

Psicoanálisis Latinoamericano Contemporáneo

Volumen 1

Editores

Fernando Martín Gómez y Jean Marc Tauszik

FEDERACIÓN
PSICOANALÍTICA DE
AMÉRICA LATINA



ASOCIACIÓN
PSICOANALÍTICA
ARGENTINA

Psicoanálisis Latinoamericano Contemporáneo / Haydee Faimberg ... [et al.] ; editado por Fernando Martín Gómez ; Jean-Marc Tauszik ; prefacio de Virginia Ungar ; Roberto Scerpella Robinson ; prólogo de Claudia Lucía Borensztein. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Asociación Psicoanalítica Argentina ; Montevideo : FEPAL, 2018.

v. 1, 1392 p. ; 23 x 16 cm.

ISBN 978-987-21787-8-9

1. Psicoanálisis. I. Faimberg, Haydee II. Gómez, Fernando Martín, ed. III. Tauszik, Jean-Marc, ed. IV. Ungar, Virginia, pref. V. Scerpella Robinson, Roberto, pref. VI. Borensztein, Claudia Lucía, prolog.
CDD 150.195

Editores: **Fernando Martín Gómez y Jean Marc Tauszik**

Director: **Fernando Martín Gómez**

E-mail: **drfgomez@gmail.com**

Corrección: **Marta Castro**

Diseño y maquetación interior: **Juan M. Corbetta**

Diseño y maquetación de tapa: **Carmen Luisa Duque**

Imagen de tapa: **Raíz (2018), de María Teresa Hamon**

Primera edición: septiembre de 2018

Editorial Asociación Psicoanalítica Argentina y Editorial Antigua

Rodríguez Peña 1674

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

República Argentina

Web: <https://www.apa.org.ar>

Hecho el depósito que marca la ley 11.723. Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin el consentimiento de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

Impreso en Argentina

© 2018 Todos los derechos reservados

ISBN de la obra general: 978-987-21787-9-6

ISBN del Volumen N° 1: 978-987-21787-8-9

**Psicoanálisis
Latinoamericano
Contemporáneo**

Volumen 1

Editores

Fernando Martín Gómez y Jean Marc Tauszik



COMISIÓN DIRECTIVA
ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA ARGENTINA

Presidenta

Dra. Claudia Borensztein

Vice-presidenta

Dra. Rosa Mirta Goldstein de Vainstoc

Secretaria

Lic. Laura Escapa

Secretario científico

Dr. Gustavo Mario Jarast

Tesorero

Dr. Rafael Eduardo Safdie

Vocales

Dr. José Fischbein

Dr. Diego López de Gomara

Dra. Marcela Bouteiller

Dr. Darío Arce

Dra. Claudia Amburgo de Rabinovich

Dr. Ricardo Daniel Spector

Lic. Jorge Eduardo Catelli

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Dr. Fernando Martín Gómez

Secretaria

Dra. Laura R. Yaser

Integrantes

Psic. Ángeles Aparain

Lic. Adrián Pablo Augspach

Dr. Alberto S. Ekboir

Dr. Ezequiel Alberto Jaroslavsky

Lic. Laura Rombolá

Lic. Juana Spairani

Lic. Pola Roitman de Woscoboinik

COMISIÓN DIRECTIVA
FEDERACIÓN PSICOANALÍTICA DE AMÉRICA LATINA
(2016-2018)

Presidente

Roberto Scerpella

Secretaria general

Adela Escardó

Coordinadora científica

Gleda Brandão Araujo

Tesorera

Haydée Zac de Levinas

Directora de Publicaciones

María Alejandra Rey

Coordinadora de Niños y Adolescentes

Mónica Santolalla

Coordinadora de Comunidad y Cultura

Jani Santamaría

Director del Consejo Profesional

Patricio Peñalillo

Directora de Sede

Ema Ponce de León

PPL

Pensamiento Psicoanalítico Latinoamericano

Coordinador General, región centro

Jean Marc Tauszik

Coordinadora región norte

Denise Goldfajn

Coordinador región sur

Oswaldo Canosa

Secretaria General

Sylvia Pupo

Delegados PPL

Helena Ardaiz Surreaux

Carlos Frausino

Cecilia Moia

Consejo Consultivo

Abel Fainstein

Claudio Laks Eizirik

Marcelo Viñar

Serapio Marciano

Asesora

Silvia Wajnbuch

COMITÉ DE REDACCIÓN

Editores

Dr. Fernando M. Gómez
Lic. Jean Marc Tauszik

Integrantes

Lic. Bárbara Abadi
Lic. Silvia Acosta
Psic. Ángeles Aparain
Lic. Adrián Pablo Augspach
Lic. Denise Goldfajn
Dr. Ezequiel Alberto Jaroslavsky
Lic. Patricia Latosinski
Lic. Diego Luparello
Lic. Javiera Marques
Lic. Cecilia Moia
Lic. Laura Rombolá
Lic. María Laura Trotta
Dra. Laura R. Yaser
Lic. Pola Roitman de Woscoboinik

Traductores

Silvia Acosta
Abigail Betbedé
Ezequiel Jaroslavsky
Patricia Latosinski
Clara Nemas
María Antonieta Pezo
Gastón Sironi
Helena Ardaiz Surreaux
Susana Vinocur Fischbein
Laura R. Yaser
Lisette Weissman
Leandro Wolfson

Agradecimientos

Los editores queremos agradecer a los profesores, analistas, supervisores, colegas, estudiantes, pacientes, amigos, muchos de los cuales comparten algunas de estas categorías. Queremos agradecer especialmente a Luisa Acrich, Cecilia Andrade, , Helena Ardaiz Surreaux, Abigail Betbedé, Leopoldo Bleger, Stefano Bolognini, Kike Cayetano, Claudia Borensztein, María Teresa del Castillo, Jorge Canestri, Carmen Luisa Duque, Andrea Escobar Altare, Abel Fainstein, María Cristina Fulco, Stella García Posada, Denise Goldfajn, María Teresa Hamon, Isabel Hernández, Graciela Hoyos, Ezequiel Jaroslavsky, Claudio Laks Eizirik, Rita Andrea Mello, Marina Meyer, Serapio Marcano, Marina Massi, Oxana Nikitina, Leopold Nosek, Patricia Latosinski, Sergio Lewkowicz, Luis Fernando Orduz, Sylvia Pupo, Javier Ravinet, Cecilia Rodríguez, Eduardo Safdie, Jani Santamaría, Roberto Scerpella, Vivian Schwartzman, Adriana Sorrentini, Virginia Ungar, Susana Vinocur Fischbein, Marcelo Viñar, Silvia Wajnbuch, Adriana Yankelevich, Laura R. Yaser.

