

Disonancias, armonías y diálogos entre la investigación y la práctica clínica en Psicoterapia

Alejandra von Bergen¹, Mariane Krause²

Resumen:

En este trabajo se presenta la conferencia inaugural del 13° Congreso Chileno de Psicoterapia y el 11° Congreso Latinoamericano de la Society for Psychotherapy Research, que se realizó en un formato de diálogo académico. En esta conferencia las autoras -una investigadora (MK) y una clínica (AvB)- discuten la brecha entre la investigación en psicoterapia y el ejercicio clínico, tratando primero los grandes desencuentros o "disonancias" entre la investigación y la clínica, luego de los encuentros, o sintonías, y finalmente de algunas posibilidades para establecimiento de puentes efectivos entre estos ámbitos de acción.

Palabras clave: Psicología Clínica, Investigación en Psicoterapia, Investigación orientada a la práctica

Dissonances, harmonies and dialogues between psychotherapy research and clinical practice

Summary:

This work presents the opening talk of the 13th Chilean Congress of Psychotherapy and the 11th Latin American Conference of the Society for Psychotherapy Research. The format was that of an academic dialogue. In this Conference the authors -a researcher (MK) and a clinician (AvB)- discuss the gap between psychotherapy research and clinical practice, dealing first with the issues concerning the big misunderstandings or "dissonances" between research and clinical practice, followed by the encounters or tuning points, to finally address certain possibilities for establishing effective bridges between these two working areas.

Key words: Clinical practice, psychotherapy research, practice oriented research.

Las grandes disonancias entre la investigación y la clínica

A: Me interesa pensar en las disonancias desde un vértice cercano a mi vivencia, más que hablar teóricamente. Creo

que esto puede ayudar a un diálogo más fresco. Intentaré dar cuenta de por qué me cuesta leer de investigación, tratar de develar esas resistencias y prejuicios que tengo al respecto, con la esperanza que se despliegue algo fructífero al dialogar con Mariane.

Lo obvio

A: Hay investigaciones que definitivamente aportan, sin embargo me parece que hay otras cuyo resultado, desde el punto de vista clínico, me parece "obvio".

Por ejemplo una investigación que pruebe que la relación es importante en el cambio en psicoterapia, me resulta obvia, y no es de utilidad práctica inmediata para mí, más allá de confirmar algo que ya suponía.

M: También he visto estudios que concluyen algo que desde la práctica cotidiana resulta "obvio" - tanto estudios cuantitativos como cualitativos - y -sobre todo en estos últimos, que podrían ser más cercanos a la práctica clínica, me produce una gran disonancia cuando me encuentro con esquemas que no aportan nada adicional a lo que ya sabemos.

Pero no toda la investigación tiene este problema, todo lo contrario. Cuando escapa de lo meramente descriptivo y logra proponer modelos que implican un salto interpretativo, puede nutrir tanto el conocimiento científico de investigación como a la clínica con nuevas ideas.

A: Y esa es la idea, que la investigación nos aporte con nuevas ideas.

El desencuentro de lenguajes

Lo incomprensible de algunos lenguajes

M: Hay otra disonancia que yo quisiera mencionar, desde una perspectiva también autocrítica de la investigación.

Una de las grandes disonancias proviene del modo de presentar los resultados de investigación. Por ejemplo ecuaciones com-

1. Psicóloga, Psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica Chilena, APCh. Miembro de Unidad Psicoterapia Dinámica del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B. Miembro de la APCh e International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy, IARPP.
2. Profesora Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Investigadora Responsable del Instituto para la Investigación en Depresión y Personalidad, MIDAP.

plejas, con variables con términos abreviados que ni el mismo investigador recuerda sin un "torpedo".

A: Bueno, yo pienso que ese es un lenguaje que está tan distante, que los clínicos ni siquiera nos acercamos a ese tipo de publicación y, en el caso mío, yo puedo entender las ecuaciones al venir de Ingeniería, pero en este ámbito, no me atraen.

Muchos datos

(o el exceso de detalles en la presentación de resultados)

A: Pero incluso, aunque no incluya ecuaciones, el desencuentro de lenguajes que mencionas, o estilos de publicación si se quiere, es un punto de disonancia.

Las investigaciones requieren presentar los datos, por medio de los cuales llegan a sus resultados y conclusiones. Sin embargo, los clínicos ciertamente no leemos toda esa abundante información, como por ejemplo: datos de las muestras, características demográficas, tablas de resultados, medidas estadísticas, etc.

Nos gustan las conclusiones de las conclusiones de varias investigaciones y, mejor aún, si esto es articulado con el aporte de teorías o casos clínicos.

Conversamos con los cercanos

A: Los clínicos buscamos lecturas que nos formen, más que nos informen. No vamos a buscar respuestas a nuestras preguntas clínicas en investigaciones, sino más bien en publicaciones clínicamente orientadas o en supervisiones. Por ejemplo, estoy terminando un proceso terapéutico de varios años, y frente a sueños, asociaciones y relatos en general del paciente, tengo dudas y me pregunto ¿es la regresión propia de un término de análisis o falta aún un tiempo más? La verdad es que no se me ocurre ir a buscar investigaciones al respecto. Lo que hice en este caso fue revisar la situación en uno de mis grupos de supervisión.

Habitamos en mundos distintos, ya que nos gusta leer casos clínicos, leer de autores que nos aporten con la riqueza clínica, Ogden, Winnicott por ejemplo y lecturas clínicas con aportes de la investigación, como Beebe y Lachman, Stern, Fonagy.

Reduccionismo

El amor por el "detalle"

M: Yo creo que otra importante disonancia se produce por el casi inevitable reduccionismo que las reglas de la investigación nos imponen. A veces, se reduce el objeto de análisis a tal nivel, que termina siendo completamente irrelevante para el ejercicio clínico. Es un "amor por el detalle".

Por ejemplo, nosotros mismos, en mi grupo de investigación, a veces analizamos secuencias mínimas de palabras³, o qué gesto facial aparece en episodios de ruptura, o bien el tono de voz⁴. Descubrimos cosas que desde la investigación nos fascinan y estimulan a seguir trabajando, pero si me distancio un poco y trato de mirar estos resultados, con los ojos de alguien que está involucrado en la práctica clínica, me doy cuenta que hay un largo espacio a cubrir para poder convertir esos conocimientos en algo inmediatamente útil.

