

PANEL DE EXPERTOS

EL ROL DE LAS TERAPIAS PSICOANALÍTICAS EN LAS FUTURAS POLÍTICAS DE SALUD EN CHILE: ANTECEDENTES PARA UNA CONTROVERSIA NECESARIA

(Rev GU 2005; 1; 2: 202-209)

Guillermo de la Parra¹, Ramón Florenzano², Juan Pablo Jiménez³

Las psicoterapias psicoanalíticas ocuparon y siguen ocupando un sitio relevante en la historia de la psicoterapia. Hoy en día mantienen su vigencia en la medida que han respondido enérgicamente a las críticas provenientes desde la salud pública, la ciencia, las otras orientaciones terapéuticas y desde el interior de las mismas organizaciones psicoanalíticas. Esta respuesta ha consistido en someterse sistemáticamente a pruebas empíricas de eficacia (en estudios estandarizados, con pacientes y terapeutas seleccionados en terapias guiadas por manuales) y efectividad (en estudios naturalísticos donde se realizan las terapias).

El presente informe se refiere al rol que deberán jugar las terapias analíticas en la organización de servicios de salud mental futuros en Chile. Tanto la Política Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud en su versión 2001 como los planes para un eventual plan Auge. Este informe desarrollará tres líneas argumentativas:

a) **Las terapias analíticas son empíricamente efectivas.** Esto ha sido demostrado en numerosos trabajos científicos. Terapias derivadas de éstas como las terapias interpersonales han demostrado asimismo ser tanto o más eficaces que las terapias farmacológicas en tratamientos de la depresión, especialmente en seguimientos a largo plazo.

¹ Unidad de Psicoterapia Adultos, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad Católica de Chile

² Hospital del Salvador. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

³ Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

b) Existe una importante población de terapeutas disponibles en Chile con formación básica psicoanalítica.

Ellos son fácilmente entrenables en terapias psicodinámicas breves y/o interpersonales, que han demostrado alta efectividad en el tratamiento de las depresiones. El desarrollo de modalidades operacionalizadas de terapias derivadas del psicoanálisis puede entonces, en breve plazo, proporcionar un recurso humano numéricamente interesante.

c) La psicoterapia analítica llega donde otros no llegan.

Su cuerpo teórico y clínico permite una mejor aproximación a los trastornos de personalidad (eje II del DSM-IV) y entrega una mejor respuesta a aquellos pacientes que buscan respuesta más allá que el alivio sintomático.⁴

En este informe nos basaremos principalmente, pero no exclusivamente, en tres trabajos que entregan una perspectiva general sobre los aportes de las terapias analíticas: En "The Place of Psychoanalytic Treatments Within Psychiatry"; Gabbard, Gunderson y Fonagy en el año 2002 ; en el documento "Toma de Posición de la Sociedad Alemana de Medicina Psicoterapéutica (DGPM), del 14.04.2002, sobre el procedimiento fundado en psicología profunda, de acuerdo con la encuesta del 'Consejo Científico de Psicoterapia' de la Cámara Médica" (P.L. Janssen & G.H. Paar, 2002), y el trabajo presentado por uno de los autores del presente documento, Juan Pablo Jiménez, con motivo de la celebración de los 150 años del Instituto Psiquiátrico "José Horwitz" (2002).

DEFINICIONES

Usaremos como sinónimo las palabras psicoanalítica y psicodinámica para referirnos a las psicoterapias que nos ocupan.

El documento alemán da una definición actualizada de las terapias analíticas, la que suscribimos y presentamos con algunas modificaciones:

"Las terapias psicodinámicas representan derivaciones o modificaciones del psicoanálisis. Si bien en estas terapias

los conceptos de inconsciente psicodinámico, defensa, transferencia y contratransferencia están tan justificados como en psicoanálisis, en las distintas formas de terapia se aplican de manera diferenciada. Las técnicas, diferenciables entre sí, son más orientadas a los síntomas y al campo interpersonal, buscan una ganancia en tiempo o en número de sesiones, contienen elementos de prescripción conductual y de apoyo. Una terapia psicodinámica también se puede aplicar en aquellos casos en los que es necesaria una relación terapéutica de larga duración".

