

Psicoanálisis y Psicoterapia

¿Dónde están las diferencias?

EL APOORTE DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Psychoanalysis and Psychotherapy

What are the differences?

THE CONTRIBUTION OF THE EMPIRICAL RESEARCH

Juan Pablo Jiménez*

Resumen

En las instituciones psicoanalíticas la psicoterapia psicoanalítica ha sido vista desde siempre como un producto secundario, “degenerado” del psicoanálisis propiamente tal. Los psicoanalistas han buscado diferenciar nítidamente entre psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis, poniendo el énfasis en la diferenciación abstracta. Sin embargo, nunca se ha podido establecer, ni siquiera teóricamente, una diferenciación de naturaleza, sólo se llega a diferencias cuantitativas. El autor revisa el aporte de la investigación empírica en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis para aportar otra mirada sobre este problema; concluye que los resultados de ambas son mucho menos divergentes que lo que se suponía, en especial si nos situamos desde el punto de vista de los pacientes. La diferencia mayor parece estar en el tipo de pacientes que se benefician con una u otra forma de intervención y el tipo de psicoanalistas que tales pacientes requieren.

* Psicoanalista, Asociación Psicoanalítica Chilena, Universidad de Chile.

ABSTRACT

The psychoanalytical psychotherapy has always been regarded by psychoanalytic institutions as a by-product, “degenerated” from the real psychoanalysis. Psychoanalysts have tried to state a clear difference between psychoanalytical psychotherapy and psychoanalysis by emphasizing the abstract differences. However, it has never been possible, not even in a theoretical way, to tell a difference of nature in the two therapies. Only quantitative differences have been found. The author goes over the importance of empirical research in the process and in the results of both psychotherapy and psychoanalysis to show this issue from a different angle. The author finally concludes that the results of both therapies are less different than it was thought, especially when the patient’s point of view is taken into account. The most important difference seems to lie in the kind of patients that benefit from one intervention or from the other and the kind of psychoanalyst that those patients need.

▼ La psicoterapia y la institución psicoanalítica

Como miembro que soy de la Asociación Psicoanalítica Chilena, mi relación con el psicoanálisis argentino —o, para ser más preciso, con el psicoanálisis rioplatense—, es de larga data, dado que han sido pioneros: han desarrollado un cuerpo teórico y un acercamiento al psicoanálisis y a la psicoterapia muy importante. Cuando fui candidato, estudié mucho a los autores argentinos; cuando terminé mi formación analítica viví cinco años en Alemania y allí hice la traducción al castellano del libro de Thomä y Kächele —unas mil páginas—. A medida que iba leyendo trabajos de autores americanos, o europeos —de los años ‘80 aproximadamente— me acercaba a Thomä y le decía: “pero esto ya lo dijo un argentino, esto ya lo dijo Pichon-Rivière, esto lo dijo Bleger...”. El, muy generoso, me decía: “Ponga-

lo”. Así escribí cincuenta páginas más por mi cuenta, de manera que la edición en castellano es más amplia que la edición alemana, la inglesa, la rumana, la rusa, la ucraniana, la húngara... los italianos algo pusieron, pero, en fin. Mi gran angustia era que yo podía estar diciendo cosas que no interpretaran a los psicoanalistas argentinos, porque en esa época no conocía a ninguno, sólo había estado en Buenos Aires en un Congreso en 1982. En esa circunstancia vino en mi ayuda Guillermo Lancelle, con quien empezamos a mantener correspondencia y pude, así, enviarle interrogantes (“¿fue esto lo que dijo Bleger?”). Quería decir esto a modo de introducción, puesto que hay muchos lazos —y espero que los siga habiendo— entre nosotros.

Soy clínico, trabajo en la Universidad, fui presidente de la Institución, soy analista didacta —o sea, estoy muy involucrado en la institución analítica—, pero también he trabajado lo suficiente en investigación de psicoterapia y psicoanálisis. Quisiera, entonces, aportar mi parecer como algo complementario, y plantearlo como otro punto de vista.

Comenzaré con algunas preguntas, un tanto provocativas.

- **¿Estamos de acuerdo en que los analistas hemos buscado encontrar —obsesivamente, pero sin éxito— la especificidad que diferencie el psicoanálisis de la psicoterapia analítica?**

(Personalmente, he asistido a reuniones de grupos en los que se trabajó durante años, un ejemplo concreto es el grupo que formó Jacqueline Amati Mehler).

- **¿Estamos de acuerdo en que por años hemos asociado el “verdadero cambio” (estructural) con psicoanálisis y no con psicoterapia?**
- **¿Estamos de acuerdo en que, oficialmente, en América latina consideramos la psicoterapia como una actividad secundaria, pero**

que en la privacidad de nuestros consultorios hacemos más psicoterapia que psicoanálisis?

(En el Comité de Psicoanálisis y Terapias Afines, en el cual yo fui el co-chair de América latina, hicimos una encuesta en muchos lugares y casi todos los psicoanalistas reconocían, de acuerdo a sus propias definiciones, que hacían más psicoterapia que psicoanálisis).

- **¿Qué pasa aquí? ¿Por qué hablamos tanto del psicoanálisis como “nuestro” sello?**

El sello del psicoanálisis ha sido usado como una “marca registrada” que identifica nuestro grupo (IPA); sin embargo, hemos formado una multitud —y esto no tiene una connotación peyorativa, aunque puede resultar una descripción un poco fuerte— de “hijos bastardos” psicoterapeutas, que ahora legítimamente reclaman ser reconocidos. Encuentro que esto es un asunto muy complicado, doloroso.

