

La eficacia del psicoanálisis y la terapia psicodinámica.

Emilija Georgievska-Nanevska

“En efecto, el psicoanálisis y la literatura tienen mucho que ver con la natación, un arte de mantener a flote en el mar del lenguaje a gente que está siempre tratando de hundirse. Y un artista es aquel que nunca sabe si va a poder nadar: ha podido nadar antes, pero no sabe si va a poder nadar la próxima vez que entre en el mar.”

Ricardo Piglia



LA MOTIVACIÓN QUE HAY DETRÁS

Hoy en día, el campo de lo cognitivo-conductual tiene sus manuales, sus técnicas, y una fuerte creencia detrás de ser el único tratamiento basado en la ciencia. Mientras, en muchos círculos terapéuticos, el psicoanálisis se considera un trabajo no-científico, más cerca de las artes y los trabajos de curanderos que de algo fundamentado, por lo que parece algo casi mágico, y por esto, no válido, falta de legitimidad. ¿De dónde viene esta percepción?

Para tener una idea más clara del origen de las creencias y prejuicios del estado científico de la corriente psicodinámica, nos ayudaría contextualizar la pregunta en la historia de la psicología como ciencia. Si retrocedemos unos 100 años o más, vamos a ver que en el principio, la psicología como ciencia natural nace en un contexto ambiguo y bifurcado. Wilhelm Wundt, quien se considera el padre de la psicología como una ciencia empírica e independiente de las otras ciencias, estableció, por un lado, el primer laboratorio psicológico en 1879 en Leipzig, y por otro, reconoció dos psicologías diferentes: la primera, la psicología como una ciencia experimental dentro de la cual se estudiaban los procesos mentales inferiores y simples (las experiencias sensoriales, por ejemplo, táctiles), y la segunda, la psicología como ciencia cultural (o social o humana) que estudiaba de forma indirecta los productos simbólicos de la mente en lugar de la mente misma (Hiles, 1996). Actualmente, solo recordamos a Wundt en su laboratorio.

Wundt reconoció los límites del método experimental. Según él, los procesos mentales superiores no se pueden estudiar directamente por el método experimental, pero se pueden estudiar indirectamente mediante la investigación de sus productos. Entre los productos culturales a estudiar, están: lenguaje, narrativas personales y sociales, fantasías, sueños, arte, costumbres, creencias, tradiciones, instituciones sociales, etc. En definitiva, la totalidad de la cultura humana.

Wundt no era el único que opinaba así. *Wilhelm Dilthey* (Aguillaume, 2001), el filósofo y psicólogo alemán, contemporáneo de Wundt, argumentó que el desarrollo de la psicología como una ciencia empírica natural era bastante inadecuado para estudiar los elementos de la conciencia. Sintió que solo una psicología, concebida como ciencia cultural, podría tratar adecuadamente la mente como un todo. A pesar de estas primeras posiciones, la psicología como ciencia cultural se convirtió en una psicología académica dominada por el enfoque positivista y empírico del conductismo.

Así, el proyecto cognitivo-conductual tiene que ver con una visión de la psicología de sí misma como disciplina natural (remedando disciplinas como la química o la física). En el mundo de las ciencias en la primera parte del siglo XX, donde reinaba el positivismo, este fue el único camino de legitimación de una disciplina nueva.

