

Evolución de los pacientes en psicoterapia: la evaluación de los cambios

Ricardo Bernardi

1. *¿Por qué evaluar los cambios producidos por la psicoterapia?*

Los pacientes buscan ayuda en la psicoterapia para lograr un mayor bienestar subjetivo y/o un mejor funcionamiento personal e interpersonal. Saber si se ha avanzado en esa dirección es fundamental para decidir si se justifica continuar la psicoterapia, interrumpirla o modificar la forma de trabajo.

Una vez terminado el tratamiento, corresponde consignar en la FPC los progresos realizados así como los aspectos no resueltos en la historia clínica. Esto brinda al paciente y a la institución una información valiosa frente a la posibilidad de que sean necesarios tratamientos futuros. Un nuevo terapeuta necesita saber qué avances se realizaron en tratamientos anteriores y cuáles fueron los caminos por los que se lograron. Pero a su vez los psicoterapeutas necesitan aprender de su experiencia. La información sobre cómo evolucionan los pacientes durante y después de una psicoterapia es un conocimiento valiosísimo para un clínico, pues sin este feedback se trabaja a ciegas. La evaluación debe ser en primer lugar clínica y es conveniente que se complemente con el uso de instrumentos estandarizados, lo cual permite que forme parte de investigaciones sistemáticas de proceso y resultados de las psicoterapias.

Sin duda pacientes y terapeutas están interesados en saber si un tratamiento progresa y es importante consignar la opinión de ambos en la Historia Clínica. Sin embargo no existen criterios claros, sistemáticos y compartidos acerca de cómo realizar esta evaluación y de cómo consignarla en la historia clínica. Diversos factores contribuyen a esta omisión. El objetivo de este capítulo y del siguiente será examinar algunas de estas dificultades y proponer algunos caminos para superarlas. Comenzaré por los problemas teóricos relacionados con la evaluación de los resultados de la psicoterapia.

2. *Problema teórico: ¿hasta dónde una psicoterapia debe plantearse metas?*

Tanto en psicoanálisis como en algunos otros enfoques existe un abanico de posiciones respecto a las metas que debe plantearse la psicoterapia. Algunos terapeutas buscan formular claramente sus objetivos (p. ej., los de orientación conductivo- conductual), mientras para otras corrientes estos objetivos quedan más librados a la singularidad de cada caso y de cada encuentro terapéutico (p. ej., las terapias experienciales, humanísticas, etc.).

Dentro del campo del psicoanálisis se dan ambas posiciones. Esto llevó a una paradoja, señalada hace ya muchos años por R. Wallerstein (1965): por un lado el psicoanálisis se propone las metas más ambiciosas, pues aspira a una amplia reorganización de la personalidad o a un nuevo posicionamiento del sujeto, pero al mismo tiempo se sostiene que, a nivel técnico, el analista debe trabajar sin metas y sin deseo. Al decir de Lacan, la curación advendría por añadidura. Pero podemos preguntarnos hasta dónde esta descripción coincide con la práctica real de los psicoanalistas. En los hechos los pacientes vienen por un estado de sufrimiento y/o de limitación en su funcionamiento

personal e interpersonal, y confían que el análisis los ayude a superar estos problemas. Tampoco es verdad que a nivel teórico el psicoanálisis no se formule objetivos, si uno presta atención a la obra de los principales autores. Para Freud era muy claro que el psicoanálisis tenía determinadas metas (hacer consciente lo inconsciente, levantamiento de represiones, que el Yo advenga donde era el Ello, etc.). En la teoría y en la práctica de M. Klein está presente el lograr que el paciente sea capaz de alcanzar la posición depresiva y la capacidad de reparación. Bion jerarquiza desde diversos ángulos el crecimiento mental. Lacan atiende a la verdad de la relación del sujeto con su deseo. Winnicott, al verdadero self y a la capacidad de juego y creatividad. Esta lista podría continuar pues, en realidad, muchas de las contribuciones claves al psicoanálisis fueron señalar áreas posibles de crecimiento personal, los factores que podían limitarlo y el papel que podía jugar el psicoanálisis.

Desde el punto de vista práctico conviene distinguir entre diversos tipos de metas (Bernardi, 2001): a) metas clínicas, que tienen que ver con las áreas en las que se busca mejorar el sufrimiento y las limitaciones del paciente, b) metas metapsicológicas, que son la formulación teórica de estas metas clínicas desde la perspectiva del terapeuta y c) metas técnicas, que son las condiciones que hacen posible que la terapia se desarrolle. Por ejemplo, para un paciente con problemas de personalidad que le generan conflictos internos y con los otros piensa que su problema se debe exclusivamente a causas orgánicas o que es culpa de los demás, el primer objetivo es lograr una reformulación de su motivo de consulta, de modo que paciente y terapeuta puedan trabajar sobre una misma base. En términos generales todas estas metas apuntan a las dos dimensiones mencionadas: mejorar la experiencia subjetiva o sentimiento de bienestar del paciente y su funcionamiento psíquico, o sea, la posibilidad de desarrollar sus capacidades con mayor plenitud. Bienestar y función son también los dos criterios que se utilizan para evaluar la calidad de vida. La forma concreta que tomarán estas dos dimensiones depende de las metas u objetivos que el paciente desea para su vida. Muchas veces estas metas concretas están oscuras al comienzo del tratamiento y el proceso terapéutico ayuda a que puedan ser formuladas con más claridad (Bernardi, 2001). No se trata por tanto de “añadir” algo a lo que el paciente quiere para su vida, sino de que pueda descubrirlo y formularlo con más claridad. Como decía Freud (Freud, 1937, p. 225): "Partamos de que el análisis no consigue en el neurótico más de lo que el sano lleva a cabo sin ese auxilio". Importa, por tanto, conocer los factores que espontáneamente conducen al crecimiento psíquico pues el análisis debe ser un aliado y no un sustituto de ellos (Bernardi, 2001).