- **¿Qué será aquello que una y otra vez nos lleva a la misma, interminable e insoluble discusión sobre las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia?**

Esto es algo aburrido cuando se discute teóricamente, porque no conduce a nada.

- **¿No será —me pregunto— que el problema ha estado mal planteado desde el principio?**

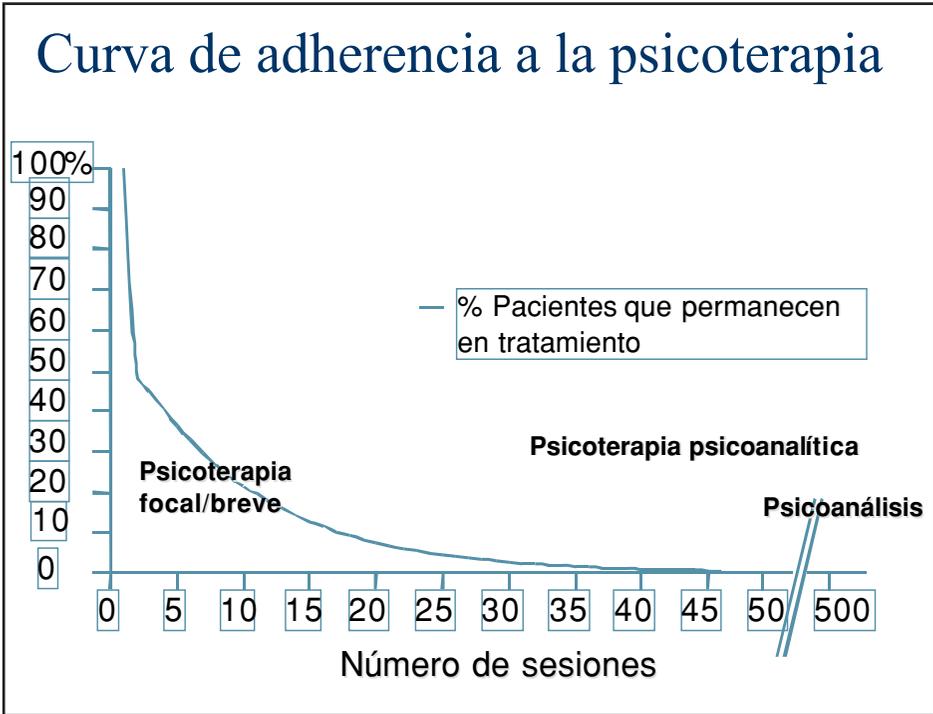
- **¿Puede aportarnos la investigación empírica en psicoanálisis alguna luz al respecto, en este momento, a principios del siglo XXI?**

Dejo esto planteado, y retomo el tema acerca del contexto de la investigación en psicoterapia, de otra forma, probablemente no se entenderá bien lo que diré al final.

- **¿Qué sabemos después de cincuenta años de investigación empírica en psicoterapia?**

Desde que Eysenk, en los años cincuenta, planteó que la psicoterapia no curaba más que la remisión espontánea, psicoterapeutas de todos los pelajes intentaron probar y justificar frente a la sociedad que la psicoterapia sí servía. Eysenk instaló la regla de oro de la cientificidad, el oro de la investigación empírica, que se traduce en metodologías muy estrictas (ensayos controlados al azar, que han evolucionado hasta meta-análisis, revisiones sistemáticas, etc.) que han mostrado que la psicoterapia es eficaz en general y que, en promedio, entre un 60 a 80 por ciento de los pacientes se siente mejor después del tratamiento, porcentaje equivalente al resto de los tratamientos en medicina. La sorpresa, sin embargo, fue que todas las psicoterapias, cuando las comparábamos, tenían casi el mismo resultado, cosa que, obviamente, repugna a los clínicos. No puede ser que una sensibilización sistemática, hecha “a lo pavloviano” podríamos decir, conductista, de condicionamiento clásico, conduzca a la superación de una fobia de la misma manera que una terapia psicoanalítica. No puede ser, decimos nosotros, pero el hecho es que no se ha podido probar. Lo que sí se sabe es que hay factores comunes e intervenciones específicas que afectan el resultado de la psicoterapia; *factores comunes* significa que atraviesan a todas las formas de psicoterapia y a algunas *intervenciones específicas*. El problema es que el peso de las intervenciones específicas ha ido disminuyendo cada vez más a medida que se investiga. Sabemos, y esto es importante para el narcisismo terapéutico, que el paciente es quien hace la mayor contribución al éxito del tratamiento; sabemos que hay pacientes que mejoran con cualquier terapeuta o analista, y eso no tiene que ver con la técnica; y todos sabemos de la experiencia clínica, eso ha sido probado también, que la combinación de psicoterapia y tratamiento biológico, o sea de medicamentos, es más eficaz que cada una en particular.

En contra de la creencia habitual, *las psicoterapias son tratamientos breves*. Si observamos el *Cuadro 1*, la curva de adherencia a la psicoterapia es el dato más duro que tenemos. Hay más de catorce



Cuadro N° 1

millones de tratamientos agregados, hechos en América del norte, en Europa, en Asia. Y los que hemos hecho en Chile, en realidad apuntan a lo mismo: la mayoría de los pacientes están muy pocas horas en tratamiento; en promedio, en los Estados Unidos están entre cinco y ocho. La mayoría de las horas de los terapeutas son empleadas con pocos pacientes. La mayoría de los pacientes están de cinco a ocho horas: es una curva de descenso rápida, en la cual la mayoría de los pacientes están en lo que podríamos llamar “intervención en crisis” o “psicoterapia focal o breve”. La curva de la minoría tiene las siguientes características: después del primer encuentro, el cincuenta por ciento de los pacientes abandona, y después del segundo hacia adelante, un diez por ciento cada vez; en la n° 45 aproximadamente, uno por cada mil está en tratamiento. Por lo tanto, todas las discusiones

que hacemos se refieren a un pequeñísimo universo de pacientes. Jack Cohen, epidemiólogo de la Universidad de Nueva York, llamó a esto “la ilusión del clínico” (*the clinician’s illusion*). Desde aquí se construyen teorías psicoterapéuticas de todo tipo, con una muestra muy pequeña; esto debe ser pensado.