Asimismo los editores agradecen a las siguientes personas su autorización para la re publicación de los trabajos que este libro incluye. A Clarisse Baruch, de la revista *Psychoanalyse et Psychose* por el trabajo de Haydée Faimberg: “La situación aún no advenida y el concepto faltante”. A Gerhard Dammann, Gondola Klaiber, de *Schizoidie und schizoide Persönlichkeitsstörung, Kohlhammer*, por el trabajo de Otto Kernberg: “La dinámica psíquica y el tratamiento de los trastornos esquizoides de la personalidad”. A Adele Parker, Tim Spanner y Sarah Davey de Taylor & Francis Group por el trabajo de Elsa Rappoport de Aisemberg: “La psicósomática en el psicoanálisis contemporáneo” y por el trabajo de Moisés Lemlij: “Poder y representación de la mujer en las sociedades andinas precolombinas”. A Dana Birksted-Breen y Grainne Lucey del *International Journal of Psychoanalysis* por el trabajo de Elizabeth Lima da Rocha Barros y Elías Mallet da Rocha Barros: “Reflexiones sobre las consecuencias clínicas del simbolismo”.

Agradecemos a Silvina Edith Richichi, secretaria de la Comisión de Publicaciones, y a Diego Ariel Baracat, bibliotecario principal de la Asociación Psicoanalítica Argentina, porque han tolerado nuestras solicitudes con una alegría y eficacia sorprendentes.

Finalmente, gracias a nuestras familias por su apoyo y paciencia.

A mis padres, mis hijos Ignacio y Sofía, y mi mujer Felicitas, por el permanente estímulo, la infinita tolerancia, la cálida compañía, ¡pero por sobre todas las cosas por un amor siempre incondicional!

*Fernando Martín Gómez
Septiembre 2018*

A mi padre, inmigrante.

*Jean Marc Tauszik
Septiembre 2018*

Índice

Presentación

- Virginia Ungar* 27
Roberto Scerpella Robinson 31

Prólogo

- Claudia Borensztein* 35

Estudios introductorios

- Fernando Martín Gómez* 39
Navegando en la contemporaneidad del psicoanálisis latinoamericano. Una travesía, una aventura, un desafío
- Jean Marc Tauszík* 57
¿De qué color es nuestra camiseta? Una crónica intertextual sobre Latinoamérica <> Psicoanálisis

Metapsicología 69

- Haydée Faimberg* 71
La situación aún no advenida y el concepto faltante
- Norberto Marucco* 95
Desafíos para un psicoanálisis del siglo XXI. La clínica, la metapsicología y la técnica
- Renato Mezan* 119
Metapsicología/Fantasía
- E. César Merea* 149
Transformaciones en metapsicología
- Marion Minerbo* 171
Contribuciones para una teoría sobre la constitución del Superyó cruel

<i>Luíz Meyer</i>	197
Producción onírica y autoanálisis	
<i>Luis Kancyper</i>	215
Con Edipo y Narciso no basta. Hacia una clínica y metapsicología ampliadas	
<i>Rafael Ernesto López-Corvo</i>	252
Traumas pre-conceptuales y el caso del hombre con el hombro dislocado, o un pensamiento silvestre a la búsqueda de un pensador	
<i>Rafael Paz</i>	275
Pensando la metapsicología	
Técnica y clínica psicoanalítica	289
<i>Janine Puget</i>	291
La clínica psicoanalítica en un presente fluido	
<i>Juan Tubert-Oklender</i>	307
Más allá del sujeto. El psicoanálisis de la relación y el contexto	
<i>Luis Cláudio Figueiredo</i>	333
Notas sobre clínica y técnica psicoanalítica. Una visión personal	
<i>Hugo Bleichmar</i>	349
Estados de balance narcisista del <i>Self</i> desde la concepción de los sistemas dinámicos. Consecuencias para la elección de focos terapéuticos	
<i>Otto Kernberg</i>	371
La dinámica psíquica y tratamiento de los desórdenes esquizoides de personalidad	
<i>Roosevelt M. S. Cassorla</i>	397
<i>Enactment</i> crónico \leftrightarrow <i>Enactment</i> agudo: Pasos de una investigación clínica	
<i>Jaime Marcos Lutenberg</i>	425
Transformaciones de los componentes parasensoriales y extrasensoriales de la atención libremente flotante del analista	
<i>Jorge Luis Maldonado</i>	453
Consideraciones sobre el amor narcisista	
<i>Beatriz de León de Bernardi</i>	475
Teoría del campo, segunda mirada y procesos inferenciales en el analista	

<i>Elsa Rappoport de Aisemberg</i>	497
La psicósomática en el psicoanálisis contemporáneo	
<i>Luis Chiozza</i>	523
La clínica y la técnica psicoanalítica.	
Líneas teóricas	545
<i>Juan Francisco Jordán Moore</i>	547
Pluralismo teórico, sentido común e insensatez en la práctica psicoanalítica	
<i>Néstor Braunstein</i>	569
Gozología	
<i>Max Hernández</i>	583
El espacio potencial tal como lo entiendo	
<i>Arnaldo Chuster</i>	599
Las diferencias en Bion	
<i>Elías Mallet da Rocha Barros Barros y Elizabeth Lima da Rocha Barros</i>	629
Reflexiones sobre las consecuencias clínicas del simbolismo	
<i>Carlos Nemirovsky</i>	665
El psicoanálisis que practico	
<i>Fernando Urribarri</i>	685
¿Cómo ser un psicoanalista contemporáneo? El trabajo psíquico del analista, las tres concepciones de la contra-transferencia y el nuevo paradigma contemporáneo	
<i>Rosa Jaitín</i>	713
La destrucción del vínculo fraterno	
<i>Luis Carlos Menezes</i>	735
Diferentes teorías, un psicoanálisis	
Interdisciplina	753
<i>Julio Moreno</i>	755
Un recorrido centrado en lo singular	
<i>Panlo César Sandler</i>	769
La verdad, no la Verdad. Ensayo sobre la corriente sanguínea que da su energía al psicoanálisis	

