

Miradas sobre los puentes entre la práctica clínica y la investigación en psicoterapia*

Juan Pablo Jiménez**

Primera mirada: La profundidad de la grieta

En una primera mirada superficial de la literatura sobre la relación entre la práctica clínica y la investigación en psicoterapia, llaman la atención ciertas palabras que se repiten una y otra vez. Términos como brecha, grieta, o falla geológica, nos entregan una impresión problemática e incierta sobre la posibilidad real de establecer puentes entre ambos campos pues, ¿quién se arriesgaría a construir un puente sobre una falla geológica? Inevitablemente, el roce entre las placas tectónicas terminará dando origen a un temblor que, si no lo destruye, lo dejará mal parado. Refiriéndose al asunto de la relación entre investigación psicológica y psicoanálisis, Peter Fonagy publicó un trabajo bajo el sugestivo título de “Agarrando ortigas o de por qué la investigación psicoanalítica saca ronchas” (2000), aludiendo con esta metáfora a la difícil situación en que nos encontramos los psicoanalistas comprometidos con investigación empírica frente al resto de nuestros colegas clínicos, frecuentemente frustrados y con una sensación de futilidad, enfrentando el apasionado rechazo con que éstos suelen recibir nuestras argumentaciones y los resultados de nuestras investigaciones. La descripción que este brillante investigador y psicoanalista británico hace de la situación es bastante dramática. Después de desplegar una extensa argumentación sobre la imperiosa necesidad de tender puentes entre la orilla clínica, donde reina la sobreabundancia del pensamiento metafórico, y la orilla del “ascetismo cognitivo” –como la llama–, propio de la investigación científica, Fonagy concluye diciendo que “la investigación no es para todos. La investigación –dice–, es para aquellos que quieren vivir en el quiasma, profesionalmente en la tierra de nadie, que toleran que sus motivos sean vistos como sospechosos o incluso como traidores por ambos lados, que quieren trabajar más duro que la mayoría, como hijos de padres separados que se esmeran en probar su fidelidad a ambos, que pueden sobrellevar la carga de sentirse incompetentes en sus dos profesiones [la clínica y la investigación], sobreviviendo necesariamente con una magra ración de convicciones” (p.195). Pareciera entonces que los puentes entre la clínica y la investigación en psicoterapia se construyen, en primer lugar, en la mente de algunos, esto es, su tendido pasa por la subjetividad de ciertos clínicos inquietos, insatisfechos con los métodos tradicionales de lograr conocimiento, quizás algo claustrofóbicos, que huyen del aislamiento del psicoterapeuta que trabaja solo en su consultorio haciendo uso de teorías que no encuentran otra validación que la respuesta individual de su cliente. Los investigadores son clínicos que se plantean cuestiones acuciantes que la clínica simplemente no puede contestar.

En agosto de 1990, a pocos días de mi vuelta a Chile, después de estar cinco años

trabajando en clínica e investigación en el departamento de psicoterapia de la Universidad de Ulm, en Alemania, participé en una mesa redonda sobre investigación en proceso psicoanalítico en el Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis que tenía lugar en Río de Janeiro. Mi presentación fue breve y concisa: siguiendo las reglas del “ascetismo cognitivo” expuestas por Wittgenstein en su *Tractatus*, donde sostiene que “lo que puede ser dicho, debe serlo con claridad, y sobre aquello de lo que no podemos hablar debemos pasar en silencio”, hablé sobre las condiciones que debían ser satisfechas para investigar en proceso psicoterapéutico. Planteé que debíamos tomar decisiones sobre el asunto de la definición de los datos relevantes, sobre la recolección de los mismos, y sobre su elaboración y análisis. Nunca había asistido a una audiencia que reaccionara tan agresivamente. El auditorio estaba irritado y vociferante, se me dijo que había abandonado el psicoanálisis, que era un positivista trasnochado que, por cierto, estaba más cerca de Wundt que de Freud, que mataba la poesía en la terapia, que era un fascista, en fin, que me había tragado entero a Pinochet. En esa ocasión tuve mi propia experiencia de haber confundido la menta con la ortiga, no tenía idea con que chichita me estaba curando, el trago me produjo un shock profundo. En mi vuelta a Latinoamérica había caído al fondo de la falla geológica, en medio de un terremoto.

Pero, la historia muestra que, no sólo en el campo psicoanalítico, sino en el dominio psicoterapéutico en general, clínica e investigación se han desarrollado en comunidades separadas y en culturas diferentes. De hecho, pocos en estas comunidades leen los trabajos de la otra. Si alguno accidentalmente llega a hacerlo, suele experimentar una reacción de shock ante las concepciones profundamente discrepantes, desconcierto frente al propósito del otro, molestia ante la jerga innecesaria, pero, sobre todo, una profunda convicción sobre la irrelevancia y futilidad de la empresa del otro. No existe espacio para el debate: para debatir es imprescindible algún terreno en común donde la discusión pueda llevarse a cabo. Lamentablemente, predomina la indiferencia. Esto es así, hasta que las placas tectónicas se acercan demasiado, entonces la tierra comienza a temblar.

Hoy día inauguramos un encuentro que espero tenga características sísmicas, que ponga en jaque las convicciones de cada uno. Desde luego, para que el sismo tenga lugar, cada uno debe hacer el esfuerzo de colocarse al margen de sus propias convicciones, debe disponerse a abandonar la seguridad de las ideologías terapéuticas entrañables. Sólo así podemos esperar impactarnos mutuamente y salir enriquecidos del encuentro. La clínica y la investigación en psicoterapia son como un matrimonio mal avenido, y este congreso debiera tener los efectos de una gran terapia de familia, donde cada miembro ponga sobre la mesa sus argumentos y sea capaz de negociar con el otro. Pero no sólo eso, los puentes deben también tenderse en otras direcciones, hay aún otras quebradas que cruzar. Hay aquí psicoterapeutas de distintos colores y pelajes: conductistas, cognitivos, cognitivo-conductuales, humanistas experienciales, guesálticos, corporales, sistémicos, psicoanalíticos y, probablemente, un número no despreciable que no se siente identificado con ninguna de estas categorías. Hay especialistas en terapias individuales, de grupo, de pareja y familia, en adultos o en niños y adolescentes. Habrá algunos que les gusta trabajar con pacientes severamente perturbados, psicóticos o con trastornos graves de personalidad, otros que prefieren clientes que buscan más bien el desarrollo personal, donde la patología no sea tanto el motivo de consulta principal. Entre Uds. hay terapeutas principiantes y experimentados,

unos que trabajan exclusivamente en la práctica privada, otros que están comprometidos en la red de servicios públicos, sea en consultorios de atención primaria o en servicios de psiquiatría, en hospitales generales o en hospitales psiquiátricos. Desde luego, también hay un puñado que trabaja en la universidad y dedica parte de su tiempo a la investigación y la docencia. Finalmente, algunos son psiquiatras y otros psicólogos, y entre estos dos grupos de profesionales las cosas no son fáciles.

