

José A. Castillo Garayoa
Josep Mercadal Rotger
(compiladores)

Psicoterapia psicoanalítica
Investigación, evaluación
y práctica clínica

Herder

Diseño de la cubierta: XXXX

© 2019, José A. Castillo Garayoa y Josep Mercadal Rotger (compiladores)

© 2020, Herder Editorial, S. L., Barcelona

ISBN: 978-84-254-xxxx-x

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com).

Imprenta:

Depósito legal:

Printed in Spain - Impreso en España

Herder

www.herdereditorial.com

Índice

PREFACIO	
<i>Manel Salamero</i>	11
PRÓLOGO	
<i>Jorge L. Tizón</i>	17
INTRODUCCIÓN	
<i>José A. Castillo y Josep Mercadal</i>	41

PARTE I DE LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA

1. INDICAR Y FOCALIZAR. ESTABLECER Y REPARAR LA ALIANZA TERAPÉUTICA	
<i>José A. Castillo</i>	51
1. Foco de una psicoterapia psicoanalítica: los patrones de relación	53
2. Alianza terapéutica	57
2. INTERPRETACIÓN	
<i>Josep Mercadal y José A. Castillo</i>	61
1. Interpretación: concepto y perspectivas teórico-clínicas	61
2. Investigación sobre efectos de las interpretaciones y de otras intervenciones verbales	64
3. APEGO, MENTALIZACIÓN Y PSICOTERAPIA	
<i>José A. Castillo y Xavier López</i>	69
1. Apego y modelos operativos internos	69
2. Apego, regulación emocional y mentalización	72

3. Apego y psicoterapia: tareas y estrategias fundamentales	74
4. Apego y relación terapéutica	77
5. Apego y resultado de la psicoterapia	81
4. FAVORECER PROCESOS DE CAMBIO, ELABORAR Y FINALIZAR LA PSICOTERAPIA	
<i>José A. Castillo y Josep Mercadal</i>	85
1. Qué y cómo cambiar: mecanismos de cambio de las psicoterapias psicoanalíticas	85
2. Duración de la psicoterapia y cambio	96
3. Finalización de la psicoterapia	98

PARTE II EVALUACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS PSICOANALÍTICAS

5. EVALUACIÓN DE RESULTADOS: LAS ROM (<i>ROUTINE OUTCOMES MEASURES</i>) <i>Josep Mercadal</i>	103
1. El Proyecto ROM en nuestro entorno	104
2. Objetivos específicos	105
3. Los instrumentos	106
4. Procedimiento	109
5. Los datos	110
6. Conclusiones	114
6. EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA <i>Xavier López y José A. Castillo</i>	117
1. Resultados de la psicoterapia psicoanalítica breve y de larga duración	118
2. Resultados de la psicoterapia psicoanalítica en trastornos específicos	125
3. Síntesis	128
7. PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE NIÑOS, ADOLESCENTES Y FAMILIAS: LA INVESTIGACIÓN QUE UNE TEORÍA Y PRÁCTICA <i>Eulàlia Arias</i>	131

1. Los obstáculos en la investigación	134
2. Superando obstáculos y estableciendo retos	135
8. PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE PAREJA Y FAMILIA: UNA REVISIÓN	
<i>Josep Mercadal y Carles Pérez</i>	153
1. Breve historia de la terapia de pareja y familia	153
2. Efectividad de la terapia de pareja y de familia	156
3. ¿Por qué no se trabaja más con terapia de pareja y familia?	162
9. INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA GRUPAL: TENDENCIAS Y DISEÑOS METODOLÓGICOS ACTUALES	
<i>José Miguel Ribé</i>	165
1. El dominio del paradigma de la eficacia: sus controversias y consecuencias	166
2. De los resultados a la investigación de los procesos grupales	170
3. Cuestiones metodológicas	171
4. Consideraciones finales	181
10. INVESTIGACIÓN CON ADOLESCENTES EN RIESGO PSICOPATOLÓGICO Y DE EXCLUSIÓN SOCIAL	
<i>Jordi Artigue y Mark Dangerfield</i>	183
1. El adolescente y la adolescente en riesgo de exclusión social	186
2. La familia de los adolescentes	188
3. Los adolescentes que viven en internet	191
4. Estudios de investigación	194