Resumiendo, aunque difieran en la forma de conseguirlo, para todos los enfoques psicoterapéuticos resulta importante que el paciente pueda alcanzar a través de la terapia un mayor bienestar subjetivo, o al menos un menor grado de sufrimiento, y un mejor funcionamiento a nivel personal e interpersonal.

Las metas o logros de una psicoterapia no dependen de lo que enuncien sus teorías sino de lo que ocurre en la realidad de los tratamientos. J. Bleger (1973, p. 326) sostenía que los objetivos del psicoanálisis debían establecerse a partir de los efectos o resultados que efectivamente obtenía y no de una formulación previa de carácter normativo, que podía resultar correcta pero también ser arbitraria o irreal. Por esa razón la elaboración teórica necesita apoyarse en la evaluación de lo que los tratamientos logran en la realidad.

3. Los efectos positivos y los efectos negativos de la psicoterapia

Las psicoterapias cuyos resultados han sido rigurosamente estudiados, y que suelen ser llamadas de “bona fide”, pues exponen claramente sus fundamentos, su forma de trabajar y el entrenamiento de los terapeutas y sus resultados, han demostrado fehacientemente su eficacia (en condiciones ideales), su efectividad (en condiciones habituales) y su eficiencia (su conveniencia en relación a su costo). Esto se cumple para diversas psicoterapias, entre las que merece ser mencionada por el número de estudios la cognitivo-conductual y también la de tipo psicoanalítico (Sandell, Blomberg, Lazar, & al., 2000), (Fonagy & Target, 1994), (Fonagy & Target, 1996), (Fonagy, Roth, & Higgitt, 2005), (Leichsenring, 2009), (Leichsenring & Rabung, 2011), (Leichsenring, Luyten, et al., 2015), (Leichsenring, Leweke, Klein, & Steinert, 2015), (Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger, & al., 2003), (Sandell, 2012), (Shedler, 2010). También se han realizado importantes avances en el estudio imagenológico de los cambios cerebrales que acompañan el cambio psicoterapéutico (Beutel, Stark, Pan, Sibersweig, & Dietrich, 2010), (Etkin, Phil, Pittenger, Polan, & Kandel, 2005), o que pueden condicionar sus resultados (Crowther et al., 2015).

Pero como todo instrumento eficaz, la psicoterapia puede generar también eventos adversos. Se ha estimado que aproximadamente un 5-10% (con cifras entre 3 y 14%) de los pacientes empeoran en el curso de una psicoterapia (Lambert & Ogles, 2004), (Mohr, 1995), (Lilienfeld, 2007), (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2014). Aproximadamente 1 de cada 2 pacientes abandona la psicoterapia. Las psicoterapias con control de calidad (formación de terapeutas, supervisión, etc.) tienen 2/3 de resultados positivos, pero en las no controladas esta cifra baja a 1/3 y en niños, cuando las condiciones son de no control, el tamaño del efecto tiende a 0. En Uruguay están aún por implementarse medidas básicas exigidas por el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS formulado por el MSP en 2011, tales como exigir en un plazo no mayor a 5 años a todos los técnicos “una formación específica y documentada, relativa al campo temático en el que intervengan” o “En un plazo no mayor a 5 años todos los técnicos deberán tener una formación específica y documentada, relativa al campo temático en el que intervengan” o la documentación en Historias Clínicas, “consignándose por parte de los técnicos involucrados las diferentes instancias de la prestación”.

Los diversos enfoques psicoterapéuticos de “bona fide” han obtenido resultados similares. Las diferencias en los resultados son mayores entre distintos terapeutas, lo que acentúa la necesidad de un mayor estudio de esta área del problema.

Una terapia puede tener un efecto positivo evaluado por los valores “p”, o sea, ser estadísticamente significativa, pero esconder que mientras la mayoría mejora, un grupo determinado de pacientes se deteriora. Por lo tanto, es imperioso identificar los pacientes que no se están beneficiando de un tratamiento y preguntarse cuál es el tipo de ayuda o de técnica que podría serles de mayor utilidad.

En psicoterapia no hay una clara conciencia de este problema. Por lo general frente a una peoría o a la falta de cambio del paciente se suele alegar que sin la psicoterapia la situación sería peor. Esto no necesariamente es así: el paciente podría estar mejor sin psicoterapia y por eso es necesario plantearse los posibles efectos negativos de la

psicoterapia. Volveré sobre los posibles sesgos en el juicio clínico que pueden llevar a que los eventos adversos pasen desapercibidos en psicoterapia.

La posibilidad de que un paciente paradójicamente empeore porque no tolera mejorar fue descrita por Freud (Freud, 1923-1924/1976) con el nombre de reacción terapéutica negativa. Freud la explicó como el efecto de sentimientos inconcientes de culpa. En ese caso el sadismo del superyó se une al masoquismo del yo, llevando a que las mejorías conduzcan a un agravamiento ulterior. Melanie Klein (1980 [1957]) señaló también el papel que en esta reacción puede jugar la envidia inconciente, llevando al paciente a impedir que el terapeuta tenga éxito, aunque eso signifique hacer fracasar al tratamiento. Diversos autores psicoanalíticos han señalado otros factores que también pueden bloquear el trabajo terapéutico y llevar al impasse o no progreso del tratamiento: las actuaciones permanentes, las defensas maníacas rígidas, los sentimientos de omnipotencia y la importancia del beneficio secundario.

