

LA INVISIBILIDAD DE LAS PSICOTERAPIAS EN EL CONTEXTO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD MENTAL Y LA COSIFICACIÓN EN EL ENTENDIMIENTO DEL SER HUMANO Y SUS PADECIMIENTOS ¿QUÉ HAY EN COMÚN?

Esther Sánchez Gutiérrez¹

En este trabajo se realiza una recopilación de apuntes y reflexiones sobre los componentes que miden la calidad de las psicoterapias como tratamientos e intervenciones psicológicas de aplicación en el contexto de la salud mental, sobre los criterios de evaluación de nuestra práctica psicoterapéutica asistencial y sobre los métodos científicos aplicados en la investigación de nuestras teorías e intervenciones y a qué intenciones y objetivos responde la evidencia hallada tras su aplicación. Para este fin, tendremos en cuenta elementos epistemológicos, teóricos, técnicos y pragmáticos, subyacentes a la polémica que hoy continúa en torno a la efectividad y eficiencia de las psicoterapias y a su inclusión como recurso terapéutico fundamental en el contexto de la salud mental, especialmente en los contextos pertenecientes a la red de Salud Pública. Finalmente, desde una mirada relacional, se remarcarán criterios de calidad que deberían de cumplir las psicoterapias, tanto en el terreno de la investigación (evaluación) como en el de la práctica clínica (intervención).

Palabras clave: Calidad, Evaluación de las Psicoterapias, Efectividad, Eficiencia

This paper compiles notes and reflections on the components that measure the quality of psychotherapies as psychological treatments and interventions applied in the context of mental health, on the evaluation criteria of our psychotherapeutic care practice and on the scientific methods applied in the research of our theories and interventions and what intentions and objectives the evidence found after their application responds to. To this end, we will consider epistemological, theoretical, technical and pragmatic elements underlying the controversy that continues today around the effectiveness and efficiency of psychotherapies and their inclusion as a fundamental therapeutic resource in the context of mental health, especially in contexts belonging to the Public Health network. Finally, from a relational perspective, quality criteria that psychotherapies should meet will be highlighted, both in the field of research (evaluation) and in clinical practice (intervention).

Key Words: Quality, Evaluation of Psychotherapies, Effectiveness, Efficiency

English Title: THE INVISIBILITY OF PSYCHOTHERAPY IN THE CONTEXT OF CLINICAL PRACTICE IN MENTAL HEALTH AND OBJECTIVE IN THE UNDERSTANDING OF HUMAN BEINGS AND THEIR AILMENTS. WHAT DO THEY HAVE IN COMMON?

Cita bibliográfica / Reference citation:

Sánchez Gutiérrez, E. (2024). La invisibilidad de las psicoterapias en el contexto de la práctica clínica en Salud Mental y la cosificación en el entendimiento del ser humano y sus padecimientos. ¿Qué hay en común?. *Clínica e Investigación Relacional*, 18 (2): 346-367. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2024.180213

¹ Psicóloga General Sanitaria; Licenciada en Psicología por la Universidad del País Vasco. Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional (Ágora Relacional). Miembro del Instituto de Psicoterapia Relacional y de la IFP (International Federation for Psychotherapy). Práctica privada con adultos. Contacto: info@esthersanchezpsicologia.com

Introducción

El desarrollo de la investigación consistente en evaluar la efectividad de los distintos tratamientos y sus resultados en el ámbito de la Salud Mental, se inicia impulsado por la práctica de las psicoterapias. Esta tarea se convertirá en un camino pedregoso, puesto que las revisiones de los trabajos en este campo y sus aportaciones, al mismo tiempo que van enriqueciendo el panorama de las psicoterapias, aumentan una confusión que vendrá acompañada de un "guerra de escuelas" que competirán por demostrar su hegemonía. Así con todo, a pesar de esta gran convulsión dentro del panorama psicoterapéutico, cargado de conclusiones contradictorias y contrapuestas sobre el debate de su efectividad, la polémica sirvió de gran estímulo para la investigación empírica, demostrando la eficacia y los muchos beneficios que se recogen de su aplicación con pacientes, en sus diferentes formas y orientadas a diferentes objetivos; de ahí que podamos encontrar revisiones y metaanálisis de todo tipo de psicoterapias en prácticamente todos los cuadros y problemas de la Salud Mental y asistencia psiquiátrica contemporáneas.

Hoy en día, a pesar de la falta de unificación de algunas concepciones teóricas y de algunas propuestas prácticas, las psicoterapias se han convertido en una actividad profesional aceptada, regulada y demandada en nuestra sociedad.

El debate no se centra tanto en si las psicoterapias funcionan o no, sino en cómo y por qué son eficaces, y los conflictos que han suscitado polémicas giran principalmente en torno a tres cuestiones:

La postura absolutista y autoritaria y la defensa dogmática por parte de los propios profesionales sobre su respectiva visión sobre el ser humano y la eficacia del modelo al que se adhieren frente a otras perspectivas, escuelas y otras disciplinas.

Las diferentes disciplinas y las distintas escuelas han defendido la veracidad de su visión sobre la naturaleza del ser humano y de su sufrimiento y la eficacia de sus intervenciones, con distintos grados de prepotencia y autenticidad. La defensa y comparativa del propio modelo frente a otros tiene coherencia y es un movimiento completamente lícito, incluso se puede observar como una acción constructiva si con ello lo que se persigue es el progreso y el avance en el conocimiento; sin embargo, cuando este mismo alegato es despótico y sesgado, cualquier posible diálogo e intercambio de conocimiento se transforma en una lucha de poder fanática que da como resultado el inmovilismo y la invisibilidad de todo posible beneficio que pudieran conllevar nuestras exploraciones. Este tipo de actitudes dogmáticas son las que alteran y paralizan la difusión e implantación de los modelos y las técnicas psicoterapéuticas.

Recopilaremos más adelante algunos hitos que servirán de ejemplo sobre lo que acabamos de comentar.

En relación con lo anterior, **la creencia de que para que la Psicología sea científica y ética, ésta debe ser gobernada, exclusivamente, por ciertas doctrinas científico-ideológicas cuyos criterios metodológicos bendicen o sancionan la veracidad de las psicoterapias más en base a satisfacer su propio beneficio, ya sea enriqueciéndose a través de la adquisición de fondos, prestigio y/o poder, necesidades todas ellas propias de una sociedad neocapitalista, que a la necesidad de regular la investigación y la asistencia y de dar prueba fehaciente de la adecuación de nuestras decisiones clínicas.** Sobre este punto hablaremos sobre el movimiento de la "medicina basada en las pruebas" (MBP) o "en la evidencia"(MBE) y sobre las famosas guías de tratamientos psicológicos eficaces, y realizaremos un breve repaso sobre la teoría, la epistemología y la técnica en relación al concepto de "evidencia".

