

LA PSICOTERAPIA Y EL CAMBIO PSÍQUICO, ENTRE LAS EVIDENCIAS BASADAS EN LA PRÁCTICA, Y LA PRÁCTICA BASADA EN LAS EVIDENCIAS. UNA REFLEXIÓN RELACIONAL SOBRE LA PSICOTERAPIA EN EL SIGLO XXI

PSYCHOTHERAPY AND PSYCHIC CHANGE, BETWEEN EVIDENCE BASED ON PRACTICE, AND PRACTICE BASED ON EVIDENCE. A RELATIONAL REFLECTION ON PSYCHOTHERAPY IN THE XXI CENTURY

Alejandro Ávila-Espada¹

Facultad de Psicología, Universidad Complutense. Madrid. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4821-4211>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ávila-Espada, A. (2020). La Psicoterapia y el cambio psíquico, entre las Evidencias basadas en la Práctica, y la Práctica basada en las Evidencias. Una reflexión relacional sobre la Psicoterapia en el Siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 29-52. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.401>

Resumen

En este trabajo se reflexiona, desde la perspectiva intersubjetiva y relacional sobre las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las intervenciones y tratamientos que se producen en el contexto de la práctica clínica actual en Salud Mental? ¿Qué clase de teoría y método científico es aplicable a dicha práctica clínica? ¿Qué es y qué no es una pseudoterapia, y cuales los sesgos de esta pseudopolémica? ¿Qué evidencias debemos reconocer como relevantes e incorporar como criterios para valorar nuestras intervenciones? ¿Tenemos conciencia de la necesidad de evaluar nuestra práctica psicoterapéutica asistencial? ¿Cómo debemos evaluar nuestras intervenciones, para contribuir a su mejora, y al incremento de la calidad de las intervenciones ulteriores? ¿Es una evaluación principalmente cuantitativa o cualitativa? Tras examinar estas cuestiones se propone centrar nuestra atención en los criterios de calidad de una psicoterapia basada en la dialéctica entre práctica e investigación, así como en identificar algunas de las megatendencias que se prevé marcarán la evolución de las necesidades de la psicoterapia a lo largo del siglo XXI, en torno a las que se abren vías de reflexión.

Palabras clave: *Psicoterapia basada en la evidencia, Megatendencias de la Psicoterapia, Pseudo(psico)terapia; Calidad asistencial; Salud Mental.*

Abstract

This paper proposes a reflection, from an intersubjective and relational perspective, on the following questions: What are the interventions and treatments in the context of current clinical practice in Mental Health? What kind of scientific theory and method is applicable to clinical practice? What is and what is not a pseudotherapy, and what are the biases of this pseudo-controversy? What evidence should we recognize as relevant and incorporate into our interventions? Are we aware of the need to evaluate our healthcare psychotherapeutic practice? How should we evaluate our interventions, to contribute to their improvement, and to the increase in the quality of subsequent interventions? Is it a mainly quantitative or qualitative evaluation? After examining these questions, it is proposed to focus our attention on the quality criteria of a psychotherapy based on the dialectic between practice and research, as well as on identifying some of the mega-trends that are expected to mark the evolution of the needs of psychotherapy throughout the 21st century, around which some ways of reflection are opened.

Keywords: *Evidence-based psychotherapy; Megatrends in Psychotherapy; Pseudo (psycho) therapy; Quality of care; Mental health.*

Fecha de recepción: 15 de mayo de 2020. Fecha de aceptación: 2 de junio de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: avilaespada@psi.ucm.es

Dirección postal: Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Campus de Somosaguas 28223 Madrid. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



En el inicio de la tercera década del siglo XXI nos continuamos haciendo preguntas esenciales sobre nuestra práctica clínica y su relevancia social y científica. ¿Qué son las intervenciones y tratamientos que devienen relevantes en el contexto de la práctica clínica en Salud Mental actual? ¿Qué clase de teoría y método científico es aplicable a dicha práctica? ¿Qué es y qué no es una *pseudoterapia*? ¿Qué evidencias debemos reconocer como relevantes e incorporar a nuestras intervenciones en estos contextos? ¿Cómo evaluar nuestras intervenciones, para contribuir a su mejora, y al incremento de la calidad de las intervenciones ulteriores? ¿Cuáles son los criterios de calidad de una psicoterapia? En lo que sigue reconsideraré algunas de esas preguntas, con sus derivadas, y ofreceré bases para su discusión así como para esbozar las principales respuestas que nos comprometen como clínicos y, a la vez, agentes responsables ante nuestra sociedad y las personas con las que trabajamos.

Toda reflexión se efectúa desde un contexto teórico y epistemológico, y está marcada por las tradiciones conceptuales que marcan la formación y la práctica de cualquier clínico, y especialmente en nuestro ámbito, la salud mental. En mi caso, y recogiendo una experiencia de cinco décadas (1970-2020)², puedo constatar que he sufrido numerosas transformaciones que incluyen el rechazo inicial a las concepciones filosóficas cartesianas, mi inmersión en el neo-positivismo, mi ulterior implicación con el pensamiento dialéctico y la fenomenología, más una etapa de paso por el empirismo naturalista y descriptivo hasta llegar al constructivismo social y al pensamiento intersubjetivo y relacional, donde la comprensión del hombre integra concepciones psicodinámicas, humanistas, sistémicas, constructivistas y sociales. De todos los giros en mi trayectoria han quedado marcas que forman parte de mi contexto de comprensión, que más que integrarse en una síntesis, han dejado interrogantes abiertas para seguir siendo exploradas. Las preguntas que he trazado como eje de esta reflexión, serán contestadas desde este contexto de comprensión plural, pero en base a un eje en que se construye la subjetividad en base a procesos leídos principal -pero no exclusivamente- desde la psicodinámica, pero resultantes de la construcción social que enmarca el despliegue de la subjetividad en todos los planos de manifestación de la intersubjetividad, desde lo biológico a lo social.

¿Qué son, y cuáles son, las intervenciones y tratamientos relevantes, en el contexto de la práctica clínica actual en Salud Mental?

Para responder a esta pregunta me detendré en considerar las intervenciones que inciden sobre los procesos de la condición humana (como subjetividad habitada socialmente construida) y la identidad, que hace a la persona en la cultura.

Comenzaré estableciendo la relevancia de la *psicodinámica* en la comprensión y explicación del *ser humano* (la condición humana del ser biológico conocido como la especie humana). Inferir, formular y constatar en la clínica los procesos psicodinámicos ha sido la aportación principal de las teorías psicoanalíticas, que comparten en su aplicación -aunque en diferente grado- con las perspectivas humanistas, constructivistas y sistémicas. Su aportación central es fruto del diá-

logo habido durante ya más de cinco décadas, entre investigadores del desarrollo humano, de la memoria, de la emoción, de los procesos de cambio psíquico y de la relación interpersonal, todo ello en el marco de los avances en neurociencia (marco necesario para el conocimiento del sujeto de la experiencia), y con la contribución de la nueva perspectiva aportada por la física cuántica y la teoría de los sistemas dinámicos para la comprensión de los procesos psíquicos. En el contexto de esas influencias, el núcleo de la psicodinámica ha evolucionado desde el marco inicialmente propuesto por la teoría pulsional freudiana, hasta situar el foco en la descripción, comprensión y explicación de la intersubjetividad.

Fonagy y Kächele (2009) ya establecieron la ambigüedad del término “psicoterapia psicodinámica”³ pues denota una gama muy heterogénea de enfoques de tratamiento psicológico que tienen en común la herencia intelectual de la teoría psicoanalítica, la cual ya no se basa en un cuerpo unitario de ideas, como fue la pretensión de Freud, sino que asume en ciertos supuestos, que se enuncian a continuación:

- (a) Una noción compartida de *causalidad psicológica*, de que los trastornos mentales pueden concebirse significativamente como organizaciones específicas de las creencias, pensamientos y sentimientos, conscientes o inconscientes, de un individuo. Esta noción es, en lo esencial, compartida por los enfoques cognitivo-constructivistas, sistémicos y humanistas.
- (b) La causalidad psicológica se extiende a la parte no consciente de la mente, pues para comprender las experiencias conscientes, necesitamos referirnos a otros estados mentales de los cuales el individuo no es consciente. Esta idea es sostenida igualmente por la psicología del trauma, en sus variados enfoques.
- (c) El funcionamiento mental está organizado para evitar el malestar que surge del conflicto (interpersonal, intrasubjetivo) a fin de maximizar una sensación subjetiva de seguridad.
- (d) Las estrategias defensivas son una clase de operaciones mentales que parecen distorsionar los estados mentales para reducir su capacidad de generar ansiedad, angustia o desagrado. Las diferencias individuales en la predisposición a estrategias específicas a menudo se han utilizado como un método para clasificar individuos o trastornos mentales.
- (e) Se hacen suposiciones diversas sobre los procesos del desarrollo normal y anormal de niños y adolescentes, pero los terapeutas están invariablemente orientados a los aspectos evolutivos de los problemas que presentan sus pacientes.
- (f) Se asume que las representaciones de relación vinculadas con las experiencias relacionales de la infancia influyen en las expectativas sociales interpersonales, incluida la relación con el terapeuta, y dan forma a las representaciones de Sí mismo.
- (g) Estas representaciones de relación inevitablemente se reproducen y ac-

tualizan en el curso de los tratamientos psicológicos, siendo uno de sus procesos característicos, pues permiten su manifestación, observación y cambio (Elaborado a partir de Fonagy y Kächele, 2009, p.1337).

