

---

**MONOGRAFÍA:  
INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA  
PSICOANALÍTICA  
coordinada por Alejandro Ávila Espada**

---

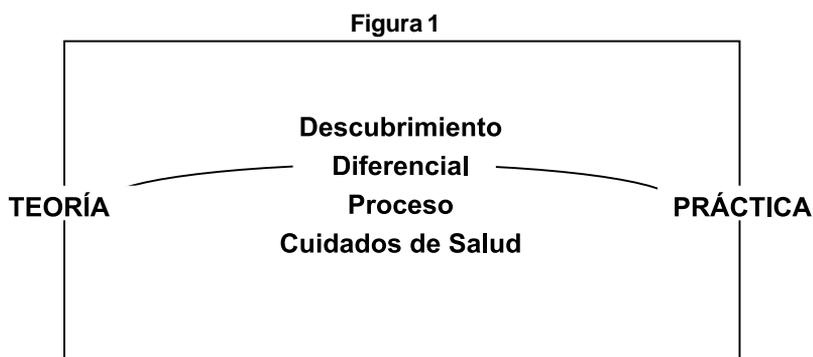
## **Fases de la investigación en Psicoterapia<sup>1</sup>**

**Horst Kächele<sup>2</sup>**

*La investigación de psicoterapia permite la evaluación científica de la práctica existente y el descubrimiento de nuevos campos de aplicación. Las primeras fases de la investigación en psicoterapia estuvieron marcadas por la justificación científica y la legitimación social. Estas cuestiones cambiaron con la ampliación de las indicaciones posibles, con la creciente diferenciación de procedimientos de tratamiento y con la progresiva inclusión de la psicoterapia en el sistema de salud. El primer acercamiento "si la psicoterapia sirve para todo" ha sido reemplazado por las cuestiones "cómo funciona la psicoterapia" y "qué funciona con quién". La descripción de este modelo de fases de la investigación en psicoterapia ayuda a evaluar mejor una variedad de temas presentes en las discusiones en curso. Palabras clave: Investigación en Psicoterapia, Fases, Metodología de investigación.*

*Psychotherapy research aims at the scientific evaluation of existing practice and at the discovery of new fields of application. The early phases of psychotherapy research were marked by scientific justification and societal legitimation. These questions changed with extension of possible indications, with growing differentiation of treatment procedures and with the progressive implementation of psychotherapy within the health system. The early approach «does psychotherapy work at all» has been replaced by the questions «how does psychotherapy work» and «what works for whom». Describing this phase model of psychotherapy research helps to better evaluate a variety of issues present in ongoing discussions. Key Words: Psychotherapy Research, Phases, Research methodology.*

La investigación en psicoterapia en cualquier época tiene que llevar a cabo múltiples funciones y tareas: permitir la evaluación científica de la práctica existente y el descubrimiento de nuevos campos de aplicación.



Los primeros periodos de la investigación en psicoterapia estuvieron marcados por la justificación científica y la legitimación social. Estas cuestiones cambiaron con la ampliación de las indicaciones de tratamiento, con la creciente diferenciación de procedimientos de tratamiento y con la progresiva incorporación de la psicoterapia en el sistema de salud. La primera aproximación “si la psicoterapia sirve para todo” ha sido reemplazada por las cuestiones “qué funciona con quién” (Roth y Fonagy, 1997) y “qué es lo que hace que ese tipo de psicoterapia funcione”.

Además se ha vuelto obvio que los descubrimientos de la investigación sistemática sobre resultados está dirigida a diferentes audiencias, por ejemplo los psicoterapeutas que llevan a cabo el tratamiento en cuestión, así como a otros profesionales de la salud, a menudo en disciplinas relacionadas y en competencia con la psicoterapia. Los descubrimientos de la investigación están dirigidos a aquellos a los que benefician directamente (p. Ej. Los pacientes y sus allegados), así como a aquellos que pagan los costos (p.ej. compañías de seguros) o que son responsables de las políticas adecuadas de salud (p.ej. políticos, sindicatos). Los diversos grupos pueden tener expectativas totalmente diferentes (Strupp y Hadley, 1977). Por lo tanto la investigación sobre resultados tiene que brindar una variedad de información para satisfacer las necesidades de los diferentes grupos interesados.

Los descubrimientos de muchas investigaciones apoyan consistentemente la conclusión de que todos los tratamientos psicoterapéuticos se han convertido en parte integral del sistema médico. Este éxito abre una perspectiva para nuevos temas. Tenemos que ocuparnos con más atención de los aspectos de validez de la investigación experimental de proceso-resultado demostrando la eficacia y de los estudios de campo sobre el tratamiento, tal como son aplicados en la rutina habitual, demostrando la efectividad. Es en esta distinción donde esperamos hacer alguna contribución.

