

La eficacia de la psicoterapia psicoanalítica: rumores, certezas y controversias una década después de Shedler

The efficacy of psychoanalytical psychotherapy: rumors, certainties and controversies a decade after Shedler

Mónica de Celis Sierra y José Antonio Méndez Ruiz

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

Resumen

A pesar de la creciente evidencia a favor de la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica, en línea con los resultados de otras psicoterapias consideradas tratamientos eficaces, en algunos medios académicos y profesionales subsiste el prejuicio acerca de la ausencia de pruebas que la sustenten. Este trabajo recoge las revisiones con metanálisis más relevantes que se han publicado en la última década sobre eficacia de la psicoterapia psicoanalítica, desde que en 2010 el psicólogo Jonathan Shedler publicara su difundido artículo. Tras enmarcar algunas de las aristas de la relación entre la psicoterapia psicoanalítica y la investigación sobre resultados, se examinan once metanálisis que evalúan su eficacia. Finalmente, se exponen algunas conclusiones sobre el estado de la evidencia en este campo.

Palabras clave: Psicoterapia psicoanalítica, Psicoterapia psicodinámica, Psicoanálisis, Investigación en psicoterapia, Eficacia, Metanálisis, Terapias *bona fide*, Factores comunes.

Abstract

Despite the growing evidence in favour of the efficacy of psychoanalytic psychotherapy, aligning with the results of other empirically supported psychotherapies, in some academic and professional milieus the prejudice about the absence of evidence persists. This work presents the most relevant meta-analytic reviews that have been published in the last decade since the psychologist Jonathan Shedler published his widely read article. After framing some of the concerns about the relationship between psychoanalytic psychotherapy and outcome research, eleven meta-analysis assessing

the efficacy of psychoanalytic psychotherapy are examined. Finally, some conclusions are drawn about the state of evidence in this field.

Keywords: Psychoanalytic psychotherapy, Psychodynamic psychotherapy, Psychoanalysis, Psychotherapy research, Efficacy, Meta-analysis, *Bona fide* psychotherapies, Common factors.

We need less research, better research, and research done for the right reasons (Altman, 1994)

La medicina basada en la evidencia (MBE), es decir, en pruebas, es un enfoque de la práctica médica que se comienza a desarrollar en la segunda mitad del pasado siglo. En ese momento, se producen las primeras críticas a un modo de ejercer la clínica médica sin pruebas que sustenten las decisiones que se toman. Poco a poco empieza a asentarse la idea de elegir las intervenciones clínicas que se podían apoyar en pruebas empíricas derivadas de una investigación rigurosa.

En los años noventa, en Canadá, el grupo Evidence-Based Medicine Working Group (EBMWG) [Grupo de Trabajo en Medicina Basada en Pruebas] (Guyatt et al., 1992) propone y populariza la necesidad de un cambio en el modo de aprendizaje y ejercicio de la medicina. En 1993 se funda la denominada Colaboración Cochrane (s. f.), organización sin ánimo de lucro que, con el trabajo de investigadores voluntarios en todo el mundo, aplica una revisión sistemática y rigurosa a las intervenciones en salud para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones bien informadas. De la medicina en general, la MBE llega a la psiquiatría, plasmándose en las guías psiquiátricas, que priorizan la medicación frente a otro tipo de intervención. Finalmente, asociaciones como la American Psychological Association (APA), establecieron pautas para determinar cuáles eran los tratamientos psicológicos eficaces para trastornos específicos. De este movimiento surgieron listas de tratamientos eficaces para diversos trastornos y protocolos de intervención.

Esta es la idea, una buena idea sin lugar a dudas, cuya pretensión de base no puede dejar de ser compartida. Pero no podemos olvidar que estamos ante un concepto que nace y se desarrolla en el terreno de la medicina y que responde, lógicamente, al modelo médico de diagnóstico y tratamiento. Este no es un tema menor, ya que el campo de la psicoterapia, y más en concreto el nuestro propio de la psicoterapia psicoanalítica, no es una mera transcripción del modelo médico. El modelo médico, como nos dice Tizón (1978), parte de la hipótesis de que la persona que manifiesta conductas anómalas está enferma y que dicha enfermedad se manifiesta a través del síndrome psicopatológico, que la enfermedad tiene una etiología, por definición biológica, que el diagnóstico es el descubrimiento de la etiología y que el tratamiento puede ser sintomático o etiológico. Por su parte, sigue Tizón, el modelo psicoanalítico se dedica especialmente al estudio de la significación de la conducta a partir de una premisa fundamental: la *sobredeterminación* por lo inconsciente, y este estudio lo hace en el contexto de la relación sujeto/objeto. Es decir, nos encontramos con la dificultad de trasplantar el trabajo de investigación a realizar entre dos modelos con semejantes diferencias. Podemos decir que el modelo médico, basado en poner en el centro del trabajo terapéutico la reducción

de los síntomas como eje sobre el que gira toda la intervención, no recoge lo que es específico del modelo psicoanalítico. Como veremos más adelante, esta dificultad está en la base de muchos de los problemas con que nos encontramos a la hora de evaluar la validez de los estudios que hemos ido revisando.

Además, la puesta en práctica de la idea no deja de suscitar críticas y dudas. Así, como afirma Pérez Álvarez (2013)

la MBE no está exenta de limitaciones y de críticas, entre ellas el propio uso dogmático de pruebas basadas en ensayos clínicos, la deshumanización de la medicina en detrimento del paciente como un todo y la propia desacreditación de la evidencia basada en la práctica. (p. 1)

Sin embargo, tener un punto de vista crítico con la MBE no puede hacernos olvidar que esta se ha constituido en nuestro entorno en el patrón de evaluación tanto para servicios públicos como privados. Pensemos en el “Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias” que pone en marcha el Ministerio de Sanidad y Ciencia de España (2018). Según los criterios que establece, solo se deberían incluir dentro de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud y de la red de centros sanitarios privados reconocidos por las administraciones sanitarias, aquellos tratamientos que cuenten con suficiente apoyo empírico, es decir, estén basados en lo que ha venido a llamarse *evidencia*. No se escapa, por lo tanto, la importancia que esto puede tener cara al futuro.

Algunas nociones sobre investigación de resultados en psicoterapia

Antes de analizar los resultados de las investigaciones en psicoterapia psicoanalítica, nos parece necesario aclarar algunos de los conceptos fundamentales con los que se trabaja en este campo. Tratamos de responder a la pregunta de cuáles son los requisitos para considerar que la aplicación de una psicoterapia está basada en la evidencia según este modelo, hoy por hoy hegemónico. Una primera respuesta a esto la podemos datar en 1993. En ese momento, la APA creó un grupo de trabajo para la determinación de la eficacia de los tratamientos psicológicos y la elaboración de guías de tratamiento para cuadros clínicos concretos. Uno de los informes resultantes es el de Chambless y Hollon (1998). Estos autores establecen que, para que una psicoterapia pueda ser considerada *eficaz* con apoyo empírico para un problema o trastorno específico, deberán existir dos equipos de investigación independientes, con una metodología adecuada, que establezcan su eficacia -si fuera un solo equipo se consideraría *posiblemente eficaz* y quedaría pendiente la replicación para confirmarse su eficacia-. En cuanto al diseño, aunque Chambless y Hollon también contemplan el experimento de caso único como una metodología válida, se ha acabado priorizando el estudio controlado y aleatorizado (ECA), en el que los pacientes son asignados de forma aleatoria a la condición de que se trate. Este diseño aseguraría la validez interna, es decir, que los resultados puedan ser causalmente relacionados con los tratamientos aplicados. Sin embargo, como contrapartida, este tipo de diseño puede hacer sufrir la validez ecológica, esto es, la posibilidad de generalizar los resultados al mundo real de la práctica clínica, donde los pacientes frecuentemente muestran comorbilidad, el tratamiento se personaliza, los terapeutas se diferencian entre sí en implementación de la técnica, etc. (Lilienfeld, McKay y Hollon, 2018). Por ello, los tratamientos que han sido evaluados y encontrados eficaces a través de ECA necesitarían además, como sugieren Chamless y Hollon, ser

evaluados para investigar su efectividad en condiciones de la vida real y también la relación entre efectividad y coste.

Los estudios controlados y aleatorizados, “patrón oro” de la *evidencia*, pueden hacerse comparando el tratamiento en prueba con diferentes condiciones de control. Si se hace la comparación con otro tipo de psicoterapia, podemos controlar los factores comunes a todos los tipos de intervención: alianza terapéutica, expectativas, motivación, apoyo, atención, entre otros. La prueba más estricta de eficacia es la comparación de un tratamiento con otro establecido como de eficacia probada, porque este diseño supone el control de factores tanto comunes como específicos (Chambless y Hollon, 1998, p.8). En estos casos, para que un tratamiento pueda considerarse superior, el grupo de tratamiento tiene que mostrar un resultado significativamente mejor que el de la condición de comparación. Pero la significación estadística no es suficiente; así, para que la diferencia sea clínicamente significativa hay que tener en cuenta también cuál es el *tamaño del efecto* entre grupos. Por ejemplo, si se utiliza la *d* de Cohen para medir el tamaño del efecto, se suele aceptar que $d = 0,20$ se corresponde con un tamaño de efecto pequeño, $d = 0,5$ con un tamaño medio y $d = 0,8$ con un tamaño grande (Cohen, 1988). Por otro lado, los ensayos de equivalencia se usan para mostrar que un tratamiento no es mejor ni peor que otro previamente establecido como eficaz.

Cuando existen resultados conflictivos sobre la eficacia, lo que suele ser la norma en cualquier tipo de tratamiento, es necesario tomar en cuenta todos los estudios realizados y hacer una revisión. El metanálisis es un tipo de revisión sistemática en el que se aplican técnicas estadísticas para el análisis de los resultados cuantitativos de los estudios. De manera general, se puede afirmar que la potencia y calidad de un metanálisis depende del número de estudios incluidos, del número de participantes por estudio y del grado de heterogeneidad entre estos (en las muestras, en la aplicación del tratamiento, en la evaluación de los resultados...)¹. Se han desarrollado instrumentos para valorar la calidad, tanto de los ECA (Kocsis et al., 2010), como de las revisiones sistemáticas, con o sin metanálisis (<http://www.prisma-statement.org>) para intentar minimizar los factores que afectan negativamente a la calidad de los ensayos y sus revisiones. Es especialmente relevante el denominado *sesgo de publicación*, que describe la tendencia a publicar preferentemente estudios que aporten resultados significativos en detrimento de los que reportan una relación no significativa entre las variables que se investigan y que de no tenerse en cuenta puede distorsionar los resultados del metanálisis.

Por otro lado, desde hace unos años se están proponiendo modelos de evaluación de la eficacia que no se basan únicamente en los datos empíricos. El modelo de David y Montgomery (2011) añade a la evidencia basada en pruebas el requisito de que exista una clara relación entre el marco teórico y los datos empíricos. Es importante tener en cuenta estos desarrollos, que pueden suponer nuevos retos para una práctica como la de la psicoterapia, donde el marco teórico que se pone a prueba no es fácil de operativizar.

