.

Otra línea de estudio para la clasificación de intervenciones apunta a diseñar herramientas específicas para una evaluación comparativa de las mismas.

Por ejemplo, la escala completa de evaluación de intervenciones psicoterapéuticas (*comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale*) desarrollada por

Trijsburg et al. (2002) plantea una evaluación de intervenciones que cubre distintas orientaciones teóricas. Dicha clasificación cuenta con una relativamente pequeña cantidad de intervenciones, derivadas de las principales líneas psicoterapéuticas (terapia centrada en el cliente, terapia psicodinámica, terapia conductual, terapia cognitiva, terapia psicodinámica de grupo y terapia sistémica). Además de las intervenciones específicas a estos marcos teóricos, la escala incluye intervenciones relacionadas con los factores comunes a distintas líneas psicoterapéuticas (*common factors*). La selección de las intervenciones está basada en un extenso rastreo bibliográfico sobre cuestionarios y escalas utilizadas para evaluación de intervenciones y una exhaustiva revisión de cómo dichos instrumentos han sido utilizados en investigaciones empíricas. La visión sobre la importancia de los factores comunes en las intervenciones del terapeuta es un eje clave en el presente estudio.

Una alternativa no demasiado explorada pero interesante resulta al estudiar las intervenciones del psicoterapeuta en base a una descripción por parte del paciente. Un ejemplo de esto es el trabajo llevado adelante por McCarthy y Barber (2009) en el que elaboraron un listado de intervenciones psicoterapéuticas, multi-teórico, para que sea completado por el paciente.

Roussos, Etchebarne y Waizmann (2004) proponen una evaluación de las intervenciones en distintos niveles: El nivel descriptivo, en el cual se observan las características formales de la intervención presentada por el terapeuta; el nivel de contenido, en el cual se analiza la temática incluida en las enunciaciones; y el nivel tiempo-espacial, que describe el momento (pasado, presente o futuro) y el lugar físico al que hace referencia la intervención.

Algunos resultados obtenidos mediante esta clasificación refieren, por ejemplo, al uso de intervenciones específicas y no específicas, entendiéndose por intervenciones específicas a todas aquellas teorizadas por un marco teórico (psicoanalítico o cognitivo). Por ejemplo, en dos estudios de caso único, uno referente a un tratamiento psicoanalítico y otro referente a un tratamiento cognitivo, Roussos, Waizmann y Etchebarne (en preparación) observaron cómo el porcentaje y distribución de las intervenciones específicas y no específicas - a nivel de análisis descriptivo - podrían ser similares en tratamientos no-manualizados psicoanalíticos y en tratamientos no-manualizados cognitivo-conductuales. Asimismo, en un trabajo de Waizmann, Jurkowski y Roussos (2006) se encuestaron a 40 psicoterapeutas (psicoanalistas, cognitivos e integracionistas), interrogándolos sobre el tipo de intervenciones que utilizaban con sus pacientes. Se observó que tanto terapeutas cognitivos como psicoanalíticos declararon utilizar intervenciones específicas ajenas al propio marco teórico en más del 90% de los casos. No obstante, en términos de las intervenciones más utilizadas, los terapeutas se mantenían fieles a su

propio marco teórico, eligiendo a las intervenciones específicas de dicho marco con mucha mayor frecuencia.

EL ESTUDIO DEL PRONÓSTICO EN PSICOTERAPIA

La noción de pronóstico puede ser comprendida de dos formas distintas aunque no excluyentes: a) el pronóstico como resultado o síntesis de los indicadores presentados por el paciente; o b) el pronóstico como una apreciación inferencial que tiene su centro en la figura del psicoterapeuta.

a) El pronóstico como resultado o síntesis de los indicadores presentados por el paciente

Siguiendo a Lambert, Hunt y Vermeersch (2004) en su revisión de la literatura, existen características del paciente clásicamente relacionadas con el resultado de la psicoterapia, como son: La severidad del problema, la motivación, la capacidad de relacionarse, la fortaleza yoica, la mentalización, la focalización del problema, y la respuesta temprana al tratamiento. Cada una de estas características del paciente - afirman los autores - es un aspecto de salud o enfermedad que puede impactar en el plan de tratamiento, el proceso terapéutico y el resultado final para el paciente.