Complementariamente, Blagys y Hilsenroth (2000) definieron la psicoterapia psicodinámica como una estrategia de intervención que pone su foco en la emoción, en la exploración de los intentos por evitar los sentimientos y pensamientos que causan malestar, en la identificación de los patrones (relacionales, emocionales, cognitivos, motivacionales), que caracterizan al sujeto a través de explorar la experiencia pasada y con especial atención a las relaciones interpersonales, a la propia relación terapéutica, así como a la exploración de las fantasías y deseos que influyen en la experiencia actual que tienen las personas de sí mismas y de sus entornos. El énfasis en el conocimiento de los patrones (relacionales, emocionales, cognitivos, motivacionales) que configuran la identidad del sujeto y su manifestación en las diferentes áreas de expresión del comportamiento humano, aun poniendo el énfasis más en unos patrones que en otros, es compartido por prácticamente todos los enfoques contemporáneos de la psicoterapia. Tal como yo lo entiendo, quizás la principal nota distintiva del psicoanálisis, y de la psicoterapia basada en él, es su interrogación ética por la *verdad propia*, un conocimiento y aceptación de sí y del sentido moral de los propios actos y experiencias, donde la verdad, subjetiva, construida, e inalcanzable como absoluto, guía la búsqueda del conocimiento de sí en todo ser humano. Algo más ambicioso que el cambio terapéutico que es el fin clínico, pero que es a la vez origen y meta del mismo.

Resaltaré aquí la pertinencia del giro conceptual que aporta la *teoría de la intersubjetividad*. Se trata de una perspectiva epistemológica (Rodríguez Sutil, 2018) que intenta comprender los fenómenos psicológicos no como producto de mecanismos intrapsíquicos que se dan en una “mente aislada”, sino como constituidos en la intercomunicación de mundos de experiencia recíprocamente interactuantes. Su objeto de estudio se identifica como *campo intersubjetivo*. Para acceder a él, se utiliza el método “empático-introspectivo” (que ya había formulado Heinz Kohut (1984/1986) a partir de considerar la hermenéutica de la experiencia subjetiva) y que se lleva a cabo mediante la *participación relacional*. Para entender los procesos del *sujeto en relación*, lo que se *investiga* y con lo que se *interviene* es: a) los *principios que organizan la experiencia de la persona que es el paciente* (a través de su detección mediante la conexión empática); b) *los principios que organizan la experiencia de la persona que es el terapeuta* (a través de la introspección) y c) el *campo intersubjetivo* creado entre ambos (lo vincular), que a la vez los incluye (y configura una experiencia de la mutualidad). Es decir, con la perspectiva intersubjetiva, la psicodinámica del sujeto ya no es el objeto de interés central, sino propiedades que forman parte del sistema observado.

Ya he apuntado que la perspectiva intersubjetiva confluye con las aportaciones que en las últimas décadas del siglo XX ha hecho la investigación del desarrollo humano, en diálogo con la Neurociencia. Se trata de una serie de evidencias que

pueden ser resumidas en los siguientes principios, y que son especialmente relevantes para nuestra aproximación relacional, a la par que marcan diferencias –sin negar las convergencias– con las aproximaciones fundamentalmente cognitivas:

1. El desarrollo humano (y el cambio) sucede en un contexto trans-subjetivo (en el que se originan las subjetividades).
2. Las emociones son el motor (operando como marcadores somáticos de toda experiencia significativa), y preceden así a la cognición.
3. En la comunicación intersubjetiva predomina lo no verbal (es decir, los patrones de conocimiento relacional implícito no verbal, pre-simbólico). Antecede al lenguaje la experiencia somático-emocional no formulada, pero pre-configurada (como Conocimiento Relacional Implícito).
4. La dinámica de la conexión empática (que radica en el sistema de las neuronas espejo) regula las posibilidades de conexión-desconexión, desde la comunicación en la díada al grupo social.
5. La inferencia de intenciones dirige la experiencia, y abre así el espacio privilegiado de la cognición.
6. El tiempo del desarrollo es el de la oportunidad, no una secuencia cronológica. La regulación psíquica de las necesidades fisiológicas mediante el Sistema de Vinculación integra el sistema que estructura el desarrollo temprano. Que se continuará en el sistema de apego, configurándose mediante patrones característicos.
7. El desarrollo (y el cambio psíquico) tiene lugar en el diálogo entre mentes. Se observa en la progresiva construcción de las capacidades de mentalización.
8. El desarrollo (como el cambio como el cambio psíquico) no es lineal ni sigue una tendencia progresiva, sino que es caótico y dinámico.

Así, la *condición humana*, si es plena, es decir si se puede expresar como *Subjetividad habitada*, deriva de la Intersubjetividad (patrones de conocimiento relacional implícito marcados emocionalmente) y de la Cooperación Intencional (ámbito configurado como cognición). Deriva de un espacio centrado en el “nosotros”, que se configuró en la estructura del Sistema de Neuronas Espejo, donde el *desarrollo es específico a cada sujeto y sus contextos*, y se articula en la identificación social (Sí mismo que atribuimos a los otros más el sentimiento de “ser-como-tú” activado en el encuentro con los otros) que es el resultado de preservar el *espacio compartido centrado en el nosotros*. La progresiva afirmación del Sentimiento básico del Sí mismo en la persona, se organiza a través del Reconocimiento que recibe en sus vínculos intersubjetivos, y es la expresión final de un proceso de desarrollo saludable⁴.

La configuración de la Identidad personal que se manifiesta como madurez de la subjetividad humana, requiere un equilibrio dinámico y contextual, en los diferentes tiempos del ciclo vital, de los siete sistemas motivacionales (Lichtenberg, Lachman y Fosshage, 2011) que regulan la acción y la experiencia humana [Re-

gulación psíquica de las necesidades fisiológicas; Vinculación con los individuos; Afiliación con los grupos; Cuidando a los otros; Autoafirmación y Exploración de preferencias y capacidades; Responder con Oposición/Retraimiento; y Sensualidad (Satisfacción sensorial, excitación sexual y liberación orgásmica]. En esta inter-determinación evolutiva se configuran los patrones nucleares que organizan la experiencia subjetiva: Identidad, patrón de apego dominante, calidad de los procesos de mentalización; expresión y regulación emocional, e integrándose todos ellos en la calidad de *Relacionalidad* alcanzada por la persona en su desarrollo. Los déficit, fallas o desregulación en cualesquiera de los aspectos mencionados, se manifiesta a través del sufrimiento humano, que puede cristalizar en síntomas y síndromes psicopatológicos duraderos, que a su vez operan también como adaptaciones patológicas que permiten recuperar el equilibrio psíquico posible, sea en el nivel de la ansiedad y sus reguladores (e.g., los procesos obsesivos y fóbicos), en la desregulación emocional (alteraciones en el estado de ánimo), en las relaciones interpersonales disfuncionales, o en el sacrificio de la conexión con la realidad que se aprecia en la denominada experiencia psicótica.

Resumiendo la contestación a nuestra pregunta de partida, las intervenciones y tratamientos relevantes, en el contexto de la práctica clínica en Salud Mental son los que nos permiten acceder a todos los planos implicados en la subjetividad: la emoción que configura la conexión intersubjetiva, que permite, con la progresiva consolidación de las capacidades de mentalización, usar la inferencia de intenciones en el diálogo con el otro, y el reconocimiento que el otro da a al sujeto para configurar su sentimiento de sí, y como síntesis de todo ello, desde la emoción sentida al conocimiento construido, configurar la identidad en la que el sujeto se piensa a sí mismo, sujeto de sí y en el mundo. A este ámbito de experiencia podemos llegar de la mano de las tradiciones clínicas psicodinámicas, humanistas, sistémicas y cognitivo-constructivistas, a condición de que aceptemos la complejidad y radical imposibilidad de describir, jerarquizar, comprender y explicar *plenamente* los procesos psíquicos de la naturaleza humana.

¿Qué clase de teoría y método científico es aplicable en la práctica clínica en Salud Mental?

Hace ya más de dos décadas⁵ que estamos instalados en una idolatría de la denominada “evidencia científica” como criterio para dar valor a los métodos de intervención en la práctica clínica en Salud Mental. Subrayaré que el método científico es una exigencia muy necesaria en el avance del conocimiento, siempre que sea entendido en una acepción abierta a su principal fin, ensanchar el horizonte del conocimiento en todas las facetas que son relevantes a un fenómeno susceptible de ser observado, aceptando que la observación estará siempre limitada por el instrumento de observación, y por la propia complejidad de los fenómenos a observar, en constante interacción con el observador y con otros fenómenos y condiciones que lo hacen posible. No nos adentraremos aquí en las complejas dimensiones de

la *verdad*, pero señalemos que la complejidad del psiquismo humano no puede ser reducida a las categorías observables y codificables de sus manifestaciones, ni a las limitaciones del observador. Asumiendo la honestidad del científico que quiere dar cuenta de la verdad de lo observado, lo cual es nuestra meta principal, reconozcamos que nos hemos dejado llevar por una equivalencia imposible. En el complejo objeto de estudio que es el comportamiento humano no son aplicables ni principal ni exclusivamente las leyes de lo biológico, y por tanto la extrapolación de los métodos de la Medicina “basada en la evidencia” a la Psicología será fallida, porque no considera ni la especificidad de lo psíquico (que se estructura como subjetividad) ni del contexto que hace posible la subjetividad y la misma naturaleza y existencia humana, *lo social*⁶.

