

Universitat Autònoma de Barcelona
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Tesi doctoral

**Estudios sobre la eficacia terapéutica
de los procedimientos psicoanalíticos**

Doctorand: Carles Vallvé Leal
Director: Adolf Tobeña Pallarés

Barcelona, 2013

Estudios sobre la eficacia terapéutica de los procedimientos psicoanalíticos

Incluso si se obtiene una curación, ¿cómo podemos estar seguros de que ésta no ha sido debida a que la enfermedad había alcanzado su terminación, o a que tuvo lugar por pura casualidad, o a consecuencia de algo que se había comido, o bebido, o tocado en aquel día, o de las plegarias de su abuela? Además, si el experimento fue perfecto, ¿cuántas veces pudo repetirse? ¿Cuántas veces la larga concatenación de casualidades y coincidencias indicó que de ello podía deducirse una norma?

Michel de Montaigne. *Ensayos de Montaigne*.
Libro II. Capítulo XXXVII. De la semejanza entre padres e hijos.
Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2003

CONTENIDO

AGRAÏMENTS	1
1. RESUMEN	3
1. ABSTRACT	5
2. JUSTIFICACIÓN Y MÉTODO	7
3. LA EFICACIA DEL PSICOANÁLISIS	14
3.1 Revisiones de conjunto	17
3.1.1 La revisión de Robert P. Knight (1941)	18
3.1.2 La revisión de Hans J. Eysenck (1952)	20
3.1.3 La eficacia del psicoanálisis (Bachrach, 1991)	22
3.1.4 Freud valorado científicamente (Fisher & Greenberg, 1996)	24
3.1.5 ¿Funciona el psicoanálisis? (Galatzer-Levy, 2000)	26
3.1.6 La <i>Open Door Review</i> (Fonagy, 2002)	31
3.1.7 <i>Le livre noir de la psychanalyse</i> (Mayer, 2005)	37
3.1.8 La revisión de la Universidade do Rio Grande do Sul (Jung, 2006)	41
3.2. Casos clínicos	46
3.2.1 Las «historias de casos» de Sigmund Freud (1895-1920)	49
3.2.2 Freud: casos clínicos (1892-1924)	54
3.2.3 Dos curaciones rápidas (Nacht, 1932)	58
3.2.4 Tratamiento psicoanalítico de un homosexual (Socarides, 1969)	61
3.2.5 Diabetes inestable y el ensayo n = 1 (Moran, 1987)	65
3.2.6 Casos clínicos registrados en PubMed (1964-2010)	69
3.3. Series de casos	75
3.3.1 Una experiencia personal: Isador H. Coriat (1917)	77
3.3.2 El Berliner Psychoanalytische Institut (Fenichel, 1930)	79
3.3.3 El informe de Kessel e Hyman (1933)	82
3.3.4 The London Clinic of Psycho-Analysis (Jones, 1936)	84
3.3.5 El valor del psicoanálisis (Hyman, 1936)	86
3.3.6 El estudio de Oslo (Schjelderup, 1955)	89
3.3.7 El informe de Henriette R. Klein (1960)	92
3.3.8 El informe de Fred P. Robbins (1966)	95
3.3.9 El estudio del Southern California Institute (Feldman, 1968)	96
3.3.10 El estudio retrospectivo del Boston Institute (Sashin, 1974)	98
3.3.11 El New York Psychoanalytic Institute (Erle, 1979, 1984)	101
3.3.12 El estudio prospectivo del Boston Institute (Kantrowitz, 1987)	103
3.3.13 El estudio de Stuttgart (Teufel, 1988)	106
3.3.14 Estudio de efectividad latinoamericano (Lancelle, 1996)	108
3.3.15 El proyecto AHMOS (Szecsödy, 1997)	110
3.3.16 <i>The Penn Psychoanalytic Treatment Collection</i> (Luborsky, 2001)	112
3.3.17 El curso de 253 análisis (Erle, 2003)	115
3.3.18 México: un estudio de seguimiento (Rascón, 2004)	118
3.3.19 Reflexiones de una psicoanalista (Young, 2007)	120
3.4. Estudios de cohortes	123
3.4.1 Resultados de tres técnicas de psicoterapia (Ellis, 1957)	125
3.4.2 Eficacia del psicoanálisis en la úlcera péptica (Orgel, 1958)	127
3.4.3 Terapia psicoanalítica: estudio psicológico (Barendregt, 1961)	131
3.4.4 Tratamiento de la colitis ulcerosa (Weinstock, 1962)	135
3.4.5 Resultados de las terapias psicoanalíticas (Heilbrunn, 1963)	137