PARTE III

INVESTIGAR EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA: FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS Y ESTADÍSTICOS

11. INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA: METODOLOGÍA CUANTITATIVA	
<i>Josep Mercadal</i>	197

1. Elaboración de un proyecto de investigación	197
2. Conceptos básicos	200
3. Diseño	211
4. Prueba de hipótesis	216
5. Pruebas estadísticas	218
12. INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA: METODOLOGÍA	
OBSERVACIONAL DESDE LA PERSPECTIVA <i>MIXED METHODS</i>	
<i>Eulàlia Arias y M.^a Teresa Anguera</i>	223
1. Metodología Observacional como <i>mixed method</i>	
en sí misma	224
2. Planteamiento del estudio	226
3. Instrumentos de observación y registro	227
4. Registro	231
5. Control de calidad de los datos	232
6. Análisis cuantitativo de datos	233
7. Interpretación de resultados y retorno a lo cualitativo ...	237
8. Síntesis y conclusiones	247
EPÍLOGO	
13. IDEAS PARA SEGUIR PENSANDO LA INVESTIGACIÓN EN	
PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA	
<i>Victor Cabré</i>	251
Bibliografía	259
Autores	293

Prefacio.

De la clínica a la investigación

En 1996 el *British Medical Journal* publicó un artículo, cuyo primer autor es Sackett, titulado «Medicina basada en pruebas (*evidence based medicine*): qué es y qué no es». Aunque ha sido citado más de dieciséis mil veces según *Google scholar*, vale la pena recordar el subtítulo: «Se trata de la integración de la pericia clínica individual (*individual clinical expertise*) con las mejores pruebas externas». Aprovecho para citar unas frases de este artículo breve pero sin desperdicios: «Sin la pericia clínica la práctica corre el riesgo de ser tiranizada por las pruebas, ya que incluso pruebas externas excelentes pueden ser inaplicables o inapropiadas para un paciente individual»; por otra parte, «sin las mejores pruebas actualmente disponibles, la práctica corre el riesgo de caducar rápidamente en detrimento del paciente». Pocos años después la *American Psychological Association* promovió un grupo de trabajo para aplicar esta concepción a las psicoterapias y otras intervenciones psicológicas. Definió la práctica basada en pruebas (*evidence-based practice*) como la «integración de las mejores pruebas de investigación con la pericia clínica y los valores del paciente». Señala de forma explícita que «el psicólogo que realiza el tratamiento determina la aplicabilidad de los resultados de investigación a un paciente concreto. Los pacientes individuales pueden requerir decisiones e intervenciones no directamente abordadas por la investigación disponible». En relación con la última frase, señalemos que muchas personas solicitan intervenciones psicoterapéuticas para afrontar mejor sus problemas personales o para dar un mayor sentido a su vida, objetivos que no suelen ser los de los tratamientos basados en pruebas que se orientan preferentemente a la mejoría de síntomas.

Se plantea, pues, la necesidad de una integración equilibrada, y casi siempre difícil, entre investigación, experiencia clínica y valores del paciente que el terapeuta ha de tomar en consideración ante cualquier tratamiento. Dada la complejidad de esta tarea no es de extrañar las dificultades para incorporar los resultados de la investigación a la práctica clínica, aunque aquí me centraré en el proceso inverso: la aplicación del conocimiento clínico a la investigación. Inicialmente, el proceso de traslación del conocimiento se entendió como la transferencia de información desde los investigadores a los clínicos. No obstante, esta visión se ha ido enriqueciendo al conocerse su complejidad y su diversidad según la disciplina y el contexto social del tratamiento. La investigación traslacional es un proceso recursivo consistente en integrar los resultados de las investigaciones científicas a la asistencia del enfermo y, a su vez, que las necesidades y observaciones clínicas orienten la investigación básica. No es este el lugar para extendernos en los diversos modelos traslacionales, pero quisiera destacar un par de puntos comunes a todos ellos: en primer lugar, la diversidad de actores intervinientes y, en segundo, la bidireccionalidad en el flujo de la traslación de conocimientos.