Para otorgar científicidad a la Psicoterapia, para cada teoría, método o técnica, se han venido aceptando como hechos constatados por la ideología de la “Psicoterapia basada en la evidencia” una serie de mitos que no se corresponden con la naturaleza de los objetos y fenómenos que la constituyen. Entre esos mitos están: 1) Que la teoría, método y/o técnica (psicológica) ha identificado y aislado suficientemente los principios activos del tratamiento; 2) Que el método y/o técnica está suficientemente descrito de manera que sea aplicable rigurosamente y de la misma forma con cualquier persona y condición; 3) Que dos o más cualesquiera teorías, métodos y/o técnicas son verdaderamente comparables entre sí, soslayando los diferentes niveles de procesos y fenómenos que implican; 4) Que la aplicación precisa de un método y/o técnica puede llevarse a cabo sin tener en cuenta las variables que introduce la persona que lo aplica; 5) Que el contexto concreto social, antropológico-cultural y económico, de género, en el que se aplica no sesga los resultados; 6) Que los resultados del tratamiento son observables, y frecuentemente, que pueden serlo a corto plazo, cuando los valiosos efectos esperados de la intervención psicológica deben mantenerse a medio y largo plazo. Y estos no son todos los mitos que asumimos como sustento de los estudios que nos aportan esa evidencia científica para las intervenciones elegidas.

Cualquier clínico que sea honesto con su experiencia, y que respete la verdad más allá de sus propias creencias, y de su identificación con una teoría o método, reconocerá que nunca le ha sido posible aplicar una teoría y un método y/o técnica de la misma manera, ni que él o ella se implique y manifieste de la misma manera, en dos momentos diferentes de intervención y/o con dos personas diferentes. Que la experiencia subjetiva nos brinde a veces una ilusión de similitud, no supone equivalencia ni identidad. En la clínica, cada momento, cada experiencia, cada relación, cada acción, son únicas y singulares. ¿Podemos después en aras de una supuesta científicidad borrar esas diferencias?

Estas interrogantes han acompañado a todas las teorías relevantes a la Psicoterapia y las han sumido en fuertes contradicciones. Han sido objeto de especial atención por parte de todos los enfoques que no han aceptado reducir su objeto de estudio a observaciones supuestamente objetivas de la conducta. Entre los enfoques,

cada uno con sus matices, que han mirado de cara la complejidad del psiquismo humano está el Psicoanálisis, la Psicoterapia Humanista en sus múltiples variantes, las Psicoterapias más genuinamente cognitivas que conductuales, y en especial el enfoque constructivista (y social), la Teoría de los Sistemas y la Psicoterapia Sistémica, y muchas otras variantes, algunas surgidas del diálogo entre diferentes teorías, incluidas las que sostienen una posición integradora flexible⁷.

Me detendré ahora en considerar cómo esto implica al principal “Demonio” elegido por la ciencia ideal que pretende ser la Psicología: El Psicoanálisis.

Por su carácter inalienable de ciencia humana y social, el Psicoanálisis ha entrado en conflicto con la desmedida pretensión de explicar prioritariamente los procesos psíquicos y la conducta humana en base a sus bases biológicas, y con los métodos propios de la psicobiología y la neurología. Las manifestaciones/consecuencias (al menos algunas) de los procesos psíquicos son observables, pero los mismos procesos no lo son, aunque se puedan establecer correlatos neurales o bioquímicos (Westen y Gabbard, 2002a, 2002b). El psicoanálisis es, mal que le pese a la psicología académica convencional, una Psicología que incluye, pero que no se limita a las inferencias sobre la conciencia ni a la conducta observable, aunque sus procesos (dinamismos) tengan una identificación y categorización problemática. Dentro del propio psicoanálisis, la tensión entre las aproximaciones heurística y hermenéutica ha acompañado su historia contemporánea (véase, entre otros, Poch y Ávila, 1998; Fonagy et al., 2001; Levy, Ablon y Kächele, 2012; Leuzinger-Bohleber y Kächele, 2015; Leuzinger-Bohleber, Solms y Arnold, 2020).

Irwin Hoffman, en un trabajo seminal (2009), defendió que un paradigma hermenéutico no objetivista es el más acorde con el psicoanálisis, pues permite que el analista adopte la incertidumbre existencial que acompaña a la comprensión de que existen múltiples formas buenas de ser, tanto en el momento como en la vida en general, y que las decisiones que toma la persona que es el analista/terapeuta siempre están influidas por la cultura, la mentalidad sociopolítica, los valores personales, la contratransferencia y por otros factores, en formas que nunca se conocen por completo. Hoffman defiende que un psicoanálisis crítico e inconformista siempre se esfuerza por exponer y desafiar tales fundamentos en las elecciones de sus partícipes. La “singularidad consecuente” a cada interacción y la indeterminación asociada con el libre albedrío de los participantes hacen que el estudio de caso individual⁸ sea para Hoffman el más especialmente adecuado para el avance del “conocimiento” científico en nuestro campo. Pero la complejidad de la clínica y de sus contextos van mucho más allá de la riqueza de la experiencia singular que puede vivirse en la relación analítica o psicoterapéutica. Trascendiendo la crítica de Hoffman, coincido con Safran (2012) en que debemos plantearnos si podemos conciliar un paradigma hermenéutico no objetivista para la dimensión singular de la experiencia que se vive en la relación terapéutica, con un paradigma mixto hermenéutico-heurístico en el que la descripción sistemática -hasta donde es posible- amplía la riqueza y extensión del campo de observación a todas las

perspectivas de observación posibles. Entendiendo que sí, deberíamos abrazar una perspectiva más amplia, dialéctica, y no un mero posicionamiento entre lo hermenéutico y lo heurístico, a la par que reflexionamos sobre los sesgos culturales de toda aproximación científica, sin ceder al individualismo, pragmatismo y la tendencia tecnocrática predominante en Norteamérica que nos ha sacado de nuestras posiciones más holísticas y existencial-social-humanistas europeas, un aspecto que ya fue subrayado por Aron (2012) y que son nuestro contexto natural de comprensión y explicación científica.

Pero en esta era, marcada por el *Zeitgeist* de la evidencia científica, ha surgido una polémica que contribuye a la confusión, más que a la exigencia de verdad que busca la Ciencia. Se trata del ataque a lo supuestamente “no científico” atribuyendo el término “Pseudoterapia” a toda aquella estrategia que no aporta evidencias que derivan formalmente de estudios realizados con los cánones y procedimientos del método experimental. Sobre esta falsa polémica, contaminada por fines más político-profesionales que científicos, hablaré a continuación.

¿Qué es y qué no es una pseudoterapia? Los sesgos de esta pseudopolémica

Se ha definido la *Pseudoterapia* como “la sustancia, producto, actividad o servicio con pretendida finalidad sanitaria que no tenga soporte en el conocimiento científico ni evidencia científica que avale su eficacia y seguridad” (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, 2018).⁹ Así definida, desde el contexto de la práctica médica, el mencionado documento matiza que la ausencia de demostración de su eficacia no debe ser considerada siempre como sinónimo de ineficacia (como subraya De Celis, 2019), aunque el uso del término “pseudoterapia” se asocia con la supuesta carencia de evidencia científica, y así ha sido usada en campañas publicitarias por parte de algunas asociaciones y corporaciones, que han mezclado los argumentos sobre los diferentes niveles de evidencia, que pudieran ser deseables en cada contexto de intervención, con la descalificación sistemática de teorías, métodos y técnicas que no coinciden con las “modas científicas” dominantes en el contexto académico. No infrecuentemente se vienen usando estrategias desinformativas que asocian términos de escuela, cuyo ámbito de aplicación es muy general (e.g., Psicoanálisis, Hipnosis, Gestalt...) con una supuesta falta de contrastación mediante las evidencias de la investigación, afirmación muchas veces intencionalmente sesgada¹⁰, por ignorar las numerosas evidencias de investigación y basadas en la práctica, ampliamente recogida en las publicaciones científicas y profesionales, y a veces debida también al desinterés de los propios profesionales en dar cuenta de su práctica y efectos.