Dentro de esta postura sobre el pronóstico se ubican investigaciones que apuntan, por ejemplo, a focalizar en el pronóstico para determinada patología, ya sean trastornos de ansiedad (Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Losardo, Narducci, Schamberger y Gallop; 2004); los trastornos alimentarios (Herzog, Hartmann, Sandholz y Stammer; 1991); los trastornos antisociales (Gabbard y Coyne, 1987; Gerstley, McLellan, Alterman, Woody, Luborsky y Prout, 1989). Dichos estudios buscan identificar variables en los pacientes que puedan predecir el resultado de la psicoterapia para el diagnóstico específico.

Otra línea de estudio apunta a evaluar la respuesta al tratamiento mediante un monitoreo continuo con escalas de evaluación sintomática (Lutz et al., 2006). Comparando distintos modelos de psicoterapia (cognitivo-conductual, cognitivo-conductual integracionista e interpersonal) se intenta predecir la mejor terapéutica en base a las características preexistentes del paciente y a su posterior desempeño en el tratamiento, a la vez que se comparan los resultados de los distintos modelos terapéuticos. Otros trabajos (Leon, Kopta, Howard y Lutz; 1999) apuntan a interrogar las expectativas del paciente frente al tratamiento y luego comparar con los resultados obtenidos, intentando identificar predictores de resultados en el paciente.

b) El pronóstico como una apreciación inferencial que tiene su centro en la figura del psicoterapeuta:

Dentro de la segunda postura sugerida, el accionar infe-

rencial del psicoterapeuta constituye el centro de interés, considerando al pronóstico como parte de la actividad inferencial clínica.

Se entiende por inferencia clínica los pasos que un clínico sigue en la elaboración de sus hipótesis y juicios clínicos, al proceso cognitivo afectivo por el cual un terapeuta decodifica la producción de su paciente y elabora sus hipótesis clínicas (Leibovich de Duarte, 2000).

Los estudios pioneros sobre inferencia clínica fueron los de Strupp en 1960, citado por Leibovich de Duarte (2000) y los de Seitz (1966), cuyo aporte fue tomar como centro de interés las contribuciones que hace el terapeuta a la situación psicoterapéutica. Strupp se dedicó a investigar cómo distintos terapeutas evaluaban un mismo material clínico, con especial énfasis en cómo el marco teórico del terapeuta influía en dicha evaluación. Seitz tomó el tema del consenso entre terapeutas.

Según la clasificación elaborada por Leibovich de Duarte, presentada, por ejemplo, en Leibovich de Duarte, Huerín, Roussos, Rutzstein y Torricelli (2002), las inferencias pueden clasificarse en diferentes tipos, dependiendo de la temática a la que refieran. Las inferencias de los psicoterapeutas pueden aludir, por ejemplo, a la temática interpersonal del paciente, a sus procesos mentales, a su estilo vincular, a consideraciones diagnósticas, entre otros. Las inferencias pronósticas son un ejemplo de un tipo particular de inferencia, que remite específicamente a todo aquello que el psicoterapeuta considere relevante, o que pueda parecerle significativo, en relación con la potencial evolución del tratamiento y del paciente. Es necesario diferenciar la evolución del tratamiento y del paciente, no siempre coincidentes.

La inferencia pronóstica incluye aquellos aspectos que a criterio del psicoterapeuta son indicios del curso futuro del tratamiento, de la posible eficacia o fracaso del tratamiento, y de la situación del paciente de no iniciar (o no continuar) un tratamiento (Leibovich de Duarte et al., 2001). La inferencia pronóstica está íntimamente ligada a la elaboración de la propuesta de tratamiento a implementar (incluidas las intervenciones) con especial atención hacia el potencial del paciente en lo que hace a sus limitaciones o posibilidades ciertas de cambio. A diferencia de otro tipo de inferencias, la inferencia pronóstica implica siempre una evaluación y está frecuentemente asociada a la conceptualización diagnóstica que el psicoterapeuta tiene sobre su paciente.

En los trabajos de Leibovich de Duarte et al. (2001, 2002) se observa que, frente a la escucha de una primera sesión psicoterapéutica audiograbada, la inferencia pronóstica sólo es espontáneamente producida en contados casos, concentrándose la actividad inferencial de los psicoterapeutas en temáticas de tipo interpersonal y de procesos mentales.