A: Pensaría que mirar el detalle puede llegar a ser algo interesante para el clínico; pienso, por ejemplo, en lo que mencionaste cuando preparábamos el diálogo, sobre las expresiones faciales. Y coincido contigo en que puede ser difícil, y se puede requerir un esfuerzo importante para el investigador, convertir esos conocimientos de la investigación en algo útil para los clínicos, por ejemplo, entrenamientos, articulaciones con las teorías o con la educación respecto a la práctica misma.

Suma de elementos

A: Me gustaría detenerme en una consecuencia del reduccionismo, que es un elemento significativo que me hace tener ciertos prejuicios con la investigación. Por las mismas dificultades metodológicas que la investigación científica impone, creo que la investigación tiende a reducir lo complejo, convertir la mirada más amplia del fenómeno, con toda su complejidad y riqueza, en una suma de elementos simples.

El prejuicio lo tengo, frente a la idea que la investigación tuviese la pretensión de imponer la mirada reduccionista, como si supuestamente pretendiese negar la irreductibilidad de la experiencia ¿hay algo de eso?

M: De hecho nada se puede investigar si no se "operacionaliza" y al hacer esto, se reduce y se fragmenta. Pero más que una intención, es algo inevitable, lamentablemente.

3. Masías, V. H., Krause, M., Valdés, N., Pérez, J. C., Laengle, S. (2015). Using Decision Trees to Characterize Verbal Communication During Change and Stuck Episodes in the Therapeutic Process. *Frontiers in Psychology*, 6, 379. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00379.
4. Tomicic, A., Martínez, C., & Krause, M. (2015). The Sound of Change: A Study of the Psychotherapeutic Process Embodied in Vocal Expression. *Laura Rice Ideas Revisited. Psychotherapy Research*, 25, 2, 263-276.

A: Y pienso que no habría problema en recibir el aporte "reduccionista" de la investigación, en la medida que se pueda incorporar como otras distinciones, que se suman a otras teorías que ya tengamos incorporadas. También, debemos pensar que cualquier teoría que manejemos es reduccionista; no hay teoría ni interpretación que pueda dar cuenta de la experiencia global de la persona, *la experiencia es inconmensurable*. Toda teoría es solo una mirada, un enfoque desde un punto de vista, donde se pierde la mirada que se podría tener desde otro ángulo.

M: Sí, y el reduccionismo también es un problema cuando se intenta validar las "grandes teorías". Al llevar estas teorías a algo operacional e investigable, con frecuencia se mutilan y se distorsionan, a tal punto que finalmente la contrastación empírica está tan distante de la teoría que no sirve para su validación. Pero, por otro lado, no intentarlo en absoluto es incluso peor, porque entonces tenemos grandes teorías que influyen en la práctica clínica y que pueden ser falsas y hacer daño.

A: Aquí estamos entonces frente a la *dificultad de investigar lo complejo*. Quizás no es posible, ni necesario, investigar científicamente todo, ya que el método mismo a veces aplasta al objeto y lo deshace sin poderlo aprehender. Hay conceptos que han decantado de la clínica, sin aportes de la investigación y tienen un amplio uso clínicamente. Por ejemplo, el espacio transicional de Winnicott⁵, o un concepto que cristalizó en distintos ámbitos del psicoanálisis con ciertas variaciones: este es el concepto de campo de los Baranger⁶ en Argentina, el tercero analítico de Ogden⁷. Conceptos como estos, no sé si necesariamente requieren de validación científica.

M: Yo pienso que todos los conceptos importantes requieren de la ciencia, pero no necesariamente en el sentido de si son o no "verdaderos", sino más bien, lo que debiera probarse, es si su uso, lo que de ellos deriva y se plasma en determinadas prácticas clínicas, si eso es efectivo, en términos de propiciar el cambio y la cura.

A: Cierto, aunque es un trabajo arduo. Pienso en las terapias de evidencia empírica, me parece que son un ejemplo de la reducción, que podrían imponer una especie de *chaqueta de fuerza*, tendiendo a dejar fuera las terapias de mayor duración, y que pudiera quitar libertad y creatividad a la forma de trabajar, donde siempre estamos enfrentados a la novedad en el encuentro con el paciente. Ahí sí que habría una pretensión de imponer lo reduccionista, quizás y también imponer un modo científico en la práctica misma.

M: Estoy de acuerdo, pero no tiene que ver con querer imponerle el método científico a la práctica, sino que es más bien la consecuencia de querer *probar la efectividad de las psicoterapias*. Un ejemplo de esto, son los ensayos clínicos randomizados, que pretenden controlar todas las variables, para poder de verdad demostrar el "efecto puro" de la psicoterapia, pero con ello generan –sin querer– terapias tan artificiales, que terminan siendo totalmente distintas a las que se llevan a cabo en contextos naturales. Esto es sin duda un problema.

A: Y se ha visto que adherirse a manuales de psicoterapia es menos efectivo. Entonces estamos de acuerdo en que ese tipo de investigaciones, aleja más que acerca a los clínicos de los investigadores

M: Sí, pero es una disonancia que tengo también en mi interior, porque por una parte, pienso que las terapias manualizadas transforman la relación terapéutica en algo más artificial, pero por otra sé que estos diseños de investigación tuvieron su "valor político", al comprobar la efectividad de la psicoterapia, y que en la actualidad siguen teniendo valor desde un punto de vista de salud pública.

Exceso de información

A: Otro factor que creo que influye en alejarnos de leer investigación, es un factor externo que nos atraviesa a todos en el mundo actual, que tiene que ver con el hecho de que vivimos en una era con *exceso de información*. Todo o mucho de lo que se produce en el mundo, está disponible para ser leído. Esto me lleva a ser más selectiva en las lecturas que escojo. Lo más relevante para mí lo tendré que leer de alguien, que lo haya previamente elaborado e integrado con otros conocimientos y así y todo, me voy a perder mucho de lo que se produce hoy y pudiese ser interesante para mí.

M: Esto nos pasa también a los investigadores. Es imposible mantenerse al día, y por ende uno se va focalizando cada vez más en el área específica de su propia investigación, con ceguera frente a otras perspectivas que pudieran "conversar" con ella.

A: Otro aspecto que incide en el exceso de información, es que las exigencias académicas hacen que cada vez se publique más y más, pero estas publicaciones no necesariamente son un aporte al ámbito, sino más bien el aporte es mayoritariamente para el propio autor, que logra cumplir con las exigencias al engrosar su lista de publicaciones.

5. Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 1996.

6. Baranger, M. Et Baranger, W. (1969). *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Ed. Kargieman.

7. Ogden, T. H. (1994). *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Aronson.

M: Efectivamente nos evalúan duramente en términos de productividad en las universidades y eso distorsiona. Es una tentación seleccionar lo que sea más fácil de publicar. Tengo el ejemplo de un artículo que mostraba que, una cierta intervención psicosocial que habíamos hecho en el período perinatal no mantuvo sus efectos en la madre y el niño cuatro años después. Fue casi imposible publicar ese resultado, y tuvimos que optar finalmente por una revista de poco renombre.

A: Tú mencionabas el tema de las editoriales de las revistas.

M: Las revistas seleccionan tu artículo no solo por calidad, sino por cómo visualizan el "mercado de lectores", ya que quieren cuidar sus índices de impacto: es decir, quieren ser citadas. ¿Qué pasa con las revistas clínicas?

A: Seguramente pasa lo mismo, y creo que los clínicos que están en el ámbito académico, también tienen estas mismas presiones.

M: Quisiera hacerte una pregunta bien básica, pero que me genera inquietud: *¿Es necesaria la investigación para los clínicos?*

A: Pienso que sí, definitivamente, y también hablaremos de eso. Sin embargo, no significa que la investigación científica que ustedes realizan sea la única forma de conocimiento, pues al interior de la clínica tenemos también nuestra propia forma de investigar. Por ejemplo, respecto al cambio, tenemos indicadores de cambio desde la clínica, como puede ser nuestra contra-transferencia, la corporalidad nuestra y del paciente, los sueños, cambios en el relato y las asociaciones, el clima de las sesiones, el bienestar del paciente, la vitalización del paciente y uno mismo, etc. Al mencionar estos aspectos, hago algunas distinciones dentro de una vivencia del cambio, que es más global.

La pregunta de si es o no investigación lo que se hace en psicoterapia

M: Donde tengo mis diferencias es en cuanto a tu afirmación que *"el clínico hace su propia investigación"*. Yo pienso que no es el mismo tipo de investigación que la nuestra, ya que la del clínico puede resultar más confirmatoria que desconfirmatoria.

A: Definitivamente no es del mismo tipo de investigación. Yo pienso que nuestra investigación no es científica. Winnicott⁸ define de manera bonita el espacio transicional, por ejemplo; él dice que los límites de este espacio, son por un lado la ciencia y por otro los sueños; y que *nosotros habitamos entremedio*.

Para revisar el estatus de ciencia de la psicoterapia, se requiere una discusión filosófica y podría ser un tema más largo de reflexionar. Pero desde mi vivencia como clínica, lo que hacemos, tomando a Donna Orange⁹, es una *"Comprensión emocional"*. El cambio no se produce solo por el *insight* cuando una hipótesis resulta cierta, pues es fundamental también lo que pasa en la relación; nos conectamos con las emociones del paciente, el paciente va teniendo una experiencia emocional distinta en esta búsqueda de comprensión y de apertura a las distintas dimensiones de sí mismo.

El clínico trabaja a tientas en la incertidumbre y ambigüedad. Muchas veces hacemos algo y solo después podemos reflexionar teóricamente respecto a lo que hicimos.

Validez de la investigación clínica

A: Respecto a la validez, el que nuestra práctica sea más libre y, de mirada no reduccionista -como lo impone la metodología científica- no implica que lo que vamos descubriendo no sea válido, ya que de alguna manera, siempre estamos evaluando su validez de acuerdo a su utilidad práctica, que es la mejoría del paciente.

Por nuestra cuenta, hemos ido acumulando conocimiento con la fuerza que puede tener la experiencia vivida y reflexionada, también las lecturas de casos y de clínicos que han decantado su experiencia en teorías. Es decir, la experiencia de la comunidad de los clínicos, va por sí misma cristalizando en teorías y formas de práctica al ir dialogando entre ellos.

M: Ya no sé muy bien si estamos de acuerdo o en desacuerdo (*risa*). Tú estás haciendo una distinción entre investigación a secas, e investigación científica y yo, la verdad que cuando uso la palabra investigación, siempre estoy pensando en *"investigación científica"*. Es que, honestamente, me cuesta imaginarme una investigación que no sea científica...

A: Bueno, podría decir que un cocinero en su práctica, ayudado también por leer nuevas formas de hacer las cosas, va mejorando la forma de hacer empanadas, y termina mejorando mucho su calidad, pero no diría que es científica.

M: Pero tú también llamas "investigación" a esa experiencia que va adquiriendo el cocinero, ¿cierto?; investigación en el sentido de ir mejorando la práctica, aprendiendo de sus aciertos y errores. Para mí, es nuevo llamarle investigación a eso, pero pensándolo bien, entiendo que es distinto a simplemente actuar, o sea,

8. Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 1996.

9. Orange, D. (1995). *Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology*. New York: Guilford.

es actuar y *reflexionar* y *corregir*. Algo así como lo que desde el paradigma crítico se llamó "praxis", y que sería acción más reflexión crítica, en una relación dialéctica que permite avanzar en el conocimiento. La verdad que visto así, sí puede ser una forma de investigación.

A: Qué bien lo explicaste; entonces sigo hablando de investigación. El punto que mencionas: que nuestra forma de investigar es más confirmatoria que desconfirmatoria, me parece relevante de discutir. Creo que es inevitable, el sesgo que nos imprime nuestra propia subjetividad en la manera de mirar, y ahí nos ayuda el ir contrastando lo que pensamos, con los efectos que eso tiene o no en el paciente, teniendo en mente las posibilidades de sugestión y sometimiento.

También, ayuda que la psicoterapia no se cierre sobre sí misma, y que interactúe con la investigación y otras disciplinas que le permitan cuestionar su práctica, la cual podría ser iatrogénica, por ejemplo, al no validar un trauma o pretender una extrema neutralidad, idealizando la idea de la metáfora del espejo.

M: O sea, lo que quise decir es que nuestro sesgo, tan humano hacia la confirmación de nuestras hipótesis, también se puede plasmar en el ejercicio de la psicoterapia. Fuera del mundo de la ciencia, *las personas no estamos buscando la evidencia contraria*, sino justamente aquella que confirma lo que pensamos. Por eso, que es tan difícil, por ejemplo, erradicar los prejuicios, ya que las personas "no ven" los 100 casos que los desconfirman, sino los 2 que los confirman.