En trazos gruesos, por un lado tenemos la *psicoterapia breve* —aquella que dura muy poco—, y una *psicoterapia analítica o psicoanálisis* en el otro extremo. Probablemente esto es mucho más fácil de diferenciar porque —es obvio—, tienen que ser muy diferente. El problema lo tenemos en el medio, entre estas *psicoterapias analíticas*, que son de dos o tres veces por semana y duran cinco o seis años, y el *psicoanálisis*. Yo creo que ahí está lo que a los psicoanalistas nos causa más problemas.

El psicoanálisis, el modelo médico y la “medicina basada en la evidencia”

El debate actual en psicoterapia es si existe una terapia específica para cada trastorno (Wampold, 2002). En otras palabras, una terapia para el trastorno obsesivo compulsivo; una terapia para el trastorno de pánico; una terapia para las fobias; una terapia para la personalidad de tipo dependiente, personalidad de tipo histriónico, etc., etc. Es la manera como los *médicos* pensamos: se supone que el cloramfenicol es específico para la tifoidea, si yo le doy penicilina no se va a mejorar. Es decir, pensamos en términos de especificidad: a tal enfermedad, tal tratamiento. Lo que yo quiero mostrar es que los psicoanalistas pensamos de manera similar, lo cual es un error porque a esta altura del partido tenemos que pensar más psicológicamente y menos médicamente en lo que a esto se refiere. Tanto en teoría del aprendizaje, como Freud en psicoanálisis, están firmemente enraizados en el modelo médico. Pensemos, por ejemplo, en la teoría del aprendizaje tradicional, clásico: un trastorno, fobia; patogénesis, condicio-

namiento clásico; acción terapéutica, la desensibilización sistemática. El modelo psicoanalítico está en lo mismo; nosotros pensamos médicamente, aunque a muchos les repugne. Freud pensó así; existía un mecanismo patogénico —que era la represión—, existía un mecanismo de cambio —el hacer consciente lo inconsciente— y existía una acción terapéutica específica —que era la asociación libre—. A nosotros nos cuesta pensar así ahora, porque no pensamos que la asociación libre sea la acción terapéutica específica pero, en realidad, Grünbaum demostró que eso era lo que pensaba Freud. (Grünbaum 1984, 1993).

- **¿Cuáles son los componentes conceptuales del modelo médico en psicoterapia?**

El paciente consulta por un problema, trastorno o queja, susceptible de ser clasificado como síntoma dentro de un sistema nosológico, llámese DSM IV, IC 10, o una psicopatología psicoanalítica. Tenemos una explicación psicológica del problema, trastorno o queja, que es la patogenia psicobiológica, porque, en realidad, cada enfoque psicoterapéutico tiene algún recurso finalmente de la biología; nosotros tenemos las series complementarias de Freud, las que ubican en la constitución un valor importante. Cada enfoque psicoterapéutico —yo agregaría aquí psicoanalítico también—, tiene una teoría del cambio propia. Si revisamos la historia del psicoanálisis, veremos que ha habido muchas teorías del cambio y sin embargo todavía no tenemos claridad sobre eso.

Un problema más general en psicoanálisis es el problema de monismo o pluralismo. La idea es si existe una sola teoría que nos explique todas las situaciones y por lo tanto una sola técnica. Una solución a ese problema, que produce espanto a mucha gente, es pensar que el psicoanálisis y sus distintas escuelas se han desarrollado con distintos pacientes. Todos tendemos a pensar que los kleinianos vieron pacientes de un tipo, los kohutianos vieron otros, etc. Sin embar-

go, el problema es más profundo, como se planteó en diferentes estudios, y se han hecho experimentos, o cuasi experimentos, en los que se presenta un mismo material clínico y los distintos psicoanalistas de distintas extracciones ven distintas cosas, simplemente. (Pulver 1987a 1987b; Bernardi 1989). O sea que el problema es mucho más *radical*, por lo tanto más complicado. Esto sería una reflexión epistemológica acerca del problema de las teorías, si se aplican o no se aplican de distinta manera; si una psicoterapia funcionaría mejor con determinado tipo de paciente. Cada orientación terapéutica, o escuela psicoanalítica, prescribe intervenciones específicas (“insight”, “interpretación”, etcétera).

En psicoterapia pura han surgido manuales que guían la aplicación de ingredientes específicos. “Especificidad”, en este contexto, implica ingredientes terapéuticos definidos y necesarios para tratar el trastorno, es decir que si no interpretamos, el paciente no mejora; si no hace *insight*, el paciente no mejora.