En primer lugar expondré un modelo de fases de tipos de investigación en psicoterapia, sin seguir un orden necesariamente temporal:

- Fase I: estudio descriptivo (investigación del proceso).
- Fase II: estudio análogo experimental (investigación proceso-resultado).

- Fase III: ensayo clínico (investigación de la eficacia).
- Fase IV: estudio de campo (investigación de efectividad).
- Fase V: estudio de tratamientos orientados a pacientes (investigación de la eficiencia).

### **Fase I: estudios descriptivos del proceso terapéutico.**

Nos encontramos aquí con una evidente paradoja, ya que, a pesar de la abrumadora y ciertamente impresionante evidencia a favor de las más frecuentes formas de psicoterapia, nos tenemos que confrontar con muchas voces críticas quejándose de que muchos estudios sobre resultados no han contribuido a una mejor comprensión de los mecanismos terapéuticos (Grawe, 1988). En este contexto una gran parte del material del proceso terapéutico es redescubierto y el análisis detallado de casos únicos adquiere otra vez un estatus prominente (Dahl et al., 1988; Greenberg, 1991; Greenberg y Pinsof, 1986). Esto supone un creciente acercamiento a los microprocesos del tratamiento, siendo necesarios nuevos procedimientos de valoración y una mejor articulación de los sucesos momento a momento que pueden tener una significativa influencia en el resultado del tratamiento (Kächele, 1992).

### **Fase II: estudio análogo experimental.**

El origen del estudio análogo experimental proviene de los clásicos estudios de Greenspon (1955) en el área del condicionamiento operante. Hans Strupp, presumiblemente, fue el primer investigador psicodinámico que utilizó una aproximación análoga experimental en sus estudios sobre la técnica del terapeuta (1960). La mente experimental de los conductistas ha producido una inmensa cantidad de estos estudios (Kiesler, 1971), pero ha habido muy pocos investigadores psicoanalistas que hayan seguido el modelo ideado por Strupp. Los estudios en el uso de la asociación libre son una laudable excepción (ver Heckmann et al., 1987).

### **Fase III: prueba clínica (investigación sobre eficacia).**

Este tipo de investigación ha recibido la máxima atención en los países anglo-americanos, realizándose millares de estudios de los denominados ensayos clínicos aleatorios controlados (RCT: Randomized Controlled Trial). No ha sido tan utilizado en países germanoparlantes. Grawe et al. (1994) identificó en 1985 más de 3500 de estos estudios. Utilizando una variedad de criterios sensibles, se llegaron a terminar 897 estudios con pacientes reales adultos. El ensayo clínico consiste en una comparación entre dos o más grupos de pacientes en psicoterapia o en condiciones de control que son asignados aleatoriamente a una de estas condiciones. La medida de resultados se lleva a cabo utilizando múltiples perspectivas y métodos de medida.

Recientemente Ken Howard<sup>3</sup> ha brindado una sucinta apreciación sobre las características nucleares de los RCT que enfatiza el aspecto de la validez interna. Howard recomienda:

- Reunir evaluaciones de múltiples variables potencialmente contaminadoras (enquadre, tratamiento, terapeuta y variables del paciente).
- Permanecer centrados en la cuestión de la investigación (en la investigación clínica esta cuestión suele estar centrada en el paciente ¿cuál es el mejor tratamiento para este (tipo de) paciente?).

Probablemente el estudio de este tipo más conocido sea el *Programa de Investigación en Colaboración para el Tratamiento de la Depresión del National Institute for Mental Health*, (NIMH Treatment of Depresión Collaborative Research Program) (TDCRP), descrito con gran detalle por Elkin (1994) en la cuarta edición del *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (Bergin y Garfield, 1994) que evalúa dos tipos de psicoterapia: terapia cognitivo-conductual (CBT) y terapia interpersonal (IPT) para el trastorno de la depresión, comparadas con un tratamiento estándar con *Imipramina*. No obstante, ha levantado muchas discusiones sobre la validez de los resultados (ver Kächele, 1996). Tendré en cuenta lo dicho por Jacobson, un reconocido investigador de la psicoterapia, que ha afilado el debate resituando la utilidad de la RCT para tomar decisiones en la práctica clínica (Jacobson, 1995; en Kächele, 1996):

Primero, me parece claro que los ensayos clínicos han facilitado en general pruebas óptimas sobre la eficacia de la CBT y otras psicoterapias, y sin duda se ha sobreestimado el valor de estos tratamientos que han sido llevados a cabo por los clínicos típicos que no habían sido rigurosamente entrenados, controlados o supervisados durante el curso del ensayo.