Finalmente, unos apuntes conceptuales en lo que respecta al campo de investigación de la psicoterapia psicoanalítica o psicodinámica (usaremos ambas acepciones como equivalentes ya que ambas pueden hallarse en la literatura especializada). Para delimitar qué psicoterapias se consideran dentro de este grupo, Blagys y Hilsenroth identifican siete rasgos (2000): foco en el afecto y expresión de emoción; exploración de los intentos de evitar pensamientos y sentimientos inquietantes; identificación de temas recurrentes y patrones; discusión de experiencias pasadas (foco en el desarrollo); foco en las relaciones interpersonales; foco en la relación terapéutica y

exploración de fantasías. Esta definición es aceptada por la mayoría de los investigadores, aunque en algunos estudios se recurra a jueces independientes, especialistas en psicoanálisis, que determinan mediante acuerdo si un tratamiento cumple criterios o no (Kivlighan, 2015), así como también se acepta en algunas revisiones la propia declaración de los autores del estudio (Fonagy, 2015). Con respecto a la duración de la intervención psicoanalítica, en términos generales se ha establecido que las terapias que no superan las 40 sesiones se consideran breves o de corta duración, siendo de larga duración cuando superan las 50 sesiones y duran más de un año (Leichsenring, Abbass, Luyten, Hilsenroth y Rabung, 2013). Lo que se suele denominar psicoanálisis (extensión de más de un año y frecuencia mayor de dos sesiones semanales) quedaría incluido según estos criterios dentro de la psicoterapia psicoanalítica de larga duración.

La relación del psicoanálisis con el modelo de evidencia

Un psicoanálisis en plural

Las razones por las que la psicoterapia psicoanalítica ha tardado en incorporarse a la investigación sobre eficacia según los criterios derivados de la MBE son múltiples. El primer motivo a considerar, como decíamos anteriormente, tiene que ver con el objeto de estudio específico del psicoanálisis, los fenómenos inconscientes; y también con el propio método psicoanalítico, basado en el vínculo transferencial-contratransferencial. Es decir, elementos difícilmente reductibles al escrutinio del ensayo clínico, que solo podría realizarse simplificando y distorsionando la práctica psicoanalítica hasta un punto que le haría perder su especificidad. Es por ello que una buena parte de la investigación en psicoanálisis se ha centrado en la investigación de procesos en medios lo más cercanos posible a la práctica real, podríamos decir que priorizando la validez externa sobre la interna (Fonagy, 2002; Leuzinger-Bohleber y Kächele, 2015).

Sin embargo, esta no es, ni mucho menos, la única razón. De hecho, en el campo psicoanalítico, como estructura, más allá de la clínica concreta, se ha dedicado mucho tiempo a la que podríamos denominar como la dialéctica de la pertenencia, lo que es y no es verdaderamente psicoanalítico, y no se ha atendido en su justa proporción a la eficacia terapéutica. Jiménez (2006) lo dice con gran claridad: “las teorías simples y monocausales acerca de cómo y porqué [sic] se produce el cambio en psicoanálisis pueden ser intelectualmente muy atractivas pero son probablemente inexactas y no hacen justicia a la complejidad de los fenómenos clínicos”. Este autor insiste en desarrollar una técnica al servicio del tratamiento de nuestros pacientes y no en la defensa de una identidad gremial. Alrededor de esta idea circulan también los trabajos de Gabbard (Gabbard, 2002; Gabbard y Westen, 2007), buscando desarrollar una clínica psicoanalítica cercana a la demostración empírica de su eficacia terapéutica.

Otro factor que nos parece importante considerar es que el post-freudismo ha dado lugar al desarrollo de muy diferentes enfoques teóricos en el campo psicoanalítico, tanto que hoy se puede hablar de *psicoanálisis* en plural. Este supuesto pluralismo, como afirma Bernardi (2009), presenta una doble cara: una expresión de riqueza y creatividad, pero también una dificultad para establecer criterios de evidencia compartidos. Afirma este autor que:

Desde un punto de vista epistemológico, podemos decir que, en el psicoanálisis actual, nos enfrentamos al uso reiterado del *inductivismo enumerativo* en el

contexto de un uso mucho menor del *razonamiento inductivo eliminativo*. Las viñetas clínicas que hallamos en la literatura psicoanalítica suelen mostrar situaciones que confirman o ilustran las hipótesis teóricas del autor; es menos frecuente ver que se utilicen para descartar una hipótesis o para decidir entre hipótesis alternativas [cursivas añadidas]. (Bernardi, 2009, párr. 19)

Esta tendencia, aunque ayuda a difundir e incorporar nuevas ideas, dificulta su discusión crítica y el alcance de una cierta unidad en la investigación sobre los resultados de las psicoterapias psicoanalíticas.

Y es que más que de pluralismo, en ocasiones hay que hablar de fragmentación entre los diferentes modelos de psicoterapia psicoanalítica. En este sentido, Bernardi señala también la dificultad que supone que los conceptos psicoanalíticos puedan ser “utilizados de manera elástica, ampliando sus espacios de significado más allá de sus significados originales” (2009, párr. 12) y, paradójicamente, experiencias clínicas similares puedan ser teorizadas de modos distintos, a veces aparentemente irreconciliables.

En esta misma línea, autores como Zuckerfeld y Zuckerfeld (2011), afirman que, en muchas ocasiones, se utilizan las mismas palabras para referirse a diferentes conceptos o, por el contrario, conceptos idénticos han recibido nombres diferentes. Proponen entonces un pluralismo riguroso mediante un esfuerzo para “poner a trabajar los conceptos teóricos y delimitar dónde hay convergencias y divergencias” (“Introducción”, punto 1.2, párr. 3). Jiménez (2005), desde la perspectiva de la investigación en psicoterapia psicoanalítica, insiste en la necesidad de adecuar las teorías a la práctica clínica real y reflexiona sobre la necesidad de la investigación para delimitar el campo de trabajo. En su artículo nos recuerda la propuesta, con la que no podemos estar más de acuerdo, de Gabbard y Westen:

Diferir la pregunta acerca de si esos principios y técnicas son analíticos y centrarnos en cambio en si son terapéuticos. Si la respuesta a esa pregunta es positiva, la siguiente pregunta es cómo integrarlos en la práctica analítica o psicoterapéutica del modo más útil para el paciente (2007, “Negociando el clima terapéutico”, párr., 7).

Todo esto nos obliga a avanzar en una técnica basada en el estudio sistemático de la clínica psicoanalítica real, más allá de cualquier tipo de corsé teórico.

También se ha atribuido esta fragmentación a que se ofrecen resultados de pacientes estructuralmente diferentes. Sin embargo, aun en el caso de trabajar sobre un mismo paciente, sabemos que las interpretaciones o los modos de intervenir pueden variar entre diferentes terapeutas. Lo vemos nosotros en cada uno de nuestros encuentros profesionales y también cuando leemos cómo diferentes psicoanalistas comentan un mismo caso desde posiciones teóricas diferentes. Es posible que esto tenga que ver con las diferentes teorías en las que nos hemos formado, con nuestras pertenencias grupales, pero, sobre todo, con aquello que Jiménez (2006) denomina “los complejos procesos psicológicos que tienen lugar en la mente de cada uno de los analistas” (“Babel en el psicoanálisis”, párr. 4), es decir, aquello que tiene que ver con las características reales de paciente y analista en relación: la forma en que los modos cognitivos y emocionales de cada uno de ellos, sus aprendizajes relacionales, van a dirigir el discurso y la escucha. De este modo, afirma que no tiene sentido discutir sobre la efectividad de la técnica

psicoanalítica en abstracto, sin tomar en cuenta la convergencia entre un tipo de paciente, con un tipo de patología y un analista con determinadas características personales y profesionales. Este conjunto determinará el resultado final.

Algunos apuntes sobre la investigación realizada en psicoanálisis

Por estas razones, entre otras, el campo de las terapias de orientación psicoanalítica ha permanecido, en general, bastante ajeno a la problemática de la evidencia sobre eficacia tal y como la hemos formulado anteriormente. Si nos remontamos a los orígenes de nuestra práctica, Freud entendía el tratamiento y la investigación como dos caras de la misma actividad:

En el psicoanálisis reinó desde el principio una unión indisoluble entre curar e investigar; el conocimiento trajo consigo el éxito terapéutico; fue imposible tratar a un paciente sin aprender al mismo tiempo algo nuevo; ninguna nueva información pudo adquirirse sin experimentar simultáneamente sus resultados benéficos. Nuestro procedimiento analítico es el único en el cual permanece asegurada esta preciosa conjunción. (Freud, 1974/1926, p. 2957)

Se pensaba la investigación únicamente a partir de lo que ocurría en el interior de la sesión analítica, lo que daba lugar a problemas metodológicos de difícil solución, en la medida en que lo que hacía valiosa una intervención, derivada más o menos directamente de una teoría previa, era la respuesta del paciente a ella, siendo esto evaluado por el propio analista que había realizado dicha intervención. Aun así, ya en los años 30, Earl Zinn comienza a trabajar sobre lo que ocurre en las sesiones mediante grabaciones que permitían observar la interacción entre paciente y terapeuta, sentando la base de la futura investigación de procesos en psicoterapia tal y como ahora la conocemos (Leuhzinger-Bohleber y Kächele, 2015, p. 24). Podemos citar también la pionera investigación sobre psicoterapia psicoanalítica que pone en marcha la Fundación Menninger, iniciada en los años 50, bajo la dirección de Siegel, y continuada por Wallerstein y en la que participa, posteriormente, Kernberg. En esta larga investigación se hace el seguimiento durante más de 20 años de 42 pacientes buscando conocer qué pasa realmente en los tratamientos psicoanalíticos, su eficacia a corto y largo plazo tanto en lo que respecta a psicoterapias de larga duración (psicoanálisis en sentido clásico) como a las más breves (psicoterapias psicoanalíticas) (Wallerstein, 1989). Esta investigación tuvo una gran resonancia en su momento, pero sus resultados, aunque en algunos casos fueran inesperados y hubieran debido contribuir a repensar la práctica y la enseñanza de la disciplina, tuvieron poca trascendencia final sobre los modelos de enseñanza dominantes en el mundo psicoanalítico.

Se considera un hito en investigación en psicoterapia la publicación en 1952 del trabajo de Eysenck “The effects of psychotherapy: An evaluation”, en el que el autor planteaba que los efectos de la psicoterapia –en aquella época, mayoritariamente psicoanalítica- eran indistinguibles de los de la remisión espontánea. Como alternativa, se ofrecía una terapia eficaz, que trataba la conducta, no la psique (Pérez Álvarez, 2013, p. 7). Casi medio siglo después, el movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces encumbra a un desarrollo de la terapia de conducta, la cognitivo-conductual, como el tratamiento eficaz de referencia. Este cambio de estatus del psicoanálisis, que pasa de ser la psicoterapia por excelencia a convertirse en una práctica considerada en muchos ambientes académicos y profesionales como obsoleta, cuando no rayana en la

pseudociencia, obliga a poner a prueba la psicoterapia psicoanalítica de acuerdo a estándares compartidos con el resto de la comunidad científica.

La presión que supone la traducción del modelo de la medicina basada en pruebas al campo de la psicoterapia ha impulsado en las últimas décadas un interés creciente en la investigación de la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica. Queremos resaltar la extensa experiencia en investigación del psicoanálisis alemán, en un sistema de salud mixto donde las aseguradoras garantizan el acceso a la psicoterapia bajo prescripción a todos los beneficiarios. Hay tres formatos de psicoterapia con cobertura: psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y terapia cognitivo-conductual. Es importante recordar que la psicoterapia es prestación universal en Alemania desde que en 1962 la psicoanalista Annemarie Dührssen publicara un estudio de seguimiento de un millar de pacientes que mostraba que las compañías de seguros ahorraban gastos en atención médica si cubrían la psicoterapia (Haug, 1992). Esto ha sido desde siempre un aliciente para la investigación en psicoterapias, ya que, por una parte, es necesario que exista un cuerpo de evidencia que justifique el mantenimiento de la prestación, y, por otro, el coste de la investigación se reduce de manera importante al hacerse cargo las aseguradoras de los tratamientos. Precisamente los altos costes de los estudios dificultan que muchas psicoterapias con poca presencia en instituciones puedan ser investigadas; que los estudios tengan la duración necesaria como para poner a prueba formatos de tratamiento de media y larga duración; comprometerse con el seguimiento que permite conocer si los efectos la psicoterapia persisten más allá del periodo de tratamiento; y garantizar que este es implementado por terapeutas con suficiente pericia. La universalidad de la prestación en psicoterapia en Alemania hace que las condiciones sean especialmente favorables para el desarrollo de la investigación en psicoanálisis al facilitar que se cumplan todos estos requisitos.