3.4.6	La Menninger Foundation (Kernberg, 1972)	140
3.4.7	Obesidad y psicoanálisis (Rand, 1983)	144
3.4.8	Los estudios del Columbia Psychoanalytic Center (Weber, 1985)	147
3.4.9	El Estudio de Psicoterapias de Berlín (Rudolf, 1994)	153
3.4.10	El psicoanálisis en la niñez, ¿mejora la vida adulta? (Target, 1998)	156
3.4.11	Resultados del Heidelberger Catamnesis Projekt (von Rad, 1998)	159
3.4.12	El estudio STOPP (Sandell, 2000)	164
3.4.13	Sigmund Freud Institut: el estudio de catamnesis (Leuzinger, 2001)	169
3.4.14	Tratamiento de los trastornos de la personalidad (Fonagy, 2002)	172
3.4.15	Psicoanálisis y psicoterapia en adultos jóvenes (Gerber, 2004)	176
3.4.16	Un estudio de la Sociedad Psicoanalítica de Milán (Amadei, 2004)	178
3.4.17	Cambio estructural y psicoanálisis (Cogan, 2005)	179
3.5.	Estudios experimentales	183
3.5.1	Terapias dinámica y analítica, y psicoanálisis (Dührssen, 1986)	185
3.5.2	Psicoanálisis en diabetes inestable (Moran, 1991)	188
3.5.3	¿Es posible la investigación de resultados? (Vaughan, 2000)	191
3.5.4	El Estudio de Psicoterapias de Múnich (Huber, 2001)	194
3.5.5	El estudio controlado y aleatorizado de Montreal (Perry, 2004)	197
3.6.	Psicoanálisis: valoración global de los resultados terapéuticos	199
4.	LA TERAPIA PSICOANALÍTICA PROLONGADA	214
4.1.	Revisiones de conjunto	217
4.1.1	La guía del Departamento de Salud del Reino Unido (Parry, 2001)	218
4.1.2	Psicoterapia y psicoanálisis en la esquizofrenia (Malmberg, 2001)	224
4.1.3	<i>The Open Door Review</i> (Fonagy, 2002)	227
4.1.4	El informe INSERM (Canceil, 2004)	230
4.1.5	La posición de la Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse (Brandl, 2006)	238
4.1.6	Revisión sistemática de estudios empíricos (de Maat, 2009)	244
4.1.7	<i>L'evaluation des psychothérapies et de la psychoanalyse</i> (Fishman, 2009)	246
4.1.8	Una revisión cualitativa de ensayos clínicos (Gerber, 2011)	253
4.2.	Encuestas	257
4.2.1	El informe del Central Fact-Gathering Committee (Hamburg, 1967)	258
4.2.2	¿Ayuda la terapia? (<i>Consumer Reports</i> , 1995)	260
4.2.3	La encuesta de la Universidad de Konstanz (Breyer, 1997)	263
4.2.4	¿Psicoterapia individual o psicoterapia de grupo? (Heinzel, 1998)	265
4.2.5	La encuesta de la Universidad del Sarre (Hartmann, 2001)	267
4.2.6	Factores determinantes de la mejoría sintomática (Hartmann, 2004)	269
4.3.	Series de casos	271
4.3.1	Valoración de la efectividad por los pacientes (Graham, 1958)	272
4.3.2	La valoración del resultado terapéutico (Cremerius, 1962)	274
4.3.3	Resultados de las terapias psicoanalíticas (Heilbrunn, 1963)	277
4.3.4	Resultados de la psicoterapia analítica (Cappon, 1964)	280
4.3.5	Psicoterapia psicoanalítica en la esquizofrenia (Ryan, 1983)	284
4.3.6	Mejoría psicodinámica y sintomática (Clementel-Jones, 1990)	287
4.3.7	Terapia en trastornos de la personalidad (Stevenson, 1992 y 2005)	289
4.3.8	Psicoterapia psicodinámica intensiva (Monsen, 1995)	292
4.3.9	Tratamiento psicoanalítico de la bulimia (Jäger, 1997)	295
4.3.10	Un estudio prospectivo de resultados terapéuticos (Krawitz, 1997)	298
4.3.11	Comorbilidad de los trastornos del eje II (Barber, 1997)	301
4.3.12	Deficiencia mental: terapia psicoanalítica (Beail, 1998)	304
4.3.13	Trastorno límite de la personalidad: estudio preliminar (Clarkin, 2001)	306
4.3.14	Un estudio de eficacia real (Fava, 2002)	308
4.3.15	Terapia psicodinámica: carácter y personalidad (Wilczek, 2004)	311
4.3.16	Depresión, ansiedad y trastornos de personalidad (Bond, 2004)	313
4.3.17	El estudio de Göttingen (Leichsenring, 2005)	316
4.3.18	Terapia psicoanalítica en adultos jóvenes (Philips, 2006)	322
4.3.19	Reflexiones de una psicoanalista (Young, 2007)	325
4.4.	Estudios de cohortes	328
4.4.1	Tratamiento de la colitis ulcerosa (Weinstock, 1962)	331
4.4.2	Efecto de la psicoterapia en la colitis ulcerosa (O'Connor, 1964)	333