Avanzamos rápido en la línea temporal y hoy encontramos una abundante cantidad de sesgos y suposiciones negativos sobre la legitimidad y el estatuto científico del trabajo analítico y psicodinámico. Por supuesto, no ayuda que dentro del mismo campo analítico haya una división significativa sobre estos asuntos. El psicoanálisis continúa ubicándose dentro de dos grandes modelos epistemológicos: el estricto modelo de las ciencias naturales gobernado por la idea de la causalidad y el modelo hermenéutico donde es central el problema de significación (Aguillaume, 2001). Muchos analistas ocupan y defienden con mucho fervor una de estas dos posiciones epistemológicas, que crean un intenso debate sobre el estado científico del psicoanálisis. Como ejemplo, es recomendable leer el ardiente debate entre *André Green* y *Daniel Stern* (Sandler & Sandler, 2000) sobre la investigación empírica en el campo de psicoanálisis infantil. Green, el reconocido analista francés, ocupa la posición epistemológica hermenéutica y reclama que ni siquiera tenemos que pensar en hacer investigación en el modo positivista y experimental. Para él, el psicoanálisis no es una ciencia natural, sino una "actitud epistemológica que da un lugar central a la interpretación". A continuación, Green considera que la investigación empírica no solo es irrelevante para el psicoanálisis, sino también una amenaza subversiva para su espíritu. Él cree que los métodos de investigación empírica no pueden ofrecer nada relevante, ya que son inadecuados para el estudio de la vida mental inconsciente. Los esfuerzos empíricos para estudiar conceptos psicoanalíticos solo pueden conducir a su trivialización y a un reduccionismo que viola el espíritu del psicoanálisis.

Por otro lado, Daniel Stern, el prominente psiquiatra, investigador y teórico en el campo del psicoanálisis infantil, dedica su trabajo a una perspectiva más integradora y unificadora de las dos posiciones epistemológicas. Él defiende la investigación empírica en el campo psicoanalítico y, además, lo hace con mucho éxito (uno puede ver, por ejemplo, su famoso libro *The Interpersonal World of the Infant*, 1985, y muchas de sus obras más recientes). Stern aboga por la observación empírica de bebés en un contexto de laboratorio, como un abordaje relevante e imprescindible para el enriquecimiento del conocimiento psicoanalítico. Su enfoque no es tanto la observación de un bebé aislado como la observación del vínculo entre el infante y su madre y del mundo interpersonal que crea el bebé, encontrando patrones. La pregunta es: si existen estos tipos de visiones opuestas y bien luchadas sobre el estatuto científico de psicoanálisis dentro del campo psicoanalítico, ¿qué podemos esperar de los profesionales que se encuentran fuera?

Teniendo todo esto en cuenta, quiero afirmar que yo creo profundamente en la psicoterapia de corriente analítica y psicodinámica como una forma de arte que va más allá de las técnicas y del cientificismo inherente al pensamiento cognitivo-conductual. El terapeuta-analista ejerce su trabajo no tanto como un conjunto de técnicas predeterminadas y prudentes, sino como un proceso

casi artístico –impredecible y arriesgado– de encuentro, desencuentro, imaginación, construcción y deconstrucción, entre dos (o más) sujetos. Digo esto con plena conciencia de que un terapeuta de otro campo puede ver el concepto de “arte” entrelazado con el trabajo de la psicoterapia como una blasfemia. Además, mi impresión es que la terapia manualizada y empíricamente validada sí funciona, en la mayoría de los casos funciona con personas psicológicamente sanas, con buenas relaciones, más o menos buenos apegos, que están funcionando bien en otros dominios. Entonces podemos tratar un síntoma encapsulado de, digamos, ataques de pánico, con relativa rapidez. Pero esa no es la forma en que la mayoría de los pacientes vienen empaquetados a nosotros. Sabemos desde la clínica que la mayoría de los pacientes cumplen los criterios para diagnósticos múltiples, y sus síntomas se basan en su constitución psicológica o de personalidad. Los tratamientos breves y manualizados son efectivos para un pequeño subconjunto de pacientes de alto funcionamiento con, por ejemplo, trastorno de pánico sin complicaciones. Al mismo tiempo, la mayoría de los problemas que llevan a las personas a un tratamiento se entrelazan en el tejido de sus vidas. Como Jonathan Shedler (2010) apunta, es menos una cuestión de lo que “tiene” el paciente y más una cuestión de “quién es”, de su forma de ser y estar en el mundo.

Sabiendo esto desde el punto de vista clínico, veo un gran malentendido sobre lo que es el psicoanálisis y su eficacia y me motiva a unirme a la fuerza que crea puentes aún a riesgo de violar el espíritu del psicoanálisis puro. En este ensayo voy, primero, a describir los principios básicos del trabajo analítico y psicodinámico, y en segundo lugar, a hacer un resumen sobre las investigaciones más relevantes en cuanto a la eficacia y validación empírica de la terapia analítica y psicodinámica, porque sí existen.