Otras veces el centro del problema está en la comunicación entre analista y paciente o en actitudes inadecuadas del analista. Si paciente y analista tienen diferentes perspectivas sobre lo que se espera del análisis (reversión de la perspectiva) y esto no logra ser percibido y trabajado, el análisis puede llevar a un impasse o estancamiento. También se han descrito diversos tipos de malentendidos. En alguno de estos casos, puede ocurrir que las palabras que usa el terapeuta tengan diferente sentido emocional para el paciente. H. Etchegoyen (1986), quien ha realizado un pormenorizado estudio de estas situaciones, señala que él utilizaba la palabra “sentimientos de abandono” pensando que la paciente la entendía del mismo modo que él, hasta que se pudo ver que ella había eliminado de su registro cognitivo y afectivo esta experiencia emocional a la que se refería Etchegoyen para evitar revivir experiencias traumáticas de su desarrollo.

También otros enfoques psicoterapéuticos han señalado la posibilidad de efectos negativos. Dentro de la corriente conductual se ha señalado que no solo las técnicas aversivas (castigo, corrección) pueden tener efectos colaterales negativos sino también la recompensa (Kazdin, 1982), (Lepper & Greene, 1978), (Balsam & Bondy, 1983). Toda modificación de una conducta puede afectar otras que a su vez produzcan efectos positivos o negativos.

Estudiando los factores comunes a diversas psicoterapias, Lambert(1992) señala que en cuanto a la eficacia terapéutica el peso mayor lo tienen los factores propios del paciente (40%), seguido por la relación terapéutica (30%), la esperanza y expectativas de éxito que tiene el paciente (15%) y el modelo técnico del terapeuta (15%). Con cifras algo diferentes, estos resultados se han repetido en diversos estudios y jerarquizan la importancia de las características del paciente y de la relación terapéutica. Es lógico suponer que la falla en estos mismos factores puede contribuir al fracaso del tratamiento. El apoyo puede generar dependencia y desvalorización de los recursos del paciente. El silencio (“escucha”) del terapeuta puede ser sentido como abandono o reforzar las defensas. La interpretación puede generar adoctrinamiento, del mismo modo que el énfasis en los procesos cognitivos puede no permitir ver los aspectos afectivos de la relación. Favorecer experiencias nuevas puede exponer a experiencias traumáticas. Muchas veces se promueve el bienestar del paciente a costa de la función o viceversa, o afectando a terceros.

Conviene distinguir el fracaso de un tratamiento del hecho de que pase por momentos de crisis. Estos últimos, cuando logran ser individualizados y superados, pueden dejar un saldo positivo. Resulta por tanto crucial identificar cuándo una psicoterapia progresa o se deteriora.

Pero conviene distinguir tres situaciones que deben ser abordadas de modo muy distinto. Por un lado existen los efectos secundarios adversos, que son eventos no deseados que se producen en el curso de la terapia. Forman parte de los “costos” del tratamiento y pueden deberse o no deberse a un error técnico y ser o no previsibles.

Los errores ocasionales son propios de un determinado proceso terapéutico cuyos resultados pueden o no resultar comprometidos. Los efectos del error pueden manifestarse en forma aguda, provocando actuaciones impulsivas, descompensaciones o el abandono del tratamiento. Si el error persiste, puede tener efectos crónicos, llevando al estancamiento o impasse del tratamiento, que gira repetitivamente sobre los mismos puntos o a favorecer un “falso self” en el paciente, que muestra logros que no tienen base firme en su personalidad ni responden a sus deseos genuinos.

Cuando los errores se repiten a lo largo de la práctica de un terapeuta estamos en presencia de errores sistemáticos que pueden configurar situaciones de mala praxis, sea por negligencia, impericia o imprudencia. Estas situaciones, no detectadas ni corregidas por medidas que lleven a un cambio en el terapeuta, afectan la seguridad del paciente y son las que determinan los malos resultados de las terapias que no son controladas ni cumplen los requisitos de bona fide.

Contribuyen a la aparición de efectos negativos:

1. Errores en la formulación del caso 2. Condiciones externas desfavorables, que favorecen la enfermedad y el beneficio secundario.
3. Factores estructurales de origen constitucional o surgidos de situaciones traumáticas durante el desarrollo. Los episodios desfavorables en la vida del paciente pueden ser “recordados” durante la terapia de una forma que puede producir una retraumatización.
4. Fallas en el desarrollo del proceso terapéutico, como puede ser la falta de empatía con los distintos aspectos del paciente. Empatía no significa afinidad sentimental o simpatía. Significa poder tomar contacto con las emociones profundas del otro, incluso con aspectos muchas veces latentes que se manifiestan en su conducta pero que son negados o escindidos a nivel conciente, como ocurre frecuentemente con aspectos hostiles, egoístas o masoquistas. Muchas veces el terapeuta se coloca en la posición de figura protectora “buena” mientras todo lo malo es atribuido a figuras exteriores (padres, cónyuges, etc.) sin que se puedan ver los afectos hostiles o negativos en la relación terapéutica.

4. ¿El terapeuta es capaz de darse cuenta cuando un tratamiento no progresa?