En un trabajo que presentó en el *Segundo Encuentro del Capítulo Sudamericano de la SPR*, realizado en Santiago en 1994, Jorge Manzi investigó empíricamente la percepción de roles profesionales de la salud mental en Chile, concluyendo que “los hallazgos obtenidos para el caso de los psicólogos clínicos y psiquiatras revelan que efectivamente subsisten importantes tensiones en la relación de estos grupos que, en última instancia, producen ineficiencias en el uso de recursos y competencias profesionales, y que significan mayores costos para quienes acuden a demandar los servicios de estos profesionales, sea porque tienden a duplicar prestaciones, o porque no se recurre con la prontitud debida a los servicios del otro grupo profesional en caso de que éstos fueran requeridos” (1995, p. 85).

La posibilidad de un intercambio constructivo entre investigación y práctica clínica se complica aún más si introducimos en nuestro análisis la relación de ambas con el nivel en el que se toman las decisiones sobre políticas en Salud Mental. En este encuentro tendremos oportunidad de plantear el problema y discutirlo, a propósito de la presentación del Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en la Atención Primaria que hará Jorge Vega. Quienes toman decisiones sobre política y administración en salud manejan problemas complejos desde múltiples perspectivas y tienen un sesgo propio para recolectar y analizar los hallazgos de la investigación en psicoterapia, donde ciertamente el estudio económico de la relación costo-beneficio pasa a ocupar un lugar preeminente (Waddel 2001).

En un trabajo anterior (Jiménez 2000) señalé que la experiencia internacional enseña que existe el peligro real de que los hallazgos de la investigación empírica en psicoterapia sean usados de manera no crítica por las autoridades como un recetario para planificar y regular la práctica psicoterapéutica. En la medida en que la evidencia que surge de la investigación empieza a formar un cuadro coherente, aumenta la tentación de convertir estos hallazgos en respuestas definitivas, sin considerar la extrema cautela con que los propios investigadores los entregan a la consideración de la comunidad científica. Elliot & Morrow-Bradley han afirmado que, en los Estados Unidos, las instituciones de salud administrada han justificado las cuestionables restricciones en la atención de pacientes sobre la base de una selección miope de los hallazgos de investigación en psicoterapia (cit. por Talley y cols. 1994). Este punto también tiene que ver con el mal uso que los medios masivos de comunicación hacen de la investigación. Talley, Strupp & Butler (1994, p.258), editores de un libro que trata justamente sobre los puentes entre la investigación y la práctica psicoterapéutica, nos recuerdan que la prensa americana publicó el ya famoso Estudio Colaborativo para el Tratamiento de la Depresión del *NIMH* (Elkin, Shea, Watkins y cols., 1989) con la afirmación de que “la depresión ahora se cura en 16 sesiones de psicoterapia”, sin considerar para nada que los estudios de seguimiento de esa misma investigación y de otras afines, ofrecen una fuerte evidencia de que la depresión unipolar requiere de un tratamiento mucho más

largo si es que se pretende disminuir la tasa de recaídas.

Me han pedido que abra este encuentro hablando sobre los puentes entre la práctica clínica y la investigación en psicoterapia, teniendo como trasfondo, no sólo el contexto más amplio de la psicoterapia inserta en el sistema de atención en salud, sino también la diversidad de orientaciones y compromisos psicoterapéuticos. Espero que cada uno me escuche desde la frontera de las propias convicciones pues, como dije, sólo situándose al margen de nosotros mismos podremos encontrar nuevos puntos de contacto. Quiero pensar que quienes me han pedido me dirija esta mañana a Uds. reconocen que esto de vivir en el quiasma y en la tierra de nadie profesional es una de las características de mi biografía como psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Ya a principios de los ochenta, siendo primero director del consultorio externo del *Hospital Psiquiátrico de Santiago* y después jefe de un sector de hospitalización, me esforcé por aplicar un modelo amplio y pluralista. En el año 1982, plasmamos esa experiencia con Raúl Riquelme, en un trabajo que titulamos “Pluralismo teórico en la constitución de un equipo de salud mental destinado a la rehabilitación” (1983). En la *Introducción* al texto de *Psiquiatría* que junto a Mario Gomberoff edité ese mismo año (1982), escribía que “no es posible renunciar a los distintos modelos teórico-prácticos que actualmente configuran nuestro quehacer. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que tampoco es fácil trabajar con ellos simultáneamente” (p. 20s). En “esta especialidad –agregaba– los dogmatismos no están al servicio del progreso del conocimiento, puesto que todos los modelos son abiertos, vale decir, tienen puntos de contacto.” (p.22) Releyendo ese mismo texto encuentro las razones de mi interés en la investigación en psicoterapia. En uno de sus párrafos afirmo que “debemos reflexionar acerca de la práctica psiquiátrica, sobre aquello que *realmente hacen* los psiquiatras. Esto es complicado –continúo– porque lo que un especialista dice que hace, la mayoría de las veces corresponde a aquello que idealmente quisiera hacer y que se expresa en una concepción coherente de la enfermedad mental, el rol del psiquiatra y la naturaleza del acto médico.” (p.13) Pienso que fue esa inquietud la que me llevó a interesarme en la investigación empírica: descubrí que la misma discrepancia entre práctica idealizada y práctica real se da en las discusiones psicoterapéuticas. Así, la relación entre investigación y clínica ha sido una preocupación mía desde 1985, fecha en que, gracias a una beca de la *Fundación von Humboldt*, pude ir a Ulm a trabajar junto a Helmut Thomä y a Horst Kächele, en un proyecto de investigación en proceso psicoanalítico.

En lo que sigue, intentaré compartir con Uds. algunas miradas posibles sobre la manera de tender puentes entre la clínica y la investigación en psicoterapia. Al hacerlo, seguiré un tipo de reflexión que combine argumentos teóricos con relatos personales que resumen una experiencia compartida con muchos en los últimos 20 años. Si bien este es un cuento que tiene como escenario el cono sur de nuestro continente y que se extiende hacia los Estados Unidos y Alemania, me concentraré especialmente en lo sucedido en nuestro país. Comenzaré por el hito plantado en el año 1992, cuando, junto a un pequeño grupo de psicoterapeutas argentinos, uruguayos, brasileños y chilenos, nos encontramos en Mendoza, concretamente en el hotel *San Francisco*, en *Chacras de Corias*, para dar a luz el capítulo sudamericano de la *Society for Psychotherapy Research*. Nació el bebé y nuestros padrinos de bautismo fueron Horst Kächele y Ken Howard.