LAS CARACTERÍSTICAS CLAVES DE LA TÉCNICA PSICODINÁMICA¹

En este trabajo uso indistintamente los términos psicoanálisis, terapia psicoanalítica y psicodinámica. Mientras existen diferencias entre la terapia analítica y un psicoanálisis, el denominador común de las todas formas es la técnica psicodinámica y el encuadre interno analítico. Uno puede practicar “análisis” en el contexto de la salud pública, en formato de sesión única, o mediante una psicoterapia breve, no en el sentido de encuadre externo y estricto, pero en el sentido del encuadre interno analítico, utilizando la técnica psicodinámica. La esencia de la terapia psicodinámica es explorar los aspectos de subjetividad del paciente que no son completamente conocidos, y especialmente explorar como se manifiestan y cómo influyen la relación terapéutica.

Entonces, ¿cuáles son las características clave de la técnica psicodinámica? A continuación presento mi versión, adaptada de Shedler (Shedler, 2010):

1. Orientada hacia el afecto y la expresión de la emoción. La terapia psicodinámica fomenta la exploración y discusión de la gama completa de las emociones de un paciente. El terapeuta ayuda al paciente a describir y poner palabras a los sentimientos, incluyendo sentimientos contradictorios, sentimientos que son inquietantes o amenazantes, y sentimientos que el paciente inicialmente no reconoce o no acepta (esto está en contraste con un enfoque cognitivo, donde el mayor del énfasis está en los pensamientos y las creencias; Blagys & Hilsenroth, 2002; Burum y Goldfried, 2007). También hay un reconocimiento de que “insight intelectual” no es lo mismo que un “insight emocional”. El insight emocional resuena a un nivel profundo y conduce al cambio (esta es una razón por la cual muchas personas inteligentes y psicológicamente sabias pueden explicar las razones de sus dificultades, y sin embargo, la comprensión cognitiva sola no les ayuda a superar sus dificultades).

2. Exploración de evitaciones de pensamientos y sentimientos angustiosos. La gente hace muchas cosas, sabiendo o sin saberlo, para evitar distintos aspectos de experiencias preocupantes. Esta evasión (en términos teóricos, la defensa y la resistencia) puede tomar formas llamativas como faltar a sesiones de terapia, llegar tarde o ser evasivo. También puede tomar formas sutiles que son difíciles de reconocer en el discurso ordinario, como cambiar de tema cuando surgen ciertas ideas, centrarse en aspectos de una experiencia que no son psicológicamente significativos, atender a hechos y eventos que excluyen el afecto, centrarse en las circunstancias externas en lugar del papel que se ha desempeñado en la configuración de los eventos, etc. Los terapeutas psicodinámicos reconocen, se enfocan activamente y exploran estas evitaciones.

3. Identificación de temas recurrentes y patrones. Los terapeutas de una corriente psicoanalítica trabajan para identificar y explorar temas recurrentes y patrones en los pensamientos, sentimientos, autoconcepto, relaciones y experiencias de vida de los pacientes. En algunos casos, un paciente puede ser muy consciente de patrones recurrentes que son dolorosos o autodestructivos, pero sentirse incapaz de escapar de ellos (por ejemplo, un hombre que encuentra repetidamente él mismo atraído por parejas románticas que son emocionalmente inaccesibles; una mujer que regularmente se sabotea a sí misma cuando el éxito está cerca). En otros casos, el paciente puede desconocer los patrones hasta que el terapeuta le ayuda reconocerlos y entenderlos.

4. Discusión de experiencias pasadas prestando atención al desarrollo infantil. Algo relacionado con

1. Tenemos que tener en cuenta que las características enumeradas a continuación se refieren al proceso y técnica solamente, no a los principios subyacentes que informan estas técnicas. Para una discusión de conceptos y principios psicoanalíticos hay una literatura amplia.

la identificación de temas y patrones recurrentes es el reconocimiento de que las experiencias pasadas, especialmente las experiencias tempranas con las figuras de apego, afectan a nuestra experiencia en el presente. Los terapeutas psicodinámicos exploran las experiencias tempranas, la relación entre el pasado y el presente, y las formas en que el pasado tiende a “vivir” en el presente. No se trata de centrarse en el pasado, sino más bien de entender cómo el pasado arroja luz sobre las dificultades psicológicas actuales. El objetivo es ayudar a los pacientes a liberarse de los lazos con las experiencias pasadas para vivir más plenamente en el presente.