En cuanto a la diversidad de actores, debe tenerse en cuenta que en el sistema de prestación asistencial y de generación de conocimiento no solo deben intervenir clínicos e investigadores, sino también planificadores y pacientes. En cuanto a participación del paciente, el clínico juega un papel destacado en el proceso de su empoderamiento. Desde la proximidad con el paciente se advierten las ventajas e inconvenientes de los tratamientos y las necesidades no cubiertas por la asistencia. Esta información debe reintroducirse en el sistema de generación de conocimiento y, por su cercanía, el clínico está en condiciones óptimas para recoger y para canalizar la percepción del paciente sobre el tratamiento que realiza y para facilitar su inclusión en las instancias de planificación y financiación de la investigación.

En segundo lugar, señalemos que, en último término, es la bidireccionalidad la que permite una mejora continua de la efec-

tividad y aplicabilidad de los tratamientos. Ello incluye considerar la variabilidad individual de respuesta, su aceptación por pacientes con distintas características y procedentes de diferentes grupos socioculturales. A ello se suman las condiciones materiales y organizativas de cada entorno asistencial. Se considera un error plantear el proceso traslacional como un sistema de bloques separados, clínicos e investigadores, entre los que solo hay que establecer un canal de comunicación. Esta percepción simplista se ve reforzada por los diagramas de cajas y flechas con los que se ilustran las exposiciones. Una simple vía de comunicación es poco efectiva dados los diferentes medios de actualización y formación continuada en ambos colectivos. Para los clínicos, los procedimientos más habituales son las sesiones clínicas y las discusiones y supervisiones de casos y los manuales como el que tenemos entre manos. En contraposición, los investigadores se nutren principalmente de artículos de investigación y de la asistencia a congresos. Por tanto, el proceso traslacional debe promoverse, mediante la acción de la administración y las instituciones, creando espacios comunes de comunicación y colaboración que faciliten el acercamiento y la motivación de los clínicos hacia los métodos de investigación y de los investigadores hacia los procedimientos clínicos.

Para que la necesaria aportación del clínico a la investigación no quede en meras formulaciones bienintencionadas pero abstractas, tomaré como ejemplo el papel de las variables mediadoras. Independientemente de la eficacia de cualquier tratamiento, es sabido, más por los clínicos que por los investigadores, el amplio rango de respuesta de los pacientes: unos mejoran mucho, otros no tanto y algunos incluso empeoran. Esta variabilidad se reduce pero no se elimina si se consideran pacientes y tratamientos con características similares. En esta diferencia en el resultado, derivada de la idiosincrasia de cada individuo, influyen numerosos factores genéticos, biográficos y socioculturales. En la terminología de investigación estos factores se denominan variables moderadoras, ya que modifican la magnitud del efecto entre una causa y su resultado. Sin entrar en los problemas epistemológicos de la causalidad, a nivel práctico

existen diversos diseños de investigación y análisis estadísticos útiles para *cuantificar* el efecto de estas variables. Pero la experiencia del clínico que conoce el proceso y resultado de cada tratamiento individual es fundamental para *identificarlas*. La estrecha comunicación e intercambio bilateral entre clínico e investigador puede abrir nuevas vías que amplíen el conocimiento.

La evaluación del caso individual por parte del clínico puede beneficiarse de escalas diseñadas para esta finalidad. La técnica denominada «medida rutinaria de resultados» (*Routine Outcome Measures*) ha desarrollado sistemas sofisticados que, a pesar de su simplicidad y escasa interferencia en los tratamientos, facilitan la medida del cambio clínico. Es bien sabido que los clínicos tienden a sobrevalorar la eficacia de sus tratamientos, siendo poco conscientes de que un número significativo de pacientes los abandona al no hallar la mejoría que esperaba y otros los finalizan sin cambios suficientes. Esta realidad, junto con la dificultad para identificar a los pacientes con riesgo de empeoramiento, aconseja la monitorización sistemática de los tratamientos que integren tanto la valoración del clínico como la percepción del propio paciente. La confrontación de ambas visiones puede incorporarse en el tratamiento para plantear posibles modificaciones. Su uso es un claro ejemplo de la asimilación de técnicas de investigación por parte del clínico y de la circulación de la información generada hacia los procesos de investigación.