Segunda Mirada: Retrospectiva

Horst Kächele visitó Chile por primera vez en 1982, hace exactamente 20 años. Lo conocí en casa de Guillermo de la Parra y asistí a algunas de sus conferencias. Fue esa la primera vez que tomé contacto con la investigación empírica. Poco después Guillermo viajó a Ulm, desde donde volvió como flamante Doctor en Medicina, grado que logró con una tesis en la que investigó, con técnicas de análisis de contenido verbal con ayuda computacional, 282 primeras entrevistas, encontrando indicadores lingüísticos diferenciales de acuerdo con el diagnóstico, la edad y el género de los consultantes. Desde 1982 hasta hoy día, Horst Kächele nos ha visitado muchas veces y, mostrando un entusiasmo inagotable, sólo comparable con su generosidad, ha oficiado de padrino de la investigación empírica en psicoterapia en toda Latinoamérica. A mi vuelta de Alemania insistió, hasta convencerme, de que reuniera a un grupo de psicoterapeutas de Argentina, Uruguay y Chile, para fundar el capítulo sudamericano de la *SPR*, que con este encuentro celebra 10 años de vida. Pero este capítulo tiene otro padrino más. Ken Howard, junto a David Orlinsky, ambos psicólogos psicoterapeutas e investigadores de Chicago, fundaron en 1969 la *Sociedad de Investigación en Psicoterapia*. Debo testimoniar acá la generosidad que estos padres fundadores han tenido con nuestro capítulo. Ken me animó y apoyó fuertemente frente a mis dudas iniciales de emprender la tarea de organizar la *SPR* en nuestra región. En ese primer encuentro en Mendoza, Howard nos presentó los resultados del trabajo realizado en conjunto con David Orlinsky sobre el *modelo genérico* (Orlinsky & Howard 1986). En su versión más reciente, Orlinsky y cols. (véase Orlinsky 1994) tabularon un total de 2.343 hallazgos independientes de relaciones entre variables de proceso y mediciones de resultado. Para transformar esta masa de datos empíricos en un cuerpo coherente de conocimientos se requería de un modelo teórico de terapia capaz de organizar las muchas y distintas variables en un conjunto pequeño pero abarcativo de categorías conceptuales. Así nació el *modelo genérico*.

El conocimiento actual sobre los procesos de procesamiento de información y de toma de decisiones del terapeuta (véase Caspar 1997), nos permite entender mejor la manera indirecta y contextual en la que los clínicos podemos utilizar los hallazgos empíricos. Es claro que los estudios empíricos entregan perfiles de pacientes promedios que no representan a ninguna persona actualmente existente; además, usan instrumentos de evaluación que tampoco reflejan la manera clínica de acercarse a los fenómenos. Sin embargo, Maling & Howard (1994) hacen notar que la mente del clínico trabaja con el supuesto de que hay clases o grupos de pacientes que responden de manera similar a las mismas intervenciones técnicas. Lo que se sugiere entonces, es que los hallazgos empíricos pueden organizarse en torno a prototipos, semejantes a las clases con las que trabaja el clínico. De este modo, la información empírica puede ser usada por el terapeuta práctico.

Sin embargo, la organización de la información empírica "cruda" en "prototipos útiles en el proceso de construir un procedimiento terapéutico individualizado para cada nuevo paciente y para cada nueva situación" (Caspar 1997 p.107), pasa por la construcción de modelos teóricos. Los modelos así concebidos, son una forma "blanda" de estandarización, a diferencia de la forma "dura", preconizada por el movimiento de salud mental basada en la evidencia, que pretende encontrar procedimientos

específicos y cuasi algorítmicos para cada trastorno del DSM IV. Son estos modelos heurísticos, como interfase entre la investigación y la clínica, los que pueden ser enseñados en los programas de formación de psicoterapeutas.

En la construcción de modelos heurísticos que permitan la utilización clínica de los hallazgos empíricos, pienso que el caso más logrado es el *modelo genérico* de Orlinsky y Howard (1986). Dentro de las categorías del modelo genérico me interesa destacar acá la estrecha relación que éste asigna al impacto de las intervenciones técnicas del terapeuta, la disposición del paciente para recibirlas y la calidad del vínculo entre ambos. El monitoreo de la interacción de estos tres aspectos en las sesiones de terapia son de gran utilidad no sólo en el propio trabajo como terapeuta, sino también en las supervisiones de casos en psicoterapia. El modelo genérico postula que la participación del paciente en las intervenciones técnicas es crucial en el resultado del tratamiento. Los predictores más fuertes en este sentido son la capacidad del paciente de colaborar versus de resistirse al trabajo terapéutico, junto con la experiencia del paciente de afectos positivos hacia el tratamiento y la persona del terapeuta. La calidad del vínculo se expresa en dos series de fenómenos: la primera es la fortaleza de la relación de trabajo, es decir, la investidura personal de ambos participantes y la habilidad de coordinar la acción en sus respectivos roles. La otra es la calidad de su relación personal, esto es, la resonancia de la comunicación mutua y los afectos que cada uno elicitaba en el otro.

Las categorías del modelo genérico se aplican a toda forma de psicoterapia y, por eso mismo, constituyen un lenguaje común sobre el cual basar la comunicación entre clínicos de distintas orientaciones. De este modo, descubrimos que otra función de la investigación en psicoterapia es tender puentes entre las distintas orientaciones e ideologías psicoterapéuticas.

Según nos contó Ken Howard en Mendoza, la intención de los autores del modelo genérico era precisamente ofrecer un fundamento sólido sobre el cual apoyar los esfuerzos del movimiento integracionista en psicoterapia. Son muchos los terapeutas que actualmente se definen como eclécticos o integrativos. Entre nosotros, Roberto Opazo ha tomado la delantera con la publicación de un libro que lleva precisamente el título de *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica* (2001). Si bien Opazo privilegia la integración en el nivel de la teoría, afirma que “una integración sólida en psicoterapia se puede construir sobre las bases teóricas, empíricas y clínicas existentes” (p.41). La pregunta es cuánto de reflexión teórico-clínica y de acumulación de hallazgos de investigación empírica sobre la relación proceso-resultado falta por hacer para completar esta nueva utopía que se perfila en el horizonte de la psicoterapia del siglo XXI. En todo caso, Howard nos contó de la desilusión de él y de Orlinsky cuando presentaron este trabajo en un congreso de la *SEPI*, la *Sociedad de Exploración de la Integración en Psicoterapia* y notaron el escaso interés de los participantes en conocer el aporte de la investigación empírica en los esfuerzos de construir un paradigma integrado en psicoterapia.

Si bien manifiestamente investigadores y clínicos persiguen el mismo objetivo, cual es el mejoramiento de las técnicas de tratamiento, se ha dicho que esta coincidencia es más aparente que real (Roth & Fonagy 1996, pp. 41s). Mientras la investigación

pretende hacer evidentes las relaciones causales entre intervenciones y mejoría mediante la aplicación de controles metodológicos, la actitud del clínico es mucho más pragmática: le interesa menos la demostración de cuál elemento es el ingrediente activo que el logro del cambio en sí mismo. En este sentido, se puede decir que el investigador busca maximizar la evidencia negativa, es decir, aumentar el nivel de cuestionamiento y crítica de los hallazgos, mientras que el práctico hace lo contrario: maximiza la evidencia positiva para poder actuar coherentemente en la situación clínica (Bowlby 1979). No puedo profundizar aquí en las implicancias de esta disposición mental del clínico práctico en el establecimiento y mantención de lo que se ha llamado el *sesgo de confirmación*. En todo caso, la superación de este sesgo exige métodos externos de validación de las hipótesis que surgen en el ámbito del trabajo práctico

En mi experiencia, esta divergencia entre clínica e investigación, que aparece como tan radical, no se da en la realidad de la manera como podría desprenderse de lo dicho anteriormente. Más aún, durante los años en que estuve en contacto estrecho con actividades de investigación (1985-1990) en el Departamento de Psicoterapia de la Universidad de Ulm, observé en mi propia práctica un efecto absolutamente contrario al esperado. Después de un corto período en que las convicciones clínicas adquiridas durante mi formación psicoterapéutica y psicoanalítica en Chile se vieron sometidas a un cuestionamiento sistemático por el ambiente de intensa crítica que existía allí, y durante el cual me invadieron intensos sentimientos de incertidumbre y contradicción, empecé rápidamente a darme cuenta de los notables cambios que se produjeron en múltiples dimensiones de mi práctica clínica. Estos cambios coinciden con lo que Safran & Muran (1994) han descrito como "productos clínicos secundarios de la investigación".