<i>Moisés Lemlij</i>	799
Poder y representación de la mujer en las sociedades andinas precolombinas	
<i>Joel Birman</i>	827
Sexo, género y deseo	
<i>Oscar Espinosa Restrepo</i>	849
Thomas Mann con Freud: sobre enfermedad y creatividad	
<i>Mauricio Beuchot Puente y Ricardo Blanco Beledo</i>	867
Hermenéutica analógica y psicoanálisis	
<i>Nelson Ernesto Coelbo Junior</i>	889
Lenguajes de la filosofía, lenguajes del psicoanálisis. Un diálogo entre Maurice Merleau-Ponty y Thomas Ogden	
<i>José Renato Avzaradel</i>	911
Acerca de un aparato de lenguaje	
<i>Lía Ricón</i>	935
Psicoanálisis hoy. ¿Monodisciplina, interdisciplina, y/o multidisciplinaria?	
Investigación	951
<i>Ricardo Bernardi</i>	963
¿Qué es investigación clínica?	
<i>Patricia Álvarez y Mara Sverdlik</i>	991
El pensamiento clínico en la investigación psicoanalítica	
<i>Rubén Zuckerfeld</i>	1013
Sobre la investigación en psicoanálisis: prejuicios, legitimaciones y otros problemas	
<i>Samuel Zysman</i>	1039
Una investigación psicoanalítica; teorías inconcuentes en la mente del analista durante su tarea, ontología y metapsicología de las teorías	
<i>Juan Pablo Jiménez y Carolina Altimir</i>	1059
Un enfoque innovador, científico y clínicamente sensible para investigar el proceso psicoanalítico	

<i>David Maldavsky</i>	1079
Investigación empírica del <i>enactment</i> : operacionalización, instrumentos, ejemplos	
<i>Susana Vinocur Fischbein y colaboradoras</i>	1107
Una propuesta de formalización del diagnóstico psicoanalítico diseñado para casos únicos de psicoterapia psicoanalítica	
<i>Marina Altmann de Litvan</i>	1145
Escuchando la voz consciente e inconsciente del paciente y del analista en un encuadre grupal. El modelo de los Tres Niveles de Observación de las Transformaciones del Paciente, 3-LM	
<i>Rogerio Lerner</i>	1169
Trabajo de investigación con psicoanálisis en escala grupal: basamento en evidencias y consecuencias políticas	
<i>Jorge Canestri</i>	1189
Ideología, ideales e ídolos en Psicoanálisis	
Panorámicas	1211
<i>Abel Fainstein</i>	1213
Una panorámica actual del psicoanálisis en la Argentina	
<i>Claudio Laks Eizirik</i>	1235
Una visión panorámica del psicoanálisis brasileño contemporáneo	
<i>Luis Fernando Orduz</i>	1253
Entre el colonizaje y las hibridaciones. Una reseña sobre el psicoanálisis en Colombia	
<i>Pablo Santander</i>	1273
Sobre el psicoanálisis en Chile. Describiendo el estado del arte	
<i>Alfredo Valencia Mejía</i>	1293
Instantáneas del paisaje psicoanalítico en México: antecedentes	
<i>Jorge Bruce</i>	1317
El psicoanálisis en el Perú. El malentendido no tiene fin	
<i>María Cristina Fulco</i>	1335
Panorámica actual del psicoanálisis uruguayo	
<i>Serapio Marcano</i>	1355
Una mirada subjetiva sobre el psicoanálisis en Venezuela	
<i>Leopoldo Bleger</i>	1373
Bloque granítico y post-psicoanálisis	

Trabajo de investigación con psicoanálisis en escala grupal: basamento en evidencias y consecuencias políticas¹

*Rogério Lerner*²

Una engañosa dificultad para el trabajo con psicoanálisis

Entre las distintas dificultades que el trabajo con psicoanálisis tiene que enfrentar en nuestros días figura la idea de que nuestra tarea no está basada en evidencias, mientras que sí lo está el trabajo clínico en otras líneas. ¿En qué consiste esa idea?

Los orígenes de tal noción se encuentran en la medicina, con sus tests de medicamentos llamados ensayos clínicos. En términos sencillos, pacientes que padecen determinada enfermedad aceptan dividirse en dos grupos. Se hacen tests estadísticos para demostrar que los grupos no son distintos de manera significativa en cuanto a los indicadores de la enfermedad medidos ni en cuanto a otros que pueden tener influencia sobre ellos (por ejemplo, masa corporal o edad). Uno recibe una droga y otro recibe un placebo, que no tiene efecto terapéutico. Idealmente, la atribución de la droga y del placebo se hace en forma aleatoria y ni el

¹ El autor agradece al CNPq, FAPESP, CAPES, FMCSV e IPA por los financiamientos que posibilitaron las investigaciones que dieron origen a este trabajo.

² Profesor en el Instituto de Psicología de la Universidad de San Pablo (USP); miembro del Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional; del Núcleo de Apoyo a la Investigación en Salud Mental y Neurodesarrollo de la USP; del Grupo de Trabajo de la Asociación Nacional de Investigación y Posgrado en Psicología (ANPEPP), Psicoanálisis, Subjetividad y Cultura Contemporánea; del Núcleo Ciencia por la Infancia (HARVARD/USP/INSPER/PENSI/FMCSV). Miembro afiliado del Instituto de la Sociedad Brasileña de Psicoanálisis de San Pablo. Es becario de Productividad nivel 2 del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico de Brasil (CNPq). Ganador, en 2012, de los premios monográficos FEPAL (Comunidad y Cultura) y César Ades (tercer lugar).

paciente ni la persona que administra la droga o el placebo saben qué paciente pertenece al grupo clínico (que recibió la droga) o al control (que recibió el placebo). A esto se lo llama doble ciego, que, junto con la aleatorización, busca que los resultados respondan a las variables controladas (efecto del medicamento sobre la enfermedad) y no a las expectativas de los pacientes, de los investigadores y de los médicos.