Los manuales de tratamiento contienen una descripción definitiva de los principios y técnicas de la psicoterapia, afirmaciones claras sobre las orientaciones que el terapeuta debe efectuar, presentando cada técnica tan concretamente como sea posible. Y en esto confluyen el “Movimiento de Medicina Basada en la Evidencia” y el “Movimiento de Tratamientos con Apoyo Empírico”. Aquí se ven ejemplos de psicoterapia específica manualizada [ver Cuadro 2] las últimas son las psicoanalíticas, las anteriores son de otra orientación. Kernberg y colaboradores, John Clarkin y otros tienen un manual; Luborsky (1984) tiene uno de terapia analítica, y están todos los demás.

- **¿Qué es la Medicina Basada en la Evidencia?**

Es la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes; esto es lo que dijo el profesor Sackett en 1996 (Sackett y cols., 2001). Es un movimiento relativamente nuevo; se trata de que

los médicos aprendamos a usar la información científica que hay, porque se descubrió que no más del dieciocho por ciento de los tratamientos que aplican los médicos somáticos tienen fundamentación científica, el resto es tradición pura, aprendizaje oral.

O sea que —a no sentirse mal—, los psicoterapeutas estamos un poquitito peor, no más. Ahora se complicó el fenómeno, porque apareció el Movimiento de los Tratamientos con Apoyo Empírico.

Otro problema es lo que sucede con la salud administrada o prepaga —en Chile la llamamos ISAPRES, y en los Estados Unidos se llama Manage Care—. Cuando la psicoterapia era una actividad artesanal no había ningún problema, pero cuando en los Estados Unidos empieza a haber 200.000 terapeutas y se empiezan a mover millones y millones de dólares, se crea un mercado de psicoterapeutas, el Estado interviene y los seguros preguntan: “¿En qué consiste lo que vamos a pagar?” Porque los seguros tienen que pagar tratamientos estandarizados cuya eficacia haya sido probada científicamente, o sea, un tratamiento por cada trastorno (a igual diagnóstico, igual tra-

EJEMPLOS DE PSICOTERAPIAS ESPECÍFICAS MANUALIZADAS

- Psicoterapia cognitivo conductual de Beck y cols. para drogadictos (1977)
- Terapia cognitiva de Beck para la depresión (1979)
- Psicoterapia Interpersonal de Klerman y cols. para la depresión (1984)
- Terapia conductual dialéctica de Marsha Linehan y cols. para pacientes borderline crónicamente suicidales (1991)
- **Psicoterapia focalizada en la transferencia de Kernberg y cols. para pacientes borderline (1999).**

Cuadro 2

tamiento, igual pago). Lo que está detrás es el problema del pago. A la psiquiatría le fue relativamente fácil; se puso, generosamente, con tratamientos psicofarmacológicos afirmando que eran específicos — entre paréntesis, no lo son, porque los antidepresivos, por ejemplo, sirven para todo— y que estuvieran probados; de ahí salió la psiquiatría mal llamada biológica.

Allá por 1995, los psicólogos americanos dijeron: “Nosotros también tenemos algo para ofrecer: una variedad de psicoterapias de eficacia probada y específica para cada trastorno”. Resultado: fuerte desarrollo del procedimiento de validación empírica de resultados en psicoterapia, análogo a la investigación farmacológica; se busca desarrollar un tratamiento específico para cada trastorno.

En todo caso, los “buenos tiempos” se han ido...

Cuando Rosenzweig, psicólogo experimental, le envió a Freud trabajos que probaban la hipótesis psicoanalítica por medios experimentales, Freud le dijo, textualmente:

“Estimado Dr. Rosenzweig:

He examinado con interés sus estudios experimentales para la verificación de proposiciones psicoanalíticas.

Sin embargo, aún cuando no dañan, a tales confirmaciones no puedo atribuirles demasiado valor porque *la abundancia de observaciones confiables en las que estas proposiciones descansan las hacen independientes de verificación experimental.*

Cordialmente suyo,

Sigmund Freud

(22.2.1934)”

Aquí Freud actuó dogmáticamente, en tanto afirmó que lo que él observaba era totalmente confiable. *Confiabilidad* significa que todos observamos lo mismo. Sin embargo, la historia ha probado que en

psicoanálisis no hay esa confiabilidad de observaciones, porque todos observamos cosas diferentes.

Pero ¡oh, sorpresa!, *la investigación empírica tampoco apoya el modelo médico*, porque el estudio crítico del resultado de la investigación de los últimos cincuenta años acerca del proceso refuta muchas predicciones del modelo médico y muchas predicciones de los psicoanalistas.

• **¿Cuáles son las hipótesis predictivas del modelo médico en psicoterapia?**

- La psicoterapia es más efectiva que el no tratamiento.
- Distintas psicoterapias (por ej., psicoterapia vs. psicoanálisis) tienen eficacia diferente.
- Hay evidencias de efectos específicos.
- Los efectos específicos son mayores que los generales (comunes o no específicos)
- La adherencia a la técnica es crucial y más importante que la adhesión del terapeuta a su teoría del cambio.
- Los efectos atribuidos al terapeuta son pequeños y menores que el efecto atribuido a la técnica.

Estas son las metodologías de estrategias básicas: Ensayos controlados al azar, ensayos libres, manualización, los que han dado lugar a los meta-análisis y a las revisiones sistemáticas.

• **¿De qué se trata en tales metodologías y estrategias?**

Se trata de reducir al máximo las diferencias en los resultados debido a diferencias entre los pacientes y los terapeutas; de hacer una selección estricta que elimine diferencias entre los pacientes y la comorbilidad, dejando trastornos “puros”. Por su parte, la manualización busca eliminar el impacto de las experiencias individuales (“artísticas”) entre los terapeutas.