Y, por último, **el preocupante distanciamiento de los planteamientos y las conceptualizaciones sobre las que asentamos nuestras intervenciones de una perspectiva bio-psico-social-cultural real y de una actitud integradora auténtica.**

Es urgente abandonar el dualismo cartesiano cuya postura pretende ofrecer argumentaciones sobre nuestro psiquismo y el medio social que nos envuelve escindiendo la mente del cuerpo y viceversa y opacando la existencia y determinante influencia de la diversidad de factores que nos influyen y nos afectan. Asimismo, es urgente derribar el monopolio en el que se ha alzado el modelo bio-médico y deconstruir la visión que aún predomina sobre éste, como único sistema y recurso sociosanitario posible capaz de dar respuesta y solución sobre el comportamiento del ser humano.

Los desórdenes o alteraciones psíquicas son algo más que meras entidades diagnósticas de naturaleza biológica, tratables a través de suministros químicos. Esta visión conlleva a toparnos con grandes limitaciones en nuestra práctica clínica, incurriendo en la deshumanización, en el descrédito y en la patologización de la normalidad. Nuestra forma de pensar sobre lo humano debe adoptar una posición humilde y abierta y centrarse en la concepción de que la persona es una realidad enmarcada en la relación y en los vínculos, dentro de una diversidad de contextos, físicos, internos y externos (grupales). El respeto sobre la intersubjetividad y la particularidad histórica y biográfica debe situarse en el centro de nuestra atención e interés.

Partiendo de estas ideas, y con el firme propósito de que las psicoterapias ganen fuerza en cuanto a visibilidad y a concienciación sobre su utilidad y aplicación, debemos seguir revisando y reflexionando con continuidad: sobre la terminología y las concepciones de las

que partimos en nuestra comprensión del ser humano, su padecimiento, y sobre lo que entendemos por tratamientos válidos y relevantes aplicados en el contexto clínico de la Salud Mental; acerca de la detección de los problemas que interfieren en la demostración de la veracidad de las psicoterapias, qué entendemos por “pseudoterapias”; sobre los motivos que entorpecen su implantación en los contextos sociosanitarios y cómo posibilitar y fomentar esta misma implantación en el Sistema; y, sobre hacia dónde debemos orientar la investigación, qué criterios de calidad debe cumplir la evaluación de las psicoterapias y qué otras exigencias de calidad deben cumplir en la práctica.

Polémicas en torno a la efectividad de las psicoterapias. Debatiéndonos entre el temor de ser poco o nada “científicos” y el exceso de egos

Algunos apuntes sobre los antecedentes en la investigación de la efectividad de las psicoterapias

La preocupación por la fundamentación y el estudio científico y tecnológico de las psicoterapias fue puesta de relieve a través de la inmensa polémica desatada por las críticas iniciadas por Eysenck (1952, 1960). Este estudio será reconocido como el fundador de la controversia sobre la efectividad de las psicoterapias por ocasionar gran conmoción a través de sus duras críticas hacia cualquier Psicoterapia en general que no fuera conductista y, en especial, hacia el Psicoanálisis, hasta entonces el modelo dominante por aquellos años. Comparando pacientes tratados por diversos métodos y pacientes no tratados, Eysenck concluyó que las psicoterapias no conductuales no prestaban ninguna mejoría en comparación con los pacientes no tratados, y que de traer algún beneficio, éste no era más eficaz que el que pudiera traer la remisión espontánea. Tras lo concluido, Eysenck propone como alternativa comprobada la “terapia de conducta”.

El impacto de este estudio fue tremendamente destructivo, convirtiéndose en el germen de una epidemia que ha marcado el estilo de nuestras controversias hasta nuestros días dentro del mundo de las psicoterapias, pero también en la visión que desde fuera de nuestros círculos pudiera tenerse de éstas, en especial, por el tono descalificante y difamatorio con el que el autor dejó patente su postura sesgada y la clara animadversión que sentía, como ya apuntábamos anteriormente, hacia la psicoterapia psicoanalítica y la psicodinámica. Afortunadamente, las réplicas y contrarréplicas sobre el estudio de Eysenck se sucedieron, comprobándose que los datos habían sido manipulados, de tal forma que beneficiaban únicamente la consolidación de las hipótesis del autor, y concluyéndose la validez de las psicoterapias con equivalencia de sus resultados entre sus distintos tipos (Véase Frank, 1961;

Bergin, 1966; Luborsky y colaboradores, 1975; Bergin y Lambert, 1978; Smith, Glass y Miller, 1980).

Los hechos que aquí se han recuperado representan uno de los hitos sobre el que se asienta la polémica sobre la efectividad y eficacia de las psicoterapias, lo que, a su vez, ha conllevado al aumento y la proliferación de escuelas y su defensa focalizada en demostrar su propia superioridad, ignorando interesada o inadvertidamente las raíces de los modelos de los que parten en base a la desacreditación de las escuelas que difieren en perspectiva, tratándolas como si de rivales se trataran. Señalar, que ninguna de las escuelas, sea conductual o psicoanalítica, por referirnos a los dos grandes modelos más conocidos, que se haya prestado a estas artimañas, en la medida en que hubiera construido su identidad o su discurso por oposición a otras escuelas, ha salido indemne de sentenciar su propia condena; y, ciertamente, una parte de las actitudes de rechazo y/o indiferencia que todavía existen hacia las psicoterapias, tienen que ver precisamente con estas mismas actitudes por parte de los profesionales psicoterapeutas, actitudes cercanas al fascismo que han servido de caldo de cultivo para rechazos posteriores por la comunidad de la Salud Mental, sin olvidar la confusión e incredulidad que, tristemente, acaba transfiriéndose a la población general.

Continuando con lo que mencionábamos anteriormente, las investigaciones más influyentes, especialmente aquellas realizadas a través de los métodos considerados sofisticados por ser fundamentalmente cuantitativos, como lo son los estudios científicos efectuados mediante técnicas de meta-análisis, acababan demostrando la efectividad de las psicoterapias y de sus resultados. De esta manera, favorablemente, se despejaba cualquier sospecha o interrogante que pudiera haber sobre la eficacia de nuestras prácticas. Sin embargo, la polémica no termina aquí, ya que estos estudios, aunque concluían de forma sólida la efectividad de las psicoterapias, al mismo tiempo determinaban la presencia de una equivalencia de resultados entre los distintos tipos de psicoterapia, lo que significa que distintas interpretaciones o interpretaciones alternativas sobre un mismo evento psicológico podían coexistir y ser conjuntamente válidas y con efectos terapéuticos equivalentes. A esta equivalencia se la ha denominado como el "veredicto de Dodó" (véase Rosenzweig, 1936). A partir de aquí surge la necesidad de estudiar los factores comunes inherentes a los distintos métodos psicoterapéuticos como posible vía para responder acerca de esta equivalencia de resultados.