Considerando las evidencias existentes sobre eficacia, la siguiente lista de procedimientos se ha afianzado dentro del ámbito psicodinámico:

- Intervención en crisis (hasta 6-8 sesiones)
- Terapia breve (hasta 25-30 sesiones)
- Terapia focal (trabajo sobre un foco conflictivo específico, entre 2 a 40 sesiones)
- Terapia psicodinámica de apoyo (técnicas que ponen en primer plano el vínculo terapéutico como factor de cambio)
- Psicoterapia psicodinámica (o también "psicoanalítica sin fecha de término"; generalmente de dos a tres veces por semana que se asemeja en varias de sus características al psicoanálisis)
- Psicoterapia interpersonal (de Klerman & Weisman, psicoterapia manualizada de fácil enseñanza que se ha aplicado con mucho éxito a áreas sintomáticas)
- Terapias de grupo
- Aplicaciones de psicoterapia psicodinámica en encuadre hospitalario y clínicas de rehabilitación
- Terapia psicodinámica de pareja y familia

Algunas de las características de las terapias dinámicas breves actuales son: la elaboración conjunta (entre paciente y terapeuta) de metas intersubjetivas, el tipo de encuadre y métodos; el análisis focalizado de transferencia y resistencia; la configuración de las intervenciones y del espacio terapéutico que considere el desarrollo psíquico y lo promueva; el encuadre variable; el acceso multimodal a los procesos inconscientes, incluyendo formas que van más allá de la comunicación verbal; la utilización de la dramatización; las intervenciones movilizadoras de recursos y activadoras de acciones; la facilitación de nuevas experiencias emocionales en la relación terapéutica; la elaboración de transferencia y resistencia en constelaciones interpersonales y escenarios grupales.

Las características básicas de las terapias interpersonales de Klerman (Groves, 1996) son: desenfatar la transferencia; usar la relación terapéutica para ejem-

⁴ En este sentido, es notable que los estudios muestren que la gran mayoría de los terapeutas que se consideran a sí mismos como eclécticos o integrativos, integran elementos de teoría psicoanalítica (Norcorss y Prochaska 1988). Además, la mayoría de los terapeutas, cuando buscan terapia personal, no importando su orientación, acuden a terapias psicoanalíticas (41%) o psicodinámicas (18%) (Norcross et al. 1988) (ambas referencias citadas por NE Millar, L Luborsky, J Barber, JP Docherty (eds.), 1993).

plificar; no focalizar en el contenido mental sino en el proceso de la interacción del paciente con otros. Es importante enfatizar aquí que estas terapias, investigadas en Estados Unidos, tienen poco riesgo iatrogénico y que son aplicables por terapeutas inexpertos usando manuales que describen las estrategias paso a paso.

a) “Las terapias analíticas son empíricamente efectivas”.

- El corpus sustancial de evidencia se da básicamente para el caso de sus variedades breves. Diversos meta-análisis se han ocupado de la eficacia de estas terapias, aunque con resultados diferentes (Svartberg & Stiles 1991; Crits-Christoph 1992; Grawe *et al.* 1994; Anderson & Lambert 1995, Westen & Morrison 2001, y Leichsenring 2001). En el meta-análisis de 26 estudios realizados entre 1974 y 1994, Anderson y Lambert encontraron que las terapias analíticas eran igualmente efectivas que otras variedades en el seguimiento post-tratamiento demostrándose una leve superioridad en la evaluación de seguimiento. Además, tres estudios separados han encontrado que la interpretación adecuada del conflicto nuclear predice mejor impacto tanto dentro como a lo largo de una secuencia de sesiones (Crits-Christoph *et al.*, 1988) El trabajo de Anderson & Lambert considera una mayor cantidad de estudios que Crits-Christoph (1992). En ese estudio subyacen criterios de inclusión más débiles en relación con la experiencia de entrenamiento y adherencia: llegan a una magnitud de efecto de **0.71** en comparación con la lista de espera y de **0.34** para tratamiento grupal. En cambio, en su meta-análisis, Crits-Christoph (1992) se refiere sólo a estudios con estrictos criterios de selección en relación con la experiencia terapéutica, manualización de la terapia y número mínimo de sesiones. En comparación, la psicoterapia dinámica breve lleva a mayores efectos terapéuticos en comparación con la lista de espera. Crits-Christoph determina la magnitud de efectos de acuerdo con Cohen (1984) de **1.01** para la meta sintomática, de **0.82** para la sintomática psíquica general y de **0.81** para la adaptación social. La comparación de la terapia dinámica breve con otras formas de terapia, como la terapia conductual cognitiva o tratamiento medicamentoso, no arrojó diferencias significativas.
- En el estudio meta-analítico recientemente aparecido de Leichsenring (2001), fueron revisados estudios publicados entre 1960 y 2001. Leichsenring llega al resultado de que existen datos empíricos