El enigma de los factores comunes a la psicoterapia

Por otro lado, cuando se abre el debate de la eficacia de la psicoterapia en general, no solo de la psicoanalítica, aparece la discusión sobre si los elementos fundamentales en la consecución del cambio psíquico son los denominados *comunes*, es decir, aquellos que están presentes y son constitutivos de cualquier tipo de psicoterapia, más allá del modelo concreto de que se trate, o aquellos que se denominan *específicos*, es decir, propios a cada tipo de psicoterapia. En este sentido, debemos preguntarnos si los terapeutas no realizamos a lo largo del tratamiento más que las intervenciones prescritas por la teoría a la que nos adscribimos o introducimos otro tipo de técnicas compartidas con otros enfoques. Si es así, y probablemente lo es en una buena parte, hay que plantearse si el cambio que se produce tiene que ver con elementos comunes o específicos. A este respecto, es bien conocida la llamada *paradoja de la equivalencia*, también denominada *el veredicto del dodo* -“¡Todos hemos ganado y todos recibiremos *sendos* premios!” como se afirma en el texto de Carroll *Alicia en el País de las Maravillas*-, según el cual no se ha podido demostrar la superioridad de ningún modelo sobre otro (Rosenzweig, 1936; Wampold, 1997, 2015). En esta línea, muchos autores han investigado sobre la importancia de los factores comunes o inespecíficos, transversales a diferentes tipos de psicoterapia, y dando prioridad a poner la calidad o el tipo de vínculo terapéutico en el centro del cambio psíquico (Wampold, 2015).

Como trataremos de mostrar más adelante, las revisiones basadas en estudios controlados y aleatorizados según los parámetros de la evidencia, arrojan resultados que nos hablan de parecida eficacia en diversos modelos de psicoterapia entre los que se incluyen las psicoterapias de orientación psicoanalítica. Y no hay que olvidar que también

las terapias sistémicas y las humanistas han presentado apoyo empírico. Todo esto, como nos dice Pérez Álvarez (2013), hace que la cuestión adquiera visos, no solo de paradoja, sino también de enigma: “cómo es que distintas y hasta distantes terapias psicológicas son, sin embargo, similares en cuanto a su eficacia” (p. 6).

Shedler y la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica

Aunque el psicoanálisis haya llegado con algo de retraso y lógica prevención al campo de la investigación en eficacia, en las últimas décadas, por la presión que los criterios de la MBE han ejercido sobre las decisiones en política sanitaria tanto en el ámbito público como en el privado, se ha producido un creciente interés en la contrastación de la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica con métodos empíricos. Se trata de preguntarse qué pruebas existen de que el modelo psicoanalítico sea un tratamiento al menos tan eficaz como puedan serlo otros más contrastados empíricamente, especialmente la medicación en las comparaciones con el tratamiento biológico o, en el terreno de la psicoterapia, el modelo cognitivo-conductual.

El trabajo de Shedler (2010), “La eficacia de la psicoterapia psicodinámica [The efficacy of psychodynamic psychotherapy]”, que recoge la investigación realizada hasta la fecha de su publicación, tuvo gran influencia en su momento en cuanto que reivindicó explícitamente que las terapias psicoanalíticas debían entrar en el campo de juego de los tratamientos psicológicos contrastados y medirse sin complejos con las terapias consideradas eficaces. Desde la introducción, el artículo cuestiona la difundida leyenda negra de que la psicoterapia psicoanalítica carece de eficacia. Al contrario, lo que la evidencia científica disponible sugeriría, plantea el autor, sería lo opuesto. Tras resumir los resultados de los metanálisis existentes hasta esa fecha, concluye que los tamaños de los efectos de los tratamientos psicoanalíticos son comparables a los de otras terapias consideradas empíricamente validadas. También observa que parecería que “los beneficios de la psicoterapia psicoanalítica no solo perduran, sino que se incrementan con el tiempo” (p. 102), al contrario de lo que ocurriría con otras psicoterapias con apoyo empírico, cuyos efectos tenderían a decaer en el largo plazo. En relación a los llamados trastornos de personalidad señala que, en los estudios de eficacia sobre pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad, los resultados no solo igualaron o fueron equivalentes a los de otros tratamientos basados en la evidencia, sino que se observaron cambios en mecanismos psicológicos subyacentes (procesos intrapsíquicos), como la función reflexiva o la organización del apego, a los que se atribuye el cambio sintomatológico en estos pacientes. Shedler termina el artículo planteando que tal vez en las demás psicoterapias con apoyo empírico en realidad se incluyen técnicas y procesos que son centrales en el tratamiento psicodinámico. Que esta afirmación de Shedler tenga fundamento o describa una versión más del veredicto del dodo se tendrá que evaluar en el contexto de la investigación en procesos comunes y específicos en psicoterapia.

El trabajo fue muy leído, a lo que contribuyó la gran difusión de *American Psychologist*, y el cuestionamiento del autor de la narrativa dominante sobre la superioridad de las terapias cognitivo-conductuales, generando una controversia enriquecedora que Shedler no ha dejado de alimentar con sus escritos y su participación en distintos foros. Recibió críticas metodológicas que cuestionaban sus conclusiones, entre otras que los metanálisis usados no se restringían al análisis de resultados sobre diagnósticos específicos², que algunas medidas usadas no eran válidas ni confiables por basarse en constructos teóricos psicoanalíticos o que algunos metanálisis no eran de calidad (McKay, 2011; Thombs, Jewet y Bassel, 2011; M. Anestis, J. Anestis y

Lillienfeld, 2011). También se aprovechó la ocasión para insistir en la necesidad de identificar y aclarar los mecanismos psicodinámicos subyacentes asociados a la psicopatología en base a la teoría concreta que da cuenta del tratamiento, ya que en caso contrario “la habilidad de abordar el tratamiento seguirá siendo menos una tarea científica y más una forma de arte” (McKay, 2011, p. 147); mientras que, por otro lado, se le discutía que algunos de los rasgos con que caracterizaba la psicoterapia psicoanalítica eran compartidos con la cognitivo conductual y por lo tanto la primera se estaba atribuyendo propiedad sobre factores comunes (W. Tyron y G. Tyron, 2011).

Shedler (2011) respondió a los cuestionamientos en el mismo tono reivindicativo del artículo, señalando que algunas de las críticas recibidas perpetuaban la tradición de la psicología académica en sus pronunciamientos sobre la teoría y práctica psicoanalítica, al presentar una imagen que resulta irreconocible para los psicoanalistas contemporáneos, “creando una cortina de humo de dudas y confusión” (p. 153) y al sugerir que los métodos usados en los estudios empíricos sobre terapias psicodinámicas son inadecuados en comparación con los de los estudios de las otras terapias basadas en la evidencia. Asegura que lo que le molesta no es la discrepancia en sí, sino que “[algunos de sus críticos] se retratan como investigadores objetivos que solo desean promover la buena ciencia” cuando en realidad solo valoran la evidencia que apoya su agenda programática mientras que ignoran o atacan la que no lo hace. Y acaba afirmando: “Esto no es ciencia, sino ideología disfrazada como ciencia” (p. 154).

Han pasado ya diez años desde que el artículo de Shedler se publicó, y por ello nos ha parecido interesante recoger y resumir los resultados de los principales metanálisis que se han realizado en esta última década con objeto de cotejar si las afirmaciones que hace en su trabajo han recibido adicional apoyo empírico.

¿Qué aportan los datos empíricos sobre eficacia de la psicoterapia psicoanalítica desde 2010 a la actualidad?

Desde 2010 se han publicado, según una búsqueda en Medline realizada en enero de 2020, cerca de 30 estudios controlados y aleatorizados que evalúan la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en diferentes modalidades³. Otras fuentes, como la llamada lista Lilliengren, una compilación de ECA periódicamente actualizada, incluye cerca de un centenar de estudios de psicoterapia psicodinámica desde 2010 hasta diciembre de 2019 (Lilliengren, 2019). Paralelamente, en base a este cuerpo empírico, se han realizado un buen número de metanálisis que vienen a dar una idea de conjunto sobre los resultados. La búsqueda en Medline de revisiones sistemáticas con metanálisis que evalúan la eficacia de la terapia psicoanalítica desde 2010 procura una lista de unos 20 metanálisis⁴. Hemos examinado también la lista de referencias de las revisiones más conocidas, consultado el listado de Ávila Espada (2019) y realizado una búsqueda electrónica adicional de aquellas que pudieran no haber estado comprendidas en los primeros resultados. Si restringimos nuestra elección a aquellos metanálisis que incluyen estudios que evalúan solo la eficacia, ignorando el análisis de los procesos terapéuticos, mediante la comparación de una terapia psicoanalítica con una condición de control o un tratamiento alternativo, en un diseño controlado aleatorizado, en adultos con trastornos no psicóticos ni orgánicos ni relacionados con la adicción a sustancias y en modalidades de tratamiento presencial e individualizado (se excluyen terapias por internet o autoadministradas, aunque en algunos estudios hay alguna condición con terapia de grupo), nos encontramos con once metanálisis de diversa calidad e interés cuyos

resultados vamos a resumir en sus aspectos más relevantes, de modo que podamos apuntar algunas ideas en relación al estado actual de la evidencia empírica en cuanto a la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica.

La psicoterapia psicoanalítica en los trastornos de la personalidad

Psicoterapia psicodinámica breve en la depresión con trastorno de personalidad comórbido. Abbass, Town y Driessen (2011), en una revisión sistemática con metanálisis, evaluaron la eficacia de la psicoterapia psicodinámica breve en la depresión con trastorno de la personalidad comórbido. Los autores señalan que, aunque existían previamente estudios que avalaban su eficacia tanto para depresión como para trastornos de la personalidad por separado, no se había evaluado aún la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en el tratamiento de la comorbilidad de los dos trastornos. Esto es de especial importancia porque, en general, hay acuerdo sobre que la presencia de un trastorno de la personalidad puede hacer fracasar el tratamiento de la depresión. Los autores del estudio señalan que la psicoterapia psicoanalítica breve “trata de abordar directamente la represión emocional, la vuelta hacia dentro de la rabia y los patrones de evitación interpersonal a través de la resolución de conflictos inconscientes pasados y actuales” (p. 59). En este sentido apuntaría precisamente a los mecanismos subyacentes tanto a la depresión como a los “déficits interpersonales preeminentes en los trastornos de personalidad”. El metanálisis incluía 8 estudios (en total 166 participantes) y se encontraron tamaños de efecto grandes ($d = 1,00-1,27$) lo que implicaría que hubo mejoría sintomática tras el tratamiento con psicoterapia psicoanalítica breve, manteniéndose los logros en un seguimiento medio de año y medio.