Más adelante, a finales de los 90, principios de los 2000, otros acontecimientos pasaron a formar parte de los hitos en la polémica sobre la efectividad de las psicoterapias, más concretamente sobre sus resultados.

Las respuestas obtenidas de usuarios de las psicoterapias en la encuesta publicada en 1995 por la revista Consumer Reports (CR), resultados también publicados por el investigador

Martin Seligman (1995), suscitaban forzosamente a distinguir los términos de eficacia y de efectividad al hablar de tratamientos, ya que un tratamiento que se demuestra eficaz en condiciones de investigación controlada y estandarizada puede que no sea efectivo en la práctica clínica debido, precisamente, a la artificialidad de esas mismas condiciones. Las conclusiones extraídas de este estudio, consideradas antiescolásticas, fueron llevadas a debate en un número monográfico del *American Psychologist* (1996) en el que se criticaban las medidas tomadas y se ponían en duda la validez de sus resultados.

Estos mismos debates son los que impulsan otro tipo de investigaciones dirigidas hacia el establecimiento de la eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos, investigaciones capitaneadas por la División 12 de la American Psychological Association. Dado que lo que se pretende es obtener una validación empírica incuestionable sobre la eficacia de tratamientos para un trastorno concreto, estos estudios de eficacia deben cumplir escrupulosamente una serie de condiciones muy estrictas: contexto controlado, determinación clara y operacionalizada del trastorno sobre el que se va a aplicar el tratamiento, manualización del tratamiento... Sus resultados (véase Task Force, 1993; Task Force, 1995) pusieron de manifiesto, por una parte, la casi exclusiva aparición de los tratamientos cognitivo-conductuales, siendo los únicos tratamientos que, según estas reglas, habían sido capaces de adherirse a estos términos y, de esta manera, demostrar ser eficaces; y, por otra parte, la dificultad o nula posibilidad para otras psicoterapias de manualizar sus métodos al estilo de la modificación de conducta sin perder sus idiosincrasias.

El advenimiento del movimiento de la terapia con base en la "evidencia", donde la terapia cognitivo-conductual resultaba ser el método psicoterapéutico con más apoyo empírico y de referencia, supuso otro de los hitos en la polémica. Esta polémica, como acabamos de explicar, estaría dirigida más hacia la eficacia de las psicoterapias que hacia su efectividad, y vendría promovida desde una tendencia de la Medicina denominada "Medicina Basada en la Evidencia" (MBE).

"Medicina Basada en la Evidencia" (MBE) y el movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces

La aparición de la MBE y el surgimiento de las guías de tratamientos psicológicos eficaces, urgidas por las guías psiquiátricas, cuentan con unos antecedentes históricos y un desarrollo evolutivo que es preciso conocer para poder ponernos en contexto, y comprender, con más claridad si se puede, los motivos que marcan la dirección propuesta por estas tendencias con

alto predominio en la forma en la que se concibe la investigación y la intervención aplicadas a las psicoterapias.

A partir de la década de 1920, comienzan a darse una serie de cambios y giros sobre la filosofía de la ciencia a partir de los cuales la "verdad" de las conclusiones sacadas a partir de la exploración y estudio científicos, únicamente podrá ser comprobada mediante la aplicación de la ciencia probabilística y de las técnicas estadísticas; con lo cual, la lógica y las matemáticas pasan a ser los nuevos cimientos del conocimiento (Algunos de estos apuntes podrán ampliarse de una manera más desarrollada y crítica en el artículo elaborado por Germán E. Berrios (2010)).

Esta nueva visión de la Ciencia pasa a ser asumida rápidamente por todas las disciplinas, incluidas la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología, dejando a un lado las repercusiones éticas y epistemológicas derivadas de esta integración. A partir de la asunción de este enfoque, el conocimiento y su respectiva verificación sólo podrán estar determinados por artefactos que cumplan con la condición de ser cuantitativos y lo más asépticos posibles; así que, cualquier concepto que fuera elaborado desde una perspectiva no radicalmente "neutra" o poseedora de matices subjetivistas, características inherentes a cualquier disciplina social y humana que guarde un mínimo de relación con la experiencia y la narrativa personal y la propia sabiduría, queda automáticamente descartado por ser considerado como fuente de sesgo y de distorsión de la "realidad"; como si la artificialidad de las condiciones de laboratorio o "controladas" estuvieran exentas de cualquier manipulación.

La Probabilidad y los análisis estadísticos comienzan a cobrar fuerza en la Psiquiatría a partir de la década de los 60 a través de los ensayos clínicos con fármacos. El meta-análisis se convierte en la técnica estadística predilecta para aquellos grupos de investigación e instituciones que confiaron en que su actividad basada en la recopilación de información sobre ensayos clínicos podría extenderse a otras áreas de la Medicina como la Psiquiatría. Esta acción de sintetizar la información clínica, convertida en imperativo bajo el rótulo de "evidencia", pasará a formar parte de la creación de un negocio de compra-venta respaldado por la industria farmacéutica, cuyos intereses no precisan de competencias tales como la espontaneidad, la creatividad y la flexibilidad, de las que puede servirse el profesional de la Salud Mental a la hora de prescribir; es más, como ya remarcábamos en el párrafo anterior, estas facetas, sujetas a la sabiduría y a la pericia, y facilitadoras de un marco terapéutico en el que la conveniencia y adecuación de un tratamiento podría plantearse desde un enfoque más cercano y democrático en la intimidad de la relación entre profesional y paciente, comienzan gradualmente a perder su valor. Este desinterés hacia la evidencia basada en la práctica, digamos "asistemática", como base para la toma de decisiones clínicas, y el rechazo hacia el

valor de su significado y utilidad, como decimos, refleja una intencionalidad encaminada, no tanto hacia el propósito honesto de alcanzar un progreso en el conocimiento que enriquezca aún más nuestras intervenciones y garantice su sello de calidad, sino más bien a corresponder con un entorno socioeconómico mercantilista, agresivo e hipervoraz, impulsor del marketing sobre necesidades artificiales y promulgador de soluciones “beneficiosas” inmediatas y, paradójicamente, al “menor coste”, según que entendamos por “coste”.

De esta manera, la MBE emerge como un nuevo enfoque de la enseñanza y de la práctica clínica que defiende una formación y una práctica basada en “pruebas” derivadas de ensayos clínicos e instaura el “tamaño del efecto” (diferencia entre tratamiento y grupos control expresada en unidades de desviación típica) para basar las decisiones clínicas. Esta lógica, como decíamos, será absorbida por la Psiquiatría, en la que se establecerán guías de práctica clínica basada en pruebas para los distintos trastornos psiquiátricos, para casi cada categoría diagnóstica del DSM. La Psiquiatría terminará por imitar a la Medicina, en el sentido de concebir los trastornos psiquiátricos, como cualquier otra enfermedad, desde una perspectiva médica y biologicista. Como consecuencia, la medicación se establece como el tratamiento de referencia para los distintos trastornos, y las psicoterapias, reconocidas en las guías psiquiátricas, pasan a un segundo plano desde un punto de vista ontológico y también en el orden de elección de tratamiento (Léase Pérez-Álvarez, M., 2013).