sobre eficacia –aun cuando de calidad diferente–, tanto para las terapias psicodinámicas breves como para aquellas más largas. Para las terapias psicodinámicas de duración media, encuentra efectos entre **1.05** y **2.11** (por auto y heteroevaluación respectivamente).

- En el mismo estudio en relación con la depresión, Leichsenring (2001) muestra una magnitud de efecto tan potente como Crits-Christoph (1992). La terapia dinámica breve logra grandes efectos tanto en la reducción de la sintomatología depresiva (**0.90-2.80**) como en la psiquiátrica general (**0.79-2.65**).

Dada la prevalencia de los trastornos afectivos en Chile, nos interesará abordar especialmente en este documento el manejo psicoterapéutico de los síntomas depresivos. En lo que sigue, se presentan las conclusiones de una revisión sobre el tratamiento de la depresión hecha de acuerdo con los criterios de la psiquiatría basada en la evidencia:

1. La depresión es un trastorno común, cuyo tratamiento psicoterapéutico ha sido estudiado en el marco de servicios ambulatorios (nivel secundario de atención), de internación hospitalaria y en programas de atención primaria.
2. Al considerar la probabilidad de respuesta a la psicoterapia, se deben hacer distinciones diagnósticas claras en los grupos de pacientes tratados. En particular, los pacientes con episodios agudos de depresión deben distinguirse de los que padecen depresiones menos severas pero de curso crónico (distimias). Además, los pacientes con depresión severa tienen una peor respuesta a las terapias psicológicas.
3. En muchos pacientes la depresión es un trastorno crónico y la probabilidad de recuperación completa es baja.
4. Los estudios de resultados mejor diseñados destacan la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), de la Psicoterapia Interpersonal (PIP) y de la terapia dinámica exploratoria estructurada.
5. El tratamiento breve tiene un efecto relativamente importante cuando se lo evalúa inmediatamente después de la terminación del tratamiento, pero su impacto global es más bien de corto plazo.
6. La eficacia de las intervenciones breves es pobre en el largo plazo. La eficacia de los tratamientos psicológicos de larga duración, como suele darse en la práctica clínica, no ha sido adecuadamente estudiada.