En general no se encontraron diferencias significativas al comparar la psicoterapia psicoanalítica breve con otras psicoterapias, pero sí en relación a la lista de espera. Aunque las conclusiones de los autores les llevan a recomendar la psicoterapia psicoanalítica breve para el trastorno depresivo con trastorno de personalidad comórbido, también son conscientes de las importantes limitaciones del metanálisis, especialmente ligadas al reducido número de ECA, el pequeño tamaño de las muestras, la heterogeneidad y la dificultad para valorar el riesgo de sesgo de publicación, por lo que consideran necesario realizar nuevas revisiones que incluyan mayor número de estudios de mejor calidad.

Psicoterapia en el trastorno límite de la personalidad. En 2017, Cristea et al. realizaron una revisión sistemática con metanálisis de ECA para evaluar la eficacia de diversas psicoterapias en el trastorno límite de la personalidad. Incluyeron estudios controlados aleatorizados que comparaban una psicoterapia diseñada para tratar el trastorno límite con una intervención de control (mayoritariamente, tratamiento habitual u otra terapia no específica), tomando como medidas la autolesión, el suicidio, el uso de servicios de salud y la psicopatología general al final del tratamiento y en el seguimiento. Se incluyeron 33 estudios con 2256 participantes, siendo los enfoques más representados la terapia de conducta dialéctica (12 estudios), la psicodinámica (ocho estudios) y la cognitivo-conductual (cinco estudios). La duración del tratamiento era de dos meses y medio a 25 y el número de sesiones total desde seis a 312. En 20 de los estudios el creador del modelo psicoterapéutico participaba en el estudio, en la mayoría de los casos como terapeuta o supervisor.

Tras el tratamiento, las psicoterapias investigadas resultaron moderadamente más efectivas que las intervenciones de control para los síntomas relevantes en el trastorno

límite, entre ellos la autolesión y el suicidio (hubo dos suicidios en el grupo de tratamiento y cinco en el de control). Sorprendentemente no se encontraron diferencias en la permanencia en el tratamiento entre psicoterapias y controles. La terapia conductual dialéctica y la psicodinámica fueron los únicos tipos de psicoterapia que resultaron más efectivos que las condiciones de control. La terapia cognitivo-conductual no resultó más eficaz que las condiciones de control, y aunque hay que tomar en cuenta que solo se incluyeron cinco estudios de esta modalidad de tratamiento también señalan los autores que la heterogeneidad era baja.

Los investigadores advierten de que los tamaños de los efectos eran pequeños, inflados por el riesgo de sesgo, entre ellos el de publicación, presente de manera especial en el seguimiento. Por otro lado, es importante señalar que las diferencias entre tratamiento y control se disipaban en los estudios en los que la condición de control consistía en un tratamiento protocolizado o era implementada por el equipo que realizaba el estudio. Los investigadores especulan que las diferencias en eficacia entre las psicoterapias diseñadas para el trastorno límite y el tratamiento habitual utilizado como control podrían deberse a la “atención especial” (Cristea et al., 2017, e8) dedicada al grupo experimental o al hecho de recibir un tratamiento protocolizado. Sin embargo, la intensidad del tratamiento no se relacionó con los resultados.

Psicoterapia en el trastorno límite y otros trastornos de personalidad. La psicoterapia psicoanalítica para trastornos de personalidad tiene como objetivo ayudar a los pacientes a mejorar sus formas patológicas de relación con el *self* y con el otro, abordando las modalidades de apego, el funcionamiento reflexivo, la organización de personalidad y el uso de los mecanismos de defensa, según plantean Keefe et al (2019). Los autores afirman que hasta la fecha no se había realizado un metanálisis exhaustivo que evaluara la eficacia de las terapias psicoanalíticas en trastorno de personalidad con metodología actualizada y eso es lo que pretenden hacer con su estudio. Para ello realizan una revisión de 16 ECA, con 1904 participantes, en los que se compara el tratamiento mediante psicoterapia psicoanalítica de un trastorno de personalidad (incluyendo trastorno límite, pero también otros del grupo C) con tratamientos activos *bona fide*⁵ no psicoanalíticos (8 estudios) y con grupos de control (9 estudios). Se examinan los efectos en dominios específicos de síntomas, incluyendo los síntomas centrales del trastorno de personalidad, la tendencia al suicidio, los síntomas psiquiátricos generales (como depresión y ansiedad), los problemas interpersonales y el funcionamiento general.

Para todos los resultados, la psicoterapia psicodinámica no difería de manera significativa de otros tratamientos *bona fide*. Todas las diferencias fueron no significativas y de pequeño tamaño. Es decir, los autores no encuentran evidencia de que ninguna psicoterapia *bona fide* sea mejor o peor que otra para el tratamiento de los trastornos de personalidad límite o del grupo C. Estos resultados se confirmaron en el seguimiento.

Las psicoterapias psicoanalíticas obtuvieron mejores resultados que las condiciones de control, con tamaños de efecto moderados, excepto en cuanto a problemas interpersonales donde no se pudo hacer una estimación confiable debido a la heterogeneidad entre estudios. La mayoría de los estudios que evaluaban el tratamiento en trastorno límite usaban como control tratamientos activos, mientras que en el caso de los trastornos de personalidad del grupo C, todos los estudios usaban lista de espera como tratamiento de control⁶. Esto lleva a los autores a concluir que, aunque la psicoterapia psicodinámica es potencialmente efectiva en el tratamiento del trastorno límite de

personalidad ya que sus resultados son mejores que las condiciones activas de control, en el caso de los trastornos de personalidad del grupo C, no está tan claro que la psicoterapia psicodinámica (ni ninguna de las demás psicoterapias *bona fide*) tenga efectos terapéuticos específicos superiores a los que tienen intervenciones más inespecíficas.

Es importante señalar que las psicoterapias psicoanalíticas superaban a los tratamientos de control activos en la disminución de la tendencia al suicidio en los pacientes con trastorno límite de personalidad. Estos resultados se corresponden con un metanálisis de Briggs et al. (2019), realizado sobre 12 estudios con 999 participantes, que encontró superioridad de la psicoterapia psicoanalítica frente a las condiciones de control en el tratamiento de los intentos de suicidio e incidentes de autolesión en diversos trastornos en población de todas las edades.

La calidad media de los estudios analizados en el metanálisis de Keefe et al. resultó aceptable y no se encontró evidencia clara de sesgo de publicación. Solo una variable moderadora⁷ fue significativa para el tratamiento de síntomas psiquiátricos generales: la psicoterapia psicodinámica mostraba efectos más intensos en comparación con otros tratamientos activos cuando duraba más sesiones. Este resultado, según los autores, iría en la dirección de los hallazgos de Leichsenring y Rabung (2011).

En la discusión, los autores señalan que dados los similares efectos encontrados con las diferentes modalidades de psicoterapia para el trastorno de personalidad límite, es necesario pasar a preguntarse cuál es el abordaje que mejor funciona para cada paciente.

Psicoterapia psicoanalítica breve para trastornos mentales comunes: una revisión Cochrane

En 2014, la Colaboración Cochrane, como decíamos referente en MBE, publicó una revisión que evaluaba la eficacia de las psicoterapias psicodinámicas para el tratamiento de los trastornos mentales comunes (Abbass et al., 2014). Esta revisión es una actualización de una anterior, puesta al día por última vez en 2006. Los autores plantean que, desde la última actualización, no solo se han publicado más estudios y metanálisis sobre el tema, sino que además se ha constatado el uso frecuente de la psicoterapia psicoanalítica en la práctica clínica, lo que hace especialmente relevante clarificar el estado de la evidencia. Achacan a las diferencias en metodología las discrepancias que se han encontrado hasta el momento en el resultado de los metanálisis publicados sobre psicoterapia psicoanalítica y se proponen hacer una revisión rigurosa que aporte evidencia sobre si la psicoterapia psicoanalítica breve es más efectiva que los controles de lista de espera, tratamiento habitual (médico o psiquiátrico) y tratamiento mínimo (tratamientos diseñados como placebo psicológico: conversaciones breves de apoyo, psicoeducación, tratamientos parciales que no se espera que aporten gran efecto). Para ello seleccionan un total de 33 ECA, con 2173 participantes, adultos con diagnósticos de trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión, trastorno somatomorfo, trastornos de alimentación, problemas de personalidad). Tras combinar y analizar los datos, encontraron una mejoría significativa en el grupo que recibió psicoterapia psicoanalítica breve frente a los grupos de control, tanto en el corto plazo como en el medio (hasta seis meses después del tratamiento). Aunque las ganancias parecían incrementarse en el largo plazo, para este resultado no se encontró significación estadística.

El metanálisis es riguroso, se valoraron los sesgos de los estudios y la heterogeneidad según las recomendaciones Cochrane y se realizaron análisis de subgrupo y de sensibilidad⁸. Se incluyeron diversos tratamientos de control, de los cuales 18 eran tratamientos considerados habituales y otros 10 lista de espera. Se realizó un análisis de sensibilidad con la condición de tratamiento habitual ya que esta suponía más contacto con un terapeuta que la de lista de espera, aunque menos contacto que en la condición de tratamiento con psicoterapia psicoanalítica. Existía una importante heterogeneidad, probablemente debido a las diferencias entre estudios en cuanto a la protocolización del tratamiento, la longitud de este, la forma de valorar los resultados y los modelos de psicoterapia breve. No se pudieron sacar conclusiones sobre el sesgo de publicación.

Los autores hacen una serie de puntualizaciones interesantes ya que se relacionan con la posibilidad de generalización de los resultados a la clínica. Señalan que casi un tercio de los estudios incluían pacientes que se consideran “difíciles de tratar”: trastornos de personalidad con comorbilidad, pacientes resistentes al tratamiento, crónicos, o graves, lo que pudo influir en que los resultados fueran inferiores a los que se hubieran obtenido con muestras de participantes con el mismo trastorno pero seleccionados para mostrar menor complejidad. Este es un hallazgo importante porque estos grupos de pacientes, que suelen excluirse de las muestras de los ECA, son comunes en la práctica clínica real, su tratamiento es costoso y suponen bajas laborales prolongadas y uso frecuente de servicios médicos y hospitalarios, por lo que la existencia de tratamientos breves y de coste económico relativamente bajo es necesaria.

Por otro lado, la calidad del tratamiento de psicoterapia psicodinámica era variable, y en algunos casos faltaba información, pero se decidió incluir todos los estudios para evitar sesgo de selección.

La psicoterapia psicoanalítica de larga duración: la controversia sobre su eficacia

Mientras que la eficacia de las formas de psicoterapia breve ha sido investigada más ampliamente, la investigación controlada de las terapias psicoanalíticas de larga duración es escasa. Smit et al. (2012) toman como referencia dos revisiones previas que concluyeron que la psicoterapia psicoanalítica a largo plazo es un tratamiento efectivo para trastornos mentales, con tamaños de efecto grandes (De Maat, De Jonghe, Schoevers y Dekker, 2009; Leichsenring y Rabung, 2008, 2011). Smit et al. cuestionan estos resultados porque usan medidas pre-post de cambio, siendo que para poder evaluar de manera fiable la eficacia de una psicoterapia es necesario hacer comparaciones con grupos de control para descartar el cambio debido al paso del tiempo, especialmente en el caso de las terapias de larga duración.

Para realizar su propio análisis, los autores eligieron estudios controlados aleatorizados y cuasi-aleatorizados⁹ en los que se comparaba la psicoterapia psicoanalítica a largo plazo en el tratamiento de cualquier trastorno mental -salvo esquizofrenia- con un tratamiento de control (otro tratamiento diferente o psicoterapia breve). Se definió psicoterapia de larga duración como más de 40 sesiones y al menos un año de duración. Se incluyeron 11 ECA de psicoterapia psicoanalítica de larga duración, realizándose análisis de sensibilidad para los estudios sobre los que había dudas acerca de su inclusión.