Después de la toma de la droga y del placebo, se miden los indicadores de enfermedad de los pacientes de los dos grupos. Se realizan tests estadísticos para evaluar si los indicadores medidos después son distintos según los grupos y si tal diferencia no puede deberse al azar (o sea, son *estadísticamente significativos*). Así, se considera que tal diferencia puede ser atribuida al medicamento. En estudios estadísticos más detallados, la diferencia de los indicadores medidos antes y después se calcula para cada grupo y, en seguida, tales diferencias se comparan entre los grupos para verificar la magnitud del efecto del medicamento. Para que las mediciones alcancen valor estadístico significativo, es necesario que los grupos tengan cierto número de personas, llamadas sujetos de investigación, calculado de acuerdo con los objetivos del estudio (por ejemplo, fuerza estadística planteada, representatividad de la población en la muestra).

En algunos países, la idea de que el trabajo clínico psicoanalítico no está basado en evidencia, mientras que los de otras líneas lo están, hace que las compañías de seguros no destinen fondos al trabajo psicoanalítico, sino a los otros que supuestamente lo están. Por la misma razón, en muchas universidades, poco a poco la enseñanza del psicoanálisis pierde terreno a favor de otras como el abordaje cognitivo-conductual. Lo mismo ocurre con indicaciones de pacientes hechas por psiquiatras y otros médicos en general.

Como ejemplo, podemos citar en Francia el proyecto de ley 4.211 del 24 de enero de 2012 del diputado Daniel Fasquelle, cuyo texto defendía la interrupción de la práctica psicoanalítica en las personas con autismo, la generalización de los métodos educativos y de comportamiento y la reasignación de fondos de todos estos métodos existentes. Tal proyecto ha sido finalmente recusado por la Asamblea Nacional el 8 de diciembre de 2016 debido a la gran influencia, entre otros, del movimiento social de familiares de personas con autismo.

En Brasil, la Secretaría de Salud del Estado (equivalente a un Departamento) de San Pablo, donde viven 43.000.000 de personas, convocó en el proceso 001.0201.002161/2012 a instituciones especializadas para acreditación para tratamiento de pacientes con Trastorno del Espectro del Autismo con financiamiento del Gobierno Federal. Según el proceso, se requería del representante legal de la institución una declaración de que se utilizaban métodos conductuales cognitivistas validados en la literatura científica, como *Picture Exchange Communication System* (PECS), *Applied Behavioral Analysis* (ABA), *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* (TEACCH) y se exigía de los psicólogos experiencia en la terapia cognitivo-conductual. El proceso fue alterado debido a una medida cautelar (judicial) requerida por el Consejo Federal de Psicología de Brasil, que eliminaba tal exigencia por ser contraria a los principios del Sistema Único de Salud nacional, violatoria de la libre elección del tratamiento por el paciente y sus familiares, y por representar una injerencia indebida en el libre ejercicio profesional del psicólogo, asegurado por ley.

Pero, uno puede preguntarse: ¿la afirmación de que el trabajo psicoanalítico no está basado en evidencias, se basa ella misma en evidencias?

Dejando clara la perspectiva de trabajo adoptada: como psicoanalista e investigador académico

Me gustaría al principio dejar clara mi perspectiva de trabajo. Como psicoanalista, trabajo en mi consultorio con niños, adolescentes y adultos.

Como académico, soy responsable por investigaciones que involucran a alumnos desde la iniciación científica (investigación hecha durante el curso de la licenciatura) hasta el posdoctorado, financiadas con fondos nacionales e internacionales. Soy también responsable por disciplinas y publico trabajos a menudo, por lo que las agencias de fomento y la Universidad de San Pablo ejercen constante presión.

Debido al tema de mi trabajo académico, formo parte de grupos dedicados a traducir ciencia a políticas públicas y aporto contribuciones a congresistas y al Ministerio de Salud y otros órganos de la administración pública en la proposición de proyectos de leyes y directrices de atención a la salud y a la educación.

Mi trabajo está orientado hacia estudios en escala grupal. Comparo un grupo con otro acerca de una característica dada. Actualmente, el tema principal de mi labor ha sido la detección de señales iniciales de dificultades psíquicas en bebés en el contexto de servicios públicos de salud, el entrenamiento de profesionales para esto y la creación de modelos de intervención de orientación psicoanalítica que mejoren sus condiciones de desarrollo en el vínculo con sus padres.

Realizo un constante esfuerzo para articular las dos perspectivas de trabajo en mi mente, a pesar de las diferencias de sus fundamentos epistemológicos.

Psicoanálisis e investigación en escala grupal

La especificidad del psicoanálisis reside en su abordaje de procesos psíquicos inconscientes que se refieren a la manera singular como cada uno experimenta la conexión, y sus interrupciones, consigo mismo y con otras personas. El método clínico empleado lleva a descubrimientos e intervenciones en estos procesos. Las discusiones clínicas son una parte importante de él, pues pueden hacerse nuevos hallazgos a la luz del conocimiento psicoanalítico acumulado. En otras palabras, tradicionalmente en psicoanálisis se producen evidencias por medio del método del estudio de caso, que es un método reconocido de producción de conocimiento. La generalización del conocimiento construido sobre la base del método del estudio de caso no es la misma del conocimiento construido sobre la base de métodos de escala grupal. ¿No hay producción de conocimiento con psicoanálisis en escala grupal, de manera de permitir la generalización de sus aportes?

Dado que el psicoanálisis es conocido por sus contribuciones tanto terapéuticas como culturales, a menudo se convoca a los psicoanalistas a colaborar en campos como la economía, la literatura, la educación, la política y la salud pública. Tales contribuciones están fuertemente influenciadas por la experiencia clínica de la cual se origina el conocimiento psicoanalítico, pero nunca son su aplicación directa.

El conocimiento psicoanalítico es válido dentro de su contexto específico de trabajo y las contribuciones psicoanalíticas dirigidas a otros contextos tienen que pasar por un proceso de articulación con circunstancias teóricas y metodológicas que son ajenas al psicoanálisis.