7. El tratamiento farmacológico de larga duración es hasta ahora el único método que inequívocamente muestra efectividad en la prevención de recaídas. Hay evidencias sugerentes de que las técnicas psicoterapéuticas, particularmente la Psicoterapia Interpersonal, puede ser coadyuvantes útiles en la prevención de recaídas. El análisis de los datos del "Estudio Colaborativo del Tratamiento de la Depresión" del NIMH no mostró diferencias en la reducción de síntomas al terminar el tratamiento en los cuatro grupos estudiados (tratados, respectivamente, con Imipramina más manejo clínico (MC), Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Psicoterapia Interpersonal (PIP) y placebo más manejo clínico (Elkin 1994). Sin embargo, análisis posteriores mostraron que 18 meses después emergieron diferencias significativas en cuanto a las evaluaciones hechas por los pacientes de los efectos del tratamiento sobre su adecuación vital. Los pacientes en PIP reportaron mayor satisfacción con el tratamiento que los pacientes en TCC+MC o con placebo, y tanto en PIP como en TCC los pacientes reportaron mejorías significativas en su capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales y en reconocer y comprender las fuentes de su depresión, lo cual debiera tener un impacto profílico (Blatt *et al.* 2000).
8. La consideración global de los estudios meta-analíticos en este campo sugiere que los pacientes sacan un provecho clínico significativo de las intervenciones psicoterapéuticas, aun cuando en la mayoría de los casos deba esperarse que permanezcan sintomáticos y vulnerables a una recaída al finalizar el tratamiento de un episodio agudo.
9. La eficacia relativa de los tratamientos es difícil de establecer a causa de las limitaciones de la base de datos disponible. Sin embargo, la Terapia Cognitivo-Conductual surge desde los estudios como un método poderoso y útil para tratar episodios agudos de depresión. La Psicoterapia Interpersonal también emerge como un método valioso en varios contextos, en especial en el tratamiento de síntomas severos y como coadyuvante en el tratamiento farmacológico. El antes aludido meta-análisis de Leichsenring (2001) concluye que no hay diferencias en los resultados entre la psicoterapia psicodinámica breve (estructurada) y las terapias cognitivas o cognitivo-conductuales en el tratamiento de la depresión. En todo caso, en ambas formas de terapia, 16 a 20 sesiones son insuficientes para lograr remisiones estables en la mayoría de los pacientes. *Meta-análisis previos han sugerido que la terapia cognitiva es más efectiva que otras terapias para la depresión (excluyendo la terapia conductual). Sin embargo, el meta-(re)análisis, hecho por Wampold et al. (2002) no encontró evidencias de que la terapia cognitiva fuera más efectiva que otras terapias psicológicas. Después de reestructurar el grupo control, los autores concluyen que los tratamientos psicológicos de "buena fe" son igualmente efectivos que la terapia cognitiva. Los tratamientos fueron definidos de "buena fe" si incluían los siguientes elementos: 1) un terapeuta entrenado en un programa reconocido o con al menos un grado de magíster; 2) los encuentros cara a cara fueron usados para desarrollar una relación; 3) el tratamiento fue individualizado para el paciente y no fue una mera aplicación de un protocolo estándar rígido; 4) la terapia incluyó componentes psicológicos válidos. Los tratamientos así definidos iban desde terapias dinámicas a terapias interpersonales altamente estructuradas.*
10. Las pruebas de la superioridad de los tratamientos combinados (con fármacos) sobre las intervenciones psicológicas solas son débiles, con la excepción de su uso con técnicas estructuradas (TCC) intensivas en el marco de internación hospitalaria.
11. La evidencia empírica de la superioridad del tratamiento psicoterapéutico sobre el tratamiento médico es pequeña, poco confiable y confusa, a causa de la falta de control sobre la naturaleza de los tratamientos médicos ofrecidos.
12. La ausencia de seguimientos controlados a largo plazo en la mayoría de los estudios disminuye el valor de las conclusiones concernientes tanto a los efectos a largo plazo como a la posibilidad de generalizar los resultados.
13. El valor de la psicoterapia en el nivel de atención primaria está mal establecido, aunque los pocos datos disponibles entregan alguna evidencia de que los estudios en el marco de atención ambulatoria (nivel secundario) no debieran generalizarse a esta población.
14. Los datos sobre pacientes distímicos apoyan la necesidad de considerar la composición de la muestra clínica, particularmente la prevalencia de depresión doble en los estudios clínicos y las evaluaciones hechas en los servicios de atención.
15. Hay algunas indicaciones en la literatura que la calidad de la terapia ofrecida se correlaciona con el resultado a largo plazo, lo que sugiere que la mantención de terapias de alta calidad debiera ser considerada por los proveedores de servicios terapéuticos.

16. Todavía hay muy pocos datos como para sacar conclusiones sobre la efectividad de la consejería psicológica en la depresión.

No nos parece irrelevante que, por una parte, los pacientes muestren mayores niveles de satisfacción con las terapias interpersonales y, por otra, que las terapias dinámicas breves sean tan efectivas como las cognitivo-conductuales. En el primer caso, no olvidemos que la definición de salud incluye el concepto de "bienestar" del sujeto, lo que remite a un estado subjetivo que resulta todavía más significativo en el caso de las psicoterapias; así, un mayor nivel de satisfacción como efecto de una psicoterapia significa un mejor nivel de salud mental.