5. Enfocada a las relaciones interpersonales. La terapia analítica pone gran énfasis en las relaciones y experiencias interpersonales (en términos teóricos, relaciones de objeto y el apego). La asunción es que los aspectos adaptativos y no adaptativos de la personalidad y del autoconcepto son formados en el contexto de las relaciones de apego; por ejemplo, algunas personas no expresan sus necesidades emocionales por temor al rechazo y, en consecuencia, no pueden cumplirlas, lo que aumenta la vulnerabilidad a la depresión.

6. Un enfoque en la relación terapéutica. La relación entre el terapeuta y el/la paciente es, en sí misma, una importante relación interpersonal que puede convertirse en algo profundamente significativo y emocionalmente cargado. Normalmente, en la vida del paciente hay temas relacionales repetitivos y estos mismos temas tienden a surgir de alguna forma en la relación de terapia. Por ejemplo, una persona propensa a la desconfianza puede acercarse al terapeuta con suspicacia; una persona que teme la desaprobación, el rechazo o el abandono puede temer el rechazo por parte del terapeuta, sabiéndolo o sin saberlo, y puede esforzarse por ser un paciente especialmente “bueno”. (Estos son ejemplos relativamente concretos/explicitos; la repetición de temas interpersonales en la relación de terapia a menudo es algo más complejo y sutil.) La recurrencia de los temas interpersonales en la relación de terapia (en términos teóricos – la transferencia y la contratransferencia) brinda una oportunidad única para explorar y trabajarlos en vivo, en el aquí y el ahora. El objetivo es alcanzar mayor flexibilidad en las relaciones interpersonales y una mejor capacidad para satisfacer las necesidades (inter)personales.

7. Exploración de la vida de fantasía. En contraste con otras terapias en las que el terapeuta puede estructurar las sesiones o seguir una agenda predeterminada, la terapia psicoanalítica alienta a los pacientes a hablar libremente sobre cualquier cosa que venga de su mente. Cuando los pacientes hacen esto (y, de verdad, la mayoría de los pacientes requiere una ayuda considerable del analista antes de que puedan hablar libremente), sus pensamientos se extienden por muchas áreas de la vida mental, incluso deseos, miedos, fantasías, sueños nocturnos y diurnos (contenidos que muchas veces el paciente nunca ha intentado poner en palabras). El con-

junto de este material es una rica fuente de información sobre cómo el/la paciente se ve a sí mismo/a y a otros, de cómo da sentido a su experiencia, de cómo evita aspectos de la experiencia, etc.

8. El último punto es un objetivo más amplio, implícito en todos los demás: **los objetivos de la terapia psicodinámica incluyen y se extienden más allá de la remisión de los síntomas.** El objetivo del tratamiento no es solo detectar y extirpar los síntomas sino también fomentar las capacidades y recursos psicológicos de la persona. Dependiendo de la persona y las circunstancias, éstos pueden incluir la capacidad de tener relaciones más satisfactorias, hacer uso más efectivo de los talentos y habilidades, mantener un sentido de autoestima realista, tolerar un mayor rango de afectos, tener experiencias sexuales más satisfactorias, comprenderse a sí mismo y a los demás de forma más matizada y sofisticada, y enfrentar los desafíos de la vida con mayor libertad y flexibilidad internas. Tales fines se persiguen a través de un proceso de autorreflexión, autoexploración y autodescubrimiento que se lleva a cabo en el contexto de un lugar seguro y dentro una relación auténtica entre el terapeuta y el paciente.

¿POR QUÉ PENSAMOS QUE EL PSICOANÁLISIS NO ES EFICAZ O NO TIENE EVIDENCIA EMPÍRICA?