Diversos trabajos recientes han cuestionado la capacidad del terapeuta para percibir las situaciones de no progreso o deterioro. El título de uno de estos trabajos es suficientemente explícito: “¿Sabemos cuando nuestros clientes empeoran? Una

investigación sobre la capacidad de los terapeutas para detectar el cambio negativo de los clientes” (las traducciones del inglés son mías) (Hatfield, McCullough, Frantz, & Krieger, 2010). Los autores relatan dos investigaciones. En la primera de ellas comparan las opiniones de los terapeutas en sus anotaciones sobre el tratamiento con la aplicación antes de cada sesión de una medida de validez y confiabilidad conocida, el Outcome Questionnaire-45 (M. J. Lambert et al., 2004). Encontraron que los terapeutas “tenían considerable dificultad para reconocer el deterioro del paciente”. En la segunda investigación comprobaron que el indicador más utilizado por los terapeutas para identificar el deterioro era el empeoramiento sintomático, pero que muchas veces no percibían lo que mostraban los tests. Hannan et al. (2005) señalan que el monitoreo con instrumentos como el OQ-45, cumpliría un papel similar a los exámenes paraclínicos en medicina. Bystedt et al. (2014) subrayan que los clínicos no están entrenados para detectar los efectos negativos de la terapia ni están informados sobre los métodos y criterios usados por la investigación actual para identificar y prevenir el deterioro y los eventos adversos en psicoterapia.

Las escalas, como ser el OQ-45, son autoadministradas, incluyendo 45 ítems que evalúan tres dominios: el malestar sintomático o discomfort subjetivo, el grado de bienestar en las relaciones de intimidad y el desempeño de los roles sociales (Lambert, 2012). Se consideran ítems críticos los relacionados con riesgo de suicidio, adicciones o violencia.

El uso de estos instrumentos, puede ser de gran utilidad e incluso imprescindibles, por ej., a nivel institucional. Pero esto no significa eludir la necesidad de investigar con más detenimiento los factores que pueden dificultar el juicio clínico sobre la marcha del tratamiento y, sobre todo, el buscar formas de entrenamiento o guías clínicas que ayuden a afinar las evaluaciones del terapeuta. Estos puntos serán abordados a continuación.

Barlow (2010) señala que no alcanza solo con métodos cuantitativos para profundizar en el estudio de los efectos negativos sino que es necesario también incorporar estudios cualitativos de tipo ideográficos que permitan comprender mejor lo que ocurre en un tratamiento determinado, especialmente en aquellos casos desafortunados en los que el paciente empeora. En estos casos es importante investigar qué es lo que significa en concreto el empeoramiento y a través de qué procesos ocurrió esto en el tratamiento, tomando en cuenta las variables que dependen del paciente, del terapeuta y de la interacción entre ambos.

5. ¿Hasta dónde terapeuta y paciente pueden ser objetivos? Mentalización y apego: dos socios con una relación problemática

Psicoanalistas rioplatenses, como J. Bleger y D. Liberman, señalaron la dificultad del analista para evaluar el cambio del paciente desde una perspectiva global. Para Bleger (1973, p. 319) los analistas eluden la cuestión de pronunciarse sobre el grado de curación alcanzado porque durante el análisis, dice, “perdemos la perspectiva global, para recluirnos demasiado en lo que no logramos modificar...” Liberman coincide con Bleger en que “las condiciones del psicoanálisis no favorecen la evaluación de la curación” (Liberman, 1972, p. 343), pues el analista está centrado en lo que no puede modificar y en la transferencia. Comparte con Bleger la necesidad de la “búsqueda de

indicadores que nos preservasen a nosotros, los psicoanalistas, de este efecto” (pp. 343-344). Encontrar estos indicadores, como veremos, continúa siendo un desafío.

Pero, ¿es posible para el analista estar sumergido en la transferencia y a la vez tener una mirada válida sobre el proceso? Este problema se lo plantearon también W. y M. Baranger, quienes veían al “campo analítico” como una gestalt dinámica que incluía al paciente y analista, la relación transferencial y la contratransferencial. Este involucramiento mutuo favorece la formación de “baluartes”, donde pueden esconderse las resistencias al cambio de las dos partes, escapando a lo que el analista capta a través de su atención flotante. Postularon, en consecuencia, la necesidad de una “segunda mirada” en la que el analista, como observador participante, tomaba distancia de su participación en el proceso para percibirlo en una forma más global, que incluía su propia participación.

Mantener unidas la lucidez necesaria para el insight a la vez que la intensidad emocional del proceso transferencial-contratransferencial no es una tarea sencilla para el paciente ni para el terapeuta. Resulta interesante volver a pensar estos temas a partir de algunos desarrollos actuales sobre los conceptos de apego y mentalización. Fonagy & Adshad (2012) sostienen que el cambio en psicoterapia puede verse como el fortalecimiento de la capacidad de metacognición, es decir, de comprender y pensar sobre la experiencia del propio self y la de los otros. Esto implica un continuo proceso de mentalización, o sea, de mantener la mente propia en la mente del otro (p.1). Fonagy & Adshad pasan revista a las diversas formas de psicoterapia, para mostrar que en todas ellas juega un papel la búsqueda de fortalecer la mentalización.

El apego seguro ofrece la base para que se desarrolle la mentalización (p.4) y, recíprocamente, la continua exploración de afectos, ideas y recuerdos en la terapia fortalece el apego. Los pacientes, muchos de los cuales vivieron experiencias de apego inseguro en su infancia, desarrollan su capacidad de vincularse a la vez que de comprenderse en la relación con otro. Pero este camino no está libre de escollos. El amor es ciego (p.11): no está atento a los defectos del otro sino al mantenimiento del vínculo, lo cual ha jugado probablemente un papel evolutivo en el mantenimiento de los lazos familiares y sociales. La relación entre apego y mentalización no es sencilla.