Lo primero es el nacimiento de una nueva "actitud empírica", esto es, de un hábito de evaluar las propias teorías a la luz de los fenómenos observados más que de seleccionar los eventos con el objeto –desde luego, preconsciente– de fundamentar la propia teoría. El método clínico tradicional no entrega herramientas suficientes para distinguir lo ideológico de lo científico en la práctica psicoterapéutica. En contra de lo esperado inicialmente, la introducción en la formación psicoanalítica del análisis didáctico no disminuyó la influencia de la ecuación personal o de las ideologías en la construcción de teoría en psicoanálisis; sucedió más bien que el mismo análisis didáctico sufrió un proceso de idealización. Ya desde los tiempos de Freud el método psicoanalítico ha sido idealizado, idealización que se rompe rápidamente cuando un clínico se compromete en actividades de investigación. Creo que este argumento puede ser generalizado a la práctica general de la psicoterapia, de cualquier orientación.

El aumento en la claridad conceptual es una segunda ganancia para los clínicos que se acercan a la investigación. La necesidad de operacionalizar los propios conceptos y de articular las evidencias en pro y en contra de las hipótesis de investigación contribuye decisivamente a acotar la teoría clínica, distinguiéndola de la teoría general, más alejada de los fenómenos y por eso mismo más proclive a la infiltración no crítica de ideologías de escuela y orientaciones terapéuticas. Esta claridad conceptual acrecienta la capacidad de hacer explícitas las propias teorías clínicas implícitas (Sandler 1983), tarea indispensable para favorecer un diálogo productivo en el ámbito clínico.

Lo notable es que este cambio de actitud frente al trabajo clínico y a las propias teorías

e ideologías terapéuticas, en vez de conducir a una suerte de paralización frente al paciente, produce exactamente lo contrario. En mi experiencia, aumenta la libertad para pensar con el paciente acerca de las intervenciones técnicas que mejor pueden ayudarlo. El pragmatismo, que podría conducir a una suerte de oportunismo teórico, se ve compensado con la necesidad de fundamentar racionalmente las intervenciones terapéuticas. Caspar (1997), investigando los procesos de procesamiento de información que tienen lugar en la mente del terapeuta, hace notar que los mejores resultados en el dominio clínico de generación de hipótesis se logra con la combinación de procesos intuitivos y analítico-rationales. El entrenamiento en investigación facilita las mejores combinaciones en los procesos de información y de toma de decisiones en el nivel clínico. El hábito de documentar de manera más cuidadosa lo que realmente sucede en la terapia es, en sí mismo, un indicador enorme de progreso en nuestro campo pues facilita el intercambio entre los clínicos, disminuye la mistificación, y promueve la capacidad de responder por los propios actos, que el público y la sociedad exigen de manera creciente.

Por último, el entrenamiento en investigación fomenta una sana actitud escéptica frente al trabajo clínico. Las limitaciones e incertezas de la metodología clínica hacen los errores inevitables y frecuentes en la labor psicoterapéutica. Rubovits-Seitz (1992) propone algunas *estrategias reparadoras*, que básicamente tienen que ver con los procesos de *aprender del error*. Lo primero es intentar reconocer los errores cuando ellos ocurren y, si es posible, introducirlos en el proceso de trabajo terapéutico. La estrategia de reconocer, corregir y aprender de los errores empieza con la expectativa de que el terapeuta cometerá errores. Una actitud de alerta frente a los propios errores supone así un cierto escepticismo: El clínico que acepta la inevitabilidad de los errores, duda sistemáticamente de todo lo que atañe a la validez de sus modelos de trabajo: duda de lo que supone son los hechos, duda de las hipótesis que se plantea y de si acaso todo lo anterior calza con lo que él piensa está realmente haciendo en la terapia. Sólo así el clínico podrá modificar o descartar sus construcciones iniciales para reemplazarlas por hipótesis que den mejor cuenta de los datos, y mejorará la coherencia interna. De este modo, cada construcción que es revisada y modificada constituirá una hipótesis alternativa. Las hipótesis en competencia son probadas en la mente del terapeuta en relación con el conjunto de los datos disponibles y, de la misma manera, cada construcción descartada representará una hipótesis refutada.

En 1997, y gracias al impulso del entonces presidente de la *Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile*, César Ojeda, no reunimos un puñado de psiquiatras psicoterapeutas, y fundamos el grupo que poco después se convirtió en el Comité de Psicoterapia de nuestra sociedad. Frente al boom de los tratamientos biológicos, fue éste un paso importante, pues con ello se reconoció que la psicoterapia es una herramienta terapéutica imprescindible en psiquiatría. Siendo de orientaciones terapéuticas diferentes, empezamos a discutir en conjunto trabajos de investigación que nos ofrecieran un terreno común donde encontrarnos. Así, por ejemplo, el primer año nos informamos sobre el tema de la alianza terapéutica y su impacto en los resultados en las distintas terapias. El concepto de alianza terapéutica, originalmente psicoanalítico, ha demostrado ser un constructo teórico-técnico tremendamente fructífero en toda forma de psicoterapia. El impacto de la alianza terapéutica en los resultados se ha estudiado no sólo en las terapias dinámicas, sino también en las

conductuales, las cognitivas y las humanistas, en las terapias de niños, de pareja y de grupo, y también en farmacoterapia. Jeremy Safran, conocido terapeuta cognitivista, publicó en el año 2000, junto a Christopher Muran, el libro *Negociando la alianza terapéutica: Una guía de tratamiento relacional*. Este libro fue revisado en el ejemplar de abril de este año de *The International Journal of Psychoanalysis* (vol 83, part 2. pp.523-526, 2002), la publicación psicoanalítica más antigua y prestigiada. Valga esto como un indicador, no sólo del carácter genérico y transversal del concepto de alianza terapéutica, sino también de los avances en el diálogo entre orientaciones en psicoterapia, que ha sido posible, justamente, gracias a los puentes que ha tendido la investigación empírica. Una anécdota significativa: cuando estuvo no hace mucho en Chile, Jerry Safran contó que estaba en psicoanálisis personal.

A poco andar, el Comité de Psicoterapia pensó necesario invitar a colegas psicóloga/os a participar en nuestras reuniones, con la idea de que a la profesión de psicoterapeuta se llega, al menos en nuestro país, desde dos profesiones de origen, la psiquiatría y la psicología. Junto con eso, propuse la idea –sacada de mi experiencia de haber participado en un par de ocasiones en las *Semanas Psicoterapéuticas de Lindau*, en Alemania del Sur–, de realizar encuentros psicoterapéuticos anuales, en algún lugar apartado, que permitiera el intercambio profesional y humano más amplio posible entre terapeutas de distintas profesiones de origen y orientaciones teóricas. Esta idea fue recogida inmediatamente por el grupo y, con gran entusiasmo y éxito, nacieron los Encuentros Psicoterapéuticos, los dos primeros en Mauco y este tercero en Reñaca. Psicólogas y psicólogos están plenamente integrados en estas actividades. La *Sociedad de Psicología Clínica* forma parte del comité organizador.