Entonces, si yo llevo esta idea al escenario del ejercicio clínico, y me imagino al terapeuta estableciendo ciertas hipótesis en el sentido de que tal o cual acción terapéutica producirán cambios en el paciente, lo más probable es que esté más atento a lo que confirme su hipótesis que a aquello que la desconfirman. Vale decir, verá los eventuales cambios que produce, pero no todos los que no produjo, o los que acciones alternativas habrían podido producir. Siguiendo este pensamiento, *no puedo más que enfatizar la importancia de la supervisión*, que debería existir no solamente como una instancia formativa, sino nos debiera acompañar siempre para poder visualizar aquello que por nuestros sesgos naturales no estamos percibiendo.

A: Estoy totalmente de acuerdo contigo. Me parece fundamental la supervisión a lo largo de la vida profesional. De hecho, yo sigo en grupos de supervisión.

La objetividad, ¿la tiene el investigador científico?

A: Me parece que hay una tendencia que persiste, que es pensar que la investigación científica, la que tiene la objetividad, y que, por lo tanto, *la validez de algo solo la otorga la ciencia*.

Por otro lado, actualmente se piensa que el observador está implicado históricamente, y eso determina lo que observa. Es decir, tanto en la investigación como en la clínica, estamos todos atravesados por nuestra historicidad y subjetividad. De acuerdo a la distinción de Dilthey¹⁰, *las Ciencias Naturales explican y las Sociales comprenden*; en las ciencias naturales se conoce el objeto desde afuera, a través de conexiones causales, y en cambio una persona o una producción humana se conoce desde dentro por ser una persona también el que lo estudia.

Sin embargo, de acuerdo a Kuhn¹⁰, esta diferencia entre las Ciencias Naturales y las Sociales ni siquiera es tan así. Él señala que en las Ciencias naturales el investigador tampoco trasciende su propia historicidad y por lo tanto, se acerca también a la hermenéutica.

Y siguiendo a Kuhn, Rorty¹⁰ señala, respecto de la objetividad, que *ya no se puede pretender la correspondencia con la realidad*, sino que la llamada "objetividad" simplemente se refiere a un acuerdo entre los que discuten, es decir, el sentido común.

M: No soy partidaria del positivismo, y por lo mismo para mí la objetividad absoluta no existe, así como tampoco pretendo que el producto científico, sea equivalente a "la verdad". Esto nos simplificaría la vida, pero no es posible. Todo conocimiento que podamos generar con nuestros diversos métodos científicos, siempre estará en dependencia de estos métodos. Vale decir, lo que vemos, dependerá del cristal con que se mire. Creo que nunca en mi vida olvidaré una metáfora de Clifford Geertz¹¹, el famoso antropólogo, que decía que prescindir totalmente de los métodos científicos *-porque la objetividad absoluta era imposible-*, era igual que hacer una cirugía en una cloaca, con el argumento que la completa asepsia nunca se puede lograr. O sea, hay matices, *hay grados de objetividad*, por así decirlo. Por lo tanto, mi planteamiento sería que deberíamos continuar poniendo todos nuestros esfuerzos metodológicos, en acercarnos lo más posible al *conocimiento verdadero*, sabiendo a la vez que este último es imposible de alcanzar completamente. Esta perspectiva post-positivista¹² es una tremenda paradoja, una tremenda disonancia, con la que todo científico que no sea un positivista, a la antigua tiene que convivir cotidianamente.

10. Phillips, J. (1996). Key concepts: Hermeneutics. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 3, 61-69.

11. Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.

12. Guba, E. G. (1990). *The Paradigm Dialog*. Newbury Park, Ca: Sage.

A: Todos de alguna manera buscamos la "verdad", con nuestros distintos métodos, pero tenemos que tolerar que no seamos objetivos. Como me decía una paciente: "cuando vemos algo, en realidad no vemos ese algo, sino lo que somos".

El problema del número

A: Esta discusión sobre la objetividad me lleva al "*problema del número*" ¿Qué me pasa a mí con la validación chilena que hice del cuestionario OQ¹³?

Yo pienso que tengo contradicciones al respecto. Venir de un ámbito de las ciencias naturales por ser Ingeniera Civil Bioquímica, me hacía tener una predisposición negativa a *pretender cuantificar el alma humana*, algo mucho más complejo que estudiar la cinética de una enzima, por ejemplo.

Debo reconocer que cuando conocí el OQ me pareció bastante *básico* y *reduccionista*. Al ir avanzando en la validación, sí me pareció útil en estudios con muestras grandes, como para pensar en políticas públicas, o la evaluación de ciertos programas, donde se quiera contar con un instrumento estandarizado. Y me parece que la validación del OQ para Chile ha sido algo valioso, que ha aportado un instrumento de fácil uso para los investigadores nacionales, pero no creo que pretenda aportarles a los clínicos frente a un caso en particular.

Para mí, el riesgo es tomar el puntaje del OQ, como algo que por tener un número pasa a tener más realidad, que lo que puede decir el mismo paciente sobre cómo se percibe o cómo lo percibe el terapeuta. El número pasa a tener un valor de verdad.

M: Ese riesgo será mayor en tanto el clínico le atribuya al número, esta cualidad de verdad que cuestionamos antes en relación a cualquier conocimiento. Sin embargo, me alegro que hayas puesto el ejemplo del OQ, porque su creador, Michael Lambert¹⁴, justamente sostiene que sí es una herramienta de feedback, importante para el clínico y lo utiliza en diseños de intervención-investigación, en que tanto terapeutas como pacientes tienen acceso a los puntajes que van obteniendo.

De este modo, él justamente le está dando la función de termómetro del proceso de cambio psicoterapéutico, y sus resultados de investigación parecen demostrar que ello incidiría favorablemente en el curso de la terapia, sobre todo para revertir procesos en que el paciente empieza a empeorar. Aquí en Chile, una joven colega, Paula Errázuriz, está realizando un estudio similar,

en Psicomédica, y será muy interesante ver cómo este feedback se comporta en la práctica en el contexto chileno.

A: Con lo que señalas de Lambert, siento que confirmas lo que pienso, estaría la idea de dar primacía al número, y yo por supuesto que valoro más lo que dicen el paciente y terapeuta. Bueno, no me puedo cerrar a priori. Pienso que -más allá de la posible sugestión o sometimiento del paciente al "número verdadero"- si da buenos resultados en la mejoría del paciente, tiene utilidad práctica. Sería interesante hacerle posteriormente un seguimiento a los pacientes, para ver si los cambios se sostienen en el tiempo.