Se concluye que los resultados fueron iguales para los pacientes tratados con psicoterapia psicoanalítica de larga duración y los del grupo de control que no incluía un

componente psicoterapéutico especializado. Aunque los autores son conscientes de las limitaciones que supone la heterogeneidad de varios aspectos de los estudios, entienden que sus resultados contradicen los de las revisiones previas que apuntaban a tamaños de efecto grandes de la psicoterapia psicoanalítica a largo plazo.

A este metanálisis contestan Leichsenring et al. en 2013 haciendo una crítica detallada y su propio metanálisis para cuestionar los resultados obtenidos por el equipo de Smit. Los autores denuncian, en la línea de Shedler (2011), que se pongan en cuestión los estudios sobre eficacia de la psicoterapia psicoanalítica por no alcanzar ciertos estándares metodológicos mientras que se ignoran los mismos defectos al interpretar estudios de otras modalidades de psicoterapia, como la cognitivo-conductual, aunque existan revisiones que muestran que la calidad de los ECA es similar (Thoma et al., 2012). Leichsenring et al. comienzan su crítica del metanálisis de Smit et al. (2012) mostrando que usa unos criterios de inclusión diferentes a los de los metanálisis que pretende desautorizar: la definición de psicoterapia psicoanalítica de larga duración es distinta (más de 40 sesiones en el estudio de Smit et al. frente a más de 50 en los estudios previos), lo que afecta a la comparación con formatos más breves en detrimento de la primera; se utilizan datos de estudios que estaban sin completar, lo que no permite tener acceso a una valoración adecuada de los resultados; se admiten como psicoterapia psicoanalítica tratamientos que no está claro que representen al modelo; y se presenta una medida primaria de resultados poco confiable. Todo ello, entienden, pone en cuestión la neutralidad del análisis debido a la lealtad teórica de los investigadores [researchers allegiance] a su modelo.

El sesgo por lealtad teórica puede llevar a que en un ECA se implemente el tratamiento de comparación de forma más precaria que la terapia congruente con el modelo del investigador, bien porque el tratamiento se aplica de forma deficitaria desde el propio protocolo, o porque los clínicos que la aplican no son expertos en ella. O que las condiciones de control minimicen o maximicen los resultados del tratamiento activo "rival". También puede influir en que en un metanálisis se usen criterios de inclusión o exclusión que favorezcan unos resultados sobre otros. Se entiende que este sesgo es "difícil de controlar porque a menudo opera en un nivel implícito o inconsciente" (Leichsenring et al., 2013, p. 368).

Tras estas críticas, Leichsenring et al. (2013) realizan un nuevo metanálisis incluyendo estudios que el metanálisis del grupo de Smit había descartado, y excluyendo otros, de acuerdo con las objeciones presentadas. En total 12 ECA con 1095 participantes. La medida de heterogeneidad entre estudios se encontró baja, así como parecía haber riesgo de sesgo de publicación, encontrándose tamaños de efecto moderadamente favorables y significativos en la mayoría de las medidas para la psicoterapia psicoanalítica frente a las condiciones de control, por lo que los autores entienden que se confirmarían los resultados de los metanálisis previos. Plantean, finalmente, que es necesaria más investigación en psicoterapia de larga duración, no solo para el modelo psicoanalítico, sino para otras formas de psicoterapia, ya que existen pacientes con trastornos mentales complejos para los que una terapia breve no es suficiente. En esa misma línea, hay que señalar que, según los resultados de un trabajo de Lambert, Hansen y Finch (2001), han de transcurrir más de 40 sesiones para que el 75% de los pacientes alcancen una mejoría clínicamente significativa (p. 163).

La psicoterapia psicodinámica en los trastornos de ansiedad

Psicoterapia en distintos trastornos de ansiedad. Aunque la psicoterapia psicodinámica se ha mostrado eficaz para otros tipos de trastornos y ha hecho ricas contribuciones a la conceptualización y tratamiento de la ansiedad, su eficacia para los trastornos de ansiedad no había sido validada mediante un metanálisis específico hasta 2014, cuando Keefe et al. realizaron un metanálisis de ECA, tomando los trastornos de ansiedad como conjunto. Se incluyeron estudios donde se comparaba la psicoterapia psicodinámica, tanto de corta como de larga duración, en encuadre individual o de grupo, para adultos, con otro tratamiento psicoterapéutico activo o con una condición de control que se suponía inferior a una psicoterapia (lista espera, *counselling* de apoyo...).

La calidad de los estudios se valoró mediante la escala RCT-PQRS (Koksis et al, 2010), se examinó la heterogeneidad, se realizaron análisis de sensibilidad y se evaluó el sesgo de publicación. Fueron incluidos 14 ECA, con 1073 participantes, de los cuales la mayoría tenían una calidad adecuada. Los trastornos más frecuentemente tratados en los estudios fueron la fobia social y el trastorno por ansiedad generalizada. Algunos estudios incluían muestras con diagnósticos de diferentes trastornos de ansiedad. La comparación con condiciones de control se daba en cinco estudios, y en los restantes la psicoterapia psicoanalítica se comparaba con otra psicoterapia, mayoritariamente la terapia cognitivo-conductual.

La psicoterapia psicodinámica no difería en efecto de otros tratamientos activos en ninguno de los resultados al postratamiento ni a lo largo del seguimiento. Los abandonos tampoco eran más probables. La heterogeneidad encontrada podría explicarse por distintos factores, entre ellos la experiencia del terapeuta. Los autores señalan también que los psicoterapeutas psicoanalíticos no están tan bien entrenados en el uso de manuales de tratamiento como los cognitivo-conductuales, lo que puede implicar que sean menos eficaces al principio del estudio mientras se adaptan a la protocolización.

Aunque tomando como grupo los trastornos de ansiedad, la psicoterapia psicodinámica era tan eficaz como otros tratamientos activos, funcionaba peor en el seguimiento para los trastornos por ansiedad generalizada. Los autores atribuyen este resultado a la mala calidad de uno de los estudios que evaluaba el tratamiento para este trastorno, que pudo haber lastrado los resultados. Una observación interesante es que no se encontró ninguna señal de que las psicoterapias psicodinámicas que conllevaban algún componente de exposición explícita fueran superiores en el tamaño del efecto en relación a las que no lo tenían. Una explicación posible que da el equipo de Keefe es que esta exposición, en la medida en que era autoguiada, posiblemente no tuviera un efecto evidente. También se puede pensar que algún elemento de exposición está presente en la psicoterapia psicodinámica de manera implícita, por ejemplo, el relato repetido de acontecimientos emocionales. Además, plantean que puede ser que la terapia cognitivo-conductual se base en conceptos terapéuticos psicodinámicos, como incidir en lo interpersonal en el trastorno por ansiedad social (Keefe et al., 2014, p. 320). Entendemos que estas observaciones de los investigadores apoyarían la tesis de los defensores de los factores comunes en psicoterapia (Wampold, 1997).

Los autores concluyen que el metanálisis realizado sugiere que la psicoterapia psicoanalítica muestra en los estudios controlados aleatorizados la misma eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad que otros tratamientos activos y más eficacia que las condiciones de control y recomiendan más investigación que permita abordar la

cuestión de cuáles son los grupos diagnósticos para los que esta psicoterapia es más eficaz.

Psicoterapia en trastorno de pánico. Dos años más tarde se publicó una revisión sistemática Cochrane que evaluaba las terapias psicológicas para el trastorno de pánico con o sin agorafobia. Los autores comparaban ocho modalidades distintas de psicoterapia y tres condiciones de control para valorar la eficacia relativa y la aceptabilidad de las diferentes intervenciones, en base a 60 ECA, con 3021 participantes, que incluían como tratamientos activos la psicoeducación, la psicoterapia de apoyo, las terapias psicofisiológicas, la terapia de conducta, la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual y las psicoterapias psicodinámicas.

La calidad de la evidencia se consideró baja para todos los resultados. La mayoría de los estudios mostraban riesgo importante de distintos tipos de sesgo. Los resultados mostraron la superioridad de todas las terapias psicológicas sobre la lista de espera. Los resultados favorecían a la terapia cognitivo-conductual, con cierta evidencia a favor de la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia de apoyo, sobre el resto de las terapias. En relación a los abandonos, la psicoterapia psicoanalítica y las terapias de tercera generación mostraban la mejor tolerabilidad en el corto plazo. A largo plazo, la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia psicodinámica mostraban el nivel más alto de remisión y respuesta, lo que sugiere que los efectos de estas dos psicoterapias pueden ser más estables que los de las demás terapias. En cualquier caso, advierten los autores, todas estas diferencias deben interpretarse con cautela dado el pequeño tamaño de los efectos.

Los investigadores concluyen que no existe una evidencia inequívoca, de calidad, para apoyar una psicoterapia sobre las demás en el tratamiento del trastorno de pánico con o sin agorafobia en adultos, aunque la terapia cognitivo-conductual parece ser superior con “tamaños de efecto pequeños y un nivel de precisión a menudo insuficiente o irrelevante clínicamente” (Pompoli et al., 2016, p. 80). A pesar de solo encontrar dos estudios que evaluaran las psicoterapias psicoanalíticas, los autores afirman que los resultados resultaron prometedores, por lo que necesario investigar su eficacia relativa en relación a las cognitivo-conductuales.

Comparando distintas psicoterapias en el tratamiento de la depresión

Los autores de este metanálisis (Braun, Gregor y Tran, 2013) consideran que, a pesar de las numerosas investigaciones realizadas, la cuestión de la similar eficacia de los diversos tratamientos *bona fide* para la depresión estaría sin resolver. Por ello aplican dos distintas técnicas metanalíticas sobre 53 ECA con 3965 participantes que comparan dos o más psicoterapias. Los metanálisis se realizaron tomando en cuenta cinco medidas de resultado y se analizaron posibles variables moderadoras. Se evaluaron la calidad de los estudios y el riesgo de sesgos, entre ellos el de lealtad teórica del investigador.

Para cada comparación directa de dos tratamientos se tomaron en cuenta cinco medidas de resultado, de manera que se tuviera en cuenta toda la posible información contenida en los estudios y que se pudiera analizar si los distintos resultados apuntaban en la misma dirección. Se calcularon tamaños de efecto independientes, primero, para los autoinformes de los pacientes (p. ej., mediante el Inventario de Depresión de Beck); segundo, para las mediciones de los clínicos (p. ej., mediante la Escala de Hamilton); y, tercero, una medida combinada en base a la media de los dos tamaños de efecto anteriores.

Las comparaciones directas de la terapia cognitivo-conductual, la terapia de activación conductual, la terapia psicodinámica y la terapia interpersonal indicaron que todas ellas eran igual de eficaces, mientras que las terapias de apoyo parecían algo menos eficaces. En el seguimiento no se encontraron diferencias significativas entre los distintos tratamientos.

La edad, el género, los trastornos mentales comórbidos y la duración de la sesión de psicoterapia aparecieron como variables moderadoras de la eficacia, lo que lleva a los autores a afirmar que pareciera que las características del paciente y el formato terapéutico juegan un papel importante en algunos tratamientos. Por ejemplo, la terapia de activación conductual resultaba más eficaz en el tratamiento de la depresión que otras psicoterapias cuando las muestras incluían pacientes mayores.

Los autores concluyen en la discusión de los resultados que estos sugieren que “el veredicto del pájaro dodo parece ser la respuesta correcta para la pregunta errónea” (Braun, Gregor y Tran, 2013, p.13). Aunque de manera general puede aceptarse la igualdad de eficacia de los distintos tratamientos *bona fide*, sería necesario hilar más fino, investigando sobre las características del paciente de manera más explícita para poder determinar qué tratamientos funcionan mejor para cierto grupo de personas.