Esto nos lleva a nuestra segunda línea argumental:

b) "Existe una importante población de terapeutas disponibles en Chile con formación básica psicoanalítica, fácilmente entrenables en terapias psicodinámicas breves y/o interpersonales".

Algunos investigadores adoptan la posición de que sólo los procedimientos que de alguna manera han pasado la prueba del laboratorio, deben ser evaluados como científicos, independientemente de la pregunta de su aplicabilidad en el terreno práctico. La posición más rígida fue formulada por la *Task Force* de la Asociación Americana de Psicología (APA) con sus "*Evidence Validated Therapies*" EVT (1995; Chambless & Holton 1998). Los procedimientos EVT de Estados Unidos proponen un programa terapéutico específico para cada problema clínico relevante, que debiera estar manualizado. Los representantes de las orientaciones conductistas, interpersonales y psicodinámicas se pusieron de acuerdo en este criterio para tratamientos bien asegurados empíricamente.

Estos criterios de investigación han sido discutidos y son difíciles de trasladar a la realidad de la atención. Por ejemplo, Henry (1998) critica que los EVT se fundan en la nosología taxonómica y fenotípica del DSM, en la que algunos diagnósticos encuentran poco apoyo empírico, enfatizan la técnica de tratamiento, sobrevaloran la capacidad de control vía manuales y declaran como trasfondo no específico, o variable errática, la importancia de los factores generales de eficacia y la relación interpersonal en desarrollo, siendo que estos factores de relación han demostrado ser la evidencia empíricamente más potente como factor de cambio. Finalmente, la inclusión o exclusión de la lista de EVT no señala si la forma de tratamiento es o no efectiva clínicamente.

Grawe (1997) contraponen al enfoque específico del trastorno su modelo de la "psicoterapia general", que considera las perspectivas de los recursos, de la relación, del conflicto, y del trastorno.

La **perspectiva de los recursos** es un concepto no específico al trastorno, al que pertenecen todos los recursos individuales e interpersonales, como también el potencial motivacional. Desde un punto de vista empírico, la activación de los recursos es más importante para el éxito de la terapia que la elaboración del problema específico al trastorno.

En la **perspectiva de la relación**, una buena relación terapéutica representa un recurso interpersonal positivo para los pacientes. La significación de la alianza terapéutica para el resultado de la terapia está bien asegurada empíricamente, de la misma manera que cada forma de intervención trastorno-específica es considerada aisladamente (Orlinsky *et al.* 1994). Grawe critica que las teorías exclusivas al trastorno no le hacen justicia a la importancia de los factores interpersonales.

En relación con la **perspectiva del conflicto**, Grawe remite a la significación biográfica de modelos de relación interpersonal para el desarrollo psíquico normal, algo familiar para los psicoterapeutas de orientación psicodinámica.

La **perspectiva del trastorno** es para Grawe una perspectiva importante, pero de ninguna manera la única bajo la que se puede desarrollar la concepción del tratamiento de un paciente. A menudo, el problema del paciente tiene un aspecto trastorno-específico, pero, en una visión ampliada de la concepción casuística del paciente, este aspecto debe incorporarse en una terapia general del estado psíquico global. Con ello, Grawe critica una visión estrecha de la psicoterapia específica al trastorno. La terapia cognitivo-conductual de Beck (TCB 1979) y la terapia interpersonal de Klerman & Weissman (IPT, 1984) son dos procedimientos manualizados reconocidos, trastorno-específicos, para el tratamiento de la depresión. Ambos logran mejorías equivalentes en el estudio del NIMH (Elkin 1994). El manual de la IPT para el tratamiento de la depresión fue aplicado sin modificaciones para el tratamiento de trastornos alimentarios y comparado con terapia cognitivo-conductual en un estudio multicéntrico (Agras *et al.* 2000). Recientemente la terapia dialéctica conductual se aplicó también exitosamente en el tratamiento de pacientes bulímicas (Safer *et al.* 2001).