Por ejemplo, sobre una muestra de veinte psicoanalistas, se observó que la presencia de las inferencias pronósticas dentro del conjunto de la actividad inferencial

fue escasa, con una baja proporción de aparición, no superior a un 6%; teniendo en cuenta que la mayor proporción de la actividad inferencial se concentró en hipótesis de tipo interpersonal o de procesos mentales con valores de entre 35% y 33% respectivamente. Por otra parte, y en relación con el marco referencial teórico de los psicoterapeutas, se observó que los psicoanalistas autodenominados “lacanianos” no formularon inferencias pronósticas, mientras que sí fueron enunciadas por sus colegas autodenominados “freudianos”.

Otro estudio asociado sobre la naturaleza de la primera inferencia clínica propuesta luego de escuchar un mismo material clínico (Leibovich de Duarte, Duhalde, Rutzstein, Torricelli, Huerín y Roussos, en preparación) muestra que, sobre un total de 101 psicoterapeutas, de distinto marco teórico y años de experiencia, sólo un psicoterapeuta cognitivo propuso como su primera inferencia clínica una inferencia pronóstica.

En un estudio reciente (Leibovich de Duarte, Huerín, Torricelli, Rubio, Zanotto, Roussos y Juan, en preparación), la proporción de inferencias pronósticas simples (no combinadas con otro tipo de inferencia) llegó a un muy escaso 0,97%. En una muestra de 43 médicos y psicólogos, de primero y último año de residencia-concurrencia; se produjeron 7 inferencias simples pronósticas sobre un total de 723 inferencias simples.

Considerando las inferencias combinadas, que toman en cuenta dos o más tipos de inferencia, se observó que la inferencia pronóstica fue combinada con inferencias de tipo procesos mentales en 5 casos, y con inferencias diagnósticas en 2 casos, sobre un total de 109 inferencias combinadas, llegando a un 6,42%. Si bien la proporción fue baja tanto en el caso de las inferencias simples como en el caso de las inferencias combinadas, es interesante que aumente cuando la inferencia pronóstica se combina con otro tipo de hipótesis.

Teniendo en cuenta los datos antes señalados, cabe destacar que, frente a la escucha de un mismo material clínico, los psicoterapeutas no tienden espontáneamente a producir inferencias pronósticas en grandes proporciones, concentrándose mucho más en las temáticas vinculares y de procesos mentales, fenómeno que se repite en todos los estudios mencionados.

CONTEXTO DE EVALUACIÓN DE LA INFERENCIA PRONÓSTICA

Para poder generar el contexto de análisis de las inferencias clínicas pronósticas dentro de un tratamiento psicoterapéutico, es necesario contar con instrumentos de evaluación y criterios que vinculen estas herramientas con el material clínico.

En nuestro medio, un primer criterio ya mencionado de evaluación y clasificación inferencial se encuentra en la elaborada por Leibovich de Duarte, presentada, por ejemplo, en Leibovich de Duarte y otros (2001, 2002, 2004). La clasificación propone una tipología de inferencias (la

naturaleza de la hipótesis), con una clasificación del tipo de formulación (descriptiva, asociativa o interpretativa) de la misma, los aspectos afectivos-cognitivos presentes en dicha formulación, y el nivel de complejidad inferencial (proto-inferencia, inferencia simple o combinada). En esta investigación también se indaga acerca de los logros terapéuticos priorizados en la práctica clínica por los psicoterapeutas, presentando a los mismos un listado, publicado, por ejemplo, en Leibovich de Duarte y otros (2008).

Un segundo criterio para la evaluación de la inferencia pronóstica se encuentra en el modelo de la formulación de caso (*case formulation*), trabajado principalmente por Eells (1997). La formulación de caso comprende un conjunto de hipótesis sobre las causas y las influencias precipitantes y mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de un paciente (Eells, Kendjelic y Lucas; 1998).

Siguiendo el planteo de estos autores, el denominador común de la formulación de caso se resume en tres criterios: 1) Se enfatiza el nivel inferencial del terapeuta; 2) La información que contiene está ampliamente basada en el juicio clínico más que en la impresión del propio paciente; y 3) La formulación de caso se compartimenta en subcomponentes que son evaluados por separado en la formulación para luego reunirse en una síntesis.