Por lo menos, existen tres razones clave y las dos primeras vienen del campo psicoanalítico. La primera razón tiene que ver con un exilio autoimpuesto del contexto académico. En los años 50´s y 60´s, en los países anglosajones, muchos institutos psicoanalíticos abandonaron los entornos universitarios, aislándose del trabajo intelectual más amplio, y comenzaron a incluir únicamente a psiquiatras en su formación. Este aislamiento ha provocado un proceso de malentendido, subestimación y caricaturización de lo que psicoanálisis es en otros campos de la psicoterapia y en el imaginario popular (por ejemplo, uno puede leer más sobre esta caricaturización que se transmite en los libros universitarios de introducción de psicología en el texto de Jonathan Shedler, “That was then, this is now: Psychoanalytic Psychotherapy for the rest of us”, 2006).

En segundo lugar, los psicoanalistas no atendieron adecuadamente a la necesidad de diseminar la investigación sobre la eficacia del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica fuera de sus propios círculos. Mientras pasaba esto, nació un nuevo enfoque, la terapia cognitivo-conductual. Uno de los aspectos del tratamiento cognitivo-conductual es que los terapeutas que pertenecen a esta corriente cada vez mostraron resultados prometedores de manera más visible. Esta rapidez en la producción de resultados tiene que ver parcialmente con el hecho que la terapia cognitivo-conductual se enfoca en las síntomas particulares y observables (fácilmente medibles como variables), en lugar de abrazar la comple-

alidad emocional de las vidas mentales de las personas incluyendo la vida interna, simbólica y/o inconsciente, fenómenos que en su naturaleza son más complicados de apresar en la metodología cuantitativa.

Y en tercer lugar, es típico que en el campo cognitivo-conductual no se reconozca que hay factores terapéuticos conocidos como “factores comunes” que contribuyen a la eficacia terapéutica de cualquier orientación, ya sea psicodinámica, cognitivo-conductual o humanista. Lo más curioso es que estos factores generales tienen su origen en el psicoanálisis —son factores psicodinámicos (Horvat & Luborsky, 1993). Entre otros, tales factores comunes son la alianza terapéutica y la mejora de la capacidad de mentalización en el paciente. Por ejemplo, en varios estudios de 1996 en la Universidad de Pensilvania, el psicólogo Louis Castonguay y sus colaboradores encontraron que los pacientes deprimidos tratados por terapeutas cognitivo-conductuales o psicoanalíticos mejoraron más cuando la alianza terapéutica era fuerte y cuando la terapia puso a los pacientes en una trayectoria de reflexión y autoexamen profundo que condujo a la conciencia los previamente inconscientes (o desconocidos o implícitos) sentimientos y significados. Algo interesante que sean precisamente los dos principios fundamentales de la terapia psicodinámica.

Por el contrario, estos estudios han mostrado que intentar cambiar los pensamientos negativos, una característica fundamental de la terapia cognitivo-conductual, predijo peores resultados (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996; Hayes, Castonguay, & Goldfried, 1996). En esta línea hay otros estudios con resultados similares. Entre ellos me parece interesante describir la siguiente investigación llevada a cabo en la década de 1990 por el psicólogo Enrico Jones de la Universidad de California, Berkeley (Jones & Pulos, 1993). Su equipo analizó grabaciones de 500-600 sesiones de terapia, tanto psicodinámicas como cognitivo-conductuales. Con una metodología de calificación ciega, sin saber a que tipo de terapia provenía la sesión analizada, descubrieron que cuanto más recurrían los terapeutas a los principios psicodinámicos clave, como atender a las evitaciones o defensas de los pacientes, explorar las emociones y fantasías, identificar los patrones y temas recurrentes, y discutir la relación de terapia, mejor estaban los pacientes, tanto en la terapia psicoanalítica como en la cognitivo-conductual. Por el contrario, el uso de métodos cognitivo-conductuales como enseñar y entrenar habilidades, usar métodos didácticos o asignación de tareas para casa, no mostraron beneficios. En otras palabras, cuando la terapia cognitivo-conductual fue exitosa, fue en gran parte porque los terapeutas se apartaron de sus manuales e hicieron las “cosas psicodinámicas” que los terapeutas del mundo real típicamente hacen, independiente de sus orientaciones teóricas.