Riesgo de los dos ámbitos: cerrados sobre sí mismos

A: Algo novedoso para mí, que me llamó mucho la atención, es que, cuando empezamos a preparar el diálogo, yo pensaba que los "malos de la película", los indiferentes, éramos los clínicos. Tenía la idea de que los clínicos son los cerrados, y solo recibimos información científica si esta está publicada con una orientación clínica, y que los investigadores investigan al servicio de los clínicos. Que el objetivo del trabajo de un investigador es el beneficio a los pacientes, lo que necesariamente pasa a través de los clínicos.

Pero mi mirada era ingenua, ya que por lo que he conversado contigo, parece que existe una cierta tendencia a que los investigadores se cierren sobre sí mismos, y empiecen a investigar para la comunidad de investigadores más que para dialogar con los clínicos, que se retroalimentan entre ellos, con sus investigaciones y avances a través del *Research Gate*, revistas y congresos de investigación. De ser así, estaríamos enfrentados a que en general, clínicos e investigadores se tenderían a encerrar cada uno publicando en sus ámbitos y no dialogarían entre ellos.

M: Y no solo eso, los investigadores muchas veces, leen sólo a los de su círculo. Ya que mencionas *Research Gate*, yo creo que es una plataforma muy útil, potencialmente una gran herramienta de conexión, pero también contiene a muchos subgrupos cerrados sobre sí mismos.

Las grandes sintonías (o encuentros) entre la clínica y la investigación

M: Después de habernos dedicado a analizar los desencuentros o disonancias, vamos a hablar ahora de las grandes sintonías

13. Von Bergen, A. & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 161-176.
14. Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (1996). Administration and scoring manual for the OQ-45.2. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.

(o encuentros) entre la clínica y la investigación. *¿Cuál es el aporte de la investigación a la clínica y vice-versa?*

El aporte mutuo de clínica e investigación, en general

A: La investigación entrega el aporte de hacer distinciones, el efecto de hacer resaltar. Así, elementos que probablemente para los clínicos estaban en la escena y eran en cierto sentido conocidos, al ser nombrados, puestos en palabra, tienen mayor existencia y podemos tener esas distinciones de manera más fresca, que estén disponibles para nosotros en nuestro preconsciente, y que afloren en nuestra clínica cuando algo en nuestra interacción con el paciente lo evoca. Y también, algunos trabajos integrados por clínicos e investigadores han logrado dar un salto aportando más que distinciones y abriendo a nuevas concepciones.

M: A mí, me gusta tu idea de las distinciones. Es como decir que la ciencia realmente hace un aporte, cuando logra "hacer la diferencia". O como hubiera dicho Bateson¹⁵ en un tiempo pasado, cuando se logra "*mostrar una diferencia que hace la diferencia*". Esto, por lo demás, no solamente lo logra un buen aporte científico, *sino también una buena teoría*. Una buena teoría nos habilita para "ver" cosas que antes no habíamos visto, cambia nuestra percepción de figura y fondo; lleva a la posición de "figura" algunos elementos y con ello nos permite una nueva comprensión de las cosas.

O sea, estaríamos entonces hablando de un diálogo virtuoso entre tres entidades: *Clínica, Investigación y Teoría*.

Un aporte nacional de la investigación

M: A veces la investigación es capaz de generar conocimiento directamente aplicable a la práctica. En mi equipo de investigación, tuvimos la fortuna de vivir esta experiencia con los Indicadores de Cambio Genéricos (ICG)¹⁶. Estos Indicadores nacieron de años de trabajo con investigación cualitativa, y nos da alegría cuando recibimos el *feedback* de colegas cotidianamente dedicados al ejercicio clínico, en el sentido de que nos manifiestan que estos indicadores han influido positivamente en su práctica. Podemos quizás analizar las razones por qué sucede esto con los ICG.

Pienso que una de las razones es que justamente nacieron de la práctica clínica, de la observación de muchas terapias y de entrevistas a pacientes y a terapeutas. La otra razón, no menos importante, es que nuestro equipo de investigación incluye a varios colegas que son -al mismo tiempo- investigadores y terapeutas activos. Esto significó que dicha investigación fue protegida del peligro de alejarse demasiado de la práctica.

A: Tu trabajo de Indicadores de Cambio Genéricos, claramente es un aporte para la clínica y me da la impresión que ha sido bastante utilizado en investigaciones, por algunos títulos de los trabajos, que vi que se presentarán en este Congreso.

Entonces, hay que ver qué se puede hacer para que pueda ser un aporte a los clínicos en ámbitos más amplios.

Y lo que señalas de las ventajas de haber trabajado con investigadores que también son clínicos, puede ser algo a tener en mente y creo que es lo que enriquece a otros grupos de investigación en el mundo.

Grandes conceptos que enlazan la clínica y la investigación

M: Hay varios "grandes temas", o "grandes conceptos" en psicoterapia, que representan estas sintonías o encuentros entre la investigación y la clínica.

A: Sí. Por ejemplo: apego, mentalización, Alianza Terapéutica, los aportes del grupo de Boston, entre ellos los *Now Moments* de Stern¹⁷, la importancia de lo no verbal con los aportes de la regulación mutua de Beebe y Lachman¹⁸, etc.

M: Estos conceptos han sido fructíferos, ya sea por su aplicación en la clínica, habiendo sido inicialmente desarrollados por la investigación, o viceversa: porque habiendo sido desarrollados en la clínica, han inspirado la investigación.

Teoría del apego

A: La gran influencia que han tenido la investigación de infantes y la teoría del apego en las aproximaciones relacionales a la psicoterapia ha significado que también en la clínica de adultos haya resurgido un intenso interés en la acción y la dimensión no-verbal.

-
15. Bateson, G. 1991 [orig. 1971]. Pasos hacia una ecología de la mente: colección de ensayos en antropología, psiquiatría, evolución y epistemología. Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Ediciones Planeta-Carlos Lohlé.
16. Krause, M., De la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Echávarri, O., Vilches, O., Ben-Dov, P., Strasser, K., Reyes, L., Altimir, C., Ramírez, I. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689.
- Krause, M., De la Parra, G., Aristegui, R., Tomicic, A., Dagnino, P., Echávarri, O., Valdés, N., Vilches, O., Ben-Dov, P., Altimir, C. (2006). Indicadores de cambio genéricos en la investigación psicoterapéutica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325.
17. Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W.W. Norton & Company.
18. Beebe, B., & Lachmann, F.M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-Constructing Interactions*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.