La evidencia proveniente de las neurociencias sugiere que la hiperactivación del sistema del apego se acompaña de una desactivación de los sistemas de arousal y de regulación afectiva, así como de aquellos sistemas implicados en la cognición social, todos ellos fundamentales para la mentalización. Estos últimos involucran áreas tales como la corteza prefrontal lateral y medial, la corteza parietal lateral y medial, el lóbulo temporal medial y la corteza cingulada rostral anterior. El apego implica la activación de otras áreas. Dicen Fonagy & Ashead: “Dicho simplemente, a medida que el apego se intensifica y aumenta el arousal, la mentalización pasa de ser un proceso controlado, reflexivo, focalizado internamente y cognitivamente complejo a ser un procesamiento automático, focalizado en el exterior, emocionalmente intenso, localizado en la corteza posterior y guiado subcorticalmente” (p. 11). El predominio de este tipo de procesamiento puede llevar a que en la relación terapéutica en vez de mentalización puedan ocurrir enactments (puestas en acto) y que en el calor transferencial la relación pueda tomar características similares a las del apego inseguro. El terapeuta puede entonces ser vivido como abusivo, ser intensamente idealizado o erotizado como si fuera la pareja perfecta.

Al intentar combinar mentalización y apego, la psicoterapia se propone lograr una forma única y paradójica de funcionamiento mental a la que Fonagy et al. (2002) denominaron “afectividad mentalizada” (ver los capítulos relacionados con la mentalización en este volumen). Esta implica la activación de dos sistemas —el apego y la mentalización— que tienden a ser mutuamente inhibitorios. Ambos necesitan trabajar juntos para que puedan re-experimentarse (y modificarse) memorias traumáticas y pautas disfuncionales no integradas. Cuando esto ocurre, el vínculo de apego seguro ofrece la base necesaria para elaborar vivencias que de otro modo serían rechazadas por su contenido traumático y displacentero. No es de extrañar por tanto que las investigaciones empíricas muestren que la alianza terapéutica va unida al cambio positivo del paciente, e incluso que una fuerte alianza al comienzo del tratamiento predice un mayor grado de mejoría al final del mismo. Pero como vimos, apego y mentalización pueden oponerse.

Fonagy señala que también en el terapeuta es necesario este equilibrio entre apego y mentalización. Una activación moderada del sistema del apego permite al terapeuta cumplir su rol de contención sin el cual el paciente reactivaría sus experiencias de apego inseguro. Pero la hiperactivación del apego puede llevar a la pérdida de la capacidad de mentalización del terapeuta, o incluso a que tenga actuaciones inapropiadas agresivas o sexuales hacia el paciente. Para que la terapia progrese es necesario encontrar un punto de equilibrio que permita que operen ambos sistemas tanto en el paciente como en el terapeuta.

Este equilibrio es necesario para que el terapeuta pueda percibir los cambios positivos o negativos del paciente, lo cual nos retrotrae a las preguntas que nos planteamos anteriormente respecto a la posible dificultad del terapeuta para evaluar la psicoterapia. Como sostenían Liberman y Bleger, la intensidad transferencial puede afectar la mentalización necesaria para evaluar los progresos o no del tratamiento. Hasta dónde esto puede reflejar características individuales es un punto que hasta donde sé no ha sido estudiado, pero es sabido que no todos los analistas logramos manejar con igual destreza todas las situaciones. Para estudiar este tema podrían emplearse algunos criterios utilizados en las escalas de función reflexiva o los que propone Lanza Castelli (2011) y estudiar en qué medida el analista es capaz de prever la reacción del paciente a sus interpretaciones lo que ofrecería una medida de su sintonía con el estado mental del paciente.

Dicho en términos clínicos: durante la terapia se dan fenómenos emocionales y de identificación entre terapeuta y paciente que pueden influir en la forma en la que cada uno ve y evalúa lo que está sucediendo. El terapeuta debería poder alternar momentos de “contratransferencia concordante”, como la llamó H. Racker, en los que se identifica con su paciente, con momentos de “contratransferencia complementaria”, en los que juega el rol de las figuras con las que el paciente interactúa. Si el terapeuta queda fijado en forma excesiva en uno de estos roles pierde perspectiva y limita su posibilidad de ayudar al paciente a lograr cambios.

Ejemplo clínico

Los dos integrantes de una pareja mal avenida están en terapia. Desde que ambos están en terapia la relación entre ellos se volvió más difícil pues cada uno se volvió más intransigente en sus posiciones. Casualmente ambos terapeutas supervisan, sin saberlo, con el mismo supervisor. Ambos describen los problemas de sus pacientes de modo similar: son pacientes que necesitan valorarse más y aumentar su autoestima y valorar más sus opiniones, pero chocan con la obstinación y con la falta de comprensión de sus cónyuges; dudan de la eficacia de la terapia del otro. En determinados momentos, a través de distintos detalles, el supervisor se da cuenta de esta situación. Explora entonces con más atención el tipo de sentimientos contratransferenciales de ambos terapeutas. Los dos tienen fuertes contratransferencias concordantes con sus paciente y defienden la postura que toman en las riñas familiares, viendo como un logro terapéutico el que defiendan con más vigor sus posiciones. No logran ver, en cambio, en qué posición cada uno de ellos deja a la otra persona, dada la forma en la que expresan sus opiniones. El supervisor se imagina que, incluso, si los juntara y les contara la situación, ambos discutirían entre ellos acusando al otro de estar llevando mal la terapia. En este caso es claro que en ambos predominan identificaciones concordantes que favorecen un “idilio” entre terapeuta y paciente, que excluye todo sentimiento conflictivo que pueda surgir en la relación terapéutica. El paciente se lleva bien dentro de la terapia y todo el conflicto es vivido fuera. Eso no ayuda a que se puedan trabajar los aspectos disfuncionales (por ej.: falta de empatía, de reciprocidad, de capacidad para buscar soluciones negociadas que respeten a las dos partes, etc.) de los vínculos de cada uno de los pacientes. La solución que encontró el supervisor fue la de invitar a los supervisandos a imaginarse en el papel de la otra parte, y comenzar haciéndolo él, jugando el papel de “abogado del diablo”.