4.4.3	La Menninger Foundation (Kernberg, 1972)	336
4.4.4	Psicoterapia psicoanalítica: estudio comparativo (Siassi, 1979)	340
4.4.5	Terapia psicoanalítica: valoración de resultados (Manos, 1984)	344
4.4.6	Los estudios del Columbia Psychoanalytic Center (Weber, 1985)	347
4.4.7	El Estudio de Psicoterapias de Berlín (Rudolf, 1994)	353
4.4.8	Efectividad de la terapia psicodinámica (Holm-Hadulla, 1997)	356
4.4.9	Resultados del Heidelberger Catamnesis Projekt (von Rad, 1998)	358
4.4.10	Rehabilitación psicológica: estudio comparativo (Schulz, 1999)	363
4.4.11	El estudio del IPTAR (Freedman, 1999)	366
4.4.12	El estudio STOPP (Sandell, 2000)	369
4.4.13	Sigmund Freud Institut: el estudio de catamnesis (Leuzinger, 2001)	374
4.4.14	Terapia psicoanalítica o conductual (I) (Brockman, 2002)	377
4.4.15	Tratamiento de los trastornos de la personalidad (Chiesa, 2003)	380
4.4.16	Terapia psicoanalítica o conductual (II) (Brockman, 2003)	383
4.4.17	Valoración de las psicoterapias psicoanalítica (Baruch, 2005)	386
4.4.18	Psicoterapia ambulatoria: modelo conversacional (Korner, 2006)	388
4.4.19	El estudio Heidelberg-Berlín (Grande, 2006)	391
4.4.20	El estudio TRANS-OP (Puschner, 2007)	397
4.4.21	Efectividad de tres orientaciones psicoterapéuticas (Stiles, 2008)	401
4.5.	Estudios de evaluación económica	404
4.5.1	El estudio de efectividad de la AOK Berlín (Dührssen, 1965)	405
4.5.2	Costes y beneficios de la terapia psicoanalítica (de Maat, 2007)	408
4.6.	Ensayos clínicos	411
4.6.1	Psicoterapia psicoanalítica en la esquizofrenia (Karon, 1972)	413
4.6.2	Esquizofrenia: dos formas de tratamiento (Stanton & Gunderson, 1984)	417
4.6.3	Cuatro formas de psicoterapia (Piper, 1984)	421
4.6.4	Terapias dinámica y analítica, y psicoanálisis (Dührssen, 1986)	424
4.6.5	Trastornos alimentarios: terapia psicodinámica o cognitiva (Bachar, 1999)	427
4.6.6	Trastornos prepsicóticos de la personalidad (Bateman, 1999)	430
4.6.7	¿Es posible la investigación de resultados? (Vaughan, 2000)	433
4.6.8	El Estudio de Psicoterapias de Múnich (Huber, 2001)	436
4.6.9	Anorexia nerviosa: tratamiento psicológico (Dare, 2001)	439
4.6.10	Trastornos de la personalidad y psicoterapia de soporte (Vinnars, 2005)	442
4.6.11	La transferencia en la psicoterapia dinámica (Høglend, 2006)	445
4.6.12	Psicoterapia del trastorno límite de la personalidad (Giessen-Bloo, 2006)	448
4.6.13	Tratamiento del trastorno límite de la personalidad (Clarkin, 2007)	451
4.6.14	Trastorno límite de la personalidad y alcoholismo (Gregory, 2008)	454
4.6.15	El Estudio de Psicoterapias de Helsinki (Knekt, 2008)	457
4.6.16	El tratamiento basado en la mentalización (Bateman, 2009)	461
4.6.17	Eficacia de la terapia focalizada en la transferencia (Doering, 2010)	464
4.7.	Metaanálisis	468
4.7.1	<i>The benefits of psychotherapy</i> (Smith, 1980)	471
4.7.2	¿La psicoterapia ayuda a los pacientes neuróticos? (Andrews, 1981)	476
4.7.3	Depresión en edad avanzada: efectividad terapéutica (McCusker, 1998)	479
4.7.4	Psicoterapias en trastornos de la personalidad (Leichsenring, 2003)	483
4.7.5	Depresión: ¿psicoterapia o farmacoterapia? (de Maat, 2006, 2007)	486
4.7.6	Efectividad de la terapia psicodinámica prolongada (Leichsenring, 2008)	489
4.8.	Terapia psicoanalítica prolongada: valoración global	493
5.	CONCLUSIONES GENERALES	510
	ÍNDICE ONOMÁSTICO	515
	ANEXOS	518
Anexo 1.	La eficacia de la psicoterapia psicodinámica (Shedler, 2010)	519
Anexo 2.	La efectividad del psicoanálisis y de las psicoterapias (Knekt, 2011)	525

AGRAÏMENTS

En primer lloc desitjo recordar a En Josep Maria Costa Molinari, Catedràtic de Psiquiatria i un amic molt estimat, qui va ser el que em va proposar de presentar aquest treball com a tesi doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona; ja havíem iniciat els tràmits administratius quan la seva sobtada mort va interrompre aquest projecte. Perdre un amic com Josep Maria, que a demés va ser un home excepcional, va constituir per a mi una veritable sotragada anímica, el que potser explica, al menys en part, que el manuscrit quedés gairebé oblidat entre els meus papers.