M: La teoría del apego¹⁹ ha logrado desarrollarse tanto en la práctica como en la teoría y la investigación. A nivel teórico, es fascinante como ha ido permeando diversos enfoques y se ha constituido en una suerte de mega-concepto explicativo del desarrollo humano y sus trastornos. A nivel de la investigación, proliferan los estudios que lo incluyen. Y a nivel de la clínica, ha influido en forma importante en los enfoques relacionales, como dices tú.

A: Justamente estoy leyendo en un grupo de estudio el libro de David Wallin de "Apego en Psicoterapia"²⁰, que incluye el trabajo terapéutico con los distintos patrones de apego, dándole relevancia a lo no verbal, los *enactments* e integra además la mentalización de *Fonagy* con *mindfulness*.

Alianza terapéutica

M: Otro ejemplo de un gran concepto que pone en sintonía a la investigación con la clínica: la Alianza Terapéutica (AT). Nace de la clínica –del psicoanálisis– pero luego se transforma e independiza de éste, para constituirse en concepto transteórico. También, se operacionaliza, con las clásicas tres dimensiones de Bordin: *vínculo emocional entre paciente y terapeuta, acuerdo en cuanto a las tareas terapéuticas y acuerdo en las metas*²¹. Y bueno, si bien es evidente que esta triada, constituye uno de los ejemplos de reduccionismo, que hemos discutido críticamente en forma previa, no es menos verdadero que su aporte tanto a la investigación como a la clínica ha sido extraordinario.

No puedo dejar de mencionar aquí a uno de los grandes investigadores de la Alianza, Adam Horvath, quien ha realizado un inmenso aporte a la investigación en psicoterapia con sus conceptualizaciones²² y sus grandes meta-análisis²³, que demuestran el impacto de la buena alianza sobre los resultados terapéuticos, pero que también ha hecho el importante esfuerzo de acercar "de regreso" este concepto a la clínica²⁴.

El cuerpo y la empatía

A: Otro ejemplo de un diálogo fructífero entre la clínica y la investigación es la creciente incorporación de lo corporal. Yo

practico Tai chi hace varios años y me ha ayudado a empezar a incluir el cuerpo en mi experiencia clínica. Tener mayor conciencia del cuerpo me informa, por ejemplo, cuando me estoy defendiendo. Siento que me aprieto, que subo los hombros, y al soltar la tensión corporal junto con una exhalación, se suelta habitualmente la tensión en la sesión, al aceptar sin defenderme lo que ahí está ocurriendo. Muchas veces, lo que primero noto es mi cuerpo tenso, antes de tomar conciencia de la tensión sutil en la sesión, o más bien, porque noto mi cuerpo tenso, es que puedo tomar conciencia de una cierta tensión implícita con el paciente. Debo reconocer eso sí, que aun no logro trabajar más conscientemente con lo que observo en el cuerpo del paciente. Y a propósito de cuerpo, probablemente en este momento no estoy mucho en mi cuerpo, por decirlo de alguna manera (risa).

M: Yo te escucho, y me parece que tus ejemplos calzan muy bien con las investigaciones, que nos muestran cómo "corporalmente" percibimos mucho más de lo que nos damos cuenta conscientemente (cuestión de la que se ha hecho responsable a las así llamadas "neuronas espejo"). Esto me parece entonces, un muy buen ejemplo de diálogo fructífero entre la investigación y la clínica. Los clínicos tienen experiencia con este fenómeno, y ahora la investigación ayuda a su comprensión en términos de hacerlo menos etéreo.

A: Exactamente, ha sido una retroalimentación fructífera.

M: También están los estudios de la gestualidad facial, con el sistema llamado FACS, que se realizó en grupos de investigación en Ulm (Rainer Krause²⁵), en Innsbruck (Eva Bänninger-Huber²⁶), y también aquí en Chile, que nos permiten descubrir que lo que creíamos "intuición", en realidad, es la percepción no consciente de gestos bien definidos del otro. Cuando los llevamos a cámara lenta, los vemos conscientemente.

A: Ahí la investigación nos hace un aporte concreto a los clínicos, la posibilidad de entrenarnos en desarrollar más esta habilidad innata de los seres humanos. Suena a "*Lie to Me*". Puede ser un muy buen aporte, enriqueciendo el trabajo clínico. ¡Yo ya me interesé!

19. Bowlby, J. (1999). *Attachment*. (2ª ed. edición). New York: Basic Books.

20. Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guildford Press.

21. Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 16, 252-260.

22. Horvath, A. O. (2009). How real is the "real relationship"? *Psychotherapy Research*, 19, 273-277.

23. Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011a). The alliance in adult psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 48, 9-16.

24. Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.

25. Krause, R., Merten, J. (1999). Affects, Regulation of Relationship, Transference and Countertransference. *International Forum of Psychoanalysis*, 8, 103-114.

26. Bänninger-Huber, E. (1992). Prototypical Affective Microsequences in Psychotherapeutic Interaction. *Psychotherapy Research*, 2, 291-306

M: Efectivamente, la serie *"Lie to Me"* está basada en el FACS, aunque tiene sus críticos, ya que convierte los gestos más en "verdad irrefutable" de lo que en la práctica son.

Estudio de episodios significativos en psicoterapia

M: Creo que otro lugar de encuentro, entre la clínica y la investigación son los estudios de *"episodios significativos"*, *estos pequeños segmentos de sesiones que resultan cruciales para el cambio terapéutico*, tales como los *"present moments"* de Daniel Stern²⁷, o los "episodios de ruptura" de Jeremy Safran y Christopher Muran²⁸, o los "Episodios de Cambio", acuñados ya en los años 80 por Rainer Bastine²⁹, en Alemania y Robert Elliott³⁰, en Estados Unidos y trabajados por nuestro grupo de investigación en psicoterapia aquí en Chile³¹. Estos segmentos son un *micro-mundo fascinante*, y creo que son un importante aporte a la clínica. Por ejemplo, los *"present moments"* de Stern, que serían algo así como un tiempo subjetivo, especial que se vive conscientemente como presente, de los que él deriva luego su concepto de "momento de encuentro", entre paciente y terapeuta; son un ejemplo fascinante, de cómo al ponerle nombre a algo que en el fondo está en la experiencia subjetiva de todos, al operacionalizarlo un poco más, se hace visible y útil para la psicoterapia.