Nos preguntamos ¿en qué consiste la "trastorno-especificidad" de estas terapias manualizadas, si son aplicadas sin modificaciones a diferentes trastornos y si distintos procedimientos logran efectos equivalentes en iguales grupos de pacientes? ¿No reencontramos

aquí el canon de factores curativos implícitos? (véase Hubble *et al.* 1999).

El número de terapeutas formados en Chile está creciendo, especialmente entre los profesionales de la psicología. Por una parte el número de escuelas de Psicología ha aumentado exponencialmente: antes de la nueva Ley de Universidades de 1989 existían solamente cuatro escuelas de Psicología en Chile (en las Universidades de Chile, Católica, Concepción y La Frontera) con un total aproximado de 200 vacantes. Desde el cambio legislativo se habían formado 45 nuevas escuelas al año 2000 con un total de 3.363 vacantes de acuerdo a los últimos datos de la publicación ENLACES (2003), del Consejo de Rectores. En sólo dos años, en el 2002 en la misma publicación (*El Mercurio*, 2002) aparecen 62 carreras de psicología, con 3.856 vacantes. Esto es un aumento de más de 20% en dos años.

Muchos de los estudiantes deciden luego ejercer como psicólogos clínicos. No hay datos empíricos con respecto a cuánto psicoanálisis se enseña en el pregrado, pero varias de las escuelas con matrículas mayores (tales como las Universidades Nacional Andrés Bello y del Desarrollo) tienen una orientación psicoanalítica, si no exclusiva, importante. Por otro lado, las escuelas más antiguas de las universidades tradicionales, como las de las Universidades de Chile o Católica de Santiago, han derivado desde el énfasis analítico de sus primeros tiempos a otras aproximaciones más "científicas" como la cognitivo-conductual. El Colegio de Psicólogos Clínicos ha desarrollado un complejo y amplio sistema de acreditación de especialistas y supervisores clínicos, al cual se ha sometido una cantidad importante de psicólogos. Varios de los programas de formación de post-grado acreditados, tales como los del Hospital del Salvador en Santiago, o de la Universidad del Desarrollo en Concepción y otros, tienen un fuerte énfasis en el psicoanálisis. Existen además programas de formación académica en psicoanálisis que ofrecen magísteres o doctorados en Psicoanálisis, como los de las Universidades Diego Portales o Nacional Andrés Bello, los cuales tienen ya varias generaciones de profesionales formados.

En el caso de los psiquiatras, el mayor programa de formación hasta el momento en nuestro país es el de la Universidad de Chile, el cual desde los comienzos de la década de los setenta ha formado más de cuatrocientos especialistas médicos. El programa formador más estable y numéricamente mayor, el de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, pasó desde una posición claramente anti-analítica a una abierta que ha mostrado interés por la formación en terapias breves de orientación analítica.

Otros dos programas, los del Hospital del Salvador y del Instituto Psiquiátrico "José Horwitz", han tenido tradicionalmente un énfasis analítico. En los últimos años se han agregado programas de formación de otras Universidades, tales como las de Valparaíso, Pontificia Universidad Católica de Chile y de Los Andes, todos los cuales tienen módulos en terapias analíticas.

En resumen, tanto desde la psicología como desde la medicina muchos de los profesionales que se forman tanto en pre como post grado egresan con formación de orientación analítica, lo que permite, con un grado de capacitación o entrenamiento en técnicas específicas, aportar un recurso humano que puede ayudar a tratar los trastornos depresivos prevalentes en nuestro medio.

Por estas razones, pensamos que, por una parte, desde la perspectiva de los recursos, existiría en la población de terapeutas una significativa cantidad de éstos con los recursos interpersonales para asumir las tareas propias de tratar pacientes con sintomatología depresiva, sin descuidar el potente factor interpersonal y los aspectos de la personalidad.

c) "La psicoterapia analítica llega donde otros no llegan".

Esta afirmación se basa en el objetivo de las terapias analíticas de tratar trastornos de personalidad y los tratamientos prolongados que buscan los así llamados "cambios estructurales" que apuntan a este mismo objetivo: el cambio a nivel de rasgo, "trait", que se diferencia de las terapias como las arriba mencionadas que buscan un cambio en los síntomas de estado, "state".