Las guías psiquiátricas también se hacen hueco en la Psicología Clínica, empujando a los psicólogos a moverse en esta dirección en sus intervenciones ya que, de lo contrario, significaría perder visibilidad y acreditación. La Asociación Americana de Psicología, a través de la División 12 de Psicología Clínica, es quien apadrina el movimiento de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. Con la inclusión de la Psicología, se termina demostrando que para prácticamente cada trastorno psiquiátrico/psicológico existe un tratamiento psicológico igual o más eficaz que el tratamiento con psicofármacos, con ventajas en el mantenimiento postratamiento y con menos efectos secundarios.

Con el tiempo, la implantación de estas guías no ha supuesto, favorablemente, la desaparición de aquellos tipos de psicoterapia, cuya tradición se ha visto, digamos, “alejada” de una evaluación estándar homologada, como han sido típicamente consideradas la psicoterapia psicodinámica, sistémica y humanista. Como hemos podido recoger a través de estos párrafos, a partir de las diversas polémicas generadas en el trascurso de los años y el urgimiento del movimiento de los tratamientos empíricamente comprobados, todos los tipos de psicoterapia se han prestado a comprobar y mostrar su eficacia, quedando suficientemente respaldada la existencia de múltiples elecciones con eficacia comparable en el tratamiento de los desórdenes mentales.

Sin embargo, el éxito del movimiento de los tratamientos eficaces presenta, al mismo tiempo, sus propias limitaciones. La concepción de los desórdenes mentales como entidades o tipos naturales revela la artificialidad de los sistemas diagnósticos al uso (DSM y CIE). El problema viene de buscar dimensiones subyacentes neurobiológicas a partir de asunciones reduccionistas, en vez de partir de los propios fenómenos clínicos en sus dimensiones psicopatológicas. Asimismo, la implantación de un sistema transdiagnóstico cuenta con la complicación de toparse con diferentes propuestas, ya que cada psicoterapia emplea una explicación sobre las disfunciones que podrían estar tras los trastornos y los diagnósticos. En este sentido, Pérez-Álvarez, M. (2012), propone una dimensión común para todos los trastornos denominada "hiperreflexividad", una dimensión patógena cuyas raíces se encuentran en la cultura moderna. Por otra parte, cabe señalar que esa misma concepción biomédica sobre la que se fundamenta la evaluación de la eficacia de las psicoterapias es la misma que promueve su orientación a la simple reducción de síntomas, criterio este último más representativo de la medicación que de las propias psicoterapias y de los usuarios de las mismas.

Concluyendo este apartado, decir que no hay "evidencia" suficiente a día de hoy que demuestre que la Medicina basada en "pruebas" derivadas de ensayos clínicos impersonales tenga ventajas estadísticamente significativas sobre el sistema tradicional basado en la experiencia y en la relación clínico-paciente al que pretende sustituir. Por lo que, lamentablemente, gran parte de las bases actuales de la defensa de esta "evidencia" se encuentran en los inversores capitalistas y en sus operarios (empresas, gestores, estadísticos...), que al fin y al cabo son los que deciden la dirección hacia la que deben partir las investigaciones. Recuperando las palabras del profesor Berrios (2010) sobre sus afirmaciones firmemente críticas con respecto a la MBE, el problema de los daños causados por la MBE deriva de una "perversión epistemológica", resultado de una cosificación de la prescripción y del cuidado de los pacientes, directamente relacionada con la necesidad de "abrir nuevos mercados" y "crear nuevas necesidades consumistas". Asimismo, tacha de "parodia epistemológica" y de "chantaje moral" la aceptación incondicional por parte de los psiquiatras de las Matemáticas y de lo "matemáticamente demostrable" como la forma más elevada de Ciencia, y la urgente necesidad de cuantificarlo todo a costa de corromper la relación entre el profesional de la Salud Mental y el paciente.

En cuanto al movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces, este vuelve a poner de relieve el rol que cumplen los factores comunes que comparten las distintas formas de psicoterapia. Este hecho no cancela la investigación de la eficacia de las psicoterapias sobre sus técnicas específicas, pero deja patente la gran dificultad de poder hallar diferencias suficientemente significativas entre resultados causados directamente por el efecto de las

técnicas y resultados causados directamente por los factores comunes o, en resumidas cuentas, por las relaciones y los vínculos entre el profesional y el paciente. La cuestión es que no existe Psicoterapia sin relación, pero tampoco sin técnicas; o dicho de otra manera, "no hay técnicas que valgan sin el contexto de la relación" Pérez Álvarez (2013).

Cuestiones terminológicas y epistemológicas que afectan al estudio y validación de las psicoterapias

La definición que cualquiera puede encontrar sobre el término "evidencia", cuyo rasgo de "certeza" no debe dejar lugar a la posibilidad de hallar dudas de forma racionalmente rotunda, invita a cuestionarse hasta qué punto puede aplicarse, literalmente, en el ámbito de la Salud y, en concreto, en el campo de la Salud Mental. Se puede entender perfectamente y compartir la propuesta, que así recoge la MBE, de que nuestras decisiones como profesionales de la Salud debe basarse en el uso consciente y prudente de la "evidencia" mejor contrastada y actualizada, pero debemos tener presente ciertos matices.

Con respecto al entendimiento y uso de los términos, Tizón (2009) señala que la "búsqueda de la verdad" y la "certeza", en cualquier ámbito se haya directamente relacionada con "la evitación de ansiedades" y con "procesos elaborativos" puestos en acción ante cualquier falla que pueda suponer un ataque al conocimiento y con la intolerancia a la frustración ante la posibilidad de que esto suceda. Este hecho resulta, cuanto menos, paradójico, pues la propia realidad y condición humana trae consigo de forma inherente rasgos como son la incompletud, la incoherencia y la incertidumbre. En este sentido, Tizón piensa que cuando hablamos de "verdad" deberíamos de enfocarla como "un sueño o fantasía ideológicamente determinada" y que si de lo que se trata es de ofrecer "prueba" de nuestras explicaciones acerca de la realidad dentro del ámbito científico, deberíamos utilizar el término de "verosimilitud".

En cuanto a la epistemología, los problemas subyacentes a la versión reduccionista de los conceptos de "evidencia" y "prueba", en los que se fundamenta la MBE, recaen en las perspectivas empirista-positivista y la constructivista-construccionista, pero también en el consecuencialismo. Según esta última, los fines de una acción suponen la base de cualquier apreciación moral sobre dicha acción y, por lo tanto, una acción moralmente correcta es la que supone buenas consecuencias. Como vemos, es una postura contraria a la "deontología ética" que protege nuestras prácticas, incluidas las psicoterapias, ya que favorece que el tipo de acciones y las motivaciones parezcan menos importantes. La aplicación del consecuencialismo tiende a la maximización y generalización de las situaciones óptimas y de sus resultados, lo que conlleva a números inconvenientes epistemológicos que no resuelve la

MBE. Tizón (2009) subraya la presencia de tres problemas: a) "la dificultad de medir los resultados"; b) "la propiedad de los resultados" (a qué interés responde el que haya más o menos investigación sobre una cuestión concreta); y, c) "la posibilidad de que la ética consecuencialista esté reñida con la ética científica, la ética común o la ética de grupos concretos".