6. Sesgos en la evaluación clínica, “segunda mirada”, y validación por pares

Lilienfeld et al. (2014) señalan numerosos sesgos que pueden ser causa de una valoración espúrea de la efectividad de un tratamiento. Señalan 26 tipos de sesgos, que pueden ser agrupados en tres grandes categorías.

La primera de ellas tiene que ver con la percepción errónea de cambios en el paciente cuando ellos en realidad pueden no haber ocurrido o tratarse de cambios de tipo paliativo que, aunque pueden traer alivio al paciente, no son aquellos a los que se aspira en primer término.. Paciente y terapeuta pueden ilusionarse de muchas maneras, a veces viendo cambios que no existen, otras veces considerando como cambios positivos de fondo lo que puede ser un acostumbamiento al problema, una mejor comprensión del mismo sin que cambie, una mayor tolerancia, un recordarlo como más grave antes cuando en realidad era similar, etc. Otro tipo de errores dentro de esta categoría puede tener que ver con generalizar un cambio que ocurre en las sesiones como si modificara la vida del paciente, pero que no necesariamente es generador de cambios en la vida fuera del consultorio. Por ejemplo, un “buen” paciente puede volcar su agresividad fuera de la sesión. Analista y paciente pueden prestar atención a aspectos en los que se dan logros, no viendo problemas que persisten. Es importante notar que estos sesgos pueden afectar tanto al paciente como al terapeuta e influir incluso en los tests. Se ha señalado que un re-test puede dar resultados más favorables, no porque haya cambiado

el problema en sí sino porque el paciente se acostumbró a verlo con menos gravedad y pone puntajes mejores.

Un segundo grupo de sesgos pueden llevar a atribuir a la terapia logros que en realidad se deben a factores extra terapéuticos, tales como la remisión espontánea, la regresión a la media (el paciente vino en un momento muy malo y luego vuelve a un estado promedio), la naturaleza psíquica de ciertos trastornos, la adquisición de mayor madurez frente a algunas situaciones, etc.

Por último, los logros pueden ser atribuidos a ciertos factores específicos de un determinado enfoque psicoterapéutico cuando en realidad surgen de los factores no específicos de la situación terapéutica: efecto placebo, la expectativa de algo nuevo o como una forma de justificar el esfuerzo realizado. Cada uno de estos factores requiere salvaguardas metodológicas que no son fáciles de implementar en una investigación y resultan mucho más difícil en una investigación clínica.

Que estos sesgos sean posibles no quiere decir que necesariamente ocurran, pero es importante tener presente que indudablemente pesan en la manera como los terapeutas nos juzgamos a nosotros mismos y a nuestro trabajo.

Lilienfeld hace notar que el terapeuta promedio tiende a evaluarse a sí mismo por encima del percentil 80 (o sea entre el 20% más competente). Esto no es exclusivo de los terapeutas. También la mayoría de los conductores tienden a colocarse en el 10% con mejor desempeño (Kahneman, 2011).

Tampoco es fácil predecir fracasos. Un estudio citado también por Lilienfeld señala que en un estudio con 550 pacientes, solo se predijo un desenlace desfavorable para el 0,5% cuando en la realidad esto se dio en un 7,3% de los casos.

Es importante notar que la existencia de limitaciones o la posibilidad de sesgos no implican que haya que dejar de lado el juicio clínico o la investigación empírica. En especial respecto al juicio clínico no se trata de quitarle valor, sino de estar atento a la posibilidad de errores de apreciación y tomar en cuenta los procedimientos que pueden reducirlos. En el corazón de estos procedimientos está el recurrir a formas de triangulación que llevan a corroborar la intuición clínica y el “pensar rápido” (Kahneman, 2011) con datos de otras fuentes, posibilitando caminos más reflexivos y críticos. Dentro de estos procesos de triangulación cabe señalar la “segunda mirada” (Baranger & Baranger, 1982) cita que lleva a tomar distancia del material clínico buscando una perspectiva más abarcadora que permite tomar en cuenta nuevos datos. Esta ampliación del campo visual puede ser considerado una forma de triangulación (Edelson, 1988, p. 340).