- Así, por ejemplo, en un estudio reciente, 38 pacientes con trastorno límite de personalidad fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento de hospitalización parcial psicoanalíticamente orientado o a un tratamiento psiquiátrico *standard* en el grupo control. El tratamiento primario del grupo experimental consistía de una sesión semanal de terapia analítica individual y tres sesiones semanales de terapia analítica de grupo. Los controles no recibieron psicoterapia. Al fin de los 18 meses de seguimiento los pacientes con la terapia analítica mostraron significativamente mejoría en síntomas depresivos, funcionamiento social e interpersonal, menores rehospitalizaciones y menores conductas automutilatorias y suicidas (Bateman & Fonagy, 1999).
- En el trabajo de Leichsenring (2002), citado arriba, él encuentra, para trastornos de personalidad, grandes efectos de terapia, que para la psicoterapia dinámica están entre 1.13 (instrumentos de au-

toevaluación) y 1.57 (instrumentos de heteroevaluación).

- Uno de los estudios más sofisticados realizados en la última década fue el Proyecto de Estocolmo sobre Resultados del Psicoanálisis y las Psicoterapias (Sandell *et al.* 2000), en el cual un número importante de pacientes tratados por terapeutas privados en Suecia, donde estas terapias son subsidiadas por el sistema nacional de seguros. Se trata de un diseño pre-post amplio: una muestra de 756 personas fue asignada no aleatoriamente a psicoanálisis, terapia analítica o bien a listas de espera. Se obtuvieron datos completos para 331 casos de psicoterapia psicodinámica (1 a 2 sesiones semanales) y 74 de psicoanálisis (4 a 5 sesiones semanales). Al evaluar los cambios en el SCL 90 (escala de autoevaluación que mide síntomas), la mejoría en tres años se correlacionó positivamente con frecuencia y duración del tratamiento, con mejor resultado para los pacientes en psicoanálisis que en psicoterapia analítica. Los primeros además continuaron mejorando después del alta, lo que no sucede generalmente en estudios realizados con otras terapias.
- Varios estudios prospectivos con diseños pre-post han mostrado mejoría sustancial en pacientes con trastornos de personalidad al recibir terapias analíticas, con por lo menos un estudio que mostró que estas ganancias se mantuvieron en un seguimiento de cinco años (Stevenson & Meares, 1992).

Freud señaló que la terapia psicoanalítica nos provee de una oportunidad única para observar como trabaja la mente. En ese sentido, el psicoanálisis y la ciencia cognitiva actual comparten un interés en dilucidar científicamente los procesos mentales internos. Esta colaboración, tal como la ha propuesto por ejemplo Bucci (1985), permitiría entender mejor el rol de las emociones en los procesos mentales. La afirmación freudiana de que el psicoanálisis trabaja a través de un mayor control de los procesos mentales, y de que la conciencia tiene una función biológica, podría ser corroborada empíricamente hoy con estudios imagenológicos de los nuevos estudios cerebrales. En ese sentido, la convergencia de neurobiología y de la investigación en psicoterapia concuerdan en que el cerebro humano se desarrolla en una matriz interpersonal crucial para la formación de estructura, y que el cerebro retiene una plasticidad de tal modo que la experiencia cambia estructuras cerebrales no sólo en el niño sino también en el adulto, como podría ocurrir producto de un proceso terapéutico. Futuras investigaciones deberán explorar

los poderes psicoactivos, modificadores de comportamientos y finalmente modificadores del cerebro de la interacción humana.

CONCLUSIONES

1. Las evidencias muestran que las terapias analíticas son tanto o más efectivas que las terapias cognitivas, sugiriendo, a medida que más se investiga, mejores resultados en seguimiento a largo plazo, especialmente por la profundización de los efectos terapéuticos una vez que las terapias han finalizado. La suma progresiva de estudios objetivos que midan el impacto a largo plazo irán, eventualmente, apoyando estas primeras observaciones.
2. Los profesionales en salud mental se siguen interesando y formando en psicoterapias dinámicas; a ellos así como a muchos pacientes les interesa muchas veces ir más allá del alivio sintomático inmediato. Es así que se dispone de un recurso humano interesado que podría responder a los requerimientos de los pacientes.
3. Los terapeutas de base psicodinámica disponen de amplios recursos para ser entrenados en terapias interpersonales.
4. Dentro de un sistema pluralista de indicación los terapeutas psicodinámicos disponen, además, de los recursos para tratar pacientes que no se benefician con terapias sólo enfocadas a síntomas. Es así como la terapia analítica puede ser una intervención de segunda línea, especialmente en la prevención de recaídas.