Nuestra investigación y la de otros formula preguntas sobre la exportabilidad de la CBT como tratamiento de la depresión en ambientes reales, ya que la competencia de este tratamiento cae en picado incluso con terapeutas experimentados que fueron bien entrenados hasta un cierto nivel de competencia, a menos que la supervisión permanezca siendo lo bastante intensiva durante todo el ensayo. Cualquier tratamiento que requiera una supervisión tan intensa, incluso con terapeutas con amplia experiencia y bien entrenados, no se puede generalizar correctamente a los contextos clínicos profesionales corrientes donde hay poco entrenamiento y ciertamente ninguna supervisión.

Segundo, los resultados en los ensayos clínicos pasan posteriormente por procedimientos de filtrado de la selección de los sujetos, diseñados para homogeneizar la muestra, lo que deprecia su representatividad en la práctica clínica. Como apuntaron Ellen Frank y Tracie Shea durante la reunión, esta práctica de selección de sujetos corta ambos caminos. Por una parte, uno de los aspectos más utilizados para la exclusión en las investigaciones sobre depresión es que el sujeto no esté suficientemente deprimido, así que los sujetos tratados en las pruebas clínicas están con toda probabilidad más deprimidos que los típicos que van buscando terapia de los profesionales. Por otra parte, la exclusión de pacientes de tipo bipolar I y bipolar II, de los pacientes con un diagnóstico dual, incluyendo episodios actuales de abuso de sustancias, de ataques de pánico, trastornos con la comida, y otros de este tipo, limitan la generalizabilidad. Pero de estos dos procesos opuestos (seleccionar depresivos mayores y al mismo tiempo descartar cualquier complejidad

en el diagnóstico) se obtiene una muestra de pacientes que en algunos aspectos son más fáciles de tratar, pero en otros son más difíciles.

Tercero, incluso contando con la tan seleccionada muestra de pacientes para estos ensayos, la eficacia de la CBT, así como de otros tratamientos psicosociales y farmacológicos son excesivamente modestos comparados con el punto clínico de trascendencia. Incluso permanece abierto el debate de si los tratamientos psicosociales, incluida la CBT, superan a los placebos.

Estos comentarios fueron reiterados y reforzados por otro renombrado miembro de la comunidad científica de USA, Martin Seligman. Hablando sobre los resultados de un estudio sobre la satisfacción de los consumidores (The Consumer Report). Concluyó:

“El estudio sobre eficacia es el peor método para validar empíricamente la psicoterapia que hay actualmente, porque omite demasiados elementos cruciales”. (Seligman, 1995, S.966).

Sumándose a las críticas, Kächele et al. (1999) han comparado la cantidad de tratamiento realizado en dichos RCT analizando los estudios informados por Grawe et al. (1994):

- Terapias cognitivo-conductuales.  
429 estudios implican 11´2 sesiones.  
434 estudios implican 7´9 semanas.
- Terapias humanistas.  
70 estudios implican 16´6 sesiones.  
76 estudios implican 11´6 semanas
- Terapias psicodinámicas.  
82 estudios implican 27´6 sesiones.  
80 estudios implican 30´7 semanas

Estos datos ponen de nuevo en cuestión la validez externa de los estudios RCT asumiendo que la psicoterapia, tal como se practica en condiciones normales se desvía enormemente de la descrita aquí.

#### **Fase IV: estudio de campo (investigación sobre efectividad).**

Buscando datos que describan cual es la rutina en la práctica de los tratamientos habituales en términos de su duración (número de sesiones o meses en tratamiento), Kächele et al. (1997) pudieron identificar tres muestras:

- Muestra A: 1800 tratamientos orientados psicodinámicamente, llevados a cabo en el servicio de pacientes externos del departamento de psicoterapia de la Universidad de Ulm.

- Muestra B: 302 psicoterapias centradas en el paciente en toda Alemania.
- Muestra C: 496 terapias conductuales del servicio de pacientes externos del departamento de psicología clínica de la Universidad del Ruhr en Bochum.