El pronóstico es estudiado, en este contexto, como parte de la formulación de caso que realiza el psicoterapeuta, poniéndose en el centro de la atención la actividad inferencial del mismo.

La presente investigación se posiciona en la segunda de las posturas mencionadas sobre el pronóstico. Es decir, lo considera como una apreciación inferencial que tiene su centro en la figura del psicoterapeuta, tomando a la noción de inferencia pronóstica como eje ordenador. La clasificación de inferencias de Leibovich de Duarte antes mencionada (Leibovich de Duarte et al. 2001, 2002) y los criterios del modelo de la formulación de caso de Eells (1997) se utilizarán como herramientas de evaluación.

Se debe tener en cuenta, sin embargo, que las dos posturas sobre el pronóstico no son necesariamente excluyentes, desde el momento en que ninguna evaluación pronóstica puede prescindir de la sintomatología o los indicadores presente en el paciente.

LA VINCULACIÓN ENTRE LA INFERENCIA Y LA INTERVENCIÓN EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

La división entre investigación en psicoterapia orientada a los procesos e investigación en psicoterapia orientada a los resultados nos muestra una línea divisoria entre dos grandes conjuntos de investigaciones.

Por una parte, existe la investigación que compara resultados, intentando establecer qué tratamientos son más eficaces y eficientes en términos de sus efectos a

corto, mediano y largo plazo sobre los pacientes.

Por otra parte, se encuentra el estudio de los procesos terapéuticos, el cual apunta a identificar los elementos activos esenciales de la psicoterapia. En este caso se trata de identificar cuáles son los factores componentes de los tratamientos y cómo los mismos interactúan entre sí para lograr sus efectos.

Se puede considerar tanto a la intervención como a la inferencia parte de los elementos activos esenciales del proceso psicoterapéutico. De esta manera, se ubican en el centro de la indagación las acciones concretas del psicoterapeuta en los tratamientos, tanto en lo que respecta a aquellas dirigidas intencionalmente hacia el paciente (intervenciones), como en lo que respecta a los juicios o las hipótesis que el psicoterapeuta elabora y propone sobre su paciente (inferencias).

A su vez, es necesario que el estudio de procesos psicoterapéuticos no tome en forma aislada a los distintos componentes activos (aspectos específicos teórico-técnicos); sino que considere la interacción entre los mismos, pudiendo vincular el estudio de las intervenciones con otras variables presentes. Dicho estudio cobra sentido, además, teniendo en cuenta que distintas investigaciones sobre la participación de los factores comunes y específicos en la variación de los resultados de la psicoterapia (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Wampold, 2001), muestran que los marcos teóricos sólo explican en un muy bajo porcentaje los resultados psicoterapéuticos positivos (menos del 12%).

Una posible estrategia, entonces, que permita asociar las peculiaridades teóricas de la psicoterapia con sus elementos comunes, tal como los definieron originalmente Orlinsky y Howard (1986), consiste en asociar los elementos característicos del proceso terapéutico con los distintos marcos teóricos (factores específicos), para luego asociarlos a los resultados de los tratamientos (Roussos, 1999).

Dentro de esta línea de investigaciones se pueden encontrar aquellas que apuntan a vincular las inferencias clínicas propuestas por el psicoterapeuta - considerando que la actividad inferencial es el punto de partida para el tratamiento - con las intervenciones que conforman dicho tratamiento (Eells, Kendjelic y Lucas, 1998; Leibovich de Duarte et al., 2002; Roussos, Boffi Lissin y Leibovich de Duarte, 2007).

Dentro de este contexto, considerar el vínculo entre pronóstico -definido como producción inferencial- y la modalidad de intervención, permite profundizar la investigación sobre las contribuciones del psicoterapeuta a la situación clínica, pudiendo lograrse una mayor precisión acerca de las acciones que se llevan a cabo en los tratamientos y cómo éstas se relacionan con la eficacia psicoterapéutica.

A su vez, estudiar la vinculación entre la inferencia pronóstica y las intervenciones, permite ampliar los trabajos sobre evaluación y clasificación de intervenciones, y

profundizar en la investigación sobre la actividad inferencial clínica.