El carácter de “pseudoterapia” se atribuye así por extensión a una (psico)terapia que no ha documentado alcanzar determinados niveles de evidencia “científica” establecida canónicamente¹¹, en una jerarquía que va desde los ensayos clínicos doble-ciego, los diseños experimentales y cuasi-experimentales, hasta los estudios clínicos y descriptivos. Cuáles sean los niveles “aceptables” de evidencia responde

a criterios de política científica y profesional, cambiantes según intereses locales, pero que esencialmente ignoran el problema fundamental, la imposibilidad de realizar genuinos ensayos clínicos y/o diseños experimentales de grupos que sometan a investigación los procesos y resultados que intervienen en la psicoterapia. Que se usen formalmente procedimientos experimentales no resuelve las objeciones epistemológicas mencionadas.

La contestación a esta “tiranía de la científicidad” viene realizándose desde muy diferentes instituciones cuya tradición científica está sólidamente establecida, y que en su mayor parte pertenecen a las ciencias biológicas y médicas. Se ha refutado la primacía de los indicadores cuantitativos sobre los cualitativos a la hora de valorar la calidad de las investigaciones. Un ejemplo de ello es la *Declaración de San Francisco de Evaluación de la Investigación* (2012)¹² que establece como recomendación principal que se deje de usar como medida de calidad de los trabajos de investigación los indicadores cuantitativos de prestigio y cita de las revistas (e.g., factor de impacto), y en cambio se realice una evaluación cualitativa y singularizada de la calidad de cada trabajo para la toma de decisiones en contratación, promoción o financiación de los investigadores y de los estudios de investigación.

No es ya sostenible denominar “pseudoterapias” a estrategias y técnicas, de aplicación para fines clínicos, que identifican los procesos psicológicos sobre los que intervienen, que describen -en lo posible- sus acciones y técnicas, y que son llevadas a cabo por profesionales adecuadamente formados y éticamente comprometidos¹³. Menos aún puede ignorarse los informes de investigación que dan cuenta de su aplicación, de los procesos implicados y de sus resultados, y de los estudios en curso¹⁴.

¿Qué evidencias debemos reconocer como relevantes e incorporar como criterios para valorar nuestras intervenciones?

Ocupémonos ahora de las “evidencias”. La mal llamada “Práctica clínica basada en la evidencia”, como ya hemos descrito, es un artefacto teórico derivado de una ficción científicista, que ha girado en torno a constatar efectos y resultados de estrategias y técnicas nominales, supuestamente indicadas para problemas concretos¹⁵, pero sin detenerse a considerar especialmente el nexo entre los procesos que harán posible el cambio y los efectos y resultados que permiten describirlo, para cada situación, contexto y personas concretas en que sean aplicadas esas intervenciones. Un tratamiento basado en la evidencia predica que para cierta clínica psicopatológica (e.g., una fobia), determinada intervención (e.g., exposición)¹⁶ será eficaz o más efectiva que tal otra, logrando que esa condición patológica deje de interferir en cualquier persona y situación en que se haya manifestado. Pero, como ya he subrayado, ni los síntomas ni los síndromes psicopatológicos se originan y manifiestan de la misma manera en dos personas diferentes, ni en dos contextos diferentes, ni tampoco las intervenciones de tratamiento se llevan a cabo de manera idéntica, ni los clínicos que las aplican se comportan e influyen de la misma manera,

ni las complejas interdeterminaciones que se producen en la relación terapéutica son replicables caso a caso, intervención a intervención. Nos pesa erróneamente el supuesto *ideal* de que la acción del principio activo (e.g., farmacológico) producirá efectos equivalentes en diferentes individuos aquejados de la misma enfermedad o patógeno, aunque bien sabemos que esa condición “ideal” e imperfecta para los agentes biológicos, en nada es replicable en los procesos psíquicos, interpersonales y sociales. Pero ninguna práctica (y técnica) psicológica de supuesta acción clínica que sea implementada por y con los seres humanos se adecúa a ese parámetro de objetividad que requiere el ensayo clínico (principio activo vs. placebo y/o agente inerte; vs. no tratamiento). Toda acción sobre los procesos psicológicos tiene una compleja dimensión cualitativa, y una aún más compleja sobre-determinación construida psíquica y socialmente. No disponemos del clínico neutral, ni de la técnica precisa, ni del principio activo, que ha de operar selectivamente en la diana de cada indicador patológico, en cada persona, en cada contexto de intervención. La metáfora biologicista, aún imperfecta en su propio ámbito, es aquí inaplicable, salvo como ideología, pero no como premisa científica.

¿Cuál es, pues, la *actividad específica de la psicoterapia*? Desde nuestro nivel de análisis, se trata de una intervención que moviliza los procesos psicodinámicos que hemos descrito como característicos de la evolución *hacia la madurez de la subjetividad humana*, que produce (o moviliza) *efectos estructuralmente significativos* diversos, si bien no directamente observables, pero dinámicamente integrados en la experiencia que la persona tiene de sí y de los otros y que se construye en la integración de emociones, cogniciones y acciones. Se trata de *efectos* que se dan:

- Como respuesta a la *percepción por la persona de ser objeto de ayuda* (Percibir que la propia experiencia es contenida y sostenida vincularmente).
- Porque se activa el sistema de *Agencia Personal* y gestión de la propia capacidad pro-activa.
- Porque se activan, reorganizan y regulan procesos psíquicos en los niveles:
 - Cognitivo: Mejorando la calidad de los procesos de Mentalización; y la calidad de la Inferencia de Intenciones; con su expresión a través del lenguaje.
 - Emocional: Mejorando la calidad del despliegue emocional (con mayor capacidad de reconocimiento y expresión de las emociones tanto positivas como negativas) a través de lo verbal y no verbal.
 - Interpersonal: Se avanza mediante la progresiva sofisticación de los patrones relacionales (del bloqueo a la interacción diádica, la triádica, y la regulación social).
 - Motivacional: Como trabajo conjunto y articulado de los siete Sistemas Motivacionales antes mencionados.
 - De vinculación: Como trabajo con los Patrones de Apego, que evolucionan hacia una *Relacionalidad* de mayor calidad.
- Mediante la evocación, representación y regulación de la experiencia

traumática (es decir, a través de la reorganización de la memoria implícita -del trauma- con narrativas conectadas a la propia representación del Self que pueden ir integrando las emociones escindidas).

Estos son los efectos que se observarán, aunque con variable demora, como *resultados*: a) Al observar y evaluar cambios sintomáticos definidos (síntomas evaluables); b) Al observar y evaluar cambios en los procesos psíquicos (porque se dan *cambios en los patrones* que determinan o estructuran los procesos); c) Al observar y evaluar cambios en los patrones de relación, en su expresión social e interpersonal.

La investigación del *proceso de cambio* nos ayuda a comprender cómo cambian los determinantes estructurales que se observan como efectos/resultados a medio, largo y muy largo plazo. Tenemos clara constancia, a través de numerosas investigaciones descriptivas, de que el *proceso de la relación que resulta terapéutica* (es decir que favorece y se relaciona con el cambio; véase Stern, 2004; Boston Change Process Study Group, 2010):

- Tiene una *naturaleza diádica* (es decir, se produce principalmente en ese nivel de interacción: el del Conocimiento Relacional Implícito).
- Requiere *Encaje y Direccionalidad* (es decir, mejora el ajuste entre los participantes, configurando la dirección del cambio).
- Requiere tanto desorden como negociación creativa (entre ambos participantes).

Este proceso de cambio relacional requiere un tiempo de actuación y consolidación cuya duración no se puede establecer de antemano, y que se efectúa tanto desde intervenciones breves pero significativas hasta interacciones muy prolongadas, bien en el tiempo cronológico, bien en su prolongación simbólica como relación terapéutica internalizada. Nos ocuparemos ahora de identificar las características estructurales del cambio psíquico que son el núcleo de la acción psicoterapéutica.

En todo proceso de cambio genuino se experimenta e incrementa la integración del Sí mismo relacional (Ávila Espada, 2005, 2013). Es un proceso de vitalización, confianza, solidaridad y comprensión entre el sí mismo y el Otro (a través de la internalización de la Interacción reguladora). Y se ha constatado que *se trata de cambio estructural*, porque:

- Se da un cambio estable y duradero de los patrones de experiencia (de sí, del otro, del mundo) y de los patrones de comportamiento, el cual depende de la *neuroplasticidad*, que es a su vez dependiente de las experiencias vividas o por vivir: *la relación*, por tanto, resulta *el principal agente mutativo*.
- Se han construido recursos adaptativos e integradores posteriores, lo que permite disponer de *capacidades de reparación*, que derivan de vivir/participar en, experiencias de reparación.
- Se han activado los *procesos de reconocimiento* (de Sí y del Otro) que tienen lugar en la comunicación intersubjetiva. Estos son decisivos para

la construcción, consolidación y reparación del sentido del Self (y de las representaciones del Otro).

- Se han reconstruido significados en el nivel del *Conocimiento Relacional Implícito* (CRI). Los *momentos de encuentro* son entonces representativos del cambio de interacción que se registra en el CRI.
- Se ha dado el cambio en el *tipo de interacción reguladora que se da con el objeto interpersonal* (y su representación).
- Se ha dado el cambio en el *nivel local de la comunicación*, en el *proceso de encaje de intenciones*.
- Y, finalmente, se ha dado el *cambio en el proceso interactivo* (dimensión profunda del conflicto y defensa, que no es solo representación mental). La(s) defensa(s) ya no son vistas como un obstáculo a desmontar o refinar, sino como una construcción necesaria en la evolución de la subjetividad, a transformar relacionalmente.