Este trabajo afirma y desarrolla la idea de que cuando se lo convoca a contribuir con iniciativas en políticas públicas, se puede esperar que el psicoanálisis ayude a las personas en una escala grupal en lugar de una escala individual.

No es lo mismo tomar un fenómeno considerando que se da en un grupo como tal o considerándolo como algo que ocurre en una perspectiva individual, aunque sea con muchos individuos, simultáneamente o no. En otras palabras, no es lo mismo preguntar: “¿Cómo entiendo el trabajo con esta persona en particular?” que preguntar: “¿Cómo entiendo el trabajo con este grupo particular de personas?”

Esta noción lleva a la posibilidad de articular ideas psicoanalíticas a métodos epidemiológicos para alcanzar la deseada escala grupal y contribuir con políticas públicas de salud.

Las ideas psicoanalíticas empleadas en métodos epidemiológicos de investigación con resultados estadísticamente significativos pueden ser generalizadas a contextos de trabajo diferentes del contexto clínico originario donde el conocimiento psicoanalítico fue construido y aún se desarrolla en su especificidad. Además, generalizar ideas psicoanalíticas a escala grupal y contribuir con políticas públicas de salud produce al menos los siguientes beneficios:

1. Profesionales de enfermería, servicio/asistencia social, medicina y público en general que nunca han oído hablar del psicoanálisis o entendido la naturaleza de este trabajo tienen la oportunidad de dar sentido a su utilidad.
2. Tener resultados estadísticamente significativos aumenta la respetabilidad de las ideas psicoanalíticas en contextos académicos que son importantes para la supervivencia del psicoanálisis y donde tiene que seguir siendo transmitido, tales como cursos de Psicología y Medicina.
3. La investigación y las intervenciones en salud pública son de relevancia social y, por lo tanto, las agencias estatales y de desarrollo proporcionan fondos para el trabajo de grupos de psicoanalistas orientados a este campo, que es una forma de empoderamiento del psicoanálisis.

Indicadores Clínicos de Referencia para el Desarrollo Infantil – IRDI

En 1999, el Ministerio de Salud de Brasil contrató a la profesora Maria Cristina Kupfer para coordinar la construcción del IRDI, que sería usado en las evaluaciones rutinarias de bebés de 0-18 meses de vida en los servicios públicos de salud. El Ministerio, con la Fundación de Amparo a la Investigación del Departamento de San Pablo - FAPESP y el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico - CNPq, financió un estudio multicéntrico realizado en 9 ciudades de Brasil.

Los profesionales que han utilizado el IRDI son pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, agentes comunitarios de salud, sin conocimiento previo del psicoanálisis.

El IRDI, que no tiene especificidad para diagnóstico, fue validado (Lerner y Kupfer, 2008; Kupfer *et al.*, 2009, 2010) con 31 ítems observados o preguntados al cuidador del bebé, expresando condiciones saludables relacionadas con el vínculo con este, de acuerdo con ideas psicoanalíticas. No todos los ítems se aplican en todos los momentos, ya que se dividen en cuatro etapas de edad en meses.

Después de un análisis estadístico, se estableció un punto de corte de dos ítems ausentes: si la díada cuidador/bebé no muestra lo que se espera que se produzca entre ellos en dos ítems del IRDI, hay una probabilidad más grande que al azar (por lo tanto, *estadísticamente significativa*) de que el niño tenga un problema de desarrollo a los 3 años. Por esto se considera que tener dos ítems del IRDI ausentes significa una dificultad en el desarrollo.

En un estudio estadístico más detallado, se encontraron también subgrupos de ítems, denominados *factores*, que cuando estaban ausentes tenían un riesgo relativo (más abajo se explica lo que esto quiere decir) significativo de problemas de desarrollo o psíquicos (considerados más graves que los anteriores) a la edad de tres años (Kupfer *et al.*, 2010). Esto significa que se calculó cuántas veces era más grande la probabilidad de que las díadas en las que tales subgrupos de ítems estaban ausentes presentaran problemas de desarrollo o psíquicos a los tres años en comparación con las díadas en las que **no** estaban ausentes.

En un estudio de seguimiento (*follow-up*) hecho con una submuestra de la población del estudio anterior, se investigó la asociación entre los resultados del IRDI aplicado hasta los 18 meses y los resultados

de calidad de vida a los 6 años, cuando utilizamos el Cuestionario de Salud Infantil - CHQ-50, que tiene dos sub-rangos, uno con respecto a condiciones psicosociales y otro, a aspectos físicos. El estudio ha sido a ciegas, lo que quiere decir que la persona que evaluó a los niños a la edad de 6 años no conocía los resultados obtenidos en el período de 0 a 18 meses.

Los resultados mostraron que los niños con dos o más indicadores ausentes de 0 a 18 meses en el estudio previo han tenido una probabilidad más grande, estadísticamente significativa (valor de $p = 0,049$), de presentar calidad de vida empobrecida desde la perspectiva psicosocial a los 6 años.

Desde el principio, el psicoanálisis trabaja con la idea de que lo que ocurre más tarde en la vida mental está muy influido por la calidad del vínculo que se establece entre el bebé y sus cuidadores. Este principio está siempre presente de alguna manera en el trabajo de cualquier psicoanalista. El contexto que condujo a tal noción y la mantiene ha sido siempre el ámbito clínico, con los adultos al principio y con niños y bebés posteriormente.

Los resultados de los dos estudios mencionados son ejemplos de generalización y expansión para una escala de grupo de ideas psicoanalíticas relacionadas con influencias posteriores de la calidad del vínculo que se establece entre los bebés y sus cuidadores.