- **¿Será eso posible? ¿Por qué?**

Ya en 1995, Seligman dijo:

“El estudio de eficacia (ECA) es el método incorrecto para validar empíricamente la psicoterapia como es llevada a cabo efectivamente, porque omite demasiados elementos cruciales de lo que se hace en terreno.”

Y aquí está el punto principal: “lo que se hace en terreno” es una cosa distinta de lo que creemos que se hace, o decimos que se hace, o se hace en el laboratorio.

La psicoterapia realizada en condiciones reales no tiene duración fija: dura hasta que el paciente decide que la relación costo-beneficio deja de ser positiva; es autocorrectiva y adaptativa: hay ensayo y error, por lo tanto, la manualización estricta es imposible; los pacientes buscan y seleccionan activamente el terapeuta; los pacientes, usualmente, tienen múltiples problemas y morbilidad asociada, en especial trastornos de personalidad, por lo tanto no tenemos trastorno puro en psiquiatría, ni en psicoterapia, ni en psicología clínica. Las mejorías en los síntomas o en problemas específicos siempre se evalúan en relación con mejorías en el funcionamiento general y no en la simple reducción de síntomas específicos. El seguimiento posterior tiene plazos variables, dependiendo de la duración de la terapia. Esto es válido no sólo para los psicoanalistas sino para todos los terapeutas sensatos. El síntoma, o su curación, está incluido dentro de un diagnóstico global. Los estudios de eficacia tienen graves problemas de generalización y validez externa y ecológica, por lo tanto no hay en la actualidad evidencias suficientemente “duras” para sustentar *tratamientos psicoterapéuticos específicos*.

Pero las autoridades de salud no entienden esto fácilmente; ellos siguen funcionando con el modelo médico: “Si esto funciona en la urología, ¿por qué no va a funcionar en la psicoterapia?” Y no, no funciona; se requieren muchos más estudios de efectividad, de

psicoterapias realizadas en contextos reales.

Otra línea de argumentación demanda acerca de dónde está la especificidad. Las terapias que se diseñaron para una cosa específica, ahora están manualizadas, se usan para muchas otras cosas, al igual que los antidepresivos. La terapia cognitivo conductual de Beck (1979) y la terapia interpersonal de Klerman & Weissman (1984) son procedimientos manualizados, específicos para el tratamiento de la depresión. Pero, ambos logran mejorías *equivalentes* en los estudios comparativos. El manual de la terapia interpersonal fue aplicado *sin modificaciones* para el tratamiento de trastornos alimentarios y comparado con terapia cognitivo conductual en un estudio multicéntrico (Agras y cols., 2000). Recientemente, la terapia conductual dialéctica (Marsha Linehan) se aplicó también exitosamente en el tratamiento de pacientes bulímicas (Safer y cols., 2001).

• **¿Qué nos aporta la investigación empírica sobre las hipótesis predictivas del modelo médico en psicoterapia?**

Muestra que en un punto estamos de acuerdo con el modelo médico: la psicoterapia es más efectiva que el placebo y el no tratamiento. Sin embargo, no se ha demostrado efecto diferencial en diferentes formas de psicoterapia; es la llamada “paradoja de la equivalencia” (Stiles, Shapiro & Elliot, 1986). Hay efectos específicos a la técnica de tratamiento, pero son menores que los generales o comunes. Y esto es importante. Es mucho más importante la adhesión del terapeuta a su teoría del cambio que la adherencia a la técnica prescrita, así como los efectos atribuidos al terapeuta son mayores que los atribuidos a la técnica.

Lo que hasta el momento no se ha podido resolver es *la paradoja de la equivalencia*, a pesar de algunos intentos.

¿Cuán diferentes son los paradigmas y los contenidos de las psicoterapias? La metodología de estudio, ¿permite evidenciar las diferen-

cias en resultados? ¿Cuán diferentes son *empíricamente* las psicoterapias en el proceso? A pesar de las diferencias de contenido, ¿son los procesos y mecanismos nucleares los mismos para todas las terapias?

No más del ocho por ciento de la varianza en los resultados se explica por factores referentes a la técnica. Esta es una concepción restringida de la técnica, entendida como intervenciones del terapeuta. Nosotros hemos discutido muchísimo sobre la técnica. Yo propongo una ampliación del concepto de técnica, no restringida sólo a las intervenciones técnicas, sino que abarque todo aquello que el terapeuta pueda hacer para maximizar los factores curativos. Por lo tanto, todo lo que tenga que ver con el paciente, es un factor curativo; lo que tenga que ver con el terapeuta es técnica, o sea, trabajar con la disposición de uno, con el vínculo, etc. Frente a esto, el terapeuta es un factor inespecífico; pero creo que, además, de acuerdo con esta nueva concepción, es un factor específico. La conducta o disposición del cliente es un factor inespecífico, y la alianza terapéutica (como factor central y genérico de cambio) es el constructo de mayor capacidad predictiva que tenemos nosotros, tanto en psicoterapia como en psicoanálisis.

Michel Lambert —editor de la última edición del *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*, que salió en el 2004— usando la cantidad de información que hay en este momento, resume esto diciendo que ya está demostrado que psicoterapeutas de distintas orientaciones hacemos cosas muy parecidas. Mostró una lista de factores curativos, que incluso llamó secuenciales [ver *Cuadro 3*]. Los factores que están destacados con mayúsculas son lo que sabemos que hacemos los psicoanalistas, los otros son lo que hacen terapeutas de otras orientaciones.