En conclusión, respondiendo a la principal pregunta de la que partimos, toda psicoterapia que no contribuya significativamente a alguna faceta del cambio estructural, podría ser calificada de pseudoterapia. Lo sería en cuanto simula o sugiere (operando la sugestión) que hay resultados observables en el comportamiento, que, aunque puedan tener relevancia¹⁷ no producen cambio duradero en la persona, no movilizan positivamente su agencia, no reactivan su desarrollo psicológico, ni promueven ganancias cualitativas de relacionalidad, que le permitan a la persona una vida psíquica para sí con los otros en el mundo más plena. La verdadera acción terapéutica es la que moviliza el desarrollo (detenido o fracasado), no la que sofoca la percepción del sufrimiento y favorece una adaptación patológica disfrazada de normalidad.

¿Tenemos conciencia de la necesidad de evaluar nuestra práctica psicoterapéutica asistencial? ¿Cómo debemos evaluar nuestras intervenciones, para contribuir a su mejora, y al incremento de la calidad de las intervenciones ulteriores? ¿Es una evaluación principalmente cuantitativa o cualitativa?

Las preguntas en torno a qué tipo de evaluación necesitamos para apreciar los cambios inducidos por las estrategias que desplegamos, y también para identificar la propia actividad de los procesos que movilizan esos cambios, siguen siendo interrogantes capitales. Nuestras raíces en la ciencia natural tienden a conducirnos a la “medición” de los cambios, bien a través de estimaciones categoriales cualitativas, bien a través de símiles que intentar cuantificar los procesos y efectos, que en esencia son cualitativos. Toda aproximación que hagamos a los procesos psíquicos estará atravesada por esta contradicción. Cuantificamos para representarnos los cambios, pero es una mera estimación que requiere interpretación y situarse en el contexto subjetivo, no es la expresión de una variable cuantitativa continua o discreta natural.

Desde luego tenemos que dar cuenta de nuestras intervenciones, que son llevadas a cabo para un fin tanto social como del sujeto que demanda ayuda. Más

allá de la práctica privada en la que clínico y sujeto son partícipes inmersos en una evaluación mutua constante, toda práctica clínica que se lleva a cabo en el marco de un programa institucional y social exige ser evaluada, e informar de sus resultados. Ahora bien, los efectos y resultados de la intervención con los problemas de la salud mental requiere una amplia perspectiva, donde puedan discriminarse los efectos a corto, medio, largo y muy largo plazo, y donde su contexto de observación, partiendo de las personas, se amplíe a las cohortes, a los grupos sociales, y sean cruciales cuales sean las tendencias de evolución hacia una sociedad más saludable, que responde a los numerosos problemas que tienen tanto las sociedades avanzadas, como las que sufren los efectos de la globalización sin ser destinatarias de sus beneficios. No es casual que, en cualquier reflexión sobre la evolución de la salud mental en los grupos humanos, nos atraviesen las interrogantes éticas del cambio climático y los límites del desarrollo global, una problemática en la que todos estamos incluidos.

Toda evaluación requiere el uso de instrumentos para realizarla. Por ello, hemos de pasar a contestarnos la pregunta: ¿con qué instrumentos o técnicas de evaluación podemos “medir” o “inferir” los efectos y los resultados de las intervenciones psicoterapéuticas? Responder adecuadamente a esta pregunta requiere otro trabajo, pero avancemos algunos aspectos.

Clarifiquemos nuestros objetivos, y pongamos en correspondencia nuestras estrategias de evaluación, y las posibles técnicas a utilizar. En esta búsqueda encontramos las principales herramientas desarrolladas en las últimas décadas, y que recoge la tabla 1, centrada en la intervención con sujetos adultos.

Una vez hayamos podido constatar que nuestras técnicas son adecuadas a su objeto, es decir, el mejor conocimiento y respeto a las características de la subjetividad humana, hemos de desplegar un compromiso evaluador que dé cuenta de nuestras acciones y sus efectos. No es solo un problema con la elección de las técnicas de evaluación. Lo que nos falta -al menos en parte- es tomar conciencia de la importancia de que nos impliquemos como agentes que somos de una estrategia de ayuda a los problemas de salud mental en las personas y la comunidad. No somos solo clínicos de “emergencia”, sino clínicos agentes, éticamente comprometidos. La ética no responde principalmente a lo urgente, sino que reclama sentido para nuestra práctica. Por ello el clínico que trabaja en su contexto natural, la consulta -privada o institucional- es también un investigador que observa y evalúa sus intervenciones. Si como clínicos sistematizamos algunas facetas de nuestra práctica, incorporando estrategias y técnicas de evaluación, ello nos permitirá conocer mejor nuestros recursos y posibilidades, y a la vez contribuiremos a la mejora de la calidad de las intervenciones actuales y futuras. Para ello requerimos apoyo institucional, pero también compromiso ético para la mejora de nuestra práctica, al servicio tanto de las necesidades del cliente como de las nuestras propias.

Tabla 1. *Objetivos de evaluación relevantes a la psicoterapia y ejemplos de instrumentos.*

Objetivos de evaluación	Ejemplos de métodos e instrumentos ¹⁸
Objetivos/Resultados, a partir de su definición por el criterio clínico	CORE-OM; OQ-45.2
Cambios sintomáticos, usando la semiología psicopatológica convencional	SCL-90-R; SA-45; BRPS; PANSS
Ajuste y el Funcionamiento Social y Adaptativo, así como la Calidad de Vida	SAS-II; SFS, WHOQOL, QLS
Diagnóstico psicodinámico convencional en Salud Mental, con un sistema de categorización estructural multiaxial	OPD-2; PDM-2
Descripción de las variables y dimensiones del proceso terapéutico	PQS, APS
Cambios en los principales procesos psíquicos (cambios en patrones y en procesos) <ul style="list-style-type: none"> • Integrando indicadores de salud y procesos psíquicos • Valorando la Motivación de tratamiento y la Alianza Terapéutica • Calidad de los procesos de Mentalización y el Funcionamiento Reflexivo • Emoción expresada, Afectos • Patrón Relacional (Adaptado o Desadaptado) • Patrón de Apego dominante • Calidad e intensidad de la experiencia traumática • Autoconcepto • Funciones yoicas • Percepción subjetiva del Cambio que tiene el cliente • Componentes del Proceso grupal, en las intervenciones grupales 	SWAP-200, PHI, RADIO WAI-S; WATOCI; CMOTS RF (AAI); TESEM, MEMCI BDSEE, PANAS, ACQ CCRT-LU(S); RAP AAI ; CAA; CaMiR; AAPR; PACS CAPS-DX; DES AF-5; LAEA; DS EFY EAP-92 VPEG
Procesos con los que la persona que es el clínico, su estilo de intervenciones y otras variables personales, contribuyen al cambio <ul style="list-style-type: none"> • Estilo personal del Terapeuta • Empatía • Plan de Acción Latente del Terapeuta • Contratransferencia y reacciones emocionales del terapeuta 	EPT-C/PST-Q; EPT-ToM IPR TLAP CQ, TRQ

Conclusiones: Reclamando los criterios de calidad que dan valor a la psicoterapia y considerando sus megatendencias de evolución en el Siglo XXI

La evaluación de una psicoterapia ha de centrarse en la constatación de en qué medida cumple los criterios de calidad que le son exigibles. Tizón (2009) ya formuló estos criterios incluyendo los siguientes: *Accesibilidad* (Facilidad con la cual los consultantes pueden obtener atención cuando la necesitan); *Adecuación* (Forma de provisión de un cuidado o terapia, según el estado del desarrollo tecnológico, en

comparación con su definición “canónica”); *Continuidad* (La atención necesaria está coordinada entre diferentes profesionales, dispositivos, organizaciones y a lo largo del tiempo); *Efectividad* (Las técnicas o procedimientos se proporcionan de forma adecuada, según el desarrollo tecnológico medio o “eficacia real”); *Eficacia* (Capacidad de una técnica para solucionar los problemas para los cuales está indicada); *Eficiencia* (Consumo de esfuerzos, economía, personal, repercusiones indeseables, etc. de una técnica); *Seguridad* (Grado en el cual los procedimientos están libres de azar o peligros potenciales); *Oportunidad* (Grado en el cual la atención se proporciona cuando se necesita); *Satisfacción desde la perspectiva del consultante y sus allegados* (Recogida contrastada de opiniones y valoraciones); *Mejora en la calidad de vida* (Variación en la calidad de vida, evaluada según los sistemas habituales, entre el “antes” “durante” y el “después” -a corto, medio y largo plazo- de una terapia); *Balance autonomía/heteronomía* (Grado de incorporación de los pacientes y sus familias en los procesos de decisión de la técnica y en los procesos y procedimientos exploratorios y terapéuticos utilizados). Todos estos indicadores es necesario constatarlos en toda psicoterapia, pero muy especialmente en los programas de asistencia pública en salud mental, sin relegar la importancia que tienen en la asistencia de carácter privado, bien institucional o a cargo de un clínico.