En un estudio posterior realizado en colaboración entre la Universidad de San Pablo, la Universidad de Pisa y Paris 6 (Lerner, 2011), ítems de IRDI han sido aplicados a ciegas, es decir, sin saber a qué grupo pertenecía cada sujeto, a una base de datos que contiene los videos caseros de bebés de hasta 18 meses de vida, divididos en 3 grupos de acuerdo con el diagnóstico recibido a los 4 años: autismo, retraso mental y de desarrollo típico. Los videos caseros de bebés de hasta 18 meses de vida eran obtenidos por los investigadores italianos cuando las familias recurrían a los servicios de atención a la edad promedio de 4 años. Investigaciones en niños con autismo utilizan dos grupos de control: uno con niños con retraso mental sin autismo y otro con niños con desarrollo típico. Esto ocurre porque a menudo niños con autismo tienen también retraso mental y es importante diferenciar las características que se deben al autismo de las que se deben al retraso mental. Las características presentes solo en el

grupo de niños con autismo y no en los otros dos grupos pueden entonces ser atribuidas al autismo propiamente dicho.

Algunos ítems del IRDI han tenido capacidad significativa para diferenciar a los bebés con autismo de los otros, con retraso mental y con desarrollo típico.

Otro estudio (Campana, Lerner y David, 2013) evaluó a otro grupo de bebés con un instrumento con especificidad para detectar señales asociadas con el autismo, Modified Checklist for Autism in Toddlers - MCHAT (Robins, Fein, Barton & Green, 2001). Se formaron dos subgrupos: uno con los bebés con señales asociadas con el autismo y otros sin tales señales. Los bebés de ambos subgrupos fueron entonces evaluados a ciegas con el IRDI, sin conocimiento previo por parte del investigador del subgrupo a que pertenecía cada bebé.

Los resultados evidenciaron que:

1. Todos los bebés con hasta 2 ítems ausentes del IRDI fueron considerados libres de señales asociadas con autismo según el MCHAT.
2. Todos los bebés que tuvieron ocho o más ítems del IRDI ausentes tenían señales asociadas con el autismo según el MCHAT.
3. Los bebés que tuvieron mayores cantidades de señales asociadas con el autismo según el MCHAT fueron los que tuvieron mayor número de ítems del IRDI ausentes.

La interpretación de estos resultados puede ser la siguiente: cuanto mayor es la probabilidad de que un bebé continúe en un desarrollo autista, más fuerte será su sufrimiento psíquico en términos psicoanalíticos.

Junto con los resultados de la investigación con los videos caseros presentados anteriormente, tenemos pruebas de que el psicoanálisis como un conocimiento dedicado al fenómeno psíquico hace una importante contribución en la escala de grupo para la comprensión de fenómenos del autismo y su ocurrencia en los bebés, sobre todo antes de la instalación plena del cuadro, lo que permite que la detección posibilite que se hagan intervenciones para reducir los efectos del autismo en el desarrollo.

Estudios de intervención utilizando el IRDI han sido conducidos en escala grupal. El estudio “Vulnerabilidad de padres y de bebés hermanos de niños con Trastorno del Espectro del Autismo: caracterización del vínculo y evaluación de un modelo piloto de

intervención” han sido financiados por la FAPESP (proceso N.º 13/25332-6) y por la Asociación Psicoanalítica Internacional (proceso N.º 1740613). Se sabe que los hermanos de niños con autismo son más propensos a tener el mismo diagnóstico u otro trastorno del desarrollo en comparación con la población general. Por su parte, las madres de niños con autismo tienen una mayor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés que los padres de niños que no tienen autismo.

Esta investigación tuvo dos etapas:

A) Un estudio con diseño caso-contróles con díadas madre-bebé en que un hermano mayor tiene ASD (alto riesgo - AR, N = 69) y, por lo tanto, se considera que tienen un alto riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos y del desarrollo. También se ha reclutado un grupo de control de díadas madre-bebé en el que ningún hermano mayor tiene TEA (bajo riesgo - BR, N = 75). De 2 a 26 meses de edad, se evaluó a los bebés de ambos grupos para detectar señales tempranas de dificultades de desarrollo y comportamiento de retraimiento. Las madres también fueron evaluadas para determinar los niveles de depresión, estrés, ansiedad y apoyo social. Además, se evaluó la calidad de las interacciones madre-bebé. Los resultados estadísticamente significativos (Durand, Lerner, Geraldini *et al.*, sometido a publicación) han evidenciado que hasta la edad de 12 meses: 1) los bebés con AR tuvieron niveles más altos de comportamiento de retraimiento ($p = 0,003$) y de prevalencia de señales tempranas de dificultades de desarrollo ($p = 0,025$) en comparación con bebés con BR; 2) las madres de los bebés con AR tenían medias más grandes de humor depresivo ($p = 0,008$) cuando se comparaban las madres de infantes BR; y 3) las díadas de AR presentaron medias más grandes de constricción en las interacciones que las díadas de BR ($p = 0,024$). Entre los bebés de 12-26 meses, las madres de los bebés con AR presentaron medias más grandes de intrusión en comparación con las de los bebés BR ($p = 0,030$) en las interacciones madre-bebé.

B) Ensayo clínico en el que 22 díadas del grupo de alto riesgo de la etapa precedente participaron en una psicoterapia psicoanalíticamente orientada durante 12 sesiones. Los resultados se compararon con los de otras díadas del mismo grupo (de alto riesgo) que no habían recibido la intervención. Las díadas se evaluaron antes y después de la intervención para las mismas dimensiones que en la etapa precedente. Los resultados (Durand, Geraldini & Lerner, en preparación) han evidenciado que las díadas que participaron de la intervención, en comparación con las que no

la recibieran, presentaron al final aumento mayor en su reciprocidad ($p = 0,002$). Las madres de las díadas atendidas presentaron al final: 1) una reducción dos veces mayor en la media de intrusión (tamaño del efecto = 0,57, $p = 0,048$); 2) una reducción mayor en la media de las interacciones conducidas por las madres ($p = 0,048$); 3) aumento mayor en su sensibilidad ($p = 0,019$). Los bebés atendidos presentaron al final aumento mayor en su involucramiento ($p = 0,001$) y en su cooperación ($p = 0,003$).

Los resultados apuntan hacia un efecto positivo de la intervención, aumentando la capacidad materna para la receptividad a la experiencia emocional del bebé y para la reducción de sus afectos negativos y ansiedad.