La verdad es que yo —que me he puesto a pensar y me he puesto a observarme y a observar a mis colegas, y además a escuchar a los cognitivos conductuales de cómo se llama cada cosa— me he dado cuenta de que nosotros hacemos muchas cosas que hacen los colegas

Lista secuencial de factores curativos comunes?		
Factores de apoyo	Factores de aprendizaje	Factores de acción
CATARSIS	Consejo	Regulación conductual
IDENTIFICACIÓN CON EL TERAPEUTA	Experiencia afectiva	Control cognitivo
Mitigación del aislamiento	Asimilación de experiencias problemáticas	Estímulo a enfrentar situaciones temidas
Relación positiva	Aprendizaje cognitivo	Correr riesgo
Reaseguro	EXPERIENCIA EMOCIONAL CORRECTIVA	Esfuerzos de manejar situaciones
Disminución de la tensión	Retroalimentación	
Estructura	INTERPRETACIÓN E INSIGHT	Modelaje
ALIANZA TERAPÉUTICA	Explicaciones	Práctica
Participación activa terapeuta/cliente	Exploración de marcos de referencia internos	Chequeo en la realidad
“Experiencia” del terapeuta	Cambio de expectativas de eficacia personal	Experiencia de éxito
Calidez, respeto, empatía, aceptación, autenticidad del terapeuta		ELABORACIÓN (WORKING THROUGH)
Confianza		

Cuadro 3

de otras orientaciones, aunque no lo advirtamos o le pongamos otro nombre. Esto lo probó de manera brillante Enrico Jones (Jones 1993, Ablon & Jones 1998, 2002), psicoanalista, quien murió muy joven, desgraciadamente.

Entonces, la investigación apoya más bien la hipótesis del modelo conductual en psicoterapia. Klaus Grawe (1997), cognitivo conductual, terminó apoyando lo que él llama una *psicoterapia genérica*, la cual me resulta, cada vez que la analizo, más parecida a una psicoterapia psicoanalítica, en cuanto a lo referente al conflicto, al trastorno, a la relación, por la sencilla razón de que *remite a la situación biográfica*. O sea, un cognitivo conductual dice que una terapia no sólo tiene que entender un conflicto, sino además integrarlo en una biografía...

En psicoanálisis la diferencia también la hacen los analistas y los pacientes

La investigación empírica propiamente psicoanalítica ha descubierto lo mismo; o sea, la técnica definida en abstracto ¿puede diferenciar entre psicoanálisis y psicoterapia? ¿O, también aquí, la diferencia la hacen los pacientes y los terapeutas?

- *La diferencia la hacen los pacientes.*

Para la investigación realizada en la Clínica Menninger, el psicoanálisis fue definido así: cinco veces por semana, establecimiento de neurosis de transferencia, regresiva, completa, y resolución a través de interpretación e insight. *Psicoterapia expresiva de apoyo* era el tratamiento de los otros pacientes —en total cuarenta y dos—, unos en psicoanálisis y los otros en psicoterapia; era similar, sin embargo, un poco menos frecuente y más focalizada; limitaba su foco a sectores acordados de malestar psíquico y de mal funcionamiento personal. La interpretación transferencial no era tan completa, por lo tanto se esperaba que tuviera resultados intermedios. Aquí hubo una hipótesis predictiva: el psicoanálisis tenía que curar más y la psicoterapia tenía que curar menos —en esa época el desarrollo de las hipótesis psicoanalíticas conducía a establecer esta hipótesis predictiva—. Sin embargo, dichas hipótesis predictivas no se comprobaron, no hubo

en cuanto a resultados diferencia entre psicoterapia y psicoanálisis. Los resultados de psicoanálisis y psicoterapia tendieron a converger en vez de divergir y ambas modalidades produjeron cambio estructural. Según Wallerstein, hay que darle al apoyo una importancia mayor (Wallerstein, 1986).

Sydney Blatt (Blatt & Ford 1994; Blatt 2004) determinó y descubrió que hay dos configuraciones psicopatológicas básicas en la depresión; una es el “desorden anaclítico” —preocupado por las relaciones, los afectos y la dependencia— y otra el “desorden introyectivo” —las preocupaciones son la autodefinición, el autocontrol y la autovalía—. (Esto lo han dicho tanto autores psicoanalíticos como no psicoanalíticos). Sydney Blatt, decía, re-analizó el estudio comparativo del tratamiento de la depresión del National Institute of Mental Health, realizado en 1980 (Blatt & Sharar 2004). Comparó terapia interpersonal con terapia cognitiva, Imipramina y placebo en distintos grupos; lo hizo en tres lugares de Estados Unidos, con doble ciego, un trabajo muy derecho. Dado que esta investigación era financiada por todos los ciudadanos, y todos los datos tenían que hacerse públicos después de “equis” años, Sydney Blatt compró todos los protocolos y estuvo re-analizando los datos durante diez años. A pesar de que los estudios tampoco mostraban diferencias si se analizaban solamente las técnicas empleadas, descubrió que había una diferencia usando unas láminas del Rorschach, o sea que los pacientes anaclíticos e introyectivos respondían diferente: la psicoterapia era más efectiva en pacientes anaclíticos y el psicoanálisis era más efectivo en pacientes introyectivos. O sea, *la diferencia la hacen los pacientes*. Descubrió, sin embargo, una cosa que encuentro mucho más fascinante aun: hizo ranking de mejor a peor de todos los terapeutas, ya que eso podía hacerlo; desgraciadamente no tenía acceso, por razones de confidencialidad, a quiénes habían sido esos terapeutas dado que no habían sido estudiados en particular ni se les habían hecho tests. Sí se sabía que entre los terapeutas había una mujer, y que había dado

medicación (Imipramina), y era la que, lejos, tenía los mejores resultados. Conclusión: esa mujer daba la Imipramina con una convicción tal que era mejor que las terapias interpersonales y mejor que el placebo.