Como ven, aquí en Reñaca convergen durante estos días vertientes variadas y diversas que bajan desde la montaña por quebradas también diferentes para encontrarse junto al mar que representa el utópico horizonte de la integración.

Tercera Mirada: ¿Dónde estamos?

En 1989, durante la 3ª Conferencia Europea de la SPR, que tuvo lugar en Berna, asistí a una mesa redonda dirigida por David Orlinsky sobre la psicoterapia desde una perspectiva sociocultural. En la introducción a ese panel, David señalaba que “la psicoterapia, en el sentido moderno del término, ha llegado a ser un fenómeno familiar y ampliamente extendido. Desde una perspectiva global –agregaba–, esto sucede en un grupo relativamente pequeño de sociedades, concentradas principalmente en Europa y Norteamérica. A lo largo y ancho del mundo hay muchos países que carecen de psicoterapeutas o de psicoterapia en el sentido moderno y, por supuesto tampoco tienen investigadores en psicoterapia.” (Orlinsky 1989) Según Orlinsky, la psicoterapia se ha desarrollado en las sociedades urbanas y tecnológicas con la función de lidiar con los trastornos psíquicos inducidos por el estrés sobre la base de vulnerabilidades somáticas. Los sectores educados, urbanizados y tecnológicamente sofisticados de la población, son quienes más rápidamente buscan y quienes más utilizan los servicios psicoterapéuticos disponibles para lidiar con las enfermedades emocionales y con los problemas de vida. La ambigüedad del fraseo en términos de “enfermedad” o de “problemas de vida”, no es un mero eufemismo para pacificar los reclamos conflictivos de terapeutas médicos y no médicos. La competencia de estas profesiones para llegar

a ser reconocidos como proveedores legítimos de psicoterapia refleja en el fondo una transformación incompleta de las profesiones tradicionales en una profesión unificada de psicoterapia moderna. De hecho, no es fácil colocar límites sobre lo que debiera o no debiera ser llamado con propiedad psicoterapia. A causa del modo naturalístico de curar, la psicoterapia se asemeja a otras formas de práctica médica, sin embargo, se funde también con variadas maneras no médicas de curar y de aconsejar, y con formas grupales de autoayuda que han demostrado su utilidad, por ejemplo, en servicios sociales y en educación, y en el trabajo con grupos especiales como alcohólicos y abusadores de sustancias, pacientes crónicos y sus familias, y personas solitarias o con duelos recientes.

El sociólogo británico, Anthony Giddens, es aún más definitivo que Orlinsky, cuando plantea que la “psicoterapia es... un fenómeno de la reflexividad de la modernidad.” Si bien la psicoterapia se ha desarrollado como un medio para combatir patologías de la personalidad y se constituyó recurriendo a una retórica de “enfermedad” y “curación”, para Giddens, “la importancia primordial de la terapia en las circunstancias de la modernidad tardía no reside aquí. La terapia –afirma– debería entenderse y valorarse esencialmente como una metodología de la planificación de la vida. El individuo que hoy día se supone “capaz”, no sólo ha desarrollado una comprensión de sí mismo, sino que es capaz de armonizar sus intereses del momento y sus proyectos futuros con una herencia psicológica del pasado.” Así, para Giddens, la psicoterapia ha rebasado el campo médico: “La psicoterapia no es un mero mecanismo de ajuste. En cuanto expresión de reflexividad generalizada muestra plenamente las dislocaciones e incertidumbres que surgen de la modernidad. Al mismo tiempo, participa en esa combinación de oportunidad y riesgo característica del orden de la modernidad tardía. Puede fomentar la dependencia y la pasividad; pero también puede dar lugar al compromiso y la reapropiación” (Giddens 1995 pp. 228s).

De este modo, en el contexto de una economía globalizada y en una cultura de modernidad tardía, en la que las dudas existenciales sobre el sentido de la vida y la propia identidad son fuente creciente de psicopatología, la psicoterapia se ha convertido en un objeto de consumo masivo. No es por casualidad que, hace algunos años, el *Consumer Reports* –antigua institución americana de investigación de mercado– eligiera la satisfacción con los resultados de la psicoterapia como objeto de encuesta a miles de consumidores estadounidenses (Seligman 1995).

Los más viejos de entre nosotros recordarán los años sesenta y setenta cuando mirábamos hacia el otro lado de la cordillera y, no sin ambivalencia, observábamos el florecimiento del psicoanálisis y de la psicoterapia en los países del Río de la Plata. Durante los años noventa, hemos asistido en Chile al boom de la psicología y a la expansión de las ofertas de psicoterapia, es decir, al nacimiento del “mercado” psicoterapéutico nacional. Pareciera entonces que el desarrollo de la psicoterapia en esta región confirma las ideas de Orlinsky. El encuentro que hoy inauguramos es justamente una demostración de la cantidad de agua que ha pasado bajo los puentes entre esa conferencia de Berna en 1989 y este congreso en Reñaca en el 2002.

Sin embargo, el que la psicoterapia haya entrado a ser regida por las leyes del mercado tiene consecuencias de gran peso. Para los clínicos no es inmediatamente evidente que la práctica terapéutica está inserta en un sistema de atención en salud. Mientras la

psicoterapia era una actividad de escaso impacto económico, los psicoterapeutas podíamos mantener la ilusión de ser profesionales liberales con la posibilidad de establecer contratos de tratamiento con personas particulares, sin injerencia de terceras partes. Por otra parte, la preocupación de los gobiernos por el aumento del gasto en salud también alcanza a los psicoterapeutas, a quienes se les exige apliquen tratamientos cuya eficacia esté probada empíricamente y que maximicen la relación costo-beneficio. En nuestros países del Cono Sur, la preocupación de los gobiernos por estos temas crece día a día y los terapeutas debemos prepararnos para las negociaciones que se avecinan. De este modo, se ha ido creando un clima en el que nos encontramos a la defensiva y en la creciente necesidad de convencer a las autoridades, a la industria de seguros y a los pacientes mismos sobre el valor de nuestras terapias. El Plan Nacional de Salud Mental y en especial el “Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria” (Minsal 2001), son el primer paso en una dirección que cambiará radicalmente las condiciones de la práctica psicoterapéutica, tanto en el sector público como en el privado. Los protocolos y guías clínicas contempladas en el plan AUGE, constituirán, en el mediano plazo, el marco de nuestro trabajo cotidiano. En los Estados Unidos, la introducción de la salud administrada en la regulación del mercado psicoterapéutico pilló a los psicoterapeutas desprevenidos, creándose una situación caótica en las asociaciones gremiales y sociedades científicas de psiquiatras y psicólogos. Según Gunderson & Gabbard (1999), tal situación en parte se debe a la “extendida falta de aprecio [en la comunidad de terapeutas] de la importancia central del conocimiento logrado empíricamente y a la resistencia a considerar la preocupación del consumidor moderno sobre la relación costo-efectividad”.