	Media	Mediana	Variación
<i>Muestra A</i>		22	6-1200
<i>Muestra B</i>	69'2 s39'1	61	8-275
<i>Muestra C</i>	30'7 s12'12	24	4-95

El rango de variación de estos tratamientos es considerable, y mucho más entre las psicoterapias psicoanalíticas. Las representaciones gráficas de estos hallazgos ilustran que la cantidad de tiempo replica los resultados de la relación dosis-efecto de Howard et al. (1987). Muchos tratamientos son terminados demasiado pronto, un número más pequeño lleva un tiempo considerable.

Las investigaciones de este fenómeno tienen implicaciones de largo alcance para la clínica, porque corrigen las ilusiones de los clínicos (Vessey et al., 1993), de que están tratando una muestra representativa de pacientes. Estudios epidemiológicos de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades neuróticas o psicósomáticas, de disfunciones corporales o trastornos emocionales, ofrecen una estimación de la necesidad de estos servicios; la investigación de las prácticas terapéuticas facilita una estimación de los recursos disponibles para satisfacer estas necesidades, y los estudios de los patrones de utilización de estos servicios identifica los capacidades características ofrecidos por el sistema de provisión de servicios (Howard et al., 1992).

La investigación de campo detallada, describiendo lo que ocurre en tratamiento en muchas de sus dimensiones naturales, con múltiples casos, combinada con sofisticados recursos de evaluación de resultados apoyan el hallazgo de tratamientos específicos para grupos de pacientes con trastornos particulares. Durante muchos años fue rara la investigación naturalista substancial con grupos específicos de pacientes y las instituciones tuvieron que hacerse cargo de un amplio espectro de pacientes, los cuales sólo algunas veces permitieron la formación de grupos homogéneos con respecto a una enfermedad. Llevó algún tiempo en psicoterapia darse cuenta de que esta situación no era muy distinta a la de la medicina somática, donde el desarrollo de estudios multi-céntricos permitía progresar porque la deseada homogeneidad permitía llegar a mejores conclusiones.

El *Estudio multi-céntrico en el tratamiento psicodinámico de los trastornos de la alimentación* que ha sido iniciado por el *Center for Psychotherapy Research* en Stuttgart en 1992 incluye un amplio rango de modalidades para pacientes ingresados en toda Alemania; también establece la logística para llevar el estudio a un número considerable de países europeos. El estudio multi-céntrico alemán está

patrocinado en gran parte por instituciones no-universitarias y ofrece también programas de intercambio clínico; así que creemos que este tipo de compromiso investigador bien pudiera convertirse en un nuevo prototipo en la investigación en psicoterapia (Kächele et al., 1992). Los resultados que está empezando a aparecer de una amplia muestra de 1200 pacientes con anorexia y bulimia, demuestran que a pesar de la diversidad de modalidades de tratamiento la estimación de éxito del tratamiento no depende de la extensión y duración del tratamiento en pacientes ingresados (Kächele & project TR-EAT 1999; 2001).

### **Fase V: investigación de trastornos focalizados en el paciente.**

Aunque la cuestión de la indicación diferencial es lo que más interesa al clínico (Kächele y Kordy, 1997), este enfoque aún no ha respondido a la cuestión crucial: ¿funciona este tratamiento particular para este paciente?.

La principal limitación de los ensayos clínicos es que sólo pueden confirmar la eficacia de tratamientos que ya han sido llevados a cabo. No son generativos. Además, en ellos no nos dirigimos al cliente individual, como debería hacer un diseño de sujetos más cualitativo o personal. En este punto de la discusión sobre la investigación clínica tenemos que preguntar: ¿cómo se estudia el impacto potencial del tratamiento en un cliente particular? Sabemos ahora que la validez predictiva del juicio de los clínicos sobre resultados posteriores no es muy impresionante. Incluso dando un procedimiento estándar de entrevista para la predicción de resultados, los terapeutas dan resultados son muy pobres.

Actualmente se están desarrollando nuevos acercamientos. El primero entre estos ha sido el trabajo de Howard et al. (1996;1997). Es obvio que este tipo de investigaciones deberían llegar a ser los más útiles para el terapeuta profesional. La indicación y provisión de servicios de psicoterapia mediante una evaluación de la gestión de su calidad, asistida mediante computadora, será pronto uno de los principales servicios que se facilitarán, incluso via internet, como el Modelo Stuttgart-Heidelberg (Kordy et al. 2001) actualmente en desarrollo.