Aquí estamos frente a un problema mucho más complicado; necesitamos una biología nueva. En este momento hay todo un asunto de la biología relacional, que nos permite explicar el problema del placebo, incluso, la influencia interpersonal de un terapeuta. Pero es mucho más complejo; por eso es que nuestras teorías nos están quedando cortas.

En 1976 escuché a Otto Kernberg en Chile; había terminado en ese momento su trabajo en el Proyecto Menninger y dijo: “no tenemos estadísticas para hacer la diferencia”.

No era problema de estadística, por lo tanto, esta diferenciación es contextual, o sea, depende de los pacientes, por lo menos. Las conclusiones generales son las mismas, los pacientes anaclíticos funcionan mejor con tratamientos de apoyo, los pacientes introyectivos funcionan mejor en psicoanálisis largos de alta frecuencia. Resultados similares arrojó el estudio retrospectivo de 763 casos de psicoanálisis y psicoterapia en niños llevado a cabo en el Centro Anna Freud de Londres (Fonagy & Target, 1996). Los autores señalan

“las intervenciones de más ayuda para los casos más complejos parecen diferir de aquellas que eran descritas como centrales a la técnica psicoterapéutica infantil. En particular, las interpretaciones del conflicto inconsciente dirigidas a promover el *insight*, que durante mucho tiempo fueron mostradas como el eje de este abordaje, parecen tener limitado valor en estos niños. Los jóvenes menos perturbados sí parecen beneficiarse de un abordaje interpretativo” (Fonagy, 2001, p. 164).

- *La diferencia la hacen los terapeutas*

La investigación más grande sobre efectividad en psicoanálisis,

hecha por Sandell y cols.(2001), en Suecia, con 750 pacientes en psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis, plantea lo siguiente:

“las actitudes terapéuticas clásicamente psicoanalíticas no acarrearán cambios en el contexto de psicoterapia, aunque sí lo hacen cuando el encuadre es un psicoanálisis propiamente dicho [...] El punto crítico parece ser que la perspectiva psicoanalítica clásica (bajo el pretexto de la regla de abstinencia) parece dejar de lado, o desvalorizar los componentes positivos de ser cálido, de relacionarse más intensamente persona a persona... y hacer que el paciente sienta que uno se ocupa de él. Esto no parece importar tanto en el encuadre psicoanalítico clásico, pero sí importa en la psicoterapia”.

O sea que habría dos tipos de psicoanalistas, los “clásicos” y los que podríamos llamar “relacionales”; los *clásicos* solamente funcionan con pacientes en psicoanálisis y los *relacionales* funcionan bien con los dos tipos de pacientes. Por lo tanto, *la diferencia la hacen los terapeutas*.

El constructo “analizabilidad” es un corolario de la teoría psicoanalítica que tiene que ver con los resultados del Proyecto Menninger y apunta a lo mismo; tendría que ser capaz de predecir, pero en el estudio del Boston Psychoanalytic Institute (Kantrowitz 1995) con 22 pacientes en psicoanálisis, (4 y 5 veces por semana), casi todos los pacientes “analizables” se benefician con el psicoanálisis, aunque el beneficio no va de la mano con el llamado proceso analítico: solamente el 40% mostró proceso analítico (neurosis de transferencia), por lo tanto, 0.4 no es una predicción muy fuerte y no fue posible predecir cuáles iban a hacer proceso analítico y en cuáles los logros serían duraderos. El constructo “analizabilidad” tendría que ser, por lo tanto, descartado; hay que pensar esta cosa de nuevo. El constructo “analizabilidad” no predice, no funciona.

- *Pacientes y analistas impactan el resultado más que la técnica*
“El hallazgo más llamativo del estudio de Boston fue el impacto de la interfase de las características personales del analista y del paciente sobre el resultado del proceso analítico”.
“Los hallazgos indican que no son sólo las características de paciente y analista las importantes, sino el *match* entre ellos.”

¿Qué es el *match*?:

“el aspecto dinámico de sus interacciones, sus resonancias y disonancias y su capacidad conjunta, o su limitación, para expandir los ‘puntos ciegos’ o tender puentes sobre las diferencias que se producen en un proceso terapéutico”.

- ¿Qué hacer frente a esta “evidencia”?

Pienso que la diferencia abstracta entre psicoterapia y psicoanálisis deja de tener sentido. No podemos seguir discutiendo así, porque de todo lo que se hace en psicoterapia puede decirse que se hace en psicoanálisis, y viceversa. En la investigación clínica y empírica debemos poner foco en el tipo de paciente y de analista, y también debemos hacer una tipología diferente. En un artículo del *International Journal* del año pasado, Gabbard y Wester (2003) dijeron: “preocupémonos más de lo terapéutico y no demos tanta vuelta con lo psicoanalítico, porque eso es un freno para seguir investigando”.

Mi propuesta es desarrollar intervenciones técnicas; creo que hubo dos escisiones importantes en el psicoanálisis, la escisión experiencial, y la escisión cognitiva. Está probado que ciertas intervenciones cognitivas sirven bastante en trastornos como depresión, por lo tanto, creo que pueden ser integradas en el trabajo analítico sin forzar absolutamente nada, pero para eso tenemos que investigar ese asunto y pensarlo más. Lo experiencial, según mi parecer, en gran medida ya está integrado; el giro relacional es un giro experiencial; en realidad acá se habla más de la experiencia; ya lo había dicho Ferenczi, en 1924, que el psicoanálisis es experiencia o no es nada.