¿CÓMO DE EFICAZ ES LA TERAPIA PSICOANALÍTICA/PSICODINÁMICA?

Por las razones mencionadas antes y aunque la investigación tradicional en psicoanálisis ha sido cualitativa (más para investigar hipótesis que para confirmarlas), somos poco conscientes de lo fuerte que es la evidencia empírica hallada a favor de la terapia psicoanalítica. Quiero mencionar aquí a *Peter Fonagy* (1996, 2002) y *Daniel Stern* (1985, 1998, 2001) como pioneros en la investigación cuantitativa en el campo psicoanalítico, pues ambos se embarcaron en la difícil tarea de la confirmación de la validez de los conceptos psicoanalíticos.

Sin embargo, no presento aquí la investigación psicoanalítica cuantitativa de tipo confirmación de una hipótesis (este no es el enfoque de este artículo), sino una selección de los estudios más relevantes que muestran la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos.

- El tamaño del efecto (size effect) en terapia psicoanalítica

Uno de los estudios más rigurosos fue dirigido por el psicólogo *Allan Abbass* de la Universidad Dalhousie en Nueva Escocia y se publicó en 2006 en la prestigiosa Biblioteca Cochrane (Abbass, Hancock, Henderson, & Kisely, 2006). Abbass examinó la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos/psicodinámicos que duraron menos de 40 sesiones (hablamos de terapias analíticas breves). Su equipo compiló los resultados de 23 ensayos controlados aleatorizados —estudios cuidadosamente orquestados y rigurosos que son los que se utilizan para probar nuevos medicamentos. Estos ensayos involucraron a 1.431 pacientes con síntomas de ansiedad y depresión, varios síntomas psicósomáticos, dolores relacionados con el estrés, y otros problemas psicológicos. Este tipo de investigación se llama metaanálisis porque compila los hallazgos de numerosos estudios distintos. El metaanálisis de Abbass encontró un tamaño del efecto de 0,97 para la mejoría psiquiátrica/clínica general.

¿Qué significa eso? El efecto del tamaño mide la cantidad de beneficio del tratamiento. En este tipo de estudio, un tamaño del efecto de 0,2 se considera pequeño, 0,5 moderado y 0,8 grande, por lo que el beneficio que Abbass encontró es enorme. Para poderlo comparar con algo, un reciente metaanálisis de 33 estudios rigurosamente realizados de terapia cognitivo-conductual para la depresión y la ansiedad encontró un tamaño del efecto de 0,68; Haby *et al.*, 2006.)

Otros siete metaanálisis, que incluyen un total de 160 estudios y una amplia gama de condiciones de salud mental, también mostraron beneficios sustanciales para la terapia psicodinámica (Leichensring *et al.*, 2004; Abbass, Kisely, & Kroenke, 2009). Estos estudios incluyeron tanto ensayos controlados aleatorizados —es decir, gru-

pos de pacientes que reciben tratamiento se comparan con grupos que no reciben tratamiento— como estudios que evaluaron a los mismos pacientes antes y después del tratamiento.