En resumen, pensamos que las terapias psicoanalíticas, como han sido definidas y descritas en el presente documento, no deben quedar fuera de ningún futuro plan de salud que valore los aportes científicos de los procedimientos psicoterapéuticos.

REFERENCIAS

1. Agras WS, Fairburn CG, Walsh T, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 459-466
2. Anderson ME, Lambert MJ. Short term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 1995; 15:503-514
3. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow up. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563-1569
4. Beck AT, Greenberg RL. Brief Cognitive Therapies. En: *The Psychiatric Clinics of North America* 1979; 2(1): 23-37

5. Blatt SJ, Zuroff DC, Bondi CM, Sanislow III ChA. Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: Further analysis of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research* 2000; 10(2):215-234
6. Bucci W. Dual Coding: A cognitive model for psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1985; 33: 571-607
7. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported treatments. *J Consult Clin Psychol* 1998; 61: 7-18
8. Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41:1178-1182
9. Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L. The accuracy of therapist's interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 490-495
10. Crits-Christoph P. The efficacy for brief psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. *Am J Psychiat* 1992; 149: 151-158
11. Elkin I. The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where began and where we are now. En: AE Bergin & SL Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4th ed.). New York: Wiley. 1994, pp. 114-135
12. El Mercurio, 21 de Noviembre 2002
13. "Enlaces" Consejo Superior de Educación, Ministerio de Educación, Chile. Indices 2003
14. Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. The Place of Psychoanalytic Treatments Within Psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 505-510
15. Grawe K. "Moderne" Verhaltenstherapie oder Allgemeine Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und Verhaltenmedizin* 1997; 18: 137-159.
16. Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychoterapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hofrege, 1994
17. Groves J. Introduction: Four Essences of Short-Term Therapy: Brevity, Focus, Activity, Selectivity. En: Groves J. (Ed.): *Essential Papers in Short-Term Dynamic Therapy*. New York University Press, 1996
18. Henry WP. Science, Politics and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. *Psychotherapy Research* 1998; 8, 126-140.
19. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (eds.). *The heart & soul of change. What works in therapy*. Washington: American Psychological Association, 1999
20. Janssen PL, Paar GH *Z Psychosom Med Psychother* 2003; 49(1): 93-106
21. Jiménez JP. El Tratamiento Psicoterapéutico de la Depresión: Una visión crítica integrada. En panel Aportes de distintos enfoques psicoterapéuticos a la Psiquiatría, con motivo de la celebración de los 150 años del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Santiago de Chile, 2002
22. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B, Chevron ES. [1984] Interpersonal psychotherapy for depression. En: JE Groves (ed.) *Essential papers on short-term dynamic therapy*. New York: New York University Press, 1996
23. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review* 2001; 21 (3): 401-419.
24. Millar NE, Luborsky L, Barber J, Docherty JP (Eds.). *Psychodynamic Treatment Research. A Handbook for Clinical Practice*. New York: Basic Books, 1993
25. Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and Outcome in Psychotherapy - Noch Einmal. In: Bergin, A.E., Garfield, S.L. (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th Ed. New York: Wiley, 1994, pp. 270-378.
26. Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical Behavior therapy for Bulimia nervosa. *Am J Psychiat* 2001; 158: 632-634.
27. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long term outcome in psychoanalysis and long term psychotherapy: A review of the findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 2000; 81: 921-942
28. Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 358-362
29. Svartberg M, Stiles TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 704-714
30. Wampold B, Minami T, Baskin T, Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders* 2002; 68: 159-165
31. Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consul Clin Psychol* 2001; 69: 875-899