A los descritos por Tizón, añadiría la exigencia de un compromiso institucional y personal con la necesaria formación especializada y acreditada de los profesionales de la psicoterapia¹⁹, y la exigencia ética de actualización en el vasto ámbito de conocimiento que aporta la clínica. No es solo conocer los avances que aporta la investigación, sino la apertura a la evolución del conocimiento clínico, rico en casuística y con especial sensibilidad a las diferencias sociales y culturales. Es también una exigencia ética no utilizar las evidencias, siempre parciales y limitadas que aporta la investigación, para dar a entender (al público, pero también al profesional) que un “tratamiento que ha recibido indicadores de evidencia en tal o cual nivel es un tratamiento efectivo. Recordemos que es contrario a la ética profesional prometer éxito en los tratamientos.

Examinemos ahora las probables megatendencias que ya se observan en relación con la evolución de las necesidades de la psicoterapia en el Siglo XXI, ya avanzadas y manifiestas parte de ellas (véase Ávila, 2003), pero a cuya concreción hemos de contribuir reivindicando su importancia.

La más esencial, para cumplir con las exigencias de calidad, es la protección pública de los servicios psicoterapéuticos básicos, con una concepción bio-psico-social amplia y flexible, claves en el derecho a la salud mental²⁰. Propiciando para ello diferentes niveles de atención: intervenciones preventivas (primarias, secundarias, terciarias), terapéuticas y rehabilitadoras, al servicio de los consultantes y sus familias. Que los servicios públicos hayan de construirse y cuidarse hasta que alcancen suficiente calidad, que luego habrá de mantenerse, no significa que sus limitaciones iniciales deban ser usadas para desacreditarlos.

En consonancia con lo anterior, se ha de primar los servicios comunitarios en primera línea como estrategia de intervención fundamental, tanto preventiva como terapéutica. La intervención psicoterapéutica en la atención primaria y en la red de servicios sociales comunitarios se ha mostrado la estrategia más eficiente para la salud mental, y la que probablemente tiene una mejor relación coste/efectividad a medio y largo plazo.

Sin olvidar la importancia de la integración ética de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), de la Inteligencia Artificial, de la Realidad Virtual y de la Neurotecnología que pueden contribuir al servicio de la persona y su salud mental, pero no para sustituir al profesional de ayuda, ni menos aún a la relación terapéutica plena. La atención a la salud mental será en esencia siempre personal, directa, humana, aunque se ayude de facilitadores tecnológicos. Llamemos la atención sobre la urgente necesidad de que la neurotecnología, y el acceso a los neurodatos, esté restringida legalmente para evitar o paliar al máximo los riesgos de un uso de la inteligencia artificial que vulnere la privacidad mental y comportamental, el sentido de identidad y la propia autonomía de elección de la persona, que podrá estar también muy determinada por las diferencias en el acceso a eventuales tecnologías de mejora, o por los sesgos discriminatorios (de la persona o del grupo social o cultural) que pudiera promover dicha neurotecnología²¹.

Muy especialmente ha de reconocerse e integrarse en la ética de la práctica clínica la mirada de género, y la aceptación de la psicodiversidad, propia de la naturaleza humana, donde se distingue entre ser diferente y “estar enfermo”, lo que incluye especialmente la aceptación de la complejidad de la conducta sexual humana respetuosa con el otro. El ser humano posee autonomía, tiene capacidad de autoorganización vinculada a la interdependencia (su naturaleza intersubjetiva), a la pertenencia a las realidades sociales y ecológicas en las que se ubica como persona, y posee capacidades adaptativas a las vicisitudes de la vida cotidiana (e.g., al estrés, al duelo) que no son patologías que requieran tratamiento como si fueran enfermedades, sino ayuda psicológica y social disponible para su recuperación.

Y, finalmente, como principal estrategia para favorecer la calidad de la psicoterapia, dar prioridad a la formación especializada y la formación continua de los psicoterapeutas, pero también de los diferentes profesionales de la salud, cada uno en su rango de acción. La formación del clínico es un proyecto de vida.

Y trazando este horizonte para el curso del siglo XXI, nuestro reto es exigir un compromiso con la verdad que es el propósito científico genuino, una verdad que habrá de estar en constante revisión en lo que atañe al ser humano. En la era donde se ha hecho notoria y habitual la *postverdad* como noticia y en la que la comunicación global navega sin filtros, lo que más daña al avance del conocimiento y a la mejora de la práctica clínica es el silencio y la pasividad frente a la mentira intencionada o su rebote entre los adeptos de cualquier creencia, social, científica o profesional. En ese contexto es donde ha venido potenciando su discurso la llamada “Psicoterapia basada en la evidencia”, subproducto de la “Medicina basada

en la evidencia” que bajo las *buenas intenciones* de dejar atrás la charlatanería o la manipulación enmascarada de ayuda, ha usado sus argumentos para desvirtuar los elementos centrales que constituyen la psicoterapia: una relación humana, que se atiene a la ética, y que es llevada a cabo por profesionales adecuadamente formados en las dilatadas trayectorias de los conocimientos y experiencias de más de un siglo y cuarto de práctica clínica con el sufrimiento psíquico y contribuyendo al desarrollo de la subjetividad personal y el compromiso transformador con la sociedad. Si los factores relacionales son relegados a una mera facilitación de las “técnicas”, el modelo biomédico recuperará su prioridad, y los psicofármacos serán vistos como imprescindibles para la regulación de los procesos neurobiológicos. Allí donde podría desplegarse la tensión constitutiva y creadora de subjetividad, el psicofármaco regulará sus carencias. Fallará, indudablemente, pero el ser humano alienará sus posibilidades sometiéndose al control social y económico que a través de los psicofármacos se ejerce sobre la salud colectiva e individual.

Hemos atravesado etapas -que aún están presentes- en las que se ha hecho bandera de soluciones absolutas que no nos satisfacen. Entre ellas está la falacia de la solución integradora en la teoría y técnica de la psicoterapia (porque todo buen clínico integrará *de facto* diferentes perspectivas y recursos en su estrategia de ayuda, pero no va a superar sus dudas y contradicciones abrazando una teoría integradora y superadora de las anteriores); la propuesta de que los “factores comunes” proveerían la base para superar las diferencias entre las diferentes escuelas de pensamiento clínico, cuando *lo esencial que es común* es que si hay intervención clínica psicoterapéutica es porque dos personas están implicadas en una relación con un propósito compartido (véase Lingardi, Holmsqvist y Safran, 2016; Norcross y Lambert, 2018); y, aunque en un contexto más dirigido a la opinión pública y profesional que a la científica, nos ha afectado la falsa controversia de las pseudoterapias, pues si bien hay prácticas engañosas y superchería, es una manipulación usar ese argumento para atacar todo lo que no coincide con las limitadas posibilidades que ofrece un empirismo ramplón, sin que quepa el refugio de una “Psicoterapia Científica”, cuando la Psicoterapia, sin renunciar a la verdad y al conocimiento constante, solo puede ser una Psicoterapia Humana²².

La definición aceptada de “Práctica Basada en la Evidencia en Psicología” (EBPP) establece que es *la integración de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica (las opiniones de los expertos), en el contexto de las características, cultura y preferencias de los pacientes* (APA, 2006; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson, 2000). El propósito de la EBPP es promover una práctica psicológica efectiva y la mejora de la salud pública aplicando los principios con apoyo empírico (no exclusivamente experimental) de la evaluación psicológica, la formulación de casos, la relación terapéutica y la intervención (APA, 2006). Aceptamos esta formulación como marco de referencia, pero no podemos soslayar todo lo cualitativo que está implicado: el valor crucial de la experiencia clínica, del contexto y la cultura, y la centralidad de la relación terapéutica en

cualquier estrategia de intervención, y en el conjunto de un programa de tratamiento. El profesional (y el investigador), como observadores del hecho clínico son inevitablemente observadores participantes en lo observado, y su neutralidad y objetividad son ilusiones a contextualizar desde los límites éticos y técnicos. Que el comportamiento manifiesto, principalmente interpersonal, pueda ser observado, solo aporta información de un nivel parcial. Que las variables psicofisiológicas puedan ser registradas e interpretadas, de nuevo solo aporta información de otro nivel parcial. Que la persona pueda informar de su experiencia, aporta otro nivel parcial. Más allá de que la inter-determinación e integración de todos esos niveles sea compleja y problemática, la subjetividad humana singular siempre será en esencia inalcanzable. Más que optar entonces por reduccionismos simplistas, nos debemos exigir prudencia y flexibilidad. Lo esencial en la clínica siempre será la ayuda que sea posible en cada momento y en cada contexto. No hay evidencias absolutas ni permanentes.