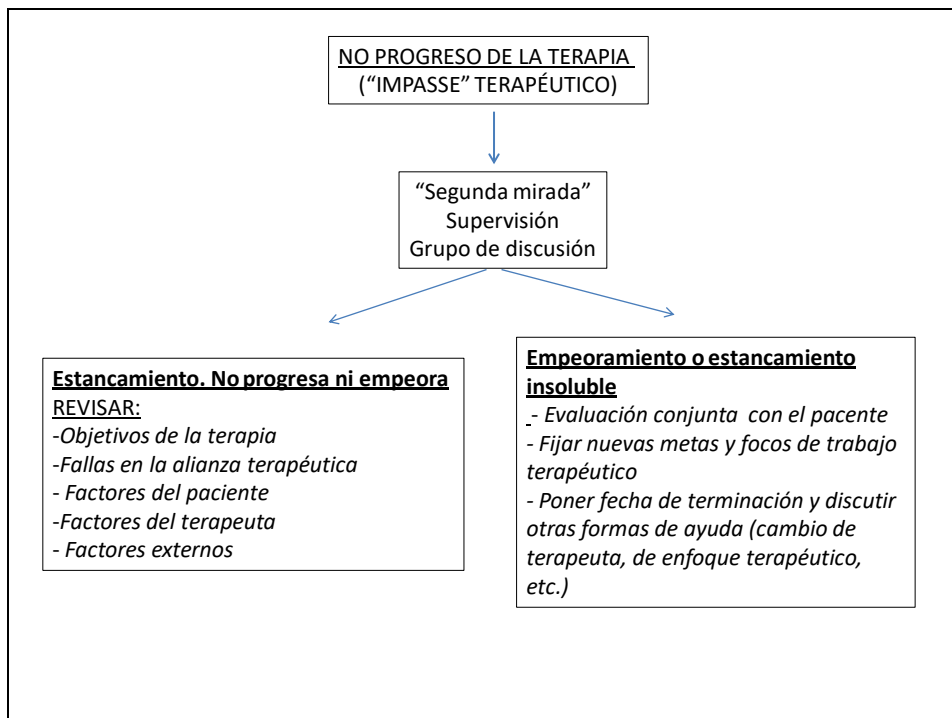
La formulación del caso y su consignación en la Historia Clínica ayuda a la evaluación de sus resultados y al seguimiento del caso. Son también recursos útiles para la evaluación clínica la supervisión o la discusión del caso con colegas. En otro capítulo se presentará el Modelo de los tres niveles para observar las transformaciones del paciente (3-LM) (Bernardi, 2014), en el que la discusión grupal permite triangular diversas perspectivas teóricas y clínicas, buscando el consenso entre los expertos.

7. ¿Qué pasa cuando un tratamiento no progresa?

Muchas veces el terapeuta percibe que un tratamiento no está marchando como sería deseable y que es necesario hacer algo al respecto, pero no percibe con claridad qué hacer. En ese caso es conveniente ponerse uno mismo como observador del tratamiento y revisar las sesiones tomando en cuenta las dimensiones de la formulación clínica del caso o utilizando alguna guía clínica acorde al tipo de terapia empleado. Para las terapias de tipo psicoanalítico resultan útiles las preguntas del Modelo de los Tres Niveles para observar las transformaciones del paciente. Si la dificultad persiste, conviene recurrir a una supervisión o a la discusión con pares, si existe la posibilidad de examinar el caso en algún tipo de grupo clínico.

Si la dificultad no se soluciona, y se tiene la impresión de que la terapia en vez de avanzar en forma de “espiral dialéctica” (Pichon, Bleger), da vueltas repetitivas, como una calesita, y siempre retoran los mismos temas sin que se dé ninguna modificación, o si, más aún, el paciente empeora, sea en sus síntomas o en su caracterología, corresponde poner decididamente en cuestión la continuación del tratamiento. Conviene evaluar la situación con el paciente, y, o poner nuevas metas y focos o formas de trabajo, o poner fecha de terminación discutiendo qué otro tipo de ayuda terapéutica podría beneficiar al paciente (cambio de terapeuta, de enfoque psicoterapéutico, recurrir a la psicofarmacología, etc.). (Ver tabla)

Tabla 1: QUÉ HACER CUANDO LA TERAPIA NO PROGRESA



7. ¿Cómo consignar la evolución en la FPC?

La marcha de la terapia y sus resultados, así como los datos que pueden obtenerse del seguimiento del paciente a más largo plazo luego de terminada la terapia, deben ser consignados en la Historia Clínica.

Un informe completo debe revisar todos los elementos de la formulación inicial del caso y consignar qué modificaciones se produjeron.

Un informe abreviado de la evolución del paciente durante la terapia debe al menos establecer:

- 1) Las metas que se propuso el terapeuta y en qué medida se lograron.
- 2) Qué problemas y vulnerabilidades persisten.
- 3) En qué medida el paciente puede continuar sin terapia, apoyándose en sus recursos internos y externos (especificándolos) o en qué medida convendría que continuara con ayuda psicoterapéutica del mismo tipo o de otra naturaleza.

El caso de Hugo (ver capítulo sobre niveles de funcionamiento mental) puede servir como ejemplo de este tipo de informe.

La psicoterapia de Hugo lleva 60 sesiones que por razones circunstanciales se desarrollaron en forma quincenal. Algunos sueños repetidos dan una idea de los focos centrales del tratamiento. Hugo sueña con inundaciones en las que no atina a nadar a pesar de saber hacerlo. Distintas circunstancias permiten identificar los conflictos en juego en diferentes momentos. “Nadar” significa a veces el atreverse a explorar hasta dónde es posible desarrollar nuevos aspectos positivos en su vida familiar. Otras veces, explorar las posibilidades de una nueva relación. Con mucha frecuencia este sueño u otros similares reflejan el temor a realizar cambios que siente imprescindibles en su trabajo. “Nadar” está siempre ligado a dejar situaciones de dependencia, asumir riesgos de fracaso externo y abandonar el perfeccionismo interno que lo paraliza pero que a la vez nutre su narcisismo arcaico (“nada” en vez de nadar, pero es mejor “nada” que algo imperfecto). Progresivamente Hugo va pudiendo tener nuevas experiencias que le permiten sentir entusiasmo frente a la posibilidad de cambios que signifiquen un posicionamiento distinto frente a sus problemas y una mayor autoconfianza. Aunque quisiera que estos cambios fueran más radicales, puede comprender más sus dificultades internas y aceptar que sólo es posible avanzar gradualmente.