Los métodos epidemiológicos se orientan por constructos (conceptos que permiten la consideración de un fenómeno dado y que orientan su explicación, evaluación y transformación) que son de naturaleza diferente de los que orientan el método psicoanalítico, cuyo conocimiento tiene sus raíces en el trabajo clínico con el inconsciente. Considerar tal diferencia no es lo mismo que decir que el basamento del psicoanálisis en el inconsciente no va a tener expresión en los constructos normalmente utilizados en métodos epidemiológicos. El investigador que desea hacer investigación con psicoanálisis en escala grupal puede buscar instrumentos estandarizados no psicoanalíticos reconocidos en la literatura cuyos constructos se aproximan a aquellos con los cuales se trabaja psicoanalíticamente. En la investigación mencionada utilizamos, aparte del IRDI, la Escala de Evaluación del Retraimiento Relacional en niños de 0 a 2 años (*Alarm Distress Baby Scale – ADBB*, de Guedeney, Charron, Delour & Fermanian, 2001) y la grilla de Codificación del Comportamiento Interactivo (*Coding Interactive Behavior – CIB*, de Feldman, 1998).

Los métodos epidemiológicos pueden considerarse como un criterio para la validez externa en términos de expansión del alcance de la generalización de las ideas psicoanalíticas derivadas del método clínico.

Extendiendo el alcance político del psicoanálisis: consecuencias de trabajos con el IRDI

Sigue un pasaje que parece representativo de los posibles beneficios políticos de la clase de trabajo que se presentó antes. Como académico coordinador de investigaciones realizadas sobre el autismo, fui invitado por el Ministerio de Salud a formar parte del grupo de trabajo para

formular el documento “Directrices de Atención para la Rehabilitación de la Persona con Trastornos del Espectro del Autismo” (*Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo*, 2014).

Yo era el único psicoanalista y algunos miembros del grupo defendían el método de Análisis del Comportamiento Aplicado (*Applied Behavioral Analysis - ABA*) y estaban ostensible y abiertamente en contra del psicoanálisis. Ellos querían conseguir que se adoptara oficialmente, en las Directrices, el método ABA como el único enfoque para el autismo, que entonces se impondría a los profesionales de la salud pública y a los pacientes en Brasil, un país con 230.000.000 de personas. Su argumento se basaba en la afirmación de que el ABA está fundado en evidencias, mientras que el psicoanálisis no lo está.

Debido a mi experiencia de trabajo académico, presenté una extensa revisión de la literatura que demostró que no hay consenso sobre la eficacia (o sea, no hay evidencias suficientes de resultados estadísticamente significativos obtenidos en condiciones controladas) y la efectividad (o sea, no hay evidencias suficientes de resultados estadísticamente significativos obtenidos en condiciones reales de tratamiento) del método ABA para justificar su adopción como la opción exclusiva oficial nacional.

Mi tesis se impuso y se abandonó dicho proyecto de hegemonía del método ABA. Por supuesto que también tenía el apoyo de la minoría de no psicoanalistas (fonoaudiólogos y psiquiatras) que no sentían aversión por el psicoanálisis.

Al mismo tiempo, debido a los resultados con base estadística sólida publicada, el IRDI fue adoptado en las Directrices como una de las herramientas oficialmente recomendadas para evaluar a los bebés considerados en situación de dificultades en el desarrollo y más propensos a tener problemas.

Otro resultado importante de los trabajos hechos por varios investigadores con el IRDI es la formulación de leyes destinadas a mejorar la atención a la primera infancia en el país.

En 2017 se aprobó la ley 13.438/17, que hace obligatoria la evaluación, en el Sistema Único de Salud de Brasil, de todos los niños en sus primeros dieciocho meses de vida, con la finalidad de facilitar la detección, en consultas pediátricas de acompañamiento, de eventuales dificultades en su desarrollo psíquico. Esta es una ley controvertida que merece un debate que no cabe en el ámbito del presente trabajo, pero está

en línea con la creciente preocupación por las condiciones psíquicas de la primera infancia y sus consecuencias para la construcción de la mente en las más variadas funciones del desarrollo (funciones ejecutivas, aprendizaje, lenguaje, por ejemplo) que anima discusiones acerca de políticas públicas en el momento actual en diversos países.

Otra ley importante que resulta de los esfuerzos de muchos profesionales entre los que se incluyen psicoanalistas es el Estatuto de la Primera Infancia, la ley 13.257/16. Entre otras disposiciones, establece que el Estado proporcionará fondos para la formación de los profesionales que atienden a las mujeres embarazadas y a los niños de hasta 6 años con el fin de que puedan evaluar sus condiciones de desarrollo y proporcionar intervenciones cuando sea necesario.

Diversidad de producción de evidencias en trabajos con psicoanálisis en escala grupal

No solo en cuanto a la infancia se han producido evidencias a partir de investigaciones con psicoanálisis en escala grupal. Se han realizado muchos estudios con adolescentes adultos en diversas condiciones clínicas. La cantidad existente de estudios permite que se los tome de manera crítica en meta-análisis, que es la ubicación, en un mismo banco, de los datos procedentes de distintos estudios individuales seleccionados a partir de criterios metodológicos previamente establecidos (por ejemplo, composición de la muestra, criterios diagnósticos utilizados, procedimientos e instrumentos de evaluación empleados). Se utilizan entonces métodos analíticos y estadísticos sobre el banco resultante para explicar variaciones de los datos en función de las variables disponibles, por ejemplo, diferencias en los indicadores de una psicopatología en función de la distinción de la técnica psicoterapéutica utilizada. En fin, se trata de una técnica de evaluación de un conjunto de estudios previos que permite la comparación rigurosa entre ellos.

En los estudios de meta-análisis conducidos por Abbass, Kisely y Kroenke (2009) se encontró que el trabajo psicoterapéutico dinámico, de larga y expresa influencia psicoanalítica, tuvo un efecto estadísticamente significativo de reducción de una variedad de síntomas físicos y psicológicos, aumentando la adherencia al tratamiento y la ocupación funcional, y disminuyendo la utilización de servicios de salud. Veintiún estudios, que eran el 91,3% del total de su meta-análisis, tuvieron

beneficios sintomáticos (significativo = 17; posible = 4) respecto de la principal condición física. Once de doce (91,6%) tuvieron mejoras (significativa = 9; posible = 2) en la función socio-ocupacional. Dieciséis de veintiuno (76,2%) tuvieron beneficios (significativo = 13; posible = 3) en síntomas psicológicos. Los autores comparan favorablemente tales resultados con los de una revisión similar de tratamientos cognitivo-conductuales para trastornos somáticos que encontró beneficios sintomáticos significativos o posibles en 82% de los estudios, beneficios funcionales en 73% y beneficios psicológicos en 46%.