Aunque quede fuera de mi campo de conocimiento y a la espera de mayores precisiones en otras secciones de este libro, no quiero dejar de mencionar las dificultades específicas que pueden tener los terapeutas de orientación psicodinámica ante estos planteamientos. Por fortuna, el rechazo fundamentalista entre las diferentes escuelas y modelos biopsicológicos de las visiones ajenas, tan agudo durante más de la mitad del siglo xx, ha cedido notablemente permitiendo que se establezcan puentes entre las distintas orientaciones. Actualmente, desde un punto de vista teórico, pocos terapeutas mantienen que los datos empíricos son irrelevantes para el cuerpo de conocimientos

psicoanalíticos; por el contrario, la mayoría considera que el estudio de los procesos mentales inconscientes es compatible con el resto de conocimientos de las neurociencias. También a nivel práctico, para los profesionales que llevan a término los tratamientos, la incorporación de paradigmas procedentes del campo psicodinámico —como la teoría del apego, la mentalización o la alianza terapéutica— permiten una implementación y operativización más fácil de los métodos de la práctica basada en pruebas.

Los cambios en las formas y procedimientos para tratar a los pacientes nunca resultan fáciles y suponen una sobrecarga difícil de añadir a la presión asistencial tan habitual en nuestro medio. ¿Cómo vamos a pedir a estos profesionales que además de atender a los pacientes los evalúen formalmente, se formen y se integren en procesos y equipos de investigación? Evidentemente, este desarrollo no puede tener éxito sin la implicación de las administraciones y de las instituciones que prestan servicios asistenciales. Si se desea incrementar la eficacia de los tratamientos y del conocimiento hay que invertir en recursos. Actualmente, cualquier proyecto de investigación en el área biomédica no se concibe si no se dispone de un equipo de profesionales con diferentes habilidades y conocimiento especializado en distintos campos. Pero en estos equipos hay que fomentar habilidades de comunicación que permitan salvar la barrera que supone la diferencia de culturas y formación de los terapeutas y los investigadores. En países que dedican muchos recursos a la investigación ya existen programas de formación específicos de clínicos-investigadores en los que se intenta aunar el conocimiento en ambas disciplinas. Anteriormente he señalado las diferentes fuentes de formación continuada de los terapeutas y los clínicos. Uno de los elementos que con frecuencia utiliza el clínico son los manuales, que representan una interfaz con el ámbito del conocimiento científico. Estos manuales resumen y elaboran una producción científica cada vez más ingente, haciéndola accesible a un clínico que dispone de escaso tiempo. El presente manual cumple esta función en relación con las psicoterapias psicoanalíticas, sintetizando en sus

dos primeras partes las técnicas de evaluación de constructos psicodinámicos y la eficacia y efectividad de las psicoterapias psicoanalíticas, respectivamente. Se complementa con un tercer bloque en el que se presentan de forma accesible los métodos y procedimientos de investigación en este campo. Cumple, pues, una doble función de actualización y de facilitación de la comprensión y el posible tránsito del terapeuta clínico hacia el campo de la investigación.

Quisiera terminar esta reflexión con otra cita del artículo al que me he referido al inicio: «La medicina basada en pruebas no es un “recetario de cocina” médico. Se necesita un abordaje de abajo arriba que integre las mejores pruebas externas con la pericia clínica individual y las preferencias del paciente; la atención al paciente no puede ser el resultado de abordajes serviles basados en recetarios». Los autores de los capítulos que conforman este libro ofrecen un amplio conjunto de recursos que, sin duda, ayudarán al clínico a integrar en su práctica asistencial las aportaciones de la investigación de forma crítica, informada y creativa.

MANEL SALAMERO

Psiquiatra.

Director del Departamento de Investigación de la
Fundación Vidal i Barraquer en el período 1995-2010.