- Beneficios crecientes con el tiempo

Lo que resulta aún más intrigante es que el metaanálisis de Abbas también prestó atención a las evaluaciones de los pacientes nueve meses o más después de la terminación de la terapia y encontró que un año después del tratamiento, el efecto del tamaño creció desde 0,97 a 1,51 (Abbass, Hancock, Henderson, & Kisely, 2006). Esto es un hallazgo sorprendente, o no tan sorprendente para los psicoanalistas. De hecho, seis rigurosos metaanálisis ofrecen datos de las evaluaciones de seguimiento y todos mostraron beneficios que siguieron creciendo después de la finalización del tratamiento (Abbass, Kisely, & Kroenke, 2009). Este tipo de crecimiento de los beneficios de la terapia es aún mayor en la *terapia psicoanalítica larga*, que dura más de un año, o más de 50 sesiones. Estos resultados se ven bien en el metaanálisis llevada a cabo de Leichensring & Rabung, publicado en el *Journal of the American Medical Association* (2008). Otro ejemplo viene del metaanálisis publicada en la *Harvard Review of Psychiatry* (de Maat, de Jonghe, Schoevers, y Dekker, 2009). Esta investigación examinó la efectividad del tratamiento psicodinámico largo (más de 150 sesiones) en pacientes adultos con una variedad de diagnósticos. Para pacientes con patología mixta/moderada, el efecto del pretratamiento al postratamiento fue 0,78; la mejoría general de los síntomas aumentó a 0,94 en el seguimiento a largo plazo, 3,2 años después del tratamiento. Para pacientes con patología de personalidad, el efecto del pretratamiento al postratamiento fue de 0,94 y aumentó a 1,02 en el seguimiento 5,2 años después del tratamiento.

Lo interesante es que este tipo de crecimiento en la mejoría del beneficio del tratamiento no se ve tanto en la terapia cognitiva-conductual como por ejemplo se demuestra en el metaanálisis que incluye y compara tratamientos de trastornos de personalidad psicodinámicos (14 estudios) con tratamientos cognitivo-conductuales (11 estudios) (Leichsenring & Leibing, 2003). Además, los beneficios de otros tratamientos empíricamente validados no psicodinámicos para los trastornos más comunes (por ejemplo, depresión y ansiedad generalizada) tienden a disminuir con tiempo (de Maat, Dekker, Schoevers, y de Jonghe, 2006; Gloaguen, Cottraux, Cucharet, y Blackburn, 1998; Hollon y otros, 2005; Westen, Novotny, y Thompson- Brenner, 2004).

¿Cómo podemos explicar estos beneficios perdurables y crecientes con el tiempo? La continua mejoría en las terapias psicoanalíticas sugiere que en estos tratamientos se inician procesos psicológicos que conducen a un cambio continuo. Los hallazgos en relación con los trastornos de la personalidad son particularmente intri-

gantes. Por ejemplo, un estudio de pacientes con trastorno límite de personalidad (Clarkin, Levy, Lenzenweger, y Kernberg, 2007) no solo demostró que los beneficios del tratamiento psicoanalítico eran iguales o superiores a los de otros tratamientos de trastornos de personalidad basados en la evidencia empírica, como por ejemplo la terapia conductual dialéctica (Linehan, 1993), sino que han demostrado cambios en los mecanismos psicológicos subyacentes (procesos intrapsíquicos) que se cree que median el cambio en los síntomas en los pacientes límites, específicamente, los cambios en función reflexiva, en mentalización y en organización de apego (Levy y otros, 2006; Clarkin, Levy, Lenzenweger, y Kernberg, 2007).

Dichos cambios intrapsíquicos pueden explicar los significativos beneficios del tratamiento a largo plazo. Un estudio recientemente publicado mostró beneficios duraderos del tratamiento psicoanalítico cinco años después de la finalización del tratamiento (y ocho años después del inicio del tratamiento). A los cinco años de seguimiento, el 87% de los pacientes que recibieron el “tratamiento habitual”, siguió cumpliendo los criterios para el trastorno límite de la personalidad en comparación con el 13% de los pacientes que recibieron terapia psicoanalítica (Bateman y Fonagy, 2008). Ningún otro tratamiento para trastornos de personalidad ha demostrado beneficios tan duraderos.

Hoy en día, hay una gran cantidad de estudios (mucho más de los aquí mencionados) que demuestran la eficacia igual y a menudo superior del tratamiento psicoanalítico. Por ejemplo, podemos acudir a la página web del “Psychotherapy Action Network”, y debajo de las frases “bias in evidence-based research” o “effectiveness of psychodynamic treatment” encontrar una cantidad de aquellos estudios. Yo solo voy a mencionar dos estudios más, dirigidos por el antes mencionado psicoanalista y psicólogo clínico del University College London, Peter Fonagy, uno de los líderes de la investigación empírica en el campo psicoanalítico.