En todo caso, es claro que los “buenos tiempos” se han ido definitivamente. Afirmaciones como la hecha por Freud en 1934 de que “la abundancia de observaciones confiables en que descansan las proposiciones psicoanalíticas las hacen independientes de verificación extraclínica”, ya no satisface a las agencias sociales, al Estado y, crecientemente, tampoco a los propios psicoanalistas. Lo que ha sido puesto en entredicho es el carácter estrictamente privado de la relación terapéutica. Consecuentemente, el principio de que “los pacientes tienen el derecho de ser tratados con métodos cuya eficacia haya sido probada”, cobra cada vez más un sentido ético y legal.

Todo esto nos obliga a pensar la práctica de la psicoterapia en el contexto del sistema más amplio de la atención en salud que se rige crecientemente por consideraciones económicas de costo-efectividad y que selecciona los tratamientos ofrecidos de acuerdo con las reglas emanadas de la llamada *Medicina Basada en la Evidencia*.

Los años noventa vieron nacer un vigoroso movimiento de renovación científica de *Medicina Basada en Pruebas*, que no en la evidencia -en español la palabra evidencia no tiene el significado de prueba o indicio, que tiene la "evidence" inglesa-. Desde que, en 1992, un grupo de académicos de la Universidad de McMaster en Canadá acuñara el término, el número de artículos sobre la práctica médica basada en la evidencia ha crecido de manera exponencial y el interés internacional sobre esta nueva concepción ha llevado al surgimiento de muchas revistas (en varios idiomas) que resumen los estudios más relevantes para la práctica médica, con una creciente difusión a lo largo y

ancho del mundo. Internet ha acogido naturalmente esta manera de diseminar el saber científico médico y todos los días surgen nuevos sitios que ponen los últimos conocimientos al alcance de los profesionales de la salud y del público en general.

Aunque el concepto o idea no es nuevo, este acontecimiento surge ligado a la introducción la estadística y el método epidemiológico en la práctica médica, el desarrollo de herramientas que permiten la revisión sistemática de la bibliografía y la adopción de la evaluación crítica de la literatura científica, como forma de graduar su utilidad y validez. La medicina basada en pruebas es la manera de abordar los problemas clínicos, utilizando para solucionar éstos los resultados originados en la investigación científica. En palabras de sus precursores "es la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores pruebas disponibles, en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes".

Diversos estudios empíricos han mostrado que los clínicos tienden a subestimar sus necesidades de información actualizada y que, cuando las reconocen, no tienen acceso a las fuentes de conocimiento más confiables y menos sesgadas. En general, se acepta que en medicina no más del 20% de los procedimientos aplicados en clínica tienen algún fundamento científico. Esta realidad ha conducido a una brecha creciente entre investigación y práctica clínica que se manifiesta en variaciones en el diagnóstico y en la terapéutica no fundamentadas científicamente. Sólo hay dos explicaciones para tales variaciones: o no hay pruebas científicas (evidencias) en las cuales basar la práctica o estas evidencias existen pero, al menos algunos de nosotros, no las usamos. El hecho es que la "experiencia clínica" sola no basta, ésta puede estar irremediamente sesgada si no es permanentemente criticada desde la investigación científica. El resultado inevitable de esta situación es que un grupo de pacientes no está recibiendo la mejor atención disponible en la actualidad. En la práctica médica habitual se siguen medidas introducidas de modo empírico y que se aceptan sin crítica aparente. Lo que pretende la medicina basada en pruebas, es que esta práctica se adecúe a la investigación clínica disponible de modo que, una vez localizada y evaluada por el médico, sea aplicada para mejorar el cuidado de sus pacientes y su propia práctica.

Si bien la investigación empírica de resultados de psicoterapia tiene una larga historia y no muchos saben que, en alguna medida, ha sido pionera en investigación empírica en psiquiatría y medicina (por ejemplo, en la aplicación del procedimiento estadístico de los meta-análisis), en la última década ésta ha confluído con el movimiento de la medicina basada en la evidencia, en una sola corriente que busca acumular apoyo empírico que justifique el financiamiento de tratamientos psicoterapéuticos frente a las agencias públicas y privadas de seguros de salud.

En los países desarrollados, donde el impacto del movimiento de tratamientos con apoyo empírico ha revolucionado la práctica de la psicoterapia, sigue habiendo un fuerte debate y una gran desconfianza por parte de los clínicos en relación con lo que podríamos llamar una "psicoterapia basada en la evidencia". Algunos clínicos son profundamente escépticos y temen que, lejos de mejorar la atención de pacientes, esta empresa más bien cause daño. Desde luego, este escepticismo está bien fundado en ciertos problemas metodológicos de la investigación en psicoterapia. Sin pretender profundizar en este complejo tema, baste decir que la mayoría de estos problemas

derivan del intento de aplicar a la psicoterapia los mismos principios que se usan para validar la eficacia de los medicamentos. Dicho en pocas palabras, la exigencia de ajustarse a los criterios científicos de aleatorización, comparación con grupo control y de ciego en la evaluación de los tratamientos ha llevado a un deterioro de la validez externa, es decir, de la posibilidad de generalizar los resultados de las investigaciones a las condiciones reales de tratamiento. Como lo ha hecho notar Martin Seligman (1995 p.966), “el estudio de eficacia es el método errado para validar empíricamente la psicoterapia como realmente es llevada a cabo, porque omite elementos demasiado cruciales de lo que sucede en el terreno”. En todo caso, por lo menos en Gran Bretaña, hay ciertos indicios de que se está aceptando que la psicoterapia basada en la evidencia necesita de ciertas modificaciones de las reglas de la medicina basada en la evidencia. El péndulo parece estar volviendo a un punto de equilibrio. (Parry 2000)

Con todo, quienes investigan en el área de salud mental siguen quejándose, consternados, porque el fruto de su arduo y dedicado trabajo a menudo permanece sin ser usado por los clínicos y por quienes deciden las políticas de salud. A pesar de los volúmenes de evidencias de investigación disponibles, relativamente poco es diseminado y aplicado en la práctica. Entre las muchas estrategias que se discuten para remediar esta situación hay una que quisiera destacar aquí. Se trata del fomento de la función de “corretaje de conocimiento” que debieran desempeñar algunas personas o instituciones. (Waddel 2001) Estos “knowledge brokers” o “corredores de conocimiento” serían especialistas conocedores de la literatura de investigación, de los problemas clínicos y de las necesidades e intereses que guían la toma de decisiones en el nivel de las autoridades de salud. A la vez, debieran ser capaces de comunicar entre sí a las partes involucradas como también a través de los medios de comunicación masivos. A mi entender esta es una función que debe ser fomentada por las directivas de las sociedades científicas y las organizaciones gremiales.