Prólogo. La (buena) investigación empírica como ayuda para la psicoterapia y el psicoanálisis

Pasaron ya los años en los cuales la investigación (empírica) en psicoanálisis y en psicoterapia psicoanalítica estaba proscrita tanto de la formación de los terapeutas como incluso de su cultura grupal y pensamiento. Sin embargo, todavía algunos grupos de investigación en psicoterapia padecemos la estrechez sectaria de tales posturas, radicalmente esquizo-paranoides, que han repercutido tan negativamente en el desarrollo de nuestras disciplinas, de nuestra clínica y, en general, sobre la asistencia comunitaria en nuestras sociedades.

Prejuicios contra la investigación en psicoterapia psicoanalítica

Para los que no han vivido esas situaciones, y como una aportación más para reflexionar sobre el peligro de las posturas sectarias, dissociadoras y *chauvinistas* en todos los ámbitos, incluso en los científicos (posturas mucho más frecuentes de lo que se suele recordar), seguimos recomendando leer la novela de Samuel Shem *Monte Miseria*. Con la matización de que cuando ustedes lean y evoquen hasta dónde podían llegar las posturas sectarias, en particular desde parte del psicoanálisis estadounidense del pasado siglo, sentirán un deje de incredulidad, rechazo y extrañeza. Como me ocurrió a mí mismo. Cuando se publicó la novela reconocí algunas posturas sectarias sobre el tema de nuestras sociedades nacionales y europeas, pero las que narraba la novela me parecieron literalmente increíbles. Sin embargo, a lo largo de mi carrera profesional he tenido la for-

tuna de relacionarme con clínicos e investigadores de orientaciones bien diferentes a la psicoanalítica. En los años posteriores a la publicación de la novela mantenía una estrecha relación científica con Ronald Epstein, importante investigador en salud mental, medicina de familia y técnicas psicoterapéuticas de la Universidad de Rochester (Epstein *et al.*, 2004; Borrell *et al.*, 2004). Él pudo atestiguar que había estado en formación en esos años en ese hospital norteamericano (que no es el *Mount Sinai*) y que los extremos sectarios y autodestructivos de los psicoterapeutas alcanzaban esos absurdos, como suele ocurrir con el sectarismo y la desidentificación mediante la proyección si no son contenidos por el medio y los allegados. Por eso recomiendo que todo investigador y todo formador en temas de salud (mental) relea esas páginas, que pueden ayudarle a evitar o disminuir las tendencias esquizo-paranoides, disociadoras y, por lo tanto, sectarias. Todos las llevamos dentro, en nuestra organización personal y psicosocial, aunque el planteamiento de la ciencia, la técnica y las asociaciones como cuestiones de poder suele tender a agudizarlas (Tizón, 2014).

En el mismo sentido, y siguiendo el tono vivencial con el que he querido comenzar este prólogo, me gustaría también recordar que, cuando en mi sociedad psicoanalítica se presentó el primer trabajo *escrito con ordenador* (¡aquellos viejos Amstrad medio cimarrones!) lo hicimos con claros temores de que ello pudiera ser duramente criticado. En realidad lo fue, pero en menor medida y por menos compañeros de lo que nos habíamos temido. ¡Qué decirles a ustedes de la reacción ante los primeros y balbucientes intentos de investigación en psicoterapias breves realizados, además, en servicios asistenciales públicos (Tizón y Freixas, 1994), un campo de trabajo que tampoco estaba demasiado bien visto por numerosos grupos de poder del psicoanálisis norteamericano y, en menor medida, europeo! O cuando nos enfrascamos en los intentos de operacionalizar algunos conceptos básicos en psicoanálisis y psicoterapia junto con Manel Salamero y otros compañeros (Salamero y Tizón, 1979; Tizón *et al.*, 1978), algo que hoy se ha desarrollado en diversos ámbitos, dando lugar a varios programas de investiga-

ción en psicoterapia psicoanalítica y en las PBE (psicoterapias breves y estructuradas) (Fonagy, 2004; Grupo de Trabajo OPD, 2008; Kächele *et al.*, 2009; Shedler, 2012; Wolpert *et al.*, 2012; Hall *et al.*, 2013; Target, 2018; Siefert, 2019). No me extiendo sobre este tema porque lo hacen con más conocimientos y actualización varios de los autores del libro que el lector tiene entre sus manos.