Por todo lo anterior, y en su acepción amplia, el Psicoanálisis, y especialmente la vertiente relacional e intersubjetiva desde la que se han elaborado estas reflexiones (Ávila Espada, 2015), ofrece su propuesta de aportar *una ciencia humana y social de la subjetividad*, que pone *especial énfasis* en los procesos psíquicos que constituyen la subjetividad y que operan fuera de la conciencia o en los límites de la misma (e.g., disociados), incluyendo la construcción de la experiencia, la vivencia de los estados del Self y sus esquemas nucleares (o principios organizadores inconscientes). Como hemos ido describiendo, se especifica en modelos comprensivos, explicativos y de acción mediante métodos orientados a fines de (re)construcción del Self y de reconocimiento de la subjetividad (hermenéuticos, heurísticos y clínico-terapéuticos), y está en constante transformación y diálogo con otras perspectivas, como bien ha mostrado la evolución del Psicoanálisis contemporáneo, desde sus orígenes, pero más especialmente en el último medio siglo²³.

Nuestra opción es trabajar para ser clínicos conscientes de nuestras carencias, pero aprovechar nuestros fecundos recursos, afortunadamente bien descritos por los investigadores de la clínica psicoterapéutica (Levy, Ablon y Kächele, 2012) y que vienen aportando una extensa compilación de evidencias que corroboran el valor de las intervenciones psicodinámicas (Leichsenring, 2004; Westen, Novotny y Thompson-Brenner, 2004; Shedler, 2010, 2015, 2018). Nuestra meta es ética: trabajar apoyados en la evidencia basada en la práctica, enriqueciendo constantemente nuestro bagaje conceptual, como clínicos comprometidos, de la articulación entre la sabiduría clínica que deriva tanto de la investigación como de la práctica, con la comprensión contextual del significado de cada una de las estrategias que desarrollamos en y para la sociedad en la que vivimos, y a cuya mejora pretendemos contribuir. No hay “cura” personal sin transformación ambiental, aunque los ritmos de transformación de las personas y las sociedades sean diferentes. Como clínicos somos responsables de nuestra actualización permanente en los dominios convencionales de nuestra actividad (evaluación, tratamiento, prevención) y en

cuanto psicoterapeutas que trabajamos con las personas conocemos que el alivio del sufrimiento subjetivo y el cambio estructural no pueden estar separados, ni en el nivel del individuo, ni en el nivel social. Por ello nos hemos formado e informado -los psicoanalistas relacionales, pero también desde otras concepciones que sostienen la naturaleza relacional de la psicoterapia- por la Teoría del Apego, la Teoría de la Mentalización; los avances sobre la especificidad del desarrollo humano, la emoción y cognición social y sus nexos con el cambio; y esencialmente por conocer más y mejor los procesos del Cambio donde se articulan la Antropología Social, la Neurociencia y el compromiso ético en la defensa de la supervivencia de la especie humana y sus valores, precisamente cuando están más amenazados.

Agradecimientos:

A mis colegas Carlos Rodríguez Sutil e Isabel Caro Gabalda por su lectura crítica de este trabajo y sus valiosos comentarios que me han ayudado a clarificar algunos aspectos del mismo.

El autor declara que no tiene conflictos de interés.

Notas

- 1 Psicólogo Clínico. Catedrático de Psicoterapia, Universidad Complutense. Presidente de Honor del *Instituto de Psicoterapia Relacional* (Madrid). Fue fundador y primer Presidente de FEAP y de IARPP-España. Editor de la e-revista *Clínica e Investigación Relacional*. Entre sus obras: *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural del psicoanálisis* (Ágora Relacional, 2013) y *Relational Horizons* (IPBooks, 2018) Contacto: avilaespada@psicoterapiarelacional.com
- 2 Mis primeros contactos relevantes, y desde entonces continuados y permanentes, con el ámbito de la salud mental y de los conocimientos y prácticas en ella implicados se produce en 1970, momento en el que mi trayectoria formativa universitaria se decanta hacia la Psicología, virando desde mi interés anterior en la Historia Contemporánea.
- 3 Si nos resulta ambiguo el término “Psicoterapia psicodinámica”, mucho más lo es el de “Psicoanálisis” o el de “Teoría Psicoanalítica”, pues ambos abarcan muy diferentes concepciones que no pueden ser incluidas como una expresión singular.
- 4 El desarrollo humano saludable implica la satisfacción de las principales necesidades evolutivas de todo ser humano, que pueden ser atendidas si la calidad del contexto social-familiar facilita o provee (continua o discontinuamente) de manera suficiente ante los siguientes fenómenos: 1) Orientación social – Imitación e inferencia intencional; 2) Resonancia empática / Espejamiento; 3) Expresión - diferenciación de emociones; 4) Co-construcción de los patrones de la comunicación; integración y diferenciación de la representación de sí mismo; 5) La representación de sí se expresa de forma consolidada en el vínculo intersubjetivo a través del Sistema de Apego (que puede variar en sus formas/patrones, desde el Seguro, al Ambivalente-Resistente, al Inseguro-Evitador, o al Desorganizado).
- 5 Desde los primeros planteamientos estructurados que sitúan como *estándar ideal para la práctica* en Medicina las evidencias científicas de un método de diagnóstico y/o tratamiento (hacia mediados de los años noventa) y que posteriormente se trasladan a la Psicología (en la década siguiente).
- 6 No favorece la comprensión de este problema el que la Psicología se haya ido situando en las “Ciencias de la Salud” abandonando su lugar en las “Ciencias Sociales y Humanas”. Si bien es muy necesario el reconocimiento e inclusión de lo Psicológico en el ámbito aplicado de la Salud, con las implicaciones que tiene de dotaciones en todos los terrenos, la minimización o negación de su carácter de ciencia compleja, más social y humana que biológica, ha contribuido muy nega-

- tivamente a su avance científico, al imponer un reduccionismo metodológico por el que pierde la riqueza de la fenomenología y la hermenéutica, primando una heurística empirista que le impide dar cuenta de la complejidad de su objeto de estudio.
- 7 Ha habido también frecuentes propuestas integradoras “radicales”, en las que se asume que una Teoría Integradora superará las teorías anteriores, que son vistas como parciales y obsoletas. No conviene confundir esta “integración dura” con la riqueza que aporta el eclecticismo técnico (que de facto usan muchos profesionales) apoyado en una interpretación flexible de la teoría psicológica en la que se apoya el clínico.
 - 8 El “caso individual” puede ser un valioso objeto de investigación si podemos respetar la riqueza y complejidad de los “datos” que ofrece, cuyo análisis requiere aproximaciones metodológicas que van desde la descripción naturalista a la valoración cualitativa, entre otras posibles.
 - 9 “Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias” presentado en 2018 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y el Ministerio de Ciencia, Innovación e Universidades de España, basado en un documento elaborado en 2011 por un grupo de trabajo creado en 2007 por la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados de España.
 - 10 Ha sido y a veces sigue siendo un lugar común la crítica a tradiciones conceptuales muy amplias, como el Psicoanálisis, que no han cesado de evolucionar y diversificarse a lo largo de ya más de un siglo de historia (Coderch, 2006; Coderch y Ávila-Espada, 2020), y de las que no se puede decir nada genérico, a la vez que se soslaya -no siempre por desconocimiento- el amplio cuerpo de investigación relevante producida. Véase una compilación actualizada de aportaciones de investigación sobre la psicoterapia psicoanalítica en: https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V14N1_2020/Listado-de-Referencias-Evidencias-Psicoterapia-Psicoanalitica_Compilacion-Prof_Alejandro-Avila-Espada_UCM_vActualizada.pdf
 - 11 Una compilación de criterios de niveles de evidencia y referencias generales de este tipo para las terapias psicológicas, que sigue los criterios tradicionales que se basan en la aplicabilidad de los diseños experimentales a la psicoterapia puede verse en: <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/index.php> (dirigida por la Prof. María Crespo en la UCM) y ha sido objeto de varios manuales académicos en las últimas décadas (e.g., Pérez Álvarez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003).
 - 12 Titulada “Poner la ciencia en la evaluación de investigación” realizada el 16-12-2012 en la reunión anual de la *American Society for Cell Biology* en San Francisco y firmada inicialmente por 78 instituciones de investigación y 154 destacados investigadores de todo el mundo, a la que se han seguido uniéndose instituciones e investigadores que actualmente alcanzan más de un millar. Véase en <https://sfdora.org/>
 - 13 Sobre la formación de los profesionales de la psicoterapia volveremos a insistir, en la última parte de este trabajo, pues se hacen necesarios marcos de acreditación y de actualización, que han de estar en constante revisión.
 - 14 Desde que una investigación, a cualquier nivel, se realiza y se publican sus resultados pueden pasar bastantes años.
 - 15 Los síndromes y cuadros clínicos que identifica la psicopatología clínica no son entidades reales, e incluyen un conjunto amplio de posibilidades de especificación. Los síntomas son, obviamente, menos específicos, en la inmensa mayoría de supuestos.
 - 16 Las técnicas propuestas y aplicadas, identificadas con etiquetas, enmascaran frecuentemente la similitud esencial entre diferentes procedimientos apoyados en diferentes teorías, cuando no se reinventan estrategias y técnicas con nuevos nombres, sin siquiera reconocer el origen de la propuesta. Esto viene sucediendo con frecuencia con las estrategias y técnicas de las llamadas “Terapias de 3ª generación”, donde estrategias y técnicas psicodinámicas o humanistas son rebautizadas como conductuales y cognitivas.
 - 17 Muchos de los logros parciales que configuran los “resultados observables” son precondiciones