¿Son perdurables los beneficios de la psicoterapia psicoanalítica?

Kivlighan et al. realizan en 2015 un interesante metanálisis con la intención de poner a prueba la idea de que el beneficio de los tratamientos psicoanalíticos es mayor a largo plazo que el de otros tratamientos, tal y como sostiene Shedler en su metanálisis de 2010. Uno de los autores de la revisión, Bruce Wampold, es un representativo defensor de la idea de que la psicoterapia opera mediante factores comunes más que específicos. En la introducción, los autores resumen algunos de los debates sobre la superioridad de unos tratamientos sobre otros. Señalan que los defensores de las psicoterapias psicodinámicas, que pretenden que estas propician un cambio caracterológico más que sintomático, afirman que los beneficios de estos tratamientos son más amplios y duraderos, existiendo algunos metanálisis cuyos resultados parecieran sustentar esta afirmación (Kivlighan et al., 2015, p. 1). Sin embargo, la investigación no parece tan conclusiva, tal vez por las limitaciones metodológicas. En concreto, muchos de los estudios previos usaron grupos de control sin tratamiento o con mínimo tratamiento, y los que comparaban dos o más tratamientos no se aseguraban de que todos ellos fueran realmente terapéuticos. En general, este es un problema importante en los estudios de comparación entre psicoterapias. El propio Shedler (2018) denuncia la diferencia en la calidad de implementación de los tratamientos cuando se compara la psicoterapia psicodinámica con la cognitivo-conductual, en detrimento de los resultados de la primera. Kivlighan et al. subrayan que, para poder probar la superioridad de un tratamiento particular, los diseños de los estudios han de comparar dos o más tratamientos de buena calidad, *bona fide*. Por otro lado, está el problema del sesgo de lealtad teórica del investigador, antes comentado. También las diferencias en dosificación juegan su papel, ya que se ha encontrado un efecto positivo relacionado con la dosis en que se aplica un tratamiento psicoterapéutico (2015, p. 3).

Por todo lo anterior, los autores se proponen poner a prueba el beneficio de los tratamientos psicodinámicos en comparación con tratamientos alternativos más allá de la finalización de la intervención. El metanálisis incluye de manera estricta estudios controlados aleatorizados que comparan al menos un tratamiento psicodinámico *bona*

fide con al menos un tratamiento no psicodinámico *bona fide* para una variedad de trastornos. Los criterios que se utilizan para considerar que un tratamiento es *bona fide* se deben a Wampold (1997) e incluyen que el tratamiento sea individualizado y cara a cara, que los principios en que se basa estén suficientemente identificados en la literatura especializada y que el terapeuta tenga una formación y experiencia adecuadas. Para asegurarse de que los tratamientos psicodinámicos incluidos podían considerarse como tales se recurrió a evaluadores externos. Se trató de controlar la lealtad teórica del investigador y la dosificación. Se codificaron las medidas de resultado de modo que hubiera medidas de resultado específicas (p. ej., ánimo depresivo en trastorno depresivo), no específicas (p. ej., ánimo depresivo en trastorno de ansiedad) y medidas de personalidad.

Se incluyeron 25 estudios con 1690 participantes, no encontrándose en el postratamiento diferencias significativas entre los tratamientos psicodinámicos y no psicodinámicos para ninguna medida después de controlar la dosificación. La heterogeneidad era significativa, pero no se halló relación con la lealtad teórica del investigador. No se encontraron diferencias significativas tras la terminación del tratamiento en el seguimiento. Los resultados de este metanálisis son consistentes con los anteriores que indican equivalencia en el postratamiento entre tratamientos psicodinámicos y no psicodinámicos, como el más arriba reseñado de Keefe et al. (2014). Estos resultados serían coherentes con la investigación que sugiere que las psicoterapias *bona fide* tienen todas similar eficacia. Pero, contrariamente a la hipótesis que se ponía a prueba en el metanálisis, la persistencia de los beneficios del tratamiento no fue exclusiva del tratamiento psicodinámico, sino que fue equivalente para todos los tratamientos. Los autores, de todos modos, señalan que el resultado puede deberse al número limitado de estudios que aportaron datos de seguimiento ($k = 6$) y que tampoco se controló si los participantes recibieron tratamiento adicional durante el seguimiento por falta de información en los estudios.

En cuanto al sesgo de publicación, aclaran que, aunque los estudios con resultados significativos tienen más posibilidades de ser publicados, en este caso no afectaría especialmente porque los estudios no incluidos seguramente no habrían encontrado diferencias entre tratamientos y por ello su inclusión no alteraría los resultados del metanálisis.

Es importante señalar que, entre las psicoterapias no psicodinámicas de los estudios incluidos en el metanálisis, la mayoría eran tratamientos cognitivo-conductuales, lo que limita la generalización a otras terapias *bona fide*. Además, los beneficios sostenidos de las psicoterapias psicoanalíticas necesitan periodos de tratamiento más largos, por lo que al ajustar la longitud de los tratamientos que se comparan, podría no estar dándose suficiente tiempo al tratamiento psicodinámico para producir el cambio para el que está diseñado, poniéndolo en desventaja. Finalmente, son pocos los diseños que incluyen seguimiento a más largo plazo (más de dos años), que podría beneficiar a la psicoterapia psicodinámica por el tipo de mecanismos que subyacen al cambio que promueve.

En su lista de implicaciones para la práctica, los autores afirman que

parece que la plétora de tratamientos de terapia cognitivo-conductual en las listas de tratamientos basados en la evidencia o tratamientos psicológicos con apoyo

empírico puede deberse al predominio de investigación bien diseñada sobre estos tratamientos más que a su superioridad clínica intrínseca. (p. 11)

Con estos resultados, y desde el modelo de factores comunes que los autores defienden, consideran que la investigación debería centrarse en estos componentes al margen del tipo de terapia y estudiar las características del paciente y del terapeuta que se asocian a los efectos duraderos de las psicoterapias.

La psicoterapia psicodinámica tiene una eficacia equivalente a los tratamientos considerados de referencia

Abundando en el mismo sentido que la revisión anterior, el metanálisis de Steinert et al. (2017) evalúa la equivalencia entre tratamientos, tratando de resolver la contradicción existente entre metanálisis anteriores. La comparación entre tratamientos rivales se considera una prueba muy estricta porque controla factores específicos además de los comunes (Chambless y Hollon, 1998), pero es casi inexistente en la investigación en psicoterapia. Los autores definieron un margen de equivalencia muy pequeño y se eligieron ECA que comparaban tratamiento psicodinámico protocolizado en adultos con trastornos mentales específicos –según diagnóstico DSM o CIE- con psicoterapias o farmacoterapias de eficacia demostrada para el trastorno según las guías y criterios publicados (por ejemplo, <https://www.div12.org/psychological-treatments>). Se examinaron 23 ECA (2751 participantes), de los cuales 21 incluían como terapia de comparación la cognitivo-conductual, siendo los dos restantes estudios una comparación con antidepresivos. Los trastornos diagnosticados eran depresión, ansiedad, trastornos de alimentación, trastornos de personalidad, dependencia de sustancias y trastornos por estrés postraumático. La calidad de los estudios se evaluó mediante la escala RCT-PQRS (Koksis et al., 2010). Para controlar el sesgo por lealtad teórica del investigador se incluyeron en el equipo de investigadores especialistas tanto en terapia psicodinámica como en terapia cognitivo-conductual. Además, se evaluó la implementación de los tratamientos mediante una escala diseñada por los investigadores (p. 947). Se estudiaron múltiples variables moderadoras como la fecha de publicación, el método de reclutamiento de los participantes, el tipo de diagnóstico y el número de sesiones, entre otras.

Tras el análisis de los datos, se aceptó la hipótesis de equivalencia para las medidas específicas al postratamiento y en el seguimiento. En la medida de funcionamiento psicosocial, sin embargo, se rechazó la hipótesis de equivalencia porque la psicoterapia psicodinámica parecía mostrar mejores resultados, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en una prueba posterior de superioridad. Cuando se excluyeron los estudios en los que la psicoterapia psicodinámica se comparaba con farmacoterapia los resultados no cambiaron, lo que apunta a la equivalencia entre la psicoterapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual. La heterogeneidad fue muy pequeña y la gran mayoría de los estudios superó los criterios de calidad del RCT-PQRS. No se encontraron apenas indicadores de sesgo por lealtad teórica del investigador. No se encontró ninguna variable moderadora relacionada con el resultado, lo que implicaría que los resultados eran válidos a través de los distintos diagnósticos. Se hallaron algunos indicios de sesgo de publicación, pero cuando se hicieron los ajustes pertinentes no resultó alterado el resultado principal.

Se trataría, afirman los autores, del primer metanálisis en investigación en psicoterapia que pone a prueba de manera sistemática la equivalencia, encontrando que

la psicoterapia psicoanalítica es tan eficaz como otros tratamientos con eficacia establecida, incluida la terapia cognitivo-conductual. Entienden que sus resultados son sólidos porque el nivel metodológico del metanálisis es alto aun aceptando que el número de estudios es limitado. La divergencia con metanálisis anteriores, que encontraron que la terapia cognitivo-conductual era superior en eficacia, la achacan a la metodología usada, porque en trabajos anteriores no se aplicó la lógica de la prueba de equivalencia, no se controló la lealtad teórica de los investigadores y no se incluyeron tratamientos bien establecidos como comparación. Los autores acaban señalando, de todas formas, que aunque existan diversos tratamientos que se pueden considerar eficaces, las tasas de respuesta y remisión de la sintomatología en trastornos mentales no son satisfactorias y ningún modelo de tratamiento puede considerarse la panacea. Sugieren prestar más atención a los efectos del entrenamiento del terapeuta y al hecho de que diferentes pacientes pueden ajustarse mejor a unos tratamientos que a otros.

A modo de conclusiones

Parece que, diez años después de la publicación de “La eficacia de la psicoterapia psicodinámica” (Shedler, 2010), la creciente investigación en cuanto a resultados de este modelo de psicoterapia apunta a que su eficacia no es muy distinta a la de otros enfoques considerados de referencia, siempre que atendamos a los criterios del modelo de eficacia en psicoterapia que se ha derivado de la MBE, cuyas limitaciones ya hemos apuntado más arriba. Es verdad que las psicoterapias psicodinámicas tienen un menor cuerpo de evidencia que las apoye en comparación con las terapias cognitivo-conductuales, pero el hecho de que exista un mayor número de estudios que avalen la eficacia de un tipo de psicoterapia no lo hace necesariamente más eficaz. Por otro lado, la calidad de los estudios que apoyan la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica no parece ser inferior, como muestran Thoma et al. (2012), que se confiesan sorprendidos de que, a pesar del mayor énfasis que históricamente se ha hecho dentro del campo de lo cognitivo-conductual en la investigación, esto no haya redundado en una superioridad en la calidad de los ECA de esta modalidad de psicoterapia revisados en su trabajo. Podemos concluir que los metanálisis publicados en los últimos años muestran una eficacia similar a la de otros tratamientos considerados eficaces, a pesar de la relativa falta de presencia de la psicoterapia psicoanalítica en las guías de tratamiento (Kivlingham et al., 2015).