Lo dicho puede consignarse en la FPC de la siguiente forma:

Informe de evolución de la terapia:

La evolución de Hugo respecto al problema que lo trajo a psicoterapia (problemas de pareja) muestra progresos a la vez que aspectos aún sin resolver. Hugo está manejando sus dificultades en una forma que siente más reflexiva, equilibrada y con menos malestar. Tomó conciencia que algunas dificultades en la relación conyugal estaban relacionadas con restricciones internas que también lo trababan en otras áreas

importantes de su vida. Comenzó a tomar iniciativas venciendo el temor o inseguridad que le provoca y esto le trajo mayor confianza en sí mismo. Paciente y terapeuta coinciden en que Hugo está progresando y que tiene condiciones para seguir haciéndolo por sí mismo, pero que por el momento es conveniente que continúe con la ayuda psicoterapéutica.

Bibliografía

- Balsam, P. D., & Bondy, A. S. (1983). The negative side effects of reward. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16(3), 283–296. <http://doi.org/10.1901/jaba.1983.16-283>
- Baranger, M., & Baranger, W. M. J. (1982). Proceso y no proceso en el trabajo analítico. *Revista de Psicoanálisis*, 39, 527–549.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments. A perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13–20. <http://doi.org/10.1037/a0015643>
- Bernardi, R. (2001). Psychoanalytic Goals: New and Old Paradoxes. *The Psychoanalytic Quarterly*, 70(1), 67–98.
- Bernardi, R. (2014). The three-level model (3-LM) for observing patient transformations. In M. Altmann (Ed.), *Time for Change: Tracking Transformations in Psychoanalysis - The Three-Level Model* (pp. 3–34). London: Karnac.
- Beutel, M. E., Stark, R., Pan, H., Sibersweig, D., & Dietrich, S. (2010). Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic inpatient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 184(2), 96–104.
- Bleger, J. (1973). Criterios de curación y objetivos del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, XXX(2), 317–350.
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians' Perspectives on Negative Effects of Psychological Treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 319–331.
- Crowther, A., Smoski, M. J., Minkel, J., Moore, T., Gibbs, D., Petty, C., ... Dichter, G. S. (2015). Resting-State Connectivity Predictors of Response to Psychotherapy in Major Depressive Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 1–15. <http://doi.org/10.1038/npp.2015.12>
- Edelson, M. (1988). *Psychoanalysis. A Theory in Crisis*. Chicago, Illinois: Univ. Chicago Press.
- Etchegoyen, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Etkin, A., Phil, M., Pittenger, C., Polan, J., & Kandel, E. R. (2005). Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 17, 145–158.
- Fonagy, P., & Ashead, G. (2012). How mentalization changes the mind. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18, 353–362.

- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2005). The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clin Neurosci Res*, 4, 367–377.
- Fonagy, P., & Target, M. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33, 45 – 55.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *J Am Psychoanal Assoc*, 44, 27 – 77.
- Freud, S. (1976). El yo y el ello, y otras obras. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Sigmund Freud. Obras Completas* (Vol. XIX, pp. 1-198). Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores. (Trabajo original publicado en 1923-1924).
- Freud, S. (1976). Análisis terminable e interminable. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Sigmund Freud. Obras Completas* (Vol. XXIII, pp. 211-254). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Trabajo original publicado en 1937).
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Lars Nielsen, S., Smart, D. W., & Shimokawa, K. (2005). A Lab Test and Algorithms for Identifying Clients at Risk for Treatment Failure. *J Clin Psychol/In Session*, 61, 155–163. <http://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 25–32. <http://doi.org/10.1002/cpp.656>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kazdin, A. (1982). The token economy: a decade later. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15(3), 431.
- Klein, M. (1980). Envidia y Gratitud. In *Melanie Klein, Obras Completas*. (Vol. 6). Buenos Aires: Paidós.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In *Handbook of psychotherapy integration* (1st ed.). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2012). The Outcome Questionnaire 45. *Integrating Science and Practice*, 2(2). Retrieved from https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2012_11_01_Integrating_SandP_Dossier_05_Lambert_En.pdf
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., & et. al. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire - 45*. Salt Lake City,: OQ Measures.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 139–193).
- Lanza Castelli, G. (2011). El Test de Situaciones para la Evaluación de la Mentalización. *Revista de La Asociación de Psicoterapia de La República Argentina*, IV(2).

- Leichsenring, F. (2009). Psychodynamic Psychotherapy: A Review of Efficacy and Effectiveness Studies. In *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 3–27). Boston: Humana Press.
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S., & Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy - an update: Bambi's alive and kicking. *Psychother Psychosom*, 84(3), 129–149.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., ... Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2(7), 648–660.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 15–22.
- Lepper, M., & Greene, D. (1978). *The hidden costs of reward: New perspectives on the psychology of human motivation*. Lawrence Erlbaum.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B., & al., E. (2003). How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patient's well-being: a representative, multi-perspective follow-up study. *Int J Psychoanal*, 84, 263–290.
- Lieberman, D. (1972). Comentarios y contribuciones al trabajo de José Bleger. *Revista de Psicoanálisis*, XXX(2), 343–345.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53–70.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2014). Why Ineffective Psychotherapies Appear to Work: A Taxonomy of Causes of Spurious Therapeutic Effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9, 355–387.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2(1), 1–27.
- Sandell, R. (2012). Research on Outcomes of Psychoanalysis and Psychoanalysis-Derived Psychotherapies. In G. O. Gabbard, B. E. Litowitz, & P. Williams (Eds.), *Textbook of Psychoanalysis* (2nd ed., pp. 417–437). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., & al., et. (2000). 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 Project (STOPPPP). *Int J Psychoanal*, 81, 921 – 942.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98.
- Wallerstein, R. S. (1965). The Goals of Psychoanalysis - A Survey of Analytic Viewpoints. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, (13), 748–770.