Transcorregut mes d'un any, vaig visitar per altres motius al Dr. Adolf Tobeña, qui com a Director del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de la UAB havia intervingut en el projecte de tesi doctoral. Molt amablement em va suggerir de reprendre la iniciativa del Dr. Costa Molinari, suggeriment que vaig acceptar complagut. El Dr. Tobeña em va proposar tota una sèrie de modificacions i millores del manuscrit original, modificacions que he procurat adoptar amb la meua millor voluntat. El Dr. Tobeña ha revisat amb molta cura el nou manuscrit, ha corregit alguns dels meus inevitables errors i de fet ha completat amb tota cura la feina iniciada pel Dr. Costa Molinari. Gairebé no cal afegir que li estic veritablement agraït pel seu interès en el meu treball.

Entre els companys que m'han ajudat en la realització d'aquest projecte tinc que fer referència a En Antoni Parada Martínez, que es va fer càrrec de la recerca informatitzada de les publicacions sobre l'eficàcia de la psicoanàlisi. Gairebé al mateix temps, el Dr. Joan M.V. Pons va revisar la versió inicial d'aquest manuscrit, introduint-hi nombroses correccions.

El Institut de Psicoanàlisi de Barcelona em va permetre l'accés a la seva biblioteca; l'ajuda de la Sra. Maria Lluïsa Ruiz en la recerca de llibres i revistes va estar de gran valor. Les biblioteques de la Facultat de Medicina, de la Facultat de Psicologia i del Servei de Préstec Interbibliotecari de la Universitat de Barcelona ha constituït un gran recurs al proporcionar-me documents i llibres de difícil localització.

Les doctores i doctors Hannah Bitran (Santiago de Chile), Arthur H. Chapman (Bahía, Brasil), Linda Hopkins (Villanova, Pennsylvania), Cecilio Paniagua (Madrid) i Guillermo de la Parra (Santiago de Chile) i Ms. Allie Dillan (The Institute of Psychoanalysis), Frau Dorothea Hanses-Aumüller (Berliner Psychoanalytische Institut) i Mrs. Nellie L. Thompson (The New York Psychoanalytic Institut) em varen fer arribar tota la informació que els hi vaig demanar. Mrs. Erika Schmidt (Chicago Institute for Psychoanalysis) va fer tot el possible per localitzar el informe de Franz Alexander, lamentablement sense aconseguir-ho. Els professors Tilman Grande (Heidelberg) i Falk Leichsenring (Göttingen) em van aclarir alguns dubtes sobre els seus darrers estudis sobre terapia psicoanalítica. El Dr. Andrew Gerber em va proporcionar el llistat d'estudis que va fer servir per la seva revisió sobre la teràpia psicodinàmica.

La meua filla Clàudia va revisar alguns dels primers capítols de la tesi, em va donar bones idees pel que fa a la estructura dels mateixos, i també em va ajudar en els nombrosos problemes informàtics que sorgeixen quan un s'enfronta amb un arxiu de gran extensió. Francis, la meua estimada dona, m'ha ajudat en tot el procés de escriure-la i molt més enllà d'aquest procés.

Carles Vallvé

1. RESUMEN

Objetivo. El psicoanálisis y la terapia psicoanalítica prolongada han sido ampliamente utilizados en el tratamiento de diversos trastornos mentales, pero su eficacia terapéutica ha sido puesta en duda por numerosos autores. Se ha intentado llegar a una conclusión sobre esta disyuntiva mediante la valoración de los estudios clínicos publicados desde los inicios de la teoría psicoanalítica hasta diciembre de 2010.

Método. Revisión bibliográfica manual y sistematizada, en la que se han considerado ambos procedimientos terapéuticos y el tipo de estudio clínico utilizado. Se ha resumido cada una de las publicaciones registradas y han sido valoradas en cuanto «nivel de certeza» y «fuerza de la recomendación» según las normas del National Institute for Health and Clinical Excellence.