La Ciencia y la Tecnología precisan de sistemas de control de las comunicaciones debido a la proliferación exponencial de las mismas y de sus vías de comunicación y también porque la comunicación de los resultados es básica en la Ciencia pero también lo es en la defensa de los puestos de trabajo y el poder de diferentes entidades. Así mismo, hemos visto que, a nivel terminológico y epistemológico, estos sistemas se vuelven imprescindibles en el acto de lidiar con nuestras propias inseguridades y nuestras propias dificultades con el narcisismo que nos hacen obrar, en muchos casos, de forma insolidaria y perversa. La pregunta es si estas limitaciones y adversidades se pueden suprimir de forma definitiva a través del registro cuantitativo de datos del que parten estos sistemas de control como lo es la MBE y si hay garantía suficiente de que la construcción de estos datos parten de una relación democrática entre posibles alternativas y de un genuino propósito enfocado en la "búsqueda de la verdad". En este sentido, tal y como señala Tizón (2009), es más que evidente que la MBE, "en contextos de fuerte controversia científico-ideológica y con importantes intereses en juego, no se usa o se usa mal, o se usa para arrojar con un halo de supuesta científicidad imposiciones más o menos directas de poder". Una posible solución pasa por ajustar la importancia de los elementos teóricos y epistemológicos de los que hemos partido.

A estas alturas, debemos reconocer que una parte de la investigación y de la "certeza" de sus resultados está sujeta a la ideología y al poder económico-político, y, por ende, debemos de asumir que, lo más probable, es que estos componentes sean indisociables de la constitución de la Ciencia y de algunos de sus avances (tengamos en consideración el "Fenómeno Darsee" o el "Efecto Utah", por citar algunos ejemplos de controversia ética). Sin embargo, estos mismos motivos sobre los que giran las polémicas sobre la autenticidad de las psicoterapias, son, precisamente, los que tendrían que impulsarnos a desarrollar una actitud más cauta y crítica hacia estos "supuestos" avances y ensayos "empíricos" y menos radicalmente censora de otras alternativas. A nivel pragmático, esta forma de "hacer ciencia" con bastantes similitudes con respecto al movimiento "fast food", desgraciadamente es un procedimiento a menudo utilizado en la investigación en Salud Mental; también lo es en los ámbitos teóricos y técnicos, en los que se propaga de forma expansiva y con gran grandilocuencia aquellos tratamientos "de moda" que prometen lograr resultados fabulosos con el mínimo esfuerzo y al menor coste económico.

Como podemos ver, el hecho de que una gran parte de la investigación empírica en el campo del estudio y la práctica de las psicoterapias esté sesgada por las influencias de los modelos e intereses psicofarmacológicos, los "lobbies", la educación simplificada y sectaria, entre otras, no ha impedido que se sigan realizando estudios al respecto, ni debe impedir que se continúe apostando por ofrecer las mayores garantías en términos metodológicos y epistemológicos. No hay manifestación humana libre de las presiones políticas y del poder. Por ello, debemos continuar trabajando en que nuestras investigaciones y prácticas combinen la amplitud de miras y la honradez con el compromiso de una democratización real de las organizaciones y decisiones científicas y, con respecto al fomento de la investigación, con otros modelos y teorías distintas de las biológicas o biologicistas. En este sentido, Tizón (2009) propone una serie de posibles aportaciones que, desde la MBE, bien podrían aplicarse al estudio y a la técnica de las psicoterapias: a) "afinar la conexión lógica entre teoría y práctica; b) "favorecer razonamientos deductivos e inductivos apropiados en relación al material clínico"; c) "favorecer un uso no ambiguo de términos"; d) "diferenciar ciencia, tecnología y técnica"; e) "diferenciar entre técnicas y tecnologías con respecto a ideologías y doctrinas".

Intentando superar el dualismo cartesiano

Desde que Descartes señalara a la materia y al espíritu como entidades diferentes y con distintas propiedades en su publicación "Las pasiones del alma" (1649), resulta "curioso" ver cómo, todavía, para algunos profesionales de la Salud Mental este dualismo sigue vivo en su perspectiva y en su qué hacer, tanto en las labores de la práctica clínica como en las de investigación. Como consecuencia, el mantenimiento de estas ideas perpetúa la noción, un tanto trasnochada y reduccionista, de que los fenómenos mentales son derivados, única y exclusivamente, de la biología del sistema nervioso central y que, por lo tanto, tan solo podremos entender la mente e influir en sus procesos, actuando sobre esa misma biología. Partiendo de esta visión, ¿qué ocurre entonces en los equipos de trabajo de investigación y asistenciales?: ocurre, que se prioriza el estudio y la aplicación de los tratamientos psicofarmacológicos, en detrimento de otro tipo de abordajes como son los psicoterapéuticos, los cuales quedan relegados a un segundo plano o, incluso, a un plano inexistente.

En ningún momento lo que se pretende con estos comentarios es deshonar, ni mucho menos cancelar, la influencia y la contribución de la Biología en el entendimiento del ser humano y sus padecimientos. De otra forma, hacerlo se traduciría en el acto absurdo de negar una parte fundamental e inseparable de la condición humana y de la configuración de nuestra realidad y existencia. Es más, en este sentido, alcanza un tremendo valor el que se siga fomentando la

exploración neurocientífica sobre los “materiales” o constructos clínicos con los que laboramos dentro de los procesos en los que se enmarcan las psicoterapias, especialmente aquellos que resultan más abstractos e inaccesibles en su determinación; pero, también, sobre los efectos que produce la “administración” de las psicoterapias en nuestro “cuerpo” y, más concretamente, en nuestro cerebro. Desde las técnicas de psicoterapia, se están haciendo esfuerzos muy valiosos por acercar la Neurociencia y el Psicoanálisis (Kandel, 2005; Damasio, 2008, Panksepp, 2012; Ledoux, 1999.).

Lo que se propone a través de estos contenidos es, además de ejercitar una labor de divulgación del conocimiento suficientemente crítica y abierta como para despertar el interés y la reflexión del público general sobre nuestro ejercicio profesional, efectuar un llamamiento hacia diferentes colectivos sobre la necesidad de instaurar enfoques y procedimientos que permitan la inclusión de elementos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de una forma más auténticamente integradora, no solo en nuestras teorías sino también en nuestras prácticas.