Cabe señalar que no sólo la actividad inferencial clínica ha sido un campo relativamente poco estudiado en psicoterapia (Leibovich de Duarte, 1996, 2000), sino que, en forma más general, todavía no es un tema resuelto el del aporte a la situación clínica que realiza el psicoterapeuta.

Orlinsky et al. (1999) sugieren la interesante hipótesis de que el sentimiento del terapeuta de hallarse en continuo crecimiento profesional aporta a los resultados del proceso terapéutico, constituyendo un atributo no sólo deseable sino necesario para una labor psicoterapéutica efectiva. También en el trabajo de Frank y Frank (1961/1991) se realiza un análisis detallado de cómo características personales del terapeuta, tales como su historia personal, sus propios conflictos emocionales, su nivel socio-económico, las vicisitudes de su entrenamiento y sus convicciones sobre su formación teórica, entre otras, son variables relacionadas con las posibilidades de éxito terapéutico.

En este contexto, se considera que el estudio de la actividad inferencial permite la indagación de cómo participan las variables del terapeuta en la situación clínica. Cabe preguntarse, entonces, si las inferencias pronósticas pueden funcionar o no como moderadoras (Etchebarne, O'Connell y Roussos, 2008) de los resultados a lo largo del proceso psicoterapéutico, no sólo al tener en cuenta que son punto de partida para las intervenciones clínicas, sino además considerando que numerosos atributos del psicoterapeuta, como su personalidad, bienestar y valores personales son variables predictoras de resultados en psicoterapia (Beutler et al. 2004). Tanto la mencionada clasificación de inferencias elaborada por Leibovich de Duarte, como la también mencionada clasificación de intervenciones elaborada por Roussos, Etchebarne y Waizmann, constituyen herramientas útiles para estudiar ambos componentes del proceso psicoterapéutico, planteando un contexto adecuado para el estudio de la relación entre ambas variables. Estudio que se ubica en un plano micro-analítico (Milbrath, Bond, Cooper, Znoj, Horowitz y Perry, 1999), pudiendo evaluar el impacto de las inferencias pronósticas en las intervenciones y viceversa.

De esta manera, puede estudiarse la naturaleza de la inferencia pronóstica, su nivel de complejidad, el tipo de su formulación y la presencia de aspectos afectivos-cognitivos en la misma. Además, la lista de logros terapéuticos permite elaborar un pronóstico en base a logros posibles y no posibles para el paciente; y algunos criterios tomados del modelo de formulación de caso hacen posible evaluar la severidad pronosticada para el problema principal del paciente.

Al vincular esta información con la que aporte la clasificación de intervenciones en distintos niveles, se pueden establecer relaciones entre distintos tipos de pronósti-

cos y distintos tipos de intervenciones, o distintos grados de severidad pronosticada y su relación con el uso de intervenciones específicas y no específicas, o la interacción de estas variables con el marco teórico del psicoterapeuta, entre otras líneas posibles de estudio.

LA CUESTIÓN DEL MARCO TEÓRICO DEL PSICOTERAPEUTA

Es necesario considerar que las acciones psicoterapéuticas pueden tener grandes similitudes, pero cobran una parte de su sentido a través de la especificidad teórica en las que están enmarcadas (Alford y Beck, 1997; Eells y Lombart, 2004).

Tomando el caso de los marcos teóricos psicoanalítico y cognitivo, se puede considerar, por ejemplo, que si bien hay consenso respecto de que el vínculo terapéutico es un factor común a toda psicoterapia, esta temática es encarada de distintas formas en cada marco teórico. En efecto, es muy posible que no sea considerada de la misma manera por terapeutas cognitivos que por psicoanalistas.

No son demasiadas las investigaciones que se han realizado para examinar cómo el entrenamiento en distintas modalidades de psicoterapia afecta la visión del terapeuta sobre el paciente. Eells y Lombart (2003) señalan, por ejemplo, que es esperable que los abordajes dinámicos asuman que eventos inconcientes tienen una incidencia fundamental en la producción de síntomas, sugiriendo un actitud menos directiva hacia el paciente que los abordajes cognitivos; los cuales están basados fundamentalmente en la teoría del aprendizaje y por ello deberían sugerir estrategias de mayor control sobre el paciente. En el mismo sentido, estos autores afirman que uno esperaría diferencias sobre las expectativas de los psicoterapeutas relacionadas a la duración del tratamiento, la causa de los síntomas, el rol de los eventos pasados y el pronóstico, entre otras variables.