Resultados. Psicoanálisis: se han registrado 8 revisiones de conjunto, 56 casos clínicos, 19 series de casos, 17 estudios de cohortes y 4 ensayos clínicos; en total, 104 estudios. La terapia psicoanalítica prolongada proporcionó 5 revisiones de conjunto, 5 encuestas, 19 series de casos, 20 estudios de cohortes, 2 estudios de coste-beneficio, 12 ensayos clínicos y 6 metaanálisis; en total, 69 estudios. Se han registrado los siguientes resultados:

1. Las revisiones de conjunto y las encuestas no cumplen con las exigencias metodológicas correspondientes a una valoración de carácter objetivo; los resultados obtenidos a partir del estudio de casos clínicos no permiten recomendar ni desaconsejar las intervenciones estudiadas.
2. Mediante series de casos se han constatado resultados favorables en el 76% de los pacientes tratados mediante psicoanálisis durante más de 200 horas y fue posible confirmar la efectividad de la terapia psicoanalítica en psiconeurosis, bulimia y trastornos de la personalidad.
3. Los estudios de cohortes proporcionan resultados favorables para el psicoanálisis en caso de trastornos psicosomáticos, siendo posible concluir que «existen pruebas científicas que permiten recomendar la intervención», pero con considerables limitaciones: sólo una tercera parte de los pacientes afectados de dichos procesos resultan adecuados para el tratamiento psicoanalítico, sólo la mitad llega a completarlo y se constata mejoría en sólo el 62% (95% CI = 38%-87%) de los pacientes que completan el tratamiento.
4. Asimismo, mediante estudios de cohortes se ha constatado que «existen pruebas que permiten recomendar la terapia psicoanalítica prolongada en pacientes con trastorno límite de la personalidad»; en estos pacientes, la eficacia se encuentra asociada con la duración del tratamiento; no se detectaron diferencias entre terapia psicoanalítica y terapia conductual.
5. Los estudios de coste-beneficio orientan respecto a una reducción significativa de los costes asociados con la salud en los pacientes tratados con terapia psicoanalítica prolongada.

6. Solo un ensayo clínico sugiere una posible eficacia del psicoanálisis, pero al haber utilizado una variable subrogada (glucemia) el nivel de certeza es limitado; en otro ensayo clínico no se constataron diferencias entre psicoanálisis, terapia psicodinámica y terapia conductual.
7. Terapia psicoanalítica prolongada: los resultados de doce ensayos clínicos permiten recomendar esta intervención para el tratamiento de trastornos alimentarios, trastorno límite de la personalidad, psiconeurosis y esquizofrenia.
8. La evaluación global de seis metaanálisis sobre eficacia de la terapia psicoanalítica prolongada no permite utilizarlos para definir la fuerza de la recomendación en cuanto adoptar o no la intervención estudiada.

Conclusiones. El psicoanálisis es una alternativa terapéutica que puede recomendarse para el tratamiento de determinados trastornos mentales, pero con considerables limitaciones. Los 69 estudios clínicos revisados abogan positivamente acerca de la eficacia de la terapéutica psicoanalítica prolongada.

1. ABSTRACT

Objective. Psychoanalysis and long-lasting psychoanalytic therapy have been broadly applied for the treatment of some mental disorders, but its efficacy has been put in doubt by numerous authors. In order to get a decision about this dilemma, an evaluation of the clinical studies published from the beginning of the psychoanalytical theory till December 2010 has been performed.

Method. Manual and systematic bibliographic reviews taking into account both therapeutic approaches and type of the applied clinical study. Each publication have been summarized and evaluated in regard to «certainty level» and «recommendation strength» according to the proposals of the National Institute for Health and Clinical Excellence.

Results. Psychoanalysis: 8 reviews, 56 case histories, 19 case series, 17 cohort studies, and 4 clinical trials, all together 104 clinical studies have been reviewed. Long lasting psychoanalytic therapy: 5 reviews, 5 surveys, 19 case series, 20 cohort studies, 2 cost-benefit studies, 12 clinical trials and 5 meta-analysis, totaling 69 studies have been also reviewed. Following results have been reported:

1. Reviews and surveys do not keep the methodological requirements of an objective evaluation; from the results of case studies, therapeutic approaches cannot be recommended nor disregarded
2. Through case series, favorable results have been reported in 76% of patients being treated with psychoanalysis over 200 hours. Case series confirmed also the effectivity of long-lasting psychoanalytic therapy in case of psychoneurosis, bulimia and personality disorders.
3. Cohort studies provided favorable results in the case of psychosomatic complaints treated with psychoanalysis, being possible to conclude that òa scientific demonstration to recommend the therapeutic intervention is availableö although with important limitations: only a third of the patients are adequate for the psychoanalytic treatment, only the half of them finish treatment, and only 62% (95% CI = 38%-87%) of the completed treatments lead to clinical improvement.
4. From cohort studies it can also be verified that òthere are evidences available to recommend the long-lasting psychoanalytic therapy for patient with borderline personality disorderö; in these patients, efficacy is associated with treatment duration; no differences between psychoanalytic and behavior therapy have been found.
5. Cost-benefit studies suggest a significative reduction of health associated costs in patients treated with long-lasting psychoanalytic therapy.
6. A single clinical trial suggest the possible efficacy of psychoanalysis, although being related to a subrogate variable (glycemic control) its certainty level is limited; in a second clinical trial no differences between psychoanalysis, psychoanalytic therapy and behavior therapy have been verified.