Lo mismo ha pasado con los episodios de cambio, caracterizados por los cambios de significado, que experimenta el paciente y que con razón Robert Elliott, llamaba *"ventanas al interior del proceso de cambio psicoterapéutico"*; o también con los Episodios de Ruptura de Jeremy Safran y Christopher Muran.

A: Sí, Christopher Muran estuvo hace algunos años en este Congreso de Reñaca, y junto a Jeremy Safran en su libro "Negociando la alianza terapéutica"³², logran una muy buena integración entre sus investigaciones y la aplicación clínica, enfatizando en la importancia de trabajar las rupturas de la alianza, como parte esencial del proceso terapéutico.

M: Existen varios conceptos más que tienen esta característica, pero ya tenemos que ir cerrado esta parte del diálogo.

A: Claramente, estos son ámbitos de armonía, y donde se ha logrado una muy buena integración entre la investigación y la clínica. Cuando preparábamos el diálogo, me di cuenta que ambas habíamos leído y conocíamos varios trabajos, por ejemplo lo de Stern y de Safran y Muran, que da cuenta que los intereses acá se enlazan.

Los diálogos futuros entre la clínica y la investigación

M: En esta tercera, y última parte de nuestra presentación, queremos compartir con Uds., algunas ideas respecto de posibilidades y desafíos futuros para el diálogo entre clínica e investigación.

A: Se requiere una mejor colaboración entre clínicos e investigadores, y pienso que este es un beneficio mutuo, que los clínicos aporten con sus preguntas surgidas de su experiencia.

M: Estoy de acuerdo, pero también creo que, a *pesar de nuestras "buenas intenciones"* (tuyas y mías) al preparar esta presentación, yo fui llegando a la conclusión, que *el diálogo directo entre clínica e investigación es más improbable que probable*.

A: A mi, también me pasó algo parecido. Al partir la preparación de este diálogo, mi intención era que el producto de este encuentro pudiera abrirme a leer investigación y ahora, al terminar, me doy cuenta que si bien encuentro importante, la integración con la investigación y todos sus grandes aportes que recién mencionábamos, me siguen interesando las lecturas clínicamente orientadas, es decir integraciones hechas por clínicos e investigadores, o de clínicos que logran integrar investigaciones.

M: ¡Así es! Porque hablamos en *"lenguas diferentes"*. Por esto, lo que se necesita son "traductores". Con esto, estoy siguiendo una línea de pensamiento que hace ya unos años expuso Juan Pablo Jiménez³³, en uno de sus artículos y que luego retomé en un ensayo³⁴. La investigación misma no va a cambiar su

27. Stern, D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton.

28. Safran, J, Muran, C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.

29. Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der psychotherapeutischen Prozeßforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3-22.

30. Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice & L.S. Greenberg (Eds), *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). New York: The Guilford Press.

31. Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J. C., Valdés, N., Vilches, O., & Tomicic, A. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica*, 30, 2, 5-22.

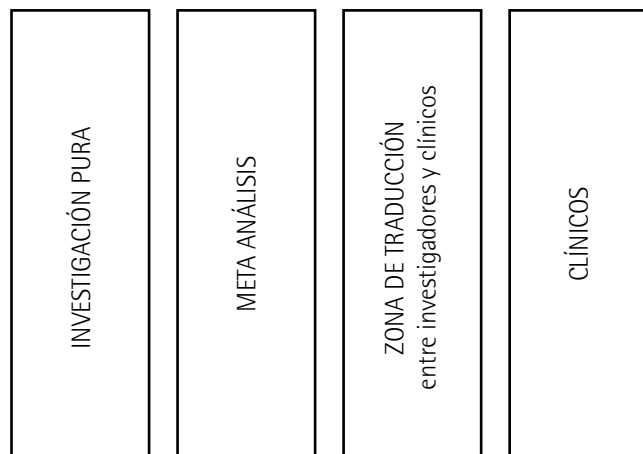
32. Safran, J. D., Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.

33. Jiménez, J. P. (2002). Miradas sobre los puentes entre la práctica y la investigación en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 20, 61-74.

34. Krause, M. (2011). La Psicoterapia: ¿Oficio sin Ciencia y Ciencia sin Oficio? *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 89-98.

lenguaje ni la clínica tampoco, por lo que se requiere de una "tercera lengua", que se constituya en puente entre ambas.

M: Alejandra hizo un esquema que grafica nuestro planteamiento, que se muestra en la Figura 1.



A: Estarían por una parte las investigaciones específicas. Estas alimentan a los metanálisis y revisiones sistemáticas. Ahí parte el diálogo más directo con la clínica, *retroalimentándose mutuamente*. En la zona de traductores, se requeriría de la participación de clínicos, muy informados de los aportes de investigación o trabajando directamente con los investigadores; o también de investigadores que a su vez tengan un pie en la clínica, que logran hacer la integración y transformación a la clínica, ligado a escuelas teóricas. En el extremo derecho están los clínicos que reciben el aporte de las integraciones e idealmente, a su vez estarían retroalimentando en la cadena hacia la izquierda a través de la comunicación directa con traductores, se me ocurre, por ejemplo, en los ámbitos de supervisión.

Traductores y mediadores

M: Pensando, entonces, que el diálogo requiere de "traductores" o "mediadores", analizamos cuáles son estos potenciales traductores. Llegamos a cinco tipos de mediadores, que ya existen, y que pensamos se pueden desarrollar más a futuro: ciertas revistas, plataformas virtuales, personajes, grupos y eventos científico-profesionales.

Revistas que median entre la investigación y la clínica

A: Entre las revistas del ámbito de psicoanálisis relacional, pienso por ejemplo, que en la *Psychoanalytic Dialogs*, si bien tiene un enfoque clínico, es común que algunos autores integren en sus artículos los aportes de investigaciones.

M: O sea, la revista *Psychoanalytic Dialogues*, tendría entonces este rol mediador (entre varias otras, me imagino). También, me parece que cumplen este rol mediador, las revistas que presentan síntesis exhaustivas de trabajos de investigación puntuales, los *Reviews*; como, por ejemplo, el *Annual Review of Clinical Psychology*.