Abbass, Kisely, Town, Leichsenring, Driessen *et al.* (2014) encontraron en su meta-análisis que el trabajo psicoterapéutico dinámico tuvo efecto estadísticamente significativo de reducción de diversas condiciones clínicas, como síntomas psiquiátricos generales (no psicóticos), de ansiedad y de depresión, así como de problemas interpersonales y ajuste social. En algunos de los estudios considerados por los autores, hubo aumento del efecto terapéutico a largo plazo, después de interrumpida la psicoterapia.

Shedler (2010) llevó a cabo un extenso y profundo estudio de revisión de la literatura especializada que arroja resultados de tratamientos hechos con psicoterapia psicodinámica y también con métodos cognitivistas y conductivos. Tres puntos merecen destacarse: 1. Los estudios de resultados de tratamientos hechos con psicoterapia psicodinámica son tan rigurosos en su fundamentación metodológica como los estudios de resultados de métodos cognitivistas y conductivos; 2. Muchos estudios de resultados de tratamientos conducidos con psicoterapia psicodinámica presentaron efectos de mayor magnitud que los realizados con métodos cognitivistas y conductivos; 3. Mientras que con los métodos cognitivistas y conductivos los resultados se evalúan fundamentalmente por medio de los síntomas de los pacientes, los tratamientos hechos con psicoterapia psicodinámica abarcan la sintomatología y otros aspectos más de la personalidad de los pacientes, lo que apunta a un mayor alcance que el psicoanálisis aporta al trabajo clínico, aunque en la forma de psicoterapia psicodinámica, comparado con los métodos cognitivo-conductuales.

La revisión de literatura hecha por Kivlighan, Goldberg, Abbas, Pace, Yulish *et al.* (2015) demostró que, aunque existen más artículos sobre ensayos clínicos hechos con psicoterapia cognitivo-conductual, hay estudios con tal abordaje tan metodológicamente bien orientados (una categoría nombrada *bona fide* en la literatura especializada) como los hechos

con psicoterapia dinámica, mientras que no hay evidencias de diferencias significativas de eficacia, magnitud del efecto y duración del efecto a largo plazo entre las dos propuestas de trabajo clínico.

Los estudios mencionados antes no son más que un pequeño ejemplo de la calidad de los trabajos científicos efectuados a partir de la contribución del psicoanálisis. La Asociación Psicoanalítica Internacional tiene una publicación (Leuzinger-Bohleber y Kachele, 2015) de libre acceso, orientada hacia la difusión y discusión de resultados de investigación ampliamente considerada, que abarca estudios hechos con distintas metodologías.

Consideraciones finales

El trabajo con psicoanálisis en escala grupal implica desafíos que es necesario encarar. Algunos son epistemológicos, otros teóricos y los hay, también, de naturaleza narcisista. No son pocos los psicoanalistas que rechazan este tipo de trabajo *in totum* alegando que no considera la singularidad psíquica y apela a un cientificismo que traiciona las bases conceptuales del psicoanálisis. En el trabajo clínico psicoanalítico se contempla la singularidad psíquica, cualquiera que sea la base conceptual en que se funda, lo que es un objetivo distinto (y no contrario o excluyente) de algunos trabajos abordados a lo largo de este texto.

Los psicoanalistas pueden o no trabajar como investigadores utilizando métodos en escala grupal. Lo principal es que estén informados y puedan difundir que la afirmación de que el psicoanálisis no está basado en evidencias no pasa de ser *fake news*.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbass, A., Kisely, S. & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychother. Psychosom.* Vol. 78, pp. 265-274.
- Abbass, A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Art. N.º CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub4.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf
- Brasil. *Lei 13.438/17*. Recuperado en 09/11/17 de <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/451913385/lei-13438-17>
- Brasil. *Lei 13.257/16*. Recuperado en 09/11/17 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm
- Campana, N., Lerner, R. & David, V. (2015). CDRI as an instrument to evaluate infants with development problems associated with autism. *Paidéia*, Vol. 25, pp. 85-93.
- Feldman, R. (1998). *Coding interactive behavior manual* (manuscrito no publicado). Bar Ramat-Gan, Israel, Ilan University.
- Guedeney, A., Charron, J., Delour, M. & Fermanian, J. (2001). L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'Échelle d'alarme détresse bébé". (ADBB). *La psychiatrie de l'enfant*, VXLIV, 1, pp, 211-231.
- Kivlighan, D., Goldberg, S., Abbas, M., Pace, B., Yulish, N., Thomas, J., Cullen, M., Flückiger, C. & Wampold, C. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 1-14.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, N. A., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D. B., Rocha, P. S. B., Molina, S., Sales, L. M., Stellin, R., Pesaro, M. E. & Lerner, R. (2009). Predictive value of risk signals for the child development: a psychoanalytical study. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology online*, v. 6, pp. 48-68.
- (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, Vol. 13, pp. 31-52.
- Lerner, R. (2011). *Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade*. Tese (Livre-Docência) – Instituto de Psicologia. San Pablo, Brasil, Universidade de São Paulo.
- & Kupfer M. C. M. (2008). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. San Pablo, Escuta.

Leuzinger-Bohleber, M. & Kachele, H. (Ed.). (2015). *An open door review of outcome and process studies in psychoanalysis*, 3a ed. Londres, International Psychoanalytical Association.

Paolo, A., Lerner, R., Escobar, Kupfer, C., Rocha, P. & Santos (2015). Associação entre sinais de sofrimento psíquico até dezoito meses e rebaixamento da qualidade de vida aos seis anos de idade. *Psicologia USP*. v. 26, n. 3 (2015). Doi: 10.1590/0103-656420130043.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*, 65(2): 98-109. Doi: 10.1037/a0018378.