7. Long-lasting psychoanalytic therapy: from the results of twelve clinical trials it can be recommended this intervention in the case of eating disorders, borderline personality disorder, psychoneurosis and schizophrenia.
8. The evaluation of six meta-analyses on the efficacy of long-lasting psychoanalytic therapy does not allow defining any recommendation in order to adopt or not to adopt the studied intervention.

Conclusions. Psychoanalysis is an alternative therapeutic procedure that can be recommended for the treatment of some mental disorders, although with important limitations. The reviewed clinical studies speak in favor of the efficacy of the long-lasting psychoanalytic therapy.

2. JUSTIFICACIÓN Y MÉTODO

Actualmente se dispone de una teoría, la doctrina psicoanalítica, y de un método terapéutico, el psicoanálisis. El psicoanálisis se aplica desde hace más de cien años en el tratamiento de determinadas enfermedades mentales, pero ello no constituye una demostración de eficacia terapéutica: la acupuntura se utiliza desde hace cuatro mil años, lo que tampoco demuestra su eficacia terapéutica. A partir de las teorías psicoanalíticas de Sigmund Freud se han desarrollado múltiples procedimientos terapéuticos; entre ellos, la denominada psicoterapia psicoanalítica es considerada como «la técnica más adecuada para ayudar a la mayoría de los seres humanos con conflictos emocionales.»¹ En consecuencia, tanto el psicoanálisis como la psicoterapia psicoanalítica deben ser considerados como procedimientos terapéuticos.

Definir el valor de un procedimiento terapéutico es una exigencia evidente, al menos desde que en 1962 se dispuso en Estados Unidos que para autorizar la comercialización de un nuevo medicamento era preciso demostrar científicamente que era eficaz y seguro.* Esta disposición fue adoptada sucesivamente en todos los países de la cultura occidental. En la clínica no deben existir diferencias entre las exigencias que se plantean a la terapéutica farmacológica y las planteadas a otros métodos terapéuticos, como por ejemplo procedimientos quirúrgicos (cirugía endoscópica en comparación con cirugía abierta) o terapias alternativas (como la acupuntura); es decir, prescribir cualquier procedimiento terapéutico debe presuponer que se ha demostrado que es eficaz y seguro.

Es evidente que la definición de la eficacia terapéutica depende de los resultados de los estudios clínicos realizados con la utilización de la intervención en cuestión. El procedimiento habitual para llegar a una conclusión aceptable consiste en valorar la calidad de estos estudios y agrupar sus resultados en dependencia de las indicaciones estudiadas y de las características de los pacientes incluidos en los mismos.

El psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica han sido objeto de numerosos estudios clínicos y se han efectuado un cierto número de revisiones de conjunto de los resultados obtenidos en los mismos. No obstante, no existe unanimidad respecto a su eficacia terapéutica. Numerosos autores han puesto en duda los planteamientos de Sigmund Freud, y en consecuencia el valor de los métodos terapéuticos derivados de los mismos. Entre otros muchos, es pertinente citar a Adolf Grünbaum y a Paul E. Meehl.^{2,3} Este último afirmó que

í vamos a tener otro siglo en el que el psicoanálisis podrá ser aceptado o rechazado, fundamentalmente como un asunto de gustos personales. Si esto sucede puedo predecir que será abandonado, lentamente pero sin dudas, tanto en cuanto método terapéutico como en cuanto teoría de la mente.

Pero tal vez las críticas más importantes de la teoría psicoanalítica las formuló Ludwig Wittgenstein; sus planteamientos han sido resumidos muy claramente por Isidoro Reguera:⁴

Freud pretende constantemente ser científico, pero no ofrece causas ni pruebas de la corrección de un determinado tipo de análisis, por ejemplo, que investigue todos los sueños como si fueran satisfacciones de deseo; tampoco muestra cuándo ha de acabarse el procedimiento de la libre asociación, donde está la solución correcta, si cuando el paciente está satisfecho, o cuando se siente curado, o cuando el médico simplemente lo dictamina así.

* Kefauver-Harris amendments to the Federal Food, Drug and Cosmetic Act

Pero Isidoro Reguera añade: «Por supuesto, si el psicoanálisis cura el tartamudeo, lo cura, y esto es un logro.» Sin pretender llegar a una valoración definitiva de los procedimientos psicoanalíticos mencionados, parece adecuado revisar los estudios clínicos disponibles, de acuerdo con los principios aplicados para valorar la eficacia de un medicamento, es decir, de acuerdo con los principios propios de la farmacología clínica.

Una revisión de este tipo se debe iniciar con una búsqueda bibliográfica que permita incluir en la misma todos los estudios publicados sobre el tema en cuestión.