En relación precisamente a las guías de tratamiento, o a las listas de tratamientos psicológicos eficaces, de acuerdo con la evidencia que se maneja y difunde, la terapia cognitivo-conductual aparece como tratamiento de referencia para muchos o la mayoría de los trastornos mentales. La APA la considera el único tratamiento que tiene un apoyo empírico fuerte en casi el 80% de los trastornos mentales que se incluyen en su listado de intervenciones psicológicas. Sin embargo, algunos autores cuestionan la calidad de esta evidencia. La mayor parte de los estudios comparan la terapia cognitivo-conductual con lista de espera como control, lo que no se considera una prueba de eficacia muy impresionante, proponiendo incluso algunos autores que la lista de espera podría entenderse más bien como un *nocebo*¹⁰ (Furukawa, 2014). El problema del sesgo por lealtad teórica del investigador es una preocupación importante en el caso de los estudios en que se compara la terapia cognitivo-conductual con otros tratamientos, entre ellos la psicoterapia psicoanalítica, ya que puede llevar a implementar deficientemente la terapia con que se compara en detrimento de sus beneficios, por ejemplo, no permitiendo que se aborde el trauma en el tratamiento de pacientes diagnosticados con trastorno por estrés postraumático (Cuijpers et al., 2016; Liechsenring y Steinert, 2017; Shedler, 2018). La

investigación sobre la eficacia de cualquier modalidad de psicoterapia, incluida la psicoanalítica, no deja de sufrir de las mismas limitaciones, pero parecería que hay un distinto rasero para unas y otras psicoterapias, como reiteradamente ha señalado Shedler (2011, 2018), que lleva a que la evidencia que se obtiene de los distintos estudios sea confiable o no dependiendo de la orientación teórica del que la valora, esto es, por razones más políticas que científicas.

Si nos centramos en los resultados en relación a las terapias psicoanalíticas de formato breve, estas no tienen nada que envidiar, en cuanto a los resultados investigados, a ninguna otra. Además, en la revisión Crochane revisada (Abass et al., 2014), algunas muestras incluían pacientes considerados “difíciles de tratar”, que suelen ser excluidos de los ECA. De hecho, en el debate sobre eficacia frente a efectividad¹¹, una de las objeciones más importantes a la primera es que la generalización de los resultados se ve lastrada por la selección de los pacientes que responderán mejor al tratamiento (Huppert, Frankin, Foa y Davidson, 2003).

En relación al tratamiento de los trastornos de personalidad, aunque los resultados son modestos, como lo son también los de las otras terapias probadas, la psicoterapia psicoanalítica se muestra más efectiva que los tratamientos de control (Keefe et al., 2019). En el caso del trastorno límite de personalidad, resulta superior a las condiciones de control activas, incluso en la reducción de la tendencia al suicidio (Cristea et al., 2017; Keefe et al., 2019). También hallamos resultados positivos en casos de comorbilidad entre depresión y trastornos de la personalidad, hasta con un seguimiento de año y medio (Abass, Town y Driessen, 2011). En cuanto a la depresión, en un metanálisis comparando distintas psicoterapias *bona fide*, entre las que se incluye la psicoterapia psicoanalítica, se encuentran efectos similares entre todas ellas (Braun, Gregor y Tran, 2013).

Cuando analizamos los resultados de las investigaciones con psicoterapia psicoanalítica de larga duración, hallamos que la eficacia comparativa de la psicoterapia psicoanalítica de larga duración en trastornos mentales complejos parece superior a formas menos intensivas de psicoterapia. A este respecto, Pérez Álvarez (2013), fruto de su propia revisión de metanálisis, advierte de que estos resultados no significan que sea superior a otro tipo de psicoterapia llevada con igual intensidad. Es decir, nos encontraríamos entonces con un efecto de la dosificación del tratamiento (Kivlingham et al., 2015). Lo que es importante señalar, ahora que los formatos breves son priorizados por razones económicas y de estilos de vida, es que no siempre son suficientes para abordar problemas complejos, y que eso es aplicable a todas las orientaciones en psicoterapia y no solo a la psicoanalítica.

En relación a los diferentes trastornos de ansiedad, que, junto con los depresivos, constituyen la principal demanda de tratamiento psicológico, el metanálisis de Keefe et al. (2014) es el primero que revisa la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica para este grupo diagnóstico. Se basa en ECA que comparan la psicoterapia psicoanalítica de corta y larga duración con condiciones de control y otras psicoterapias –mayoritariamente cognitivo-conductuales-, encontrando la misma eficacia entre todos los tratamientos activos y mejores resultados en relación a las condiciones de control. Por otro lado, una revisión Cochrane sobre trastorno de pánico, aunque considera superior la terapia cognitivo-conductual a pesar de los pequeños tamaños de efecto, encuentra prometedores los escasos datos relativos a la psicoterapia psicoanalítica (de la que solo se incluyeron dos estudios), que resulta la mejor tolerada, y anima a investigar su eficacia para este trastorno (Pompoli et al., 2016).

Especialmente interesantes son los dos últimos metanálisis que hemos revisado, ya que tratan de ser especialmente rigurosos en el control del sesgo por lealtad teórica del investigador. El metanálisis de Kivlingham et al. (2015) incluye en la comparación entre la psicoterapia psicoanalítica y las demás psicoterapias –la mayoría cognitivo-conductuales- solo terapias *bona fide*, encontrando resultados equivalentes en el tratamiento y el seguimiento. Los resultados de este estudio no apoyan la pretensión de Shedler (2010) de que las psicoterapias psicodinámicas tienen efectos más duraderos que las demás, pero es verdad que los autores apuntan que tal vez ni el tratamiento ni el seguimiento tuvieron una duración suficiente como para que esta cualidad, de existir, pudiera ponerse de manifiesto. También el metanálisis de Steinert et al. (2017) intenta controlar el sesgo por lealtad teórica del investigador, incluyendo en el equipo de investigadores especialistas tanto en terapia psicodinámica como en terapia cognitivo conductual. Se trataría del primer metanálisis en investigación en psicoterapia que, con metodología rigurosa, pone a prueba de manera sistemática la equivalencia, encontrando que la psicoterapia psicoanalítica es tan eficaz como otros tratamientos con eficacia establecida, incluida la terapia cognitivo-conductual (Milrod, 2017). Los mismos autores concluyen que, aunque haya distintos tratamientos eficaces, no hay que olvidar que las tasas de respuesta y remisión son, en general, bajas para todas las psicoterapias.

Parece claro que es necesaria la mejora de la calidad de los ECA y de los metanálisis. Las diferencias entre los estudios en cuanto a muestras, diagnósticos, formato de las intervenciones, pericia en la aplicación de los tratamientos, medidas de la respuesta, etc., pueden hacer que la combinación de datos confunda más que clarifique. Es especialmente importante esto cuando se incluyen distintos trastornos, porque los resultados pueden ser difíciles de comparar. Los criterios de inclusión y de exclusión pueden determinar el sentido de los resultados. Especialmente con la investigación más antigua, la calidad de la metodología de los estudios y la ausencia de información que actualmente se considera imprescindible (como la relativa a riesgo de sesgos) pueden lastrar de manera importante la revisión. Los sesgos de publicación y de lealtad teórica de los investigadores son capaces de distorsionar de forma significativa los resultados si no se controlan adecuadamente.

Ahora bien, una vez respondida la pregunta principal que motiva esta revisión, y respondida de manera positiva, en el sentido de que la evidencia generada en la investigación sobre psicoterapias psicoanalíticas en la última década apunta que estas son más eficaces que la ausencia de tratamiento especializado, y al menos tan eficaces en distintas condiciones como otras psicoterapias incluidas en las guías de tratamientos psicológicos eficaces, queda mucho por hacer. Posiblemente parte importante de este trabajo no pueda abordarse con la lógica que subyace a los ECA y tenga que realizarse en marcos más naturalistas, donde los procesos que dan cuenta de los cambios que produce la psicoterapia puedan observarse y ponerse a prueba de manera más sofisticada.

El psicoterapeuta psicoanalítico que esté leyendo este trabajo se habrá cuestionado muy seriamente que la estricta mejora sintomática cuantificada pueda considerarse la legítima medida de que una intervención sea eficaz y tal vez se pregunte dónde queda la experiencia vital que supone un tratamiento de corte psicoanalítico, las posibilidades que ofrece en cuanto a conocimiento personal del modo de sentir, de relacionarse con los demás y con uno mismo, de las motivaciones, especialmente inconscientes, que dan cuenta de nuestro comportamiento, etc. Se planteará tal vez dónde queda nuestra tradición formativa, con el extenso estudio de los modelos teóricos del psicoanálisis, el trabajo analítico personal del propio terapeuta, la supervisión sistemática, etc., si todo se mide

finalmente en base a la respuesta a un protocolo estandarizado. Este cuestionamiento, compartido por nosotros mismos, lleva a muchos clínicos de nuestro ámbito a desinteresarse por la problemática de la investigación en eficacia, sin tener en cuenta que quedarse fuera de esta discusión contribuye en cierta medida a alimentar la leyenda negra del psicoanálisis como una práctica con visos de pseudoterapia.

Otra cuestión es que no sacralicemos el concepto de evidencia que dirige desde principios de siglo la investigación en psicoterapia y hagamos propuestas para salirnos del campo restringido de los ensayos controlados aleatorizados, defendiendo un tipo de investigación donde se aborde la complejidad del proceso psicoterapéutico y se dé importancia a la posibilidad de generalización de los resultados y no solo a la validez interna, teniendo en cuenta qué intervenciones, para qué condiciones, con qué pacientes, a través de qué vínculo terapéutico, en qué contexto. Una investigación que tenga en cuenta que la psicoterapia es una ciencia humana, más que tecnológica (Pérez Álvarez, 2019), que explore los factores comunes a todas las psicoterapias a la vez que permita que el estudio de los factores específicos se desarrolle en un contexto no basado en una competitividad que justifica el uso de la estadística como arma arrojadiza más que como herramienta compartida. El psicoanálisis tiene amplia experiencia en investigación de procesos específicos (Fonagy, 2002; Leuzinger-Bohleber y Kächele, 2015), y mucho que aportar en cuanto a la investigación de lo que se consideran factores comunes, lo que no tiene por qué ser incompatible con la también necesaria contrastación de la eficacia de nuestras intervenciones en un contexto de servicios de salud estructurados cada vez más en base a criterios economicistas.