En la introducción al panel de 1989 que referí anteriormente, Orlinsky se pregunta también sobre las condiciones de la aparición de la investigación en psicoterapia. Plantea que el surgimiento de la investigación sigue más o menos al desarrollo de un sistema maduro de atención en psicoterapia. Sin embargo, en los ochenta había algunos países, como Israel, Italia y Francia que, teniendo un sistema de atención psicoterapéutico altamente desarrollado, no mostraban un desarrollo equivalente en actividades de investigación. Para explicar esta divergencia aventura algunas hipótesis: En algunos países predominaría en la psiquiatría una visión biologicista, donde la psicoterapia no se concibe como una forma relevante de tratamiento. En el otro extremo, habría otros países donde la psiquiatría ha estado dominada por psicoanalistas de orientación humanista que se resisten al paradigma de la investigación cuantitativa sistemática. Con todo, también la disciplina de la psicología ha sido renuente en relación con la investigación en psicoterapia. En muchos países, los psicólogos académicos se han opuesto al desarrollo de la psicología clínica como una especialidad profesional aplicada o han entrenado investigadores clínicos en orientaciones teóricas que son hostiles a la psicodinámica y a formas experienciales comúnmente practicadas. Estos investigadores prefieren los experimentos controlados del laboratorio y tienden a evitar a los clínicos prácticos en sus situaciones típicas de trabajo. Por su parte, muchos psicólogos clínicos conciben su práctica profesional de acuerdo con el durante mucho tiempo prestigiado modelo de los psicoanalistas,

rechazando en principio la relevancia de la investigación empírica. Orlinsky sugiere que la investigación en psicoterapia ha surgido cuando, en psiquiatría, se junta el *training* médico con un entrenamiento equivalente en ciencias sociales y, en psicología, cuando converge el *training* en investigación básica con el estudio de los problemas y procesos clínicos reales.

Durante los noventa, hemos asistido al surgimiento en el cono sur del continente de la investigación en psicoterapia. En los dos últimos congresos sudamericanos de la SPR, realizados en Montevideo y Gramados, pude observar el acelerado desarrollo de la investigación en psicoterapia, especialmente en Argentina y Uruguay. Sylvia Gril, quien nos dejara hace algunos meses consumida por un cáncer, representa de manera muy especial este desarrollo. Cuando hace 10 años fundamos el capítulo, al igual que casi todos nosotros, Sylvia tenía muy poco conocimiento de lo que era investigar en psicoterapia. Muy pronto, sin embargo, junto a otras compañeras en Montevideo, tomó contacto con investigadores alemanes y empezó a desarrollar proyectos de investigación en el área de sus intereses clínicos. Este estudio, llevado a cabo en conjunto con Marina Altman, quien lo presentará en este encuentro, llegó a obtener un premio en el último Congreso Psicoanalítico Internacional realizado en Niza en julio del 2001. Pero Sylvia llegó aún más lejos en su empuje por promover la investigación. En medio de su lucha por sobrevivir, y siendo vicepresidenta del capítulo sudamericano, dirigió el grupo que organizó el exitoso tercer Congreso Sudamericano de Investigación en Psicoterapia. Hoy día quiero rendir un agradecido y sentido homenaje en su memoria.

Laura Moncada y Pedro Olivos, en una investigación recientemente publicada (2001), nos ofrecen un “panorama de las investigaciones de post-grado en el área de la psicoterapia en la última década” en Chile. Estos autores estudiaron la totalidad de las revistas de psicología y psiquiatría chilenas aparecidas entre 1990 y 1999. Entre sus hallazgos encontraron una diferencia en cantidad de investigaciones empíricas entre psicólogos y psiquiatras, siendo mayor la que aparece publicada en revistas de psiquiatría y neurología. Entre los temas más estudiados resalta la epidemiología, seguida por temas de diagnóstico y tratamiento. También fue alto el porcentaje en investigaciones sobre la percepción de la psicoterapia por parte del paciente y aspectos como el entrenamiento y supervisión del terapeuta. Les sorprendió encontrar como primeros autores un número significativo de profesionales que habitualmente no se tiende a vincular con la salud mental, como sociólogos, lingüistas y pediatras. Afirman que su muestra confirma un progresivo aumento de investigaciones en ciencias sociales que obtienen financiamiento a través de Fondecyt, destacan el aumento de los fondos concursables de las universidades y la creación de espacios de discusión interna en relación con temas de investigación en psicoterapia. A esto último hay que agregar el aumento notorio de programas de post-grado (magíster y doctorados) junto con la realización en los últimos años en nuestro país de numerosos congresos y encuentros que estimulan a los investigadores, algo que por cierto no ha sido ajeno a las actividades del capítulo sudamericano de la SPR. Finalmente, habría que agregar que también observamos un creciente interés en la investigación cualitativa, que ha sido fomentada desde los programas universitarios de postgrado.

Cuarta Mirada: Hacia el futuro

Quisiera terminar mi intervención aventurando una mirada hacia el futuro. Para esto me basaré en el conocido artículo de Norcross, Alford y DeMichele (1992), aparecido en la revista *Psychotherapy*. El estudio realizado por estos investigadores de la Universidad de Scranton tenía por objetivo averiguar las principales líneas por las que seguirá en el futuro la práctica de la psicoterapia. La metodología empleada fueron encuestas dirigidas a 75 expertos en los temas relacionados con psicoterapia. Las respuestas a dichas encuestas fueron tratadas con el método *Delphi Poll* que se había desarrollado en los años cincuenta como parte de una investigación militar que intentaba recoger la opinión predictiva de expertos. La metodología *Delphi* demostró tener gran validez predictiva. Los encuestados trataron de predecir los cambios más notables que se producirán en cinco campos:

1. Tipo de intervenciones clínicas.
2. Tipos de psicoterapeutas.
3. Modalidades de psicoterapia.
4. Orientaciones teóricas.
5. Campos de intervención y tipos de acreditación para el futuro.

En relación con las intervenciones clínicas, se pronostica un aumento notable de las técnicas centradas en el presente, las estructuradas y las directivas, declinando las orientadas hacia la historia del paciente y las poco estructuradas, además de las técnicas aversivas e implosivas. Se mantendrán las técnicas de entrenamiento para realizar cambios por uno mismo, las orientadas hacia la resolución de problemas, las que hacen uso de devolución a través de audio y vídeo, la asignación de tareas para la casa, las centradas en mejorar la comunicación, las de reestructuración cognitiva, la exposición *in vivo* y el entrenamiento en habilidades sociales.

En relación con el tipo de terapeutas, se pronostica un aumento general de los psicoterapeutas, con un incremento relativamente mayor de terapeutas que provengan del trabajo social y de la enfermería, así como un crecimiento de los grupos de autoayuda, experimentando un retroceso el porcentaje de psiquiatras psicoterapeutas. La participación de la/os psicólogos/os se mantendrá.

En relación con las modalidades de psicoterapia, experimentarán un aumento las psicoterapias breves, la terapia familiar y la grupal. Más moderadamente aumentarán los grupos psicoeducativos, las intervenciones en crisis, la terapia de pareja y la terapia individual, disminuyendo las terapias de larga duración.

En relación con las orientaciones teóricas, mostrarán un incremento relativo las orientaciones sistémicas, las eclécticas e integrativas y las cognitivas. Las orientaciones psicobiológicas, las conductuales y las feministas mostrarán un escaso crecimiento, mientras que retrocederán el análisis transaccional, el psicoanálisis clásico y la programación neurolingüística. Las orientaciones psicoanalíticas contemporáneas se mantendrán. Como en las modalidades de intervención clínica, se pronostica que los sistemas orientados a intervenciones activas y centradas en el presente aventajarán ampliamente a los sistemas que sostienen intervenciones centradas en el pasado o en la historia personal y que sostienen roles más pasivos para el terapeuta.