Hacia la inclusión de una perspectiva bio-psico-social-cultural real e integradora

¿Qué entendemos por desórdenes mentales? ¿Qué son los tratamientos psicológicos? ¿Cuáles son los tratamientos que entendemos que son valiosos y relevantes en el marco actual de la Salud Mental?

Cuando pensamos sobre lo que son los desórdenes mentales, el sufrimiento, la desmoralización y el desajuste son algunos ejemplos de aspectos representativos que todos reconocemos rápidamente y de forma generalizada como manifestaciones asociadas a estos desórdenes con distintos grados de significatividad; pero, cuando nos preguntamos la misma cuestión desde una perspectiva ontológica, la respuesta no resulta ya tan evidente y su disparidad suele plantearse de forma dicotomizada. Por una parte, estarían los que consideran que los desórdenes mentales son “entidades naturales” o, dicho de otra manera, enfermedades médicas, orgánicas; y, por otra parte, los que responden desde la concepción de que estos desórdenes son “entidades interactivas” (esta distinción fue introducida por Ian Hacking (2001) y se recoge en Pérez Álvarez (2013), autor al que hemos mencionado anteriormente y al que volveremos en las siguientes líneas).

Afortunadamente, hoy por hoy, los desórdenes o trastornos psicológicos son más reconocidos como “entidades interactivas”. Quiere decirse con esto que son entidades influidas y transformadas por las interpretaciones y la experiencias que la propia persona construye desde su subjetividad en relación consigo misma y con el contexto en el que se ve

envuelta. Es por esto, que hoy podemos afirmar que, tanto las diversas dificultades que se presentan a la hora de enfrentar y/o resolver determinados conflictos psicológicos que forman parte de la condición humana, como la presencia de la suma del sufrimiento emocional acumulativo vinculado a inevitables pérdidas, separaciones, carencias, rupturas y disputas experimentadas en la vida, así como cuando sentimos que el grado de sufrimiento es excesivo, y consideramos que existen problemas que están interfiriendo en distintas áreas de nuestra vida, retroalimentándose en el padecimiento de malestares y/o síntomas que dificultan la manera de confrontar, gestionar y funcionar de forma ajustada, son motivos suficientes para emprender un proceso psicoterapéutico y recibir acompañamiento profesional. Desde este enfoque, en el que los trastornos psicológicos se sitúan en una dimensión más "histórica-cultural", no se niega la posible implicación biológica, ni se niega "la realidad" de la experiencia de la persona que sufre; sino, más bien, trata de defender la subjetividad en un marco de interacciones e influencias múltiples y de reivindicar su notable aportación tanto en la construcción de los "problemas" (los trastornos psicológicos) como en la construcción de las "soluciones" (las psicoterapias).

Partiendo de estas ideas, los desórdenes mentales, concebidos como "entidades interactivas" y como distintas formas que la persona emplea como "solución de compromiso" ante los problemas y adversidades de la vida, también deben ser pensados desde una perspectiva interpersonal e intersubjetiva, por lo que no podemos separar estos fenómenos mentales de su dimensión social.

En este sentido, conviene recuperar aquí la "teoría de la intersubjetividad", una perspectiva epistemológica (Rodríguez Sutil, 2018) que comprende que los fenómenos psicológicos vienen constituidos en el intercambio experiencial entre distintas personas y entre distintas subjetividades. Para entender estos fenómenos, la asistencia y la investigación psicoterapéutica se centran en los principios que organizan la experiencia de tres componentes fundamentales: el paciente, el terapeuta y el "campo intersubjetivo" creado entre ambos. Esta perspectiva converge con las evidencias recogidas en las últimas décadas del siglo XX por las investigaciones que parten del campo de la Neurociencia y del Desarrollo Humano. De esta forma, los fenómenos psicológicos, incluidos los desórdenes mentales, son el resultado de un "espacio compartido centrado en el nosotros" en el que dependiendo del tipo de "intersubjetividad" que se cree dentro de la relación y de los vínculos que enmarcan el contexto de la persona, hallaremos un resultado u otro en el desarrollo y evolución personal (véase Ávila Espada, 2020).

Continuando con esta dimensión social e interactiva con la que estamos definiendo la condición de ser humano y los desórdenes mentales, es pertinente recoger la consideración

antropológica de los trastornos psicológicos como "Dramas Sociales" (Pérez Álvarez, 2013). Esta noción propuesta por Turner (1969) describe los dramas sociales de acuerdo a cuatro fases ("ruptura", "crisis", "remedio" y "reintegración") que bien podrían aplicarse al caso clínico. Desde esta consideración previa de los trastornos psicológicos, Pérez Álvarez añade la observación de los tratamientos psicológicos como "Ritos de Paso" (Van Genep, 2008), según la cual las psicoterapias vendrían a ser el "paso" de una situación de ruptura o desorden a una situación de reintegración o nuevo orden personal y social más satisfactorio y/o ajustado.

Como podemos comprobar haciendo acopio de los planteamientos de los que partimos, queda patente que cuando pensamos sobre los desórdenes mentales y los tratamientos psicológicos, en el común de los casos, la urgencia ante un sentido de perjuicio y daño suele ser el indicativo primordial que pone sobre aviso de la presencia de este tipo de dolencias e impulsa a solicitar acompañamiento psicoterapéutico. "Algo" acontece en nuestra experiencia, que alerta un estado de importante vulnerabilidad, flaqueza, ruptura o descontrol. Quizá, aquello que acontece sea aún una incógnita por descubrir; sin embargo, en la mayoría de los casos, sí somos capaces de percibir el malestar, la complejidad, la dificultad y el enquistamiento que este "sentir" particular nos provoca, dentro de una multiplicidad y versatilidad de formas.

Decidimos comenzar una Psicoterapia cuando sentimos que el relato de nuestra vida se ha interrumpido. Quizá no sea la primera vez que esto ocurre. A lo largo de nuestras vidas tienen lugar crisis, rupturas e interferencias, algunas veces desconocidas y otras ignoradas. Estas crisis de existencia dejan una huella impresa en nuestro historial cuya marca distintiva va a depender de la construcción que realicemos sobre el relato. Por estos motivos, debemos tener en cuenta que cada circunstancia, cada momento, tiene un impacto en nuestra vida, y es por esto por lo que surgen diversas cuestiones vitales que precisan, en la medida de lo posible, ser resueltas. Como vemos, la vida y la psicoterapia, como proceso análogo a ésta, representan en sí mismas un proyecto de investigación humano y existencial.

Necesitamos dar continuidad a nuestra existencia, ser partícipes activos de ella, no sólo en nuestra mente sino, también, en la mente del otro. Éste es otro de los motivos fundamentales por los que recurrimos a los tratamientos psicológicos y sobre el que versa el proceso de una psicoterapia. La Psicoterapia acoge experiencias de diversa índole y permite explorar, en alianza terapéutica, los escenarios y circunstancias que han ido forjando las creencias y teorías que explican la particularidad de quiénes somos y cómo desarrollamos estrategias y trayectorias de "ser".