Siguiendo la clasificación de intervenciones de Roussos, Etchebarne y Waizmann (2005) una diferencia fundamental entre el marco de referencia psicoanalítico y el cognitivo se encuentra en el repertorio de intervenciones específicas. Mientras que en el caso del psicoanálisis, encontramos pocas intervenciones específicas (interpretación, señalamiento y confrontación), el cognitivismo presenta múltiples intervenciones específicas, no dando privilegio a ninguna intervención en particular sino a una estrategia de acción como es, por ejemplo, la reestructuración cognitiva.

Trabajos como los de Ablon y Jones (1998) muestran que psicoterapeutas psicoanalíticos utilizan una notable cantidad de estrategias cognitivo-conductuales, además de psicodinámicas. Como ya se mencionó anteriormente, Waizmann, Jurkowski y Roussos (2006) señalan que tanto terapeutas cognitivos como psicoanalíticos utilizan no sólo las intervenciones específicas de su propio marco de referencia, sino también intervenciones

no específicas y algunas específicas de otros marcos teóricos.

En los estudios antes mencionados sobre proceso inferencial clínico, el marco teórico se presenta como uno de los ordenadores de la producción inferencial. Como explican Leibovich de Duarte y otros (2001, 2002), la adhesión a una línea teórica no se refleja en la naturaleza de los indicios a los que los psicoterapeutas atienden, sino en la organización y explicación de estos indicios. Las diferencias de marco teórico muestran diferentes lenguajes utilizados y diferentes conceptos teóricos citados al momento de analizar el material. Esto significa que la producción inferencial es distinta, en base a los distintos marcos teóricos.

CONCLUSIONES

El estudio empírico de la práctica psicoterapéutica contribuye a acortar la brecha entre el trabajo realizado por los clínicos y los intereses generales científicos sobre esta disciplina. Se trata de evitar, así, un divorcio entre el quehacer clínico y la investigación científica, con el fin de lograr mayor precisión acerca de lo que realmente tiene lugar en un proceso psicoterapéutico.

Estudiar en forma empírica acerca de la consideración pronóstica en psicoterapia, y sus posibles relaciones con las modalidades de intervención, constituye una vía de investigación útil para el desarrollo tanto de tratamientos exitosos como de entrenamientos eficaces para psicoterapeutas en formación.

La línea de investigación presentada se encara desde la perspectiva inferencial pronóstica del psicoterapeuta y sus intervenciones. La propuesta es aportar información sobre cómo inciden los juicios pronósticos en el tipo de intervenciones utilizadas. Otra cuestión de interés surge al considerar las posibles convergencias y divergencias entre el pronóstico respecto del tratamiento y el pronóstico respecto del paciente.

Un tema vinculado a los anteriores que amerita su consideración es el referido a cómo las intervenciones pueden o no influir sobre el pronóstico, teniendo en cuenta, a su vez, el problema de las profecías auto-cumplidoras del psicoterapeuta sobre la evolución del tratamiento y del paciente.

Además, con base en modelos como el de la formulación de caso, se pueden plantear interrogantes sobre la manera en que psicoterapeutas de distintos marcos teóricos organizan el material clínico presentado por un paciente.

Vincular la inferencia pronóstica con la modalidad de intervención también permite avances en los trabajos de clasificación de intervenciones, que apuntan, por ejemplo, a profundizar la identificación de los factores comunes y específicos de la psicoterapia, así como también a brindar datos concretos sobre el aporte del marco teórico de los terapeutas respecto de las intervenciones que utilizan.

De todo lo antedicho se desprenden las siguientes cuestiones que merecen un procesamiento ulterior: ¿Existe relación entre la modalidad de intervención y el grado de severidad inferido en el pronóstico?; ¿existe relación entre el tipo de intervenciones utilizadas y la evolución del tratamiento?; ¿existe una asociación entre el tipo de intervenciones utilizadas y los logros que el terapeuta pueda pronosticar para cada paciente?; ¿Cómo incide el marco teórico en la relación entre la inferencia pronóstica y la modalidad de intervención?, entre otras. Estas preguntas son el punto de partida de un estudio sobre inferencias pronósticas y su relación con las intervenciones, que constituye la tesis de doctorado del licenciado Juan.