La investigación en psicoanálisis contemporánea se lleva a cabo en un campo de tensión. En un polo existe el peligro de replegarse a la torre de marfil psicoanalítica y rechazar el diálogo con la comunidad no psicoanalítica; en el otro polo la sobreadaptación a un entendimiento de la ciencia que para el psicoanálisis es inadecuado y con ello una pérdida de identidad e independencia. Este campo de tensión no puede ser resuelto, pero puede reflexionarse sobre él y reformularse una y otra vez en un diálogo interdisciplinario e intergeneracional. Esta reflexión crítica debe también ser vista como una advertencia contra la sumisión al *Zeitgeist* dominante. Como es bien conocido: el oro de la ciencia contemporánea bien puede acabar siendo el hierro del futuro [la traducción es nuestra]. (Leuzinger-Bohleber y Kächele, 2015, p. 26)

Referencias

- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., ..., Crowe E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(7).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Abbass, A., Town, J. y Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes*, 74(1), 58-71.
<https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.58>
- Ablon, J. S. y Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775-783.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.775>

- Altman, D. G. (29 de enero de 1994). The scandal of poor medical research [Editorial]. *British Medical Journal*, 308, 283. <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6924.283>
- Anestis, M. D., Anestis, J. C. y Lillienfeld, S. O. (2011). When it comes to evaluating psychodynamic therapy, the devil is in the details. *American Psychologist*, 66(2), 149-151. <https://doi.org/10.1037/a0021190>
- Ávila Espada, A. (2019). *Principales referencias sobre las evidencias de investigación y otros temas conexos sobre la psicoterapia psicoanalítica, así como sobre otras estrategias de intervención derivadas de ella*. Recuperado de https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V12N3_2018/08Listado-de-Referencias-Evidencias-Psicoterapia-Psicoanalitica_Compilacion-Prof.A.Avila.Espada_UCM_CeIR_V12N3.pdf
- Bernardi, R. (2009). El concepto de la acción terapéutica hoy: luces y sombras del pluralismo [The concept of therapeutic action today: Lights and shadows of pluralism]. *Aperturas Psicoanalíticas*, (31). Recuperado de <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=573>.
- Blagys, M. D. y Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive features of short-term psychodynamic interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167-188. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.2.167>
- Braun, S. R., Gregor, B. y Tran, U. S. (2013). Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. *PLOS ONE*, 8(6), e68135. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068135>
- Briggs, S., Nertuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N. S., Kangogyere, P., ... Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 1-9. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.33>
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.1.7>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Segunda edición). Hillsdale, Estados Unidos: Erlbaum. Recuperado de <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Colaboración Cochrane. (s. f.). En *Wikipedia*. Recuperado el 2 de enero de 2020 de https://es.wikipedia.org/wiki/Colaboraci%C3%B3n_Cochrane
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. y Cuijpers, P. (1 de marzo de 2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder. a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 74(4), 319-328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>.
- Cuijpers P., Cristea I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M. y Huibers, M. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15, 245-258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- David, D. y Montgomery, G. H. (2011). The scientific status of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence-based psychosocial interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2). <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01239.x>
- De Maat, S., De Jonghe, F., Schoevers, R. y Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1-23. <https://doi.org/10.1080/10673220902742476>

- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324. Recuperado de <https://psychclassics.yorku.ca/Eysenck/psychotherapy.htm>
- Freud, S. (1974). Análisis profano. En *Obras Completas* (Vol. VIII, pp. 2915-2959, Trad. de Luis López-Ballesteros y de Torres). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1926).
- Fonagy, P. (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis* (2ª Edición). Londres, Reino Unido: International Psychoanalytic Association.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*, 14, 137–150. <https://doi.org/10.1002/wps.20235>
- Furukawa, T. A., Noma, H., Caldwell, D. M., Honyashiki, M., Shinohara, K., Imai, H., ... Churchill, R. (septiembre, 2014). Waiting list may be a placebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(3), 181-92. <https://doi.org/10.1111/acps.12275>. Epub 2014 Apr 4.
- Gabbard, G. O. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Gabbard, G. O. y Westen, D. (2007). Repensando la acción terapéutica [Rethinking therapeutic action]. *Aperturas Psicoanalíticas*, (26). Recuperado de <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=445>
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., ... Tugwell, P. (1992). Evidence-Based Medicine. A New approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268, 2420-425. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Haug, U. (1992). Summary of a large-scale psychotherapy study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 6(2), 169-180. <http://dx.doi.org/10.1080/02668739200700401>
- Huppert, J. D., Franklin, M. E., Foa, E. B. y Davidson, J. R. T. (2003). Study refusal and exclusion from a randomized treatment study of generalized social phobia. *Anxiety Disorders*, 17, 683-693.
- Jiménez, J. P. (diciembre, 2005). La investigación empírica apoya una técnica psicoanalítica relacional y flexible. *Aperturas Psicoanalíticas*, (21). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=349>
- Jiménez, J. P. (agosto, 2006). La búsqueda de integración o cómo trabajar como psicoanalista pluralista [The search for integration or how to work as a pluralist psychoanalyst]. *Aperturas Psicoanalíticas*, (23). Recuperado de <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000383#contenido>
- Keefe, J. R., McCarthy, K. S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S. y Barber, J. P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34, 309-323. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.004>
- Keefe, J. R., McMain, S. F., McCarthy, K. S., Zilcha-Mano, S., Dinger, U., Sahin, Z., ... Barber, J. P. (5 de diciembre de 2019). A meta-analysis of psychodynamic treatments for borderline and cluster c personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000382>
- Kivlighan, D. M., Goldberg, S. B., Abbas, M., Pace, B. T., Yulish, N. Y., Thomas, J. G., ... Wampold, B. E. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 1–14 <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.003>
- Kocsis, J. H., Gerber, A. J., Milrod, B., Roose, S. P., Barber, M. E., Perkins, P y Leon, A. C. (2010). A new scale for assessing the quality of randomized clinical trials of psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 319-324. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.07.001>

- Lambert, M. J., Hansen, N. B. y Finch, A. E. (2001). Patient-Focused Research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.69.2.159>
- Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Hilsenroth, M. y Rabung, S. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 41, 361-84. <https://doi.org/10.1521/pdps.2013.41.3.361>
- Leichsenring, F. y Steinert, C. (2017). Is cognitive behavioral therapy the gold standard for psychotherapy? The need for plurality in treatment and research. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 318, 1323-1324. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.13737>
- Leichsenring, F. y Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551-1565. <https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
- Leichsenring, F. y Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 15-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082776>
- Leuzinger-Bohleber, M. y Kächele, H. (Eds.). (2015). *An Open Door Review of Outcome and Process Studies in Psychoanalysis* (3ª Edición). Londres, Reino Unido: International Psychoanalytical Association.
- Lillienfeld, S. O., McKay, D. y Hollon, S. D. (marzo, 2018). Why randomised controlled trials of psychological treatments are still essential. *The Lancet*, 5(7), 536-538, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30045-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30045-2)
- Lilliengren, P. (9 de diciembre de 2019). *Comprehensive compilation of randomized controlled trials (RCTs) involving psychodynamic treatments and interventions*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/317335876_Comprehensive_compilation_of_randomized_controlled_trials_RCTs_involving_psychodynamic_treatments_and_interventions
- Luyten, P.; Blatt, S. y Corveleyn, J. (2006). Salvando la distancia entre el positivismo y la hermenéutica en la investigación psicoanalítica [Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research]. *Aperturas Psicoanalíticas*, (24). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000415>
- McKay, D. (2011). Methods and mechanisms in the efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 66(2), 14748. <https://doi.org/10.1037/a0021195>
- Milrod, B. (2017). The evolution of meta-analysis in psychotherapy research [Editorial]. *American Journal of Psychiatry*, 174, 913-914. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17050539>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. (2018). *Plan para la protección de la salud frente a las pseudoterapias*. Recuperado de http://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/20181108_Plan_Proteccion_frente_pseudoterapias_VF.pdf
- Pérez Álvarez, M. (2013). Anatomía de la psicoterapia: el diablo no está en los detalles. *Clínica Contemporánea*, 4(1), 5-28. <https://doi.org/10.5093/cc2013a1>
- Pérez Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., Salanti, G. (2016). Psychological therapies for the treatment of panic disorder with or without

- agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016(4). <https://10.1002/14651858.CD011004.pub2>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. y Schubert, J. (2001). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy (STOPP). *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 921-942.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Shedler, J. (2011). Science or ideology? *American Psychologist*, 66(2), 152–154. <https://doi.org/10.1037/a0022654>
- Shedler, J. (2018). Where is the evidence for “evidence-based” therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.02.001>
- Smit, Y., Huibers, M. J., Ioannidis, J. P., van Dyck, R., van Tilburg, W. y Arntz, A. (2012). The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 81-92. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.11.003>
- Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J y Leichsenring F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174, 943-953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
- Thomä, H. y Kächele, H. (1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis. I Fundamentos*. Barcelona, España: Herder.
- Thoma, N. C, McKay, D., Gerber, A. J., Milrod, B. L., Edwards, A. R. y Kocsis, M. D. (2012). A quality -based review of randomized controlled trials of cognitive-behavioral therapy for depression: An assessment and meta regression. *American Journal of Psychiatry*, 169, 22-30.
- Thombs, B.D., Jewett, L.R.y Bassel, M. (2011). Is there room for criticism of studies of psychodynamic psychotherapy? *American Psychologist*, 66(2), 148-149. <https://doi.org/10.1037/a0021248>
- Tizón, J. L. (1978). *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, España: Ariel.
- Tryon, W. W. y Tryon, G. S. (2011). No ownership of common factors. *American Psychologist*, 66(2), 149-151. <https://doi.org/10.1037/a0021056>
- Wallerstein, R. S. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 195-205
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. y Hyun Nie, A. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.122.3.203>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270–277. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002%2Fwps.20238>
- Zuckerfeld, R. y Zuckerfeld, R. (2011) Sobre la cultura psicoanalítica: alegato por un pluralismo riguroso. *Aperturas Psicoanalíticas*, (38). Recuperado de <https://aperturas.org/autor.php?id=0000143>

1 La cuestión de la *heterogeneidad* podría expresarse con la siguiente pregunta: ¿hasta qué punto son homogéneos los resultados de los diferentes estudios, que pueden combinarse en una única medida de efecto y hacer que esta se pueda analizar estadísticamente?

2 Recordemos que cuando hablamos de eficacia de una intervención psicoterapéutica, estamos hablando, según el modelo de Chambless y Hollon, de su *eficacia para un problema o trastorno específico*, no de una eficacia general. Partiendo de esta idea no podríamos afirmar que un tratamiento es igual o más eficaz que otro de manera general, sino solo para un problema concreto.

3 La sintaxis utilizada para la búsqueda fue: “psychodynamic psychotherapy” OR “psychoanalytic psychotherapy” OR “psychoanalysis” AND “efficacy”. Se añadieron los filtros “randomized controlled trial” y “published in the last 10 years”.

4 La sintaxis utilizada para la búsqueda fue: “psychodynamic” OR “psychoanalytic” OR “psychoanalysis” AND “efficacy”. Se añadieron los filtros “meta-analysis” y “published in the last 10 years”.

5 *Bona fide* es una expresión que en inglés se usa con el significado de real, no falso. En investigación en psicoterapias se refiere a tratamientos diseñados para tener verdadero efecto terapéutico.

6 La lista de espera se considera un *control inactivo* ya que la persona no recibe ninguna atención terapéutica, mientras que cuando hablamos de *control activo*, estamos refiriéndonos a algún tipo de intervención que, sin ser una psicoterapia propiamente dicha, de alguna manera ofrezca algún elemento terapéutico.

7 Una *variable moderadora* es una variable interviniente que afecta a la dirección o a la fuerza de la relación entre una variable independiente y una variable dependiente (reduciéndola, aumentándola, anulándola, invirtiéndola). Por ejemplo, si un tratamiento es más efectivo en niños que en adultos, diríamos que la edad *modera* el efecto causal del tratamiento.

8 Un *análisis de sensibilidad* consiste en replicar los resultados del metanálisis excluyendo en cada paso uno de los estudios incluidos en la revisión. Si esto altera de manera importante los resultados globales, como por ejemplo, cambiando la dirección del efecto, es necesario interpretar los resultados del metanálisis con cautela.

9 Este es el único metanálisis que incluimos en nuestro trabajo que contiene estudios cuasi-aleatorizados. Nos pareció interesante incluirlo por la crítica que hace de metanálisis previos y la discusión que provocan sus hallazgos, que ilustra algunos aspectos controvertidos de la investigación en psicoterapias.

10 El efecto *nocebo* se refiere a los efectos adversos de una intervención inerte sobre el estado de un sujeto, en base a las expectativas terapéuticas, su estado emocional y el contexto sociocultural. Sería el efecto negativo del efecto placebo.

11 La *eficacia* hace referencia al grado de buen funcionamiento de un tratamiento en estudios controlados, mientras que la *efectividad* alude al grado de buen funcionamiento de un tratamiento en la práctica, en la vida real.