Para terminar este apartado, simplemente les pondré en contacto con un asunto que ha significado un grave problema teórico y técnico en nuestro ámbito durante casi un siglo: el tema de la «pulsión de muerte» (o, peor aún, del «instinto de muerte»). Como suelo recordar, cuando Freud propuso esa hipótesis explicativa bitemática de las motivaciones humanas básicas y, por tanto, de las motivaciones de la psicopatología, él mismo la calificó como «mitología», «hipótesis aventurada», «especulación hartamente extremada», etc. (Freud, 1920, 1932). Sin embargo, tal *constructo metafórico* ha sido utilizado durante decenios como hipótesis o concepto explicativo, sin atender a los avances de otras disciplinas de la psicología y/o de las neurociencias. O, simplemente, sin atender a la imposibilidad de conceptualizarlo y operacionalizarlo más allá de ser una metáfora explicativa propia de una actitud epistemológica sumamente valorable, una actitud que caracterizó muchas de las exploraciones teóricas y técnicas de Sigmund Freud: «Si no se puede avanzar volando, bueno es avanzar cojeando, pues está escrito que no es pecado cojear».¹ Aun a finales del siglo XX, plantear la escasa validez de aquella metáfora explicativa para la clínica (y su nula validez para la investigación) todavía podía suponer una descalificación de quien eso mantuviera. Parece que, desgraciadamente, hemos perdido decenios para conceptualizar y operacionalizar la ira, como emoción primigenia, y sus consecuencias mentales y conduc-

1 Paráfrasis que, a su vez, había realizado Wolfgang Rückert, al parecer, a partir de Al-Harizi (Yehudá ben Selomó al-Harizi), traductor hispano-hebraico de Toledo (siglo XIII) y este, a su vez, de Al-Hariri (Muhammad al-Qasim ibn Ali ibn Muhammad ibn Uthman al-Hariri), poeta árabe nacido en el siglo XII en la hoy bombardeada Basora (Iraq).

tuales (odio, hostilidad, violencia...; organizaciones psicopatólógicas incontinentes, intrusivas o perversas...). Desde el punto de vista de la psicología y la psicoterapia han tenido que ser las investigaciones de las «neurociencias afectivas» las que han acabado con esa inútil polémica y esa inútil omisión (Panksepp y Biven, 2012; Tizón, 2019).

Sobre definiciones y delimitaciones

Esa percepción negativa de la investigación y, correlativamente, de la conceptualización y la operacionalización, ha tenido repercusiones retardadoras sobre el desarrollo de nuestras disciplinas psicológicas, nuestras técnicas terapéuticas y sobre las «herramientas» o procedimientos utilizados en las mismas. Cuando en la década de 1990, junto con uno de los compiladores de este volumen (J. A. Castillo), realizamos una revisión de las definiciones de psicoterapia, nos encontramos con más de cuarenta. La disonancia e incongruencia entre ellas era tal que, para los propósitos de esa revisión,² tuvimos que añadirle la nuestra, tal vez la 41, con el simple propósito de hacerla más comunicable y operacionalizada. Así, nos atrevimos a definir la psicoterapia como «la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento o para el cambio de los trastornos mentales, los problemas de conducta o el sufrimiento humano (psicológico, biológico o social)». Una definición que no deja de plantear problemas, pero que intentaba apuntalar la importancia de los «procedimientos psicológicos», es decir, de una perspectiva técnica o tecnológica de la psicoterapia, que es la que he mantenido desde entonces. Pero ello significa tomar posición en la amplia discusión que aún hoy divide a los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica, en parte a causa de la fragmentación teórica y epistemológica en la que seguimos sumergidos desde decenios. Y ello al menos en dos campos:

2 Posteriormente publicada parcialmente por uno de nosotros (Tizón, 1992).