### **Referencias**

- Dahl, H., Kächele, H., y Thomä, H. (Eds). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo: Springer.1988
- Grawe, K. (1988b). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Z Klin Psychol*, 17, (4).
- Greenberg, L. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research* 1 (3).
- Greenberg L, y Pinsof, W, (Eds). (1986). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* . New York: Guilford Press
- Greenspoon, J. (1955). The reinforcing aspect of two spoken sounds on the frequency of two responses. *American Journal of Psychology* 68:409-416
- Heckmann H, Hölzer M, Kächele H, Robben, H. (1987). Resistance and transference as two main constituents in an "experimental analogue" of free association. In: Huber W (Hrsg) *Progress in Psychotherapy Research*. Louvain-la -Neuve: Presses Universitaire de Louvain, S 582-593
- Howard, Kl., Kopta, S. M., Krause, M. S. y Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41. 159
- Howard, Kl., Lueger RJ, Schank D. (1992). The psychotherapy service delivery system. *Psychotherapy Research*, 2.

- Howard, K. y Martinovich Z. (1997). An empirical basis for case assignment. In: Kächele H, Mergenthaler E, Krause R (Hrsg) *Psychoanalytic Priocess Research Strategies II: Twelve years later*. Ulmer Textbank: <http://sip.medizin.uni-ulm.de/psychotherapie>.
- Howard K, Moras K, Brill P, Martinovich Z, Lutz W (1996) The evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, patient progress. *Am Psychologist*
- Kächele, H. (1992). Narration and observation in psychotherapy research. Reporting on a 20 year long journey from qualitative case reports to quantitative studies on the psychoanalytic process. *Psychotherapy Research* 2:1-15
- Kächele, H. (Hrsg) (1996). *Letters from the SSCPnet*. Ulmer Textbank, Ulm
- Kächele, H. y Mitarbeiter (1992). Planungsforum "Psychodynamische Therapie von Eßstörungen". *PPmP DiskJournal*. 42(3:1)
- Kächele H für die Studiengruppe MZ-ESS (1999). Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Eßstörungen: Studiendesign und erste Ergebnisse. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 49: 100-108.
- Kächele H, Kordy, H., Richards M. (2001). Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multcenter study. *Psychotherapy Research* in press:
- Kächele, H., Schulte, W., Hillecke, W. y Eckert, J. (2001). Zeit für Psychotherapie. in Vorbereitung
- Kächele, H. y Kordy, H. (1997). Outcome Research. In T. v. Uexküll (Ed.), *Psychosomatic Medicine* (pp. in prep). New York: Urban & Schwarzenberg.
- Kiesler, D.J. (1971). Experimental designs in psychotherapy research. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley & Sons, 36-74
- Kordy, H., Hannover, W. y Richard, M. (2001). Computer assisted feedback driven active quality management for psychotherapy provision: The Stuttgart-Heidelberg Model. *J con clin Psychology* in press:
- Newmann, F.L., Howard. K.I. (1986). Therapeutic effort, treatment outcome, and national health policy. *Amer Psychol* 41 181
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom ? - A critical review of psychotherapy research*. New York – London: Guilford Press.
- Sandell, R., Blomberg. J. y Lazar, A. (1997) When reality doesn't fit the blueprint: doing research on psychoanalysis and long-term psychotherapy in a public health service program. *Psychother Research*
- Seligman, M. (1994). *What you can change and what you can't. The complete guide to successful self-improvement*. New York : A. Knopf
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The *Consumer Reports Study*. *Am Psychologist* 50:965-974
- Strupp, H.H. (1960). *Psychotherapists in Action: Explorations of the Therapist's Contribution to the Treatment Process*. New York: Grune & Stratton.
- Strupp, H.H. y Hadley, S.W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcome. *Amer. Psychol.* 32: 187
- Vessey, J.T., Howard, K.I., Lueger, R.J., Kächele, H. y Mergenthaler, E. (1994). The Clinican's Illusion and the Psychotherapy Practice: An Application of Stochastic Modeling. *J Couns Clin Psychol* 62: 679-685

## Notas

<sup>1</sup>Trabajo presentado en inglés en el *Congreso Europeo de Psicoterapia* celebrado en Barcelona en Septiembre de 2000, organizado por la International Federation of Psychotherapy, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas y la N.V.P. (Asociación Holandesa para la Psicoterapia). Traducción al español de Alejandro Ávila con la colaboración de David Onís.

<sup>2</sup>Psicoanalista e Investigador. Dirección del autor: Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Universität Ulm Am Hochstrasse 8, 89081 Ulm (Alemania). e-mail: kaechele@sip.medizin.uni-ulm.de <http://sip.medizin.uni-ulm.de/>

<sup>3</sup>N. Del E. Entre la elaboración de este trabajo y su publicación, llegó la triste noticia del fallecimiento de Ken Howard, uno de los padres de la investigación en psicoterapia.