En 2015, Fonagy llevó a cabo un estudio a través del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra que comparó 18 meses de terapia psicoanalítica una vez a la semana con “tratamiento habitual”, que incluía terapia cognitivo-conductual, en adultos con depresión crónica. Los investigadores encontraron que con 18 meses de psicoanálisis los pacientes obtuvieron beneficios equivalentes (basándose en observación y autorregistros) a los del tratamiento de control. Pero el equipo también descubrió que los pacientes que recibieron terapia psicoanalítica experimentaron efectos mucho más prolongados: dos años después de finalización del tratamiento, el 44 por ciento de los pacientes que recibieron terapia psicoanalítica ya no cumplían los criterios de depresión mayor, en comparación con el 10 por ciento del grupo cognitivo-conductual (Fonagy, Rost, y Carlyle, 2015).

Un segundo estudio, dirigido también por Fonagy y pu-

blicado en 2016, analizó la psicoterapia psicoanalítica para padres e hijos, cuyo objetivo es mejorar la interacción entre ellos. Los participantes fueron asignados aleatoriamente para recibir psicoterapia infantil o atención primaria de apoyo. Los padres que habían recibido psicoterapia psicoanalítica mostraron significativas mejorías (en comparación con el otro tipo de atención) en varias medidas de salud mental (por ejemplo, menos estrés parental) y una perspectiva más positiva de sí mismos como padres (Fonagy & Sled, 2016).

Aún existiendo toda esta evidencia, psicólogos y terapeutas de otros campos todavía reclaman con gran vehemencia que solo la terapia cognitivo-conductual y/o farmacológica/biológica está basada en la evidencia empírica. Además, se llega a escuchar en el ámbito universitario que el psicoanálisis es algo que hacen curanderos o gente con escasa formación en psicología. Esta afirmación está muy lejos de la verdad y es un mito que tenemos que erradicar, aunque muchos profesionales en el campo analítico tampoco conocen los resultados empíricos mencionados. Para mejorar el diálogo, disminuir el aislamiento disciplinar y poder argumentar, creo que tenemos que comprometernos a difundir continuamente los datos y resultados de las investigaciones hechos durante muchos años y la maravillosa experiencia de ser terapeutas de orientación psicoanalítica. ¡Y deberíamos ser ruidosos! ✨

BIBLIOGRAFÍA:

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Article No. CD004687
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274.
- Aguillaume, R. (2001). Epistemology and psychoanalysis: A fruitful relationship. *Int Forum Psychoanal*, 10, 97-101.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167–188.
- Burum, B. A., & Goldfried, M. R. (2007). The centrality of emotion to psychological change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 407–413.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S. L., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497–504.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928.
- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & de Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 562–572.
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1–23.
- Fonagy, P., & Roth, A. (2005). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. Guilford Press (Second Edition).
- Fonagy, P., Rost, F., & Carlyle, J. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: The Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14, 312-321.
- Fonagy, P., & Sled, M. (2016). Randomized controlled trial of parent–infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant Mental Health Journal*, 37,
- Gabbard, G. O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–72.
- Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 9–19.
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 623–627.
- Hiles, D. (1996). Cultural psychology and the centre-ground of psychology. Paper presented to *XXVI International Congress of Psychology*, Montreal, Canada, August 16 - 21.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, M. W., & Tuasn, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774–781.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the the-

rapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573.

Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306–316.

Leichsenring, F., & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223–1232.

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–1565.

Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208–1216.

Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027–1040.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.

Sandler J., & Sandler A. (Eds.). (2000). *Clinical and Observational Psychoanalytic Research: Roots of a Controversy - Andre Green & Daniel Stern*. Karnac Books.

Shedler, J. (2006). *That was then, this is now: Psychoanalytic psychotherapy for the rest of us*. Retrieved from <http://psychsystems.net/shedler.html>

Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.

Stern D. (2001). Face-to-face play. In Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. & Jasnow, M.D. (Eds.), *Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development. Monographs of the society for research in child development* (Vol. 66). Ann Arbor, MI: SRCD

Stern D. (1985; 1998). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development*. Basic Books, Inc.

Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663.