Referencias:

- Ablon, J.S. y Jones, E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (1), 71-83.
- Alford, B.A. y Beck, A.T. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Arlow, J. (1987). The genesis of the interpretation. *Psychoanalytic Quarterly* (56), 68-87.
- Beutler, L.; Malik, M.; Alimohamed, S.; Harwood, T.; Talebi, H.; Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist variables. En A. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (5th edition ed.) New York: J. Wiley.
- Crits-Christoph, P.; Connolly Gibbons, M.B.; Losardo, D.; Narducci, J.; Schamberger, M.; Gallop, R. (2004). Who Benefits from Brief Psychodynamic Therapy for Generalized Anxiety Disorder? *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12:301-324.
- Eells, T. (Ed.) (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford.
- Eells, T.; Kendjelic, E.; Lucas, C. (1998). What's in case formulation? Development and use of a content coding manual. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*; Vol. 7, N.2, 144-153.
- Eells, T.; Lombart, K. (2003). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research*, 13 (2) 187-204.
- Eells, T.; Lombart, K. (2004). Case formulation: Determining the focus in Brief Dynamic Psychotherapy. En: Charman, D. (2004). *Core Processes in Brief Psychodynamic Psychotherapy*. Part II, Chapter 6, 119-143. Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers, New Jersey, London.
- Etchebarne, I.; O'Connell, M. y Roussos, A. (2008). Estudio de mediadores y moderadores en la investigación en psicoterapia. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA, Año 13, N° 1, 2008*.
- Frank, J.D. y Frank J.B. (1961/1991). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Gabbard, G.; Coyne, L. (1987). Predictors of Response of Antisocial Patients to Hospital Treatment. *Hosp Community Psychiatry* 38:1181-1185.
- Gerstley, L.; McLellan, A.; Alterman, A.; Woody, G.; Luborsky, L.; Prout, M. (1989). Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146(4):508-12.
- Hill, C. (1992). An overview of four measures developed to test de Hill Process Model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions and client behaviors. *Journal of Counseling and Development*. Vol. 70, 728-739.
- Lambert, M.; Hunt, R. and Vermeersch, D. (2004). Optimizing Outcome Through Prediction and Measurement of Psychological Functioning. En: Charman, D. (2004). *Core Processes in Brief Psychodynamic Psychotherapy*. Part I, Chapter 2, 23-44. Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers, New Jersey, London.
- Lambert, M.J.; Shapiro, D.A. y Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. B. y S. Garfield (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (3 ed.). New York: J. Wiley.
- Leibovich de Duarte, A. (1996). „Variaciones entre Psicoanalistas en el Proceso Inferencial Clínico“. *Investigaciones en Psicología*.