Una posible definición óptima de Psicoterapia sería aquella que, dentro de su encuadre, tiene en consideración la historia, la particularidad y la subjetividad de la persona, pues son pilares fundamentales que nos ayudan a asimilar: la regulación de los ritmos, los tiempos y movimientos que nosotros como terapeutas y pacientes requerimos adaptar para adentrarnos en una serie de narrativas que se entrecruzan desde emplazamientos y trayectorias dispares, y que precisan de hallar conexión, sintonización e influencia recíproca para abordar diversos registros psíquicos y aportar sentido y significados propios.

Comprendo que el propósito de la Psicoterapia, con el tiempo, el esfuerzo, la dedicación y participación activa que este ejercicio requiere, debe permitirnos convivir en un espacio compartido, lo suficientemente seguro e íntimo como para facilitar apertura para la reflexión, el debate y el cuestionamiento. Debe posibilitar la instauración de un sentido de libertad, suficientemente coherente y consistente, con el que se pretenda reconocer, validar y aceptar: qué es lo que sostiene tal estructura y configuración dentro de sí mismo y de las dinámicas comprendidas dentro de los vínculos; qué es lo que mantiene un tipo de exposición y posicionamiento frente a las circunstancias; y, si se quiere/puede reajustar este procedimiento.

El tipo de dinámica que traemos con nosotros mismos, nuestro particular "modus vivendi", tan solo podrá ser contrastado si existe un espacio común que abrace el pensamiento, la palabra y el recuerdo. La recomposición del propio discurso y del despliegue de los actos, repletos de caracterizaciones y significados, podrán proporcionarnos un informe lo más completo y fidedigno posible sobre qué y por qué nos es permitido y legítimo progresar viviendo en adecuada armonía y conciliación, y sobre qué y por qué podríamos hallarnos suspendidos en un bucle repetitivo marcado por fijaciones, derrumbe y perturbación en formas destructivas y/o dolorosamente traumáticas.

Creo conveniente referir a conciencia estos procesos con el pronombre personal nosotros (nos-otros), no solo por la significación que aporta la noción desde una perspectiva relacional y vincular; sino también porque aludir a la contextualización que pudiera representar y expresar un determinado sujeto en calidad de paciente, sin referir la presencia fundamental del terapeuta, pareciera que estuviera escindiendo la parte que corresponde a las condiciones que pertenecen al terapeuta, -en tantas ocasiones preconcebida o dada por supuesta en el acto de anclarse, estrictamente, en los postulados de determinadas ortodoxias metodológicas-, renegando aspectos que nos conciernen como profesionales y, principalmente, seres humanos, en constante revisión y análisis de nuestro propio inventario y de nuestras múltiples facetas. Sentiría extrañeza y discordancia pretendiendo simular que los estados, muestras y razonamientos empleados, únicamente fueran adjudicables a ese

extranjero desconocido y supuesto turbado que solicita auxilio y acompañamiento en nuestras consultas. Lo que pretendo con este comentario es dejar patente la relevancia y, no menos delicada tarea, de acercar nuestras posiciones y reequilibrar su balanza. El tanteo y medición de nuestros emplazamientos tiene que servir para distinguir e identificar aquellos componentes cuya estructura consienta descifrar el enigma existencial que pertinentemente acceda a ser resuelto.

Partiendo de las definiciones hasta aquí recogidas sobre lo que podríamos concebir como desórdenes mentales y como tratamientos psicológicos, en concreto la aplicación de las psicoterapias, podríamos resumir que los tratamientos y las intervenciones consideradas relevantes en el marco actual de la Salud Mental son “aquellos que nos permiten acceder a todos los planos implicados en la subjetividad” (véase Ávila Espada, 2020) y que promueven un proyecto clínico-asistencial y preventivo de la Salud Mental, en el que se concibe la salud de las personas y sus relaciones desde una perspectiva integral. Así mismo, la significación de su “evidencia” vendrá determinada por sus efectos observados en cuanto a la producción de resultados/cambios y la movilización del desarrollo, siempre y cuando seamos conscientes y aceptemos con anticipación el hecho contrastado de que no existe Psicoterapia “ideal” y que los desórdenes mentales y los tratamientos psicológicos ni posee un mismo origen o “punto de partida”, ni se manifiestan ni transcurren en forma idéntica.

En la clínica psicoterapéutica, cada persona tratada, el momento compartido con ella, la relación que se construye, entre otros aspectos, guarda una idiosincrasia que es única y variable. Por este motivo, toda intervención que incida sobre los procesos psicológicos consta de una “compleja dimensión cualitativa” y de una “sobre-determinación construida psíquica y socialmente”. No hay clínico “neutral”, ni “técnica precisa”, ni tampoco “principio activo” que pueda operar “de forma selectiva” (Ávila Espada, 2020). Estas afirmaciones no significan que las psicoterapias sean menos “válidas” o “verdaderas”, sino que pretenden “poner sobre la mesa” la “realidad” sobre la que operamos en nuestras consultas; una “realidad”, que por muy compleja que sea en cuanto a su lógica, motivo que comúnmente suele conducir a respuestas de miedo, rechazo y negación, precisa ser sostenida desde el reconocimiento de perspectivas, teorías y métodos, capaces de asimilar estas condiciones sin falsas pretensiones ni fingidas caracterizaciones disfrazas de algo que no es. Sólo en el momento en el que “lo que hacemos”, “como lo hacemos” y “por qué lo hacemos”, entra en el plano de la simulación y de la sugestión, es entonces cuando podemos hablar de “pseudoterapias” y de “pseudociencias”.

La escasez de oferta de las psicoterapias como recurso asistencial en el contexto de la Salud Pública. ¿Qué impide que, a día de hoy, podamos disponer de medios que contemplan una perspectiva bio-psico-social-cultural en la prevención y cuidado de nuestra Salud Mental?

Si tenemos en cuenta los argumentos que siguen las líneas de este trabajo, podemos observar que la respuesta a la pregunta que planteamos es múltiple. Las propias actitudes dogmáticas de los profesionales involucrados en cuestiones de salud; la ausencia comprobada de planificación en distintos colectivos, comunidades y dispositivos profesionales; la propia disposición de las autoridades de tomar distancia frente a la Salud Mental y frente a las psicoterapias, en particular; los problemas relacionados con la estructura y los recursos de los sistemas sanitarios públicos; la falta de difusión sobre la evidencia de nuestros modelos; son algunos de los ejemplos que responderían a esa “escasez” y a la imposibilidad de que pueda implantarse, en condiciones suficientemente óptimas, la perspectiva que señalamos.