Definiciones

Una revisión bibliográfica objetiva acerca de la eficacia de un procedimiento terapéutico exige definir previamente los procedimientos terapéuticos estudiados y los métodos destinados a valorar su eficacia.

Psicoterapia. Pere Bofill y Jorge L. Tizón, en *Qué es el psicoanálisis*, han revisado de forma especialmente clara lo que se entiende por «psicoterapia».¹³ Según estos autores, dicha denominación fue asignada inicialmente a todo intento de ayudar a resolver los problemas humanos a partir de medios psicológicos. No obstante, de forma estricta, la psicoterapia es una «técnica terapéutica» o «asistencial» que, como técnica, debe basarse en una teoría clara y definida, susceptible de ser aplicada en la práctica clínica y con capacidad predictiva. Dado que, por otra parte, el elemento terapéutico básico de las psicoterapias es la relación personal entre el terapeuta y el paciente, resulta evidente que el psicoanálisis es la teoría que ha dado origen al amplio espectro de psicoterapias disponibles en la actualidad.

Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Así, el *psicoanálisis* se entiende como una técnica terapéutica en la que se establece una relación especial entre el paciente y el analista, en la que se trata de vivenciar conjuntamente las conductas y representaciones mentales del primero de ellos con el objetivo de definir las líneas maestras de su estructuración mental. El tratamiento tiene lugar mediante cuatro o cinco sesiones semanales, en las que el paciente permanece tendido en un diván. El analista mantiene una actitud neutral que debe permitirle entrar en contacto con los conflictos inconscientes de su paciente. El tratamiento se prolonga hasta cuatro o cinco años.

La *psicoterapia psicoanalítica* sigue los mismos principios y tiene los mismos objetivos que el psicoanálisis, si bien el analista mantiene una actitud más participativa y puede prestar una ayuda concreta al paciente para que éste intente resolver sus problemas. El recurso del diván no es imprescindible; una o dos sesiones semanales acostumbra a ser suficientes y el tratamiento se extiende desde sólo unos meses hasta como máximo dos años.

Es preciso tener en cuenta que en los informes sobre los resultados de ambos tratamientos no siempre se proporciona la definición precisa del método utilizado, pero se entiende que «psicoterapia psicoanalítica» o «terapia analítica» son procedimientos diferentes del psicoanálisis. No obstante, en algunas publicaciones se emplea el término «psicoterapia psicoanalítica» como equivalente de «psicoanálisis».

Eficacia y efectividad. Es importante también diferenciar entre lo que se entiende por *efectividad* y lo que se entiende por *eficacia*. Según Abraham G. Hartzema et al., *efectividad* es:⁶

...la magnitud con la que una intervención específica, un procedimiento, un régimen o un producto (por ejemplo, un medicamento) determina en una «población» definida lo que se pretende que determine cuando se aplica en las circunstancias clínicas habituales,

en tanto que los mismos autores definen la *eficacia* como sigue:

..la magnitud con la que una intervención específica, un procedimiento, un régimen o un producto determina un resultado beneficioso en condiciones ideales.

La diferencia entre ambos conceptos radica, por lo tanto, en las circunstancias del tratamiento: la determinación de eficacia exige condiciones experimentales (condiciones de laboratorio), mientras que la eficiencia resulta de la valoración de los resultados registrados en la práctica clínica. No obstante, es preciso tener en cuenta que la correcta cuantificación de la efectividad requiere que la eficacia de la intervención haya sido previamente demostrada.

Estudios clínicos. Por otra parte, hay que distinguir entre *casos clínicos*, *series de casos*, *estudios de cohortes* y *ensayos clínicos*. No es preciso definir lo que se entiende como un *caso clínico*, mientras que las *series de casos* acostumbran a referirse a la experiencia obtenida por un analista, una institución o un grupo de analistas o de instituciones mediante la aplicación de las intervenciones terapéuticas cuyos resultados terapéuticos pretenden valorar; habitualmente tienen carácter retrospectivo.

En los *estudios de cohortes* se identifica un grupo de individuos expuestos a una determinada intervención terapéutica, y los resultados que se obtienen se comparan con los de un grupo de individuos que no han sido objeto de dicha intervención. Los estudios de cohortes acostumbran a ser prospectivos; en esta revisión, los estudios retrospectivos en los que se han comparado métodos terapéuticos diferentes se han definido también como estudios de cohortes.

Un *ensayo clínico* es un experimento cuidadosamente diseñado en el que los sujetos participantes son asignados a las diferentes modalidades terapéuticas de forma aleatoria y concomitante.

En un *metaanálisis* se integra de forma estructurada y sistemática la información obtenida en diferentes estudios sobre un determinado problema, con el fin de proporcionar una estimación cuantitativa sintética de todos los estudios disponibles.

En la figura 1 se resume el valor relativo de los diferentes tipos de estudios, adjudicándose el mayor valor a las revisiones sistemáticas y el menor a los informes de casos.