No obstante, con la discusión infinita que ha habido durante casi cien años, la experiencia apenas está tomando, a través de los trabajos de Stern y cols. (Stern 1995, 2004, Stern y cols. 1998) y de otras personas, una base importantísima incluso biológica. Pienso que tenemos que cambiar nuestra manera de pensar y quizás tengamos que ir mucho más allá. Y sin duda, tenemos que hacer cambios en la formación analítica y enfatizar, al menos, lo que llamamos *factores comunes*. ◀

Bibliografía

- ABLON J.S., JONES E.E. (1998) How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Res.* 8:71-83.
- ABLON, J.S., & JONES E.E. (2002), Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program *Am J Psychiatry* 159:775-783.
- AGRAS, W.S., FAIRBURN, C.G., WALSH, T., WILSON, G.T., KRAEMER, H.C. (2000), "A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa". *Arch Gen Psychiatry* 57: 459-466.
- BECK, A.T. & GREENBERG, R.L., (1979) Brief Cognitive Therapies. En: *The Psychiatric Clinics of North America* 2(1): 23-37.
- BERNARDI, R., (1989), The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. *Int. J. Psycho-Anal.* 70: 341-357.
- BLATT S.J. (2004), *Experiences of Depression. Theoretical, Clinical, and Research Perspectives*. Washington DC: American Psychological Association.
- BLATT S.J., FORD, R.Q. (1994) *Therapeutic change. An object relations perspective*. New York London: Plenum.
- BLATT S.J., SHAHAR, G. (2004) Psychoanalysis – With whom, for what, and how? Comparison with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association.* 52 (2):393-447.

- COHEN, P. & COHEN, J. (1984) The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry*. 41:1178-1182.
- FONAGY, P., TARGET, M. (1996) Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of de American Psychoanalytic Association*. 44: 27-77.
- GRAWE, K. (1997) "Modern" Verhaltenstherapie oder Allgemeine Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und Verhaltenmedizin* 18: 137-159.
- GABBARD, G.O., & WESTEN, D. (2003) Rethinking therapeutic action. *Int.J.Psycho-Anal.* 84: 823-841.
- GRÜNBAUM, A. (1984) *The Foundations of Psychoanalysis: A Philosophical Critique*. Berkeley & los angeles: Univ. California Press.
- GRÜNBAUM, A. (1993) *Validation in the Clinical Theory of Psychoanalysis. A Study in the Philosophy of Psychoanalysis*. Madison CT: International University Press.
- JONES, E.E., PULOS, S.M. (1993) Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol*. 61:306-316.
- KANTROWITZ, J. (1995) Outcome Research in psychoanalysis: Review and reconsiderations. In: T. Shapiro & R.N. Emde (eds.) *Research in psychoanalysis. Process, Development, Outcome*. Madison Connecticut: International University Press, pp. 313- 328.
- KLERMAN G.L, WEISSMAN, M.M, ROUNSVILLE, B, CHEVRON, E.S. (1996 [1984]) Interpersonal psychotherapy for depression. En: JE Groves (ed.) *Essential papers on short-term dynamic therapy*. New York: New York University Press.
- LAMBERT, M. (2004) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- LUBORSKY, L. (1984) Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual of supportive-expressive treatment. USA: Basic Books Inc.
- PULVER, S.E. (1987a) How theory shapes technique: perspectives on a clinical study. (Prologue) *Psychoanal. Inquiry*. 7: 141-145.
- PULVER, S.E. (1987b) How theory shapes technique: perspectives on a clinical study (Epilogue) *Psychoanal. Inquiry*. 7: 289-299.

- SACKETT, D.L., STRAUSS, S.E, RICHARDSON, W.S, ROSENBERG W, & HAYNES, R.B (2001) *Medicina basada en la evidencia*. Madrid: Harcourt.
- SAFER, D.L., TELCH, C.F, AGRAS, W.S. (2001) Dialectical Behavior therapy for Bulimia nervosa. *Am J Psychiat* 158: 632-634.
- SANDELL R, BLOMBERG J, LAZAR A, CARLSSON J, BROBERG J, & SCHUBERT, J. (2001) Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy (STOPP). *Int J Psychoanal*, 81: 921:942.
- SELIGMAN, M,E.P., (1995) The effectiveness of psychotherapy: The *Consumer Reports* study. *American Psychologist*, 51: 1072-1079.
- STERN, D. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books. En español, traducido por Mireille Jaumà Classen: *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Madrid: Paidós, 1997.
- STERN, D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York London: W.W. Norton & Company.
- STERN, D., SANDER L., NAHUM J., HARRISON A., LYON-RUTH K., MORGAN A, BRUSCHWEILER-STERN N., & TRONICK E. (The process of Change Study Group) (1998). Non-interpretive mechanism in psychoanalytic therapy. The ‘something more’ than interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.* 79: 903-921.
- STILES, W.B., SHAPIRO, D.A., ELLIOT, R. (1986) Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*. 41: 165-180.
- THOMÄ, H., & KÄCHELE, H. (1989) *Teoría y práctica del psicoanálisis. I Fundamentos*. Traducido por G. Bluhm & J.P. Jiménez. Barcelona: Herder.
- (1990) *Teoría y práctica del psicoanálisis.II Estudios clínicos*. Traducido por G. Bluhm & J.P. Jiménez. Barcelona: Herder.
- WALLERSTEIN, R. (1986) *Forty-two lives in treatment: A study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford.
- WAMPOLD, B. (2002) *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.