Los problemas que, habitualmente, encontramos en los equipos de Salud Mental en relación a las psicoterapias, también son variados. En este sentido, González Torres (2019), propone un listado de posibles inconvenientes: a) implantación de “programas de psicoterapia excéntricos”; b) falta de participación por parte del Jefe de Servicio; c) falta de entrenamiento específico en psicoterapia que faculte a otras profesiones sanitarias; d) pervivencia del falso mito de que existe poca o nula evidencia sobre las psicoterapias; e) la renuncia por parte de los clínicos con entrenamiento psicoterapéutico a poner en práctica estos recursos; f) la falta de exigencia por parte de las instituciones de tener en cuenta la formación en psicoterapia como criterio de selección. Así mismo, partiendo de estas vicisitudes, Torres expone como vías para solucionar estos problemas: la instauración de una formación psicoterapéutica adecuada e integradora en los programas de formación de residentes, el fomento sobre el manejo de las evidencias de los distintos modelos que conforman la psicoterapia y su difusión, la atención al formato grupal de psicoterapia y el énfasis en la supervisión profesional.

Conclusiones

Una alternativa para la práctica psicoterapéutica que permita ensanchar sus horizontes

Para finalizar este trabajo, con el propósito de contribuir a la difusión de la importancia y los múltiples beneficios que supone la aplicación de las psicoterapias en el contexto de la Salud Mental y a fin de poner en valor la progresión de su estudio, a continuación proponemos en forma abreviada algunos criterios de calidad que deberían exigirse en torno a la evaluación y a la intervención. Los siguientes materiales, los encontrará más ampliamente desarrollados en Tizón García (2009) y en Ávila Espada (2020):

- La necesidad de **admitir variables psicosociales** en los estudios y en la práctica psicoterapéutica.
- **Necesidad de investigar**, tanto a nivel clínico, como con “metodologías para el estudio del caso único”, con **metodología observacional y con metodología experimental y “cuasi-experimental”**.
- **La investigación apoyada en hipótesis sobre eficacia** con respecto a un **modelo general de psicoterapia**, actualmente, **tiene poco valor científico y clínico**.
- La necesidad de **orientar la investigación en términos de eficiencia**, con una relación esfuerzo/beneficios parecida a la que se exige a los procesos estudiados.
- Los investigadores habrán de estar más atentos a **limitar la artefactación del proceso psicoterapéutico que la investigación supone siempre**.
- La necesidad de **tener en cuenta variables más amplias que las estrictamente relacionadas con la terapia utilizada para determinar los resultados de cualquier terapia**: “calidad de vida” y sus derivadas y/o “pautas u organizaciones para la relación fundamentales” y su cambio mediante las terapias.
- La importancia de tener en cuenta, tanto en la investigación como en la práctica de la psicoterapia, temas como: la “sugestión”, la “colusión”, la “sumisión” o “adhesividad”, las “identificaciones”...
- Antes de considerar generalizables ciertos resultados, **el seguimiento de los estudios debería de haberse realizado al menos durante 5 años**, habiéndose realizado **al triple nivel biológico, psicológico y social**, y con **instrumentos reactivos y no-reativos** con respecto a la terapia utilizada.
- La necesidad de **extremar la atención a los “problemas éticos” de las técnicas de psicoterapia y de la propia investigación** sobre dichas técnicas.
- La consideración de **no colocar a los consultantes de los servicios públicos en situaciones de “no tratamiento”, “tratamiento placebo” o “tratamiento mínimo” en el supuesto de beneficiar la investigación**. El deber de **no permitir que se alteren negativamente las condiciones de trabajo, ni consentir situaciones que pongan en riesgo** la vida o el equilibrio de los pacientes.
- La necesidad de **estimular, financiar y apoyar la investigación “directamente vinculada con equipos clínicos”**, aquella que intenta adaptarse a los encuadres de

trabajo actuales de tales equipos y procura sustanciales modificaciones clínicas, técnicas o de medios.

- Las investigaciones y las publicaciones en **revistas con FI** deberían de utilizarse para la **planificación de la asistencia** y como **elemento en la selección** del profesorado universitario o de centros investigadores.
- **La evaluación de una psicoterapia** ha de centrarse en la **constatación de en qué medida cumple los criterios de calidad que le son exigibles**: "Accesibilidad"; "Adecuación"; "Continuidad"; "Efectividad"; "Eficacia"; "Eficiencia"; "Seguridad"; "Oportunidad"; "Satisfacción desde la perspectiva del consultante y sus allegados"; "Mejora en la calidad de vida"; "Balance autonomía/heteronomía.
- La necesidad de añadir **otros criterios a la evaluación de una psicoterapia**: la exigencia de un **compromiso institucional y personal** con la necesaria **formación especializada y acreditada** de los profesionales de la psicoterapia, y la **exigencia ética de actualización** en el vasto ámbito de conocimiento que aporta la clínica.
- Para cumplir con las exigencias de calidad en psicoterapia, hay que **cumplir con la protección pública de los servicios sanitarios básicos**, propiciando para ello diferentes niveles de atención: intervenciones preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras, al servicio de los consultantes y sus familias,
- **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 que pudiera promover dicha neurotecnología.
- **Reconocer e integrar 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.
- **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.

- Cumplir con el reto de **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.
- Pensar que **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.

REFERENCIAS

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.

Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235-246.

Bergin, A. E. y Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. En S. Garfield y A. Bergin (comp.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2ª ed.). New York: Wiley.

Berrios, G. E. (2010). Sobre la Medicina Basada en la Evidencia. *Psicoevidencias*.

Damasio, A. (2018). *La sensación de lo que ocurre: Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Barcelona: Booket Ciencia.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16: 319-324.

Eysenck, H. J. (1960). The effects of psychotherapy. En H.J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*, New York: Basic Books.

Frank, J. D. (1961). *Salud y persuasión*. Buenos Aires: Troquel.

González Torres, M. A. (2019). Las psicoterapias en los equipos públicos. De la preferencia personal a la respuesta terapéutica necesaria. En *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*; 39 (136): X-X.

Kandel, E. (2005). *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Ledoux, J. (1999). *The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life*. London: W&N.

Luborsky, L., Singer, B., y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

Panksepp, J., Solms, M. (2012). What is neuropsychoanalysis? Clinically relevant studies of the minded brain. *Trend Cogn Sci*. 16 (1): 6-8.

Pérez Álvarez, M., (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.

Pérez Álvarez, M., (2013). *Anatomía de la Psicoterapia: El Diablo no Está en los Detalles*.

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.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 12, 965-974.

Smith, G., Glass, G.V. y Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993). *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. A report adopted by the APA Division 12 Board*, October 1993, 1-17.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.

Tizón García, J. (2009). *Asistencia basada en pruebas y psicoterapia ¿Es evidente la evidencia?*

Turner V. (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Routledge, London.

Van Genneep, A. (2008). *Los ritos de paso*. Madrid: Alianza Editorial.

Original recibido con fecha: 20/10/2024

Revisado: 22/10/2024

Aceptado: 30/10/2024