- Revista del Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA. 1 (1) 27-38.
- Leibovich de Duarte, A. (2000) "Más allá de la información dada: Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas". Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis, N°3, 97-114.
- Leibovich de Duarte, A.; Duhalde, C.; Huerín, V.; Roussos, A.; Rubio, M.E.; Rutzstein, G.; Torricelli, F. (2004). "Theoretical framework and its influence on clinical practice". 34º International Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Rome.
- Leibovich de Duarte, A.; Duhalde, C.; Huerín, V.; Rutzstein, G. y Torricelli, F. (2001). Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis. Vertex, Revista de Psiquiatría, 7(45), 194-203
- Leibovich de Duarte, A.; Huerín, V.; Roussos, J.; Rutzstein, G.; Torricelli F. (2002) "Empirical Studies on Clinical Inference: Similarities and Differences in the Clinical Work of Psychotherapists with Different Theoretical Approaches and Levels of Experience". IPA An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. Second Revised Edition. International Psychoanalytic Association. London. 201-204.
- Leibovich de Duarte, A.; Duhalde, C.; Rutzstein, G.; Torricelli, F.; Huerín, V. y Roussos, A. (en preparación). The nature and timing of first clinical inferences by psychotherapists with different theoretical approaches and levels of experience.
- Leibovich de Duarte, A.; Huerín, V.; Roussos, A.; Rubio, M.; Zannotto, M.; Juan, S.; Torricelli, F. (2008). Metas psicoterapéuticas que priorizan residentes y concurrentes psicólogos y médicos en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Memorias de las XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología, UBA Tomo I, págs 50-52. ISSN 1667-6750. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Leibovich de Duarte, A.; Rubio, M.; Zannotto, M.; Juan, S.; Roussos, A.; Huerín, V. y Torricelli, F. (2009). Inferencias clínicas de psicólogos y médicos en formación en salud mental en el sector público de la Ciudad de Buenos Aires. Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología, UBA Tomo I, págs 64-65. ISSN 1667-6750. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Leibovich De Duarte, Huerín, Torricelli, Rubio, Zannotto, Roussos y Juan (en preparación). El proceso inferencial clínico de profesionales en formación.
- Leon, S.; Kopta, S.; Howard, K.; Lutz, W. (1999). Predicting patients' responses to psychotherapy: are some more predictable than others? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(5):698-704.
- Lichtenberg, J. (1992). Interpretive Sequence. Psychoanalytic Inquiry, 12(2), 248-274.
- Lutz, W.; Saunders, S.; Leon, S.; Martinovich, Z.; Kosfelder, J.; Schulte, D.; Grawe, K.; Tholen, S. (2006). Empirically and clinically useful decision making in psychotherapy: differential predictions with treatment response models. Psychological Assessment, v18 n2 133-141.
- McCarthy, K.S. y Barber, J.P. (2009) 'The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI):Initial report', Psychotherapy Research, 19:1,96-113
- Milbrath, C.; Bond, M.; Cooper, S.; Znoj, H.J.; Horowitz, M.J. y Perry, J.C. (1999). Sequential Consequences of Therapists' Interventions. The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8(1), 40-54.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change (4 ed.). New York: J. Wiley and sons.
- Orlinsky, D.; Ronnestad, M.; Ambühl H.; Willutzki, U.; Botermans, J.; Cierpka M.; Davis, J. y Davis, M (1999). Psychotherapists' assesment of their development at different career levels. Psychotherapy, Vol 36(3), 203-215.
- Roussos, A. (1999). La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas. Estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos. Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- Roussos, A.; Boffl Lissin, L.; Leibovich de Duarte, A. (2007). The importance of the theoretical framework in the formulation of clinical inferences in psychotherapy. Psychotherapy Research, 17(5): 533-543.
- Roussos, A.; Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2004). *Clasificación de las intervenciones en los tratamientos psicoterapéuticos psicoanalítico y cognitivo* (No. 129). Buenos Aires: Serie documentos de trabajo. Universidad de Belgrano.
- Roussos, A.; Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2005). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones. Vol. XIII, 51-61.
- Roussos, A.; Waizmann, V. y Etchebarne, I. (en preparación). Common interventions in 2 single cases of Cognitive and Psychoanalytic Psychotherapies.
- Seitz, P. (1966). The consensus problem in psychoanalytic research. In L. Gottschalk y A. Auerbach (ed) (1966): Methods of Research in Psychotherapy. New York: Appleton-Century-Crofts, 209-225.
- Stiles, W. (1992). Describing talk: A taxonomy of verbal response modes. Sage Publications, London.
- Trijsburg, R.W.; Frederiks, G.C.F.J.; Gorlee, M.;E.;K.; den Hollander, A.M. y Duivenvoorden, H. (2002). Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scales (CPIRS). Psychotherapy Research, 12(3), 287-317.
- Valdés, N.; Krause, M.; Vilches, O.; Dagnino, P.; Echavarrí, O.; Ben-Dov, P.; Aristegui, R. y de la Parra, G. (2005). Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. Psykhe, Vol. 14(2), 3-18.
- Waizmann, V.; Jurkowski, L.; Roussos, A. (2006). Descripción de las intervenciones elegidas por psicoterapeutas psicoanalíticos y cognitivos. Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones. Vol. XIV, 41-48.
- Wampold, B. (2001). The Great Psychotherapy Debate, Models, Methods and Findings. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wiser, S. y Goldfried, M.R. (1996). Verbal Interventions in Significant Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy Sessions. Psychotherapy Research, 6(4), 309-319.

Fecha de recepción: 20 de marzo de 2009

Fecha de aceptación: 15 de septiembre de 2009