Finalmente, en relación con los campos de intervención y los tipos de acreditación, se pronostica que los programas de acreditación serán desarrollados por instituciones que surtirán el mercado con sus graduados. Habrá programas de especialización que marcará las diferencias con la práctica de los psicoterapeutas “generalistas”. Habrá certificaciones en el nivel de maestrías, doctorados o títulos de especialidad que serán obligatorias para el especialista en salud mental. A los procedimientos de acreditación universitaria contribuirán las asociaciones científico-profesionales. Se prevé un aumento paralelo de la farmacoterapia que en alguna medida estará en competencia con la oferta psicoterapéutica.

Quizás la conclusión más relevante es que la psicoterapia será progresivamente incorporada en el sistema de atención en salud, disminuyendo la práctica privada tradicional. Esta inclusión se hará fundamentalmente de acuerdo con criterios de eficiencia, es decir, contemplando los estudios de efectividad y la relación costo-beneficio.

Desde luego, estas predicciones se aplican en primer lugar en los Estados Unidos y probablemente en Europa. Además, ciertamente es posible criticar los supuestos que orientaron la confección de la encuesta y los prejuicios de los encuestados. Con todo, algunas de estas predicciones ya se están convirtiendo en realidad, incluso en nuestro país. Claro que hay algunas predicciones que faltan. Por ejemplo, se echa inmediatamente de menos la predicción relativa al aumento de la investigación empírica cuantitativa y cualitativa en psicoterapia, que ya observamos en el mundo y en nuestra región. Como miembro del *Research Advisory Board* de la *Asociación Psicoanalítica Internacional*, cuya misión es adjudicar fondos separados especialmente por la API para financiar proyectos de investigación, soy testigo de cómo han aumentado el número y la calidad de las propuestas de investigación en el ámbito psicoanalítico. En todo caso, la agenda de investigación en nuestra región permanece ampliamente abierta. Al igual que en todo el mundo, necesitamos saber más del efecto de la psicoterapia en niños y adolescentes, en trastornos de personalidad, conocer más sobre el efecto de los tratamientos psicodinámicos (en especial los de larga duración) y experienciales, terapias de pareja y de familia. Especialmente importante es investigar el impacto de los tratamientos psicoterapéuticos en condiciones mórbidas resistentes, como por ejemplo, en las depresiones que no responden a tratamiento farmacológico. Por otra parte, la investigación futura debe centrarse más en la efectividad de las terapias, es decir, en el estudio de su eficacia en condiciones reales de tratamiento, en especial en el marco de los servicios de salud mental. Esto necesariamente debe llevar a un mayor pluralismo metodológico, esto es, a un rango mayor de tipos de investigación: factores curativos, eventos significativos de cambio, estudios de costo-beneficio y no sólo aplicando métodos cuantitativos, sino también cualitativos.

Con esta visión de futuro, termino mi intervención con un sentimiento de optimismo y con la sensación de que este encuentro, en el que terapeutas clínicos e investigadores se reúnen para intercambiar ideas y experiencias, es un buen augurio, una señal de que estamos entrando en un período constructivo que, por cierto, beneficiará a quienes buscan en nosotros alivio para sus dolores y sufrimientos emocionales.

Referencias

- Bowlby J (1979) Psychoanalysis as art and science. *Int. R. Psycho-anal.* 6:3-14.
- Caspar F (1997) GAT goes on in a psychotherapist mind? *Psychotherapy research.* 7(2): 105-125.
- Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB: National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:971-982
- Fonagy P (2000) Agarrando ortigas o porqué la investigación psicoanalítica saca ronchas. *Rev. Chil. Psicoanal.* 17 (2): 186-197.
- Giddens A (1991) *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age.* London: Polity Press/Basil Blackwell.
- Gomberoff M & Jiménez JP (1982) *Psiquiatría.* Santiago: Medcom.
- Gunderson JG & Gabbard GO (1999) Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *J. Am. Psa. Assn.* 47: 679-704.
- Jiménez JP & Riquelme R (1983) Pluralismo teórico en la constitución de un equipo de salud mental destinado a la rehabilitación. *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 21: 265-269.
- Jiménez JP (2000) ¿Investigación en psicoterapia? Claro que sí. Pero, ¿a quién le interesa? En S Gril, A Ibáñez, I Mosca & PLR Sousa (eds.) *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados.* Pelotas: EDUCAT. Pp.27-47.
- Maling MS & Howard KI (1994) From research to practice to research to ... En PF Talley, HH Strupp, & SF Butler (eds) *Psychotherapy Research and Practice. Bridging the Gap.* New York: Basic Books, pp.247-253.
- Manzi J (1995) Percepción de roles de profesionales de la salud mental en Chile. En JP Jiménez, C Buguñá & A Belmar (eds.) *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados.* Investigaciones empíricas 1993-1994. Santiago: CPU.
- Minsal (2001) *La Depresión. Detección, diagnóstico y tratamiento. Guía clínica para la atención primaria.* Santiago: Ministerio de Salud.
- Moncada L & Olivos P (2001) Panorama de las investigaciones de post-grado en el área de la psicoterapia en la última década. *Psiquiatría y Salud Mental* 18 (2): 49-55.
- Norcross JC, Alford BA, DeMichele JT (1992) The future of psychotherapy; Delphy data and concluding observations. *Psychotherapy* 29: 150-158.
- Opazo R (2001) *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica.* Santiago: Ediciones ICPSI.
- Orlinsky DE (1987) Introducción al panel *Psychotherapy in Social and Cultural Perspective.* 3er Congreso Europeo de la SPR. Berna (Manuscrito).
- Orlinsky DE (1994) Research-Based Knowledge as the Emergent Foundation for Clinical Practice in Psychotherapy. En PF Talley, HH Strupp, & SF Butler (eds) *Psychotherapy Research and Practice. Bridging the Gap.* New York: Basic Books, pp.99-123.
- Orlinsky DE & Howard KI (1986) A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy.* 6: 6-27.
- Parry G (2000) Evidence based psychotherapy: special case or special pleading? *Evidence-Based Mental Health.* 3 (2): 35-37.
- Roth A & Fonagy P (1996) *What works for whom? A critical review of psychotherapy research.* New York: Guilford.
- Rubovits-Seitz PFD (1992) Interpretive methodology: Some problems, limitations, and remedial strategies. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 40: 139-168.
- Safran JD & Muran JCh (1994) Toward a working alliance between research and practice. En PF Talley, HH Strupp, & SF Butler (eds) *Psychotherapy Research and Practice. Bridging the Gap.* New York: Basic Books, pp.206-226.
- Sandler J (1983) Reflection on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int.J.Psycho-Anal.* 64: 35-45.
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist.* 50 (12): 965-974.
- Talley PF, Strupp HH, & Butler SF (1994) *Psychotherapy Research and Practice. Bridging the Gap.* New York: Basic Books
- Waddel Ch (2001) So much research evidence, so little dissemination and uptake: mixing the useful with the pleasing. *Evidence-Based Mental Health.* 4 (1): 3-5.