Plataformas virtuales como mediadoras

A: A propósito de este diálogo, miré la página *Research Gate* y me pareció muy buena, por cómo fomenta y facilita la interacción entre investigadores, si bien, como tú dices, ni siquiera eso evita la división entre distintos ámbitos de la investigación. Quizás, para favorecer el diálogo, ¿se podría pensar en una página que integre los metanálisis de las investigaciones, la zona de traducción que mencionabas, entre investigadores y clínicos? *¿Existe algo así?*

M: No sé si existe algo así, pero me puedo imaginar que las sociedades profesionales o profesionales-académicas, debieran sustentar iniciativas como ésta. Por ejemplo, el tema que estamos discutiendo hoy, ha sido muchas veces también tocado en la *SPR* [*Society for Psychotherapy Research*]. El típico lamento, de parte de sus integrantes (muchos de ellos investigadores y clínicos a la vez) es: *¿Cómo podemos atraer a más clínicos?* Si tu idea se encarnara en su sitio web, esa sería una forma de hacerlo.

Personas que median entre la investigación y la clínica

M: Lo que tú dices nos lleva a visualizar, que hay *personas que median entre la investigación y la clínica*. Grandes personajes que son leídos por ambos grupos: Daniel Stern, Peter Fonagy, Sydney Blatt, Adam Horvath, Beatrice Beebe, Mary Target, quien está hoy con nosotros en este congreso. Y, en nuestro ámbito nacional, también puedo nombrar a algunos, de los varios que existen: Juan Pablo Jiménez y Guillermo de la Parra.

A: Y muchos de ellos están con pies en ambos lados.

M: Y median entre ambos escenarios.

Grupos que aportan y median

A: Hay centros que hacen una buena integración entre sus clínicos e investigadores, y logran publicar *literatura orientada clínicamente*, integrando su experiencia clínica y de investigación. Por mencionar algunos, está el *Boston Change Process Study Group*, al que pertenece Daniel Stern; la Universidad de Columbia en el *Center for Psychoanalytic Training and Research*, al que pertenece Beatrice Beebe y otro centro, el *Institute for Psychoanalytic Training and Research*, componente de la *International Psychoanalytic Association*.

Eventos que median entre la investigación y la clínica

M: Yo creo que es importante, no olvidar que el *diálogo* es *bidireccional*, o sea, la investigación, necesita nutrirse con los problemas que visualizan los clínicos, para así mantener su relevancia. Aquí también se requiere de instancias mediadoras o traductoras. Este rol, a mi juicio, lo pueden jugar congresos como éste, que convocan simultáneamente a clínicos e investigadores, y en que ambos tienen el espacio para presentar sus trabajos y discutirlos. Esto pasa por darle una validez a ambas perspectivas (y no que alguna se convierta en el "hermano po-

bre" de la otra). En este sentido, este "matrimonio" chileno que venimos teniendo entre el congreso de investigación en psicoterapia, y el congreso de psicoterapia -y que este año también convocó a colegas de otros países de América Latina- es muy afortunado.

A: Efectivamente, este Congreso integrado que venimos realizando desde el año 2000, y que ya se ha hecho una tradición, es una muestra de la posibilidad de encuentro.

(A dúo): ¡Muchas Gracias!

Bibliografía

1. Baranger, M. & Baranger, W. (1969). *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Ed. Kargieman.
2. Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozeßforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3-22.
3. Bateson, G. 1991 [orig. 1971]. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Ediciones Planeta-Carlos Lohlé.
4. Bänninger-Huber, E. (1992). Prototypical Affective Microsequences in Psychotherapeutic Interaction. *Psychotherapy Research*, 2, 291-306.
5. Beebe, B., & Lachmann, F.M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-Constructing Interactions*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
6. Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 16, 252-260.
7. Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice & L.S. Greenberg (Eds), *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). New York: The Guilford Press.
8. Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J. C., Valdés, N., Vilches, O., & Tomicic, A. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica*, 30, 2, 5-22.
9. Fonagy, P. & Target, M. (1996). Jugando con la realidad I. Teoría de la mente y el desarrollo normal de la realidad psíquica desde una perspectiva teórica. *Libro Anual de Psicoanálisis*, 13, 11-26, 1997.
10. Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
11. Guba, E. G. (1990). *The Paradigm Dialog*. Newbury Park, Ca: Sage.
12. Horvath, A. O. (2009). How real is the "real relationship"? *Psychotherapy Research*, 19, 273-277.
13. Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011a). The alliance in adult psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 48, 9-16.
14. Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
15. Jiménez, J. P. (2002). Miradas sobre los puentes entre la práctica y la investigación en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 20, 61-74.
16. Krause, M. (2011). La Psicoterapia: ¿Oficio sin Ciencia y Ciencia sin Oficio? *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 89-98.
17. Krause, M., De la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Echávarri, O., Vilches, O., Ben-Dov, P., Strasser, K., Reyes, L., Altimir, C., Ramírez, I. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689.
18. Krause, M., De la Parra, G., Aristegui, R., Tomicic, A., Dagnino, P., Echávarri, O., Valdés, N., Vilches, O., Ben-Dov, P., Altimir, C. (2006). Indicadores de cambio genéricos en la investigación psicoterapéutica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325.
19. Krause, R., Merten, J. (1999). Affects, Regulation of Relationship, Transference and Countertransference. *International Forum of Psychoanalysis*, 8, 103-114.
20. Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umpruss, V., Lunnen, K., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (1996). Administration and scoring manual for the OQ-45.2. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.
21. Masias, V. H., Krause, M., Valdés, N., Pérez, J. C., Laengle, S. (2015). Using Decision Trees to Characterize Verbal Communication During Change and Stuck Episodes in the Therapeutic Process. *Frontiers in Psychology*, 6, 379. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00379.
22. Phillips, J. (1996). Key concepts: Hermeneutics. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 3, 61-69.
23. Ogden, T. H. (1994). *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Aronson.
24. Orange, D. (1995). *Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology*. New York: Guilford.
25. Safran, J. D., Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.
26. Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W.W. Norton & Company.
27. Tomicic, A., Martínez, C., & Krause, M. (2015). The Sound of Change: A Study of the Psychotherapeutic Process Embodied in Vocal Expression. Laura Rice Ideas Revisited. *Psychotherapy Research*, 25, 2, 263-276.
28. von Bergen, A. & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 161-176.
29. Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
30. Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 1996.