- para otros logros de mayor alcance estructural que pudieran darse más adelante, si los procesos movilizados conducen al cambio. Por ejemplo, es casi siempre muy valiosa la psicoeducación, que le da al sujeto mayor capacidad de observación y comprensión de los procesos; igualmente ganar capacidad de control de las manifestaciones somáticas de la ansiedad; Identificar, percibir y expresar las emociones sentidas; Conocer los sesgos perceptivos y las distorsiones cognitivas; y muchos otros.
- 18 Las referencias de autoría y/o adaptación de estos instrumentos están disponibles en el dossier publicado en https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V14N1_2020/Listado-de-Referencias-Evidencias-Psicoterapia-Psicoanalitica_Compilacion-Prof_Alejandro-Avila-Espada_UCM_vActualizada.pdf
 - 19 Véase, como ejemplo, los criterios de formación y acreditación de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (Véase: <http://www.feap.es/index.php/preguntas/psicoterapeutas-interesados-en-acreditarse>; http://www.feap.es/images/feap/documentos/ACREDITACION_PSI-COTERAPEUTAS.pdf) y también los que vienen desarrollando otras organizaciones y corporaciones profesionales, como la EAP (<https://www.europsyche.org/>) o la EFPA (<http://www.europsy.cop.es/index.php?page=Psicoterapia-Introduccion>). En todos estos u otros criterios y sistemas, lo esencial es la calidad de los programas formativos y el compromiso de formadores y profesionales, y no el mero cumplimiento formal de requisitos.
 - 20 Es especialmente relevante el reciente debate publicado online (<http://espacio-publico.com/en-defensa-del-derecho-a-la-salud-mental>) iniciado el 8 de Enero de 2020 a partir del texto de Joseba Atxotegi “La diferencia no es una enfermedad”, donde se recogen numerosas visiones relevantes para la comprensión de esta problemática.
 - 21 Véase la iniciativa por los neuroderechos en la Universidad de Columbia en la Ciudad de Nueva York (<https://nri.ntc.columbia.edu/content/our-story-0>).
 - 22 Recientemente algunos defensores de la Psicoterapia basada en la Evidencia han matizado sus argumentos reclamando el carácter de Ciencia Humana para la Psicoterapia (Pérez Álvarez, 2019). Resolver las contradicciones derivadas de las posiciones dogmáticas anteriores requerirá una mayor perspectiva.
 - 23 Desde sus primeros tiempos, el Psicoanálisis ha evolucionado con numerosas tensiones entre sus propios dogmatismos y la apertura a la realidad humana y social. Por su trascendencia, más allá de las propuestas de Freud, citaremos como pioneros de esta evolución a Ferenczi y Jung, y más tarde a teóricos y clínicos como Sullivan, Fromm, Winnicott y Kohut, Mitchell y Stolorow, más una pléyade de contribuidores surgidos en torno a ellos, o a partir de ellos (Coderch, 2006; Coderch y Ávila-Espada, en prensa).

Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Aron, L. (2012). Rethinking “Doublethinking”: Psychoanalysis and Scientific Research—An Introduction to a Series. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(6), 704–709. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.733650>
- Ávila Espada, A. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23(87), 67-84. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000300005&script=sci_arttext&lng=en
- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo: Revista de psicoterapia analítica y salud*, 7(2), 195-220.
- Ávila Espada, A. (2013). La relación, contexto determinante de la transformación. Reflexiones en torno al papel de la interpretación, el insight y la experiencia emocional en el cambio psíquico. *Temas de Psicoanálisis*, 6. Recuperado de: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2013/07/04/la-relacion-contexto-determinante-de-la-transformacion1/>

- Ávila Espada, A. (2015). Psicoterapia psicoanalítica relacional. Lugar de encuentro de la evolución del psicoanálisis. En J. Guimón (Coord.), *Un cuarto de siglo de psiquiatría psicodinámica* (pp. 41-62). Madrid, España: Eneida.
- Blagys, M. y Hilsenroth, M. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology*, 7(2), 167-188. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.2.167>
- Boston Change Process Study Group (2010). *Change in Psychotherapy (A Unifying Paradigm)*. Nueva York, NY: Norton & Company.
- Coderch, J. (2006). *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis*. Barcelona, España: Herder.
- Coderch, J. y Ávila-Espada, A. (en prensa). Algunas razones que explican la transformación del psicoanálisis en muchos psicoanálisis. *Revista PsiRelacional*.
- De Celis, M. (2019). De qué hablamos cuando hablamos de pseudoterapias. Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias. *Revista Clínica Contemporánea*, 10(1), 1-5. <https://doi.org/10.5093/cc2019a7>
- Fonagy, P., Kächele, R. y Krause, E. J. (Eds.) (2001). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (2ª ed.). Londres, Reino Unido: International Psychoanalytical Association.
- Fonagy, P. y Kächele, H. (2009). Psychoanalysis and other long term dynamic psychotherapies. En M. Gelder, N. Andreasen, J. Lopez-Ibor y J. Geddes (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (2ª ed., pp. 1337-1349). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199696758.001.0001>
- Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking Our Way to “Scientific” Legitimacy: the Desiccation of Human Experience. *J Am Psychoanal Assoc*, 57(5), 1043-1069. <https://doi.org/10.1177/0003065109343925>
- Kohut, H. (1986). *¿Cómo cura el análisis? [How does Analysis Cure?]*. Buenos Aires, Argentina: Paidós (Trabajo original publicado en 1984).
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled vs. Naturalistic studies. A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(2), 115-129. <https://doi.org/10.1521/bumc.68.2.137.35952>
- Leuzinger-Bohleber, M. y Kächele, H. (Eds.) (2015). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (3ª ed.). Londres, Reino Unido: International Psychoanalytical Association. Recuperado de: http://www.ipa.world/ipa/IPA_Docs/Open%20Door%20Review%20III.pdf
- Leuzinger-Bohleber, M., Solms, M. y Arnold, S. E. (Eds.) (2020). *Outcome Research and the Future of Psychoanalysis. Clinician and Researchers in Dialogue*. Londres, Reino Unido: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429281112>
- Leuzinger-Bohleber, M. y Target, M. (Eds.) (2002). *Outcomes of Long-Term Psychoanalytic Treatment. Perspectives for Therapists and Researchers*. Londres, Reino Unido: Whurr Publishers.
- Levy, R. y Ablon, J. S. (Eds.) (2009). *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap Between Science and Practice*. Totowa, NJ: Humana Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5>
- Levy, R., Ablon, J. S., y Kächele, H. (Eds.) (2012). *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. Totowa, NJ: Humana Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1>
- Lichtenberg, J. D., Lachman, F. y Fosshage, J. (2011). *Psychoanalysis and Motivational Systems. A new look*. Nueva York, NY: Routledge.
- Lingiardi, V., Holmsqvist, R. y Safran, J. D. (2016). Relational turn and Psychotherapy Research. *Contemporary Psychoanalysis*, 52(2), 275-312. <https://doi.org/10.1080/00107530.2015.1137177>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. (noviembre, 2018). *Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias*. Recuperado de: http://www.ciencia.gob.es/stfs/MICINN/Ministerio/FICHEROS/20181108_Plan_Proteccion_frente_pseudoterapias_VF.pdf
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy Relationships That Work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>
- 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>
- Pérez Álvarez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (Coords.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos; II. Psicología de la Salud; III. Infancia y Adolescencia*. Madrid, España: Pirámide.
- Poch, J. y Ávila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona, España: Paidós
- Rodríguez Sutil, C. (2018). Relational Psychoanalysis. A New Psychoanalytic Epistemology. En A. Ávila (Ed.), *Relational Horizons. Mediterranean Voices Bring Passion and Reason to Relational Psychoanalysis* (pp. 29-54). Astoria, OR: IPBooks.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. y Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Safran, J. D. (2012). Doublethinking or Dialectical Thinking: A Critical Appreciation of Hoffman's “Doublethinking” Critique. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(6), 710-720. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.733655>

- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Shedler J. (2015). Where is the evidence for “Evidence-based” therapy? *Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, 4, 47–59.
- Shedler, J. (2018). Where Is the Evidence for “Evidence-Based” Therapy? (rev.). *Psychiatr. Clin. N. Am.*, 41(2), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.02.001>
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Nueva York, NY: Norton.
- Tizón, J. L. (2009). Atención basada en pruebas: ¿Es evidente la evidencia? *Quaderns de Salut Mental*, 6. Recuperado de: https://psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JTizon/Tizon_2009_Asistencia-basada-en-pruebas_Quaderns6.pdf
- Westen, D. y Gabbard, G. (2002a). Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise, and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), 53-98. <https://doi.org/10.1177/2F00030651020500011501>
- Westen, D. y Gabbard, G. (2002b). Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), 99-134. <https://doi.org/10.1177/2F00030651020500011601>
- Westen, D., Novotny, C. M. y Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. En American Psychoanalytic Association, & Alliance of Psychoanalytic Organizations (Eds.), *Psychodynamic Diagnostic Manual PDM Task Force* (pp. 691–764). Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.