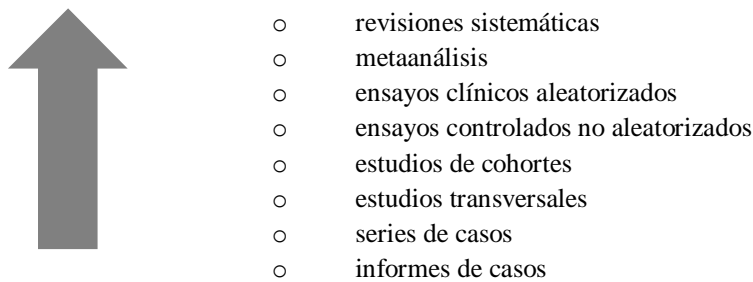


Fig. 1. Jerarquía de los estudios de eficacia

Esta escala tiene un valor únicamente orientativo, sin pretender ningún tipo de cuantificación.

Búsqueda bibliográfica

Psicoanálisis. Debido a la antigüedad de un gran número de publicaciones sobre la eficacia del psicoanálisis, la revisión tuvo que ser inicialmente de carácter manual, comprendiendo:

- a) los 6 estudios de casos de Sigmund Freud;⁷
- b) las revisiones de Henry Bachrach y de Robert Knight;^{8,9}
- c) los 24 estudios revisados por Seymour Fisher y Roger Greenberg, que incluye 8 estudios de cohortes, 6 estudios comparativos con grupos de pacientes no tratados, y 10 estudios comparativos con procedimientos alternativos;¹⁰
- d) la *An open door review of outcome studies in psychoanalysis* de la International Psychoanalytical Association, en la que se encuentran 23 estudios que tratan estrictamente del psicoanálisis;¹¹
- e) y la detallada revisión de la Universidade do Rio Grande do Sul, que incluyó 21 estudios.¹²

Las tres últimas revisiones comprenden en total 68 estudios, pero debido a las repeticiones el número de estudios sobre la eficacia del psicoanálisis quedó limitado a 39.

En las obras completas de Sigmund Freud se localizaron 208 casos clínicos (entre ellos, las mencionadas «historias de casos»), en 29 de los cuales se describe el resultado terapéutico. Junto a ello, con los buscadores «psychoanalysis» y «case report» en PubMed se registraron 74 artículos publicados entre 1964 y 2010, de los cuales 26 trataban específicamente de los resultados terapéuticos observados tras un psicoanálisis.

A continuación se efectuó una búsqueda bibliográfica sistematizada, pero a causa de las inexactitudes en la forma de registrar y de indexar los diferentes tipos de estudios fue preciso utilizar un conjunto de términos, como random* OR trial* OR blind* OR placebo* OR cohort* OR observational OR prospective OR longitudinal OR follow* OR efficacy OR effectiv* OR ðsystematic reviewö OR metaanal* OR meta-analy*. Por otra parte, al efectuar las búsquedas con los descriptores MeSH como «psychoanalytic therapy» y «psychoanalysis», las referencias obtenidas resultaron poco pertinentes, por lo cual se decidió restringirlas a que en el título apareciera el término psychoanaly* o psychother*. Con este procedimiento fue posible recuperar 501 artículos (tabla 1).

TABLA 1. Bases de datos, estrategias y número de artículos recuperados

<i>bases de datos</i>	<i>Estrategia</i>	<i>artículos</i>
MEDLINE/PubMed	#1 Search psychoanaly* OR psychother* [ti] #2 randomized controlled trial [pt] OR controlled clinical trial [pt] OR clinical trial [pt] OR random*[ti] OR placebo*[ti] OR blind[ti] OR blinding[ti] OR trial*[ti] OR outcome*[ti] OR efficacy[ti] OR effectiv*[ti] #3 (cohort*[ti] AND stud*[ti]) OR Cohort Studies[MESH] OR observational[ti] OR longitudinal[ti] OR prospective[ti] OR ðfollow upö[ti] #4 #2 OR #3 #5 #1 AND systematic[sb] #6 #1 AND #4	151
Cochrane Library Plus	(psychoanal*:ti or psychother*:ti)	28
Psycinfo	TI psychoanaly*OR psychother* AND TI (random* OR trial* OR blind* OR placebo* OR cohort* OR observational OR prospective OR longitudinal OR follow* OR efficacy OR effectiv* OR ðsystematic reviewö OR metaanal* OR meta-analy*)	167
ISI Web of Knowledge	Title=(psychoanaly* OR psychother*) AND Title=(random* OR trial* OR blind* OR placebo* OR cohort* OR observational OR prospective OR longitudinal OR follow* OR efficacy OR effectiv*)	155

Una vez eliminados los duplicados con el gestor de referencias bibliográficas Reference Manager, se localizaron 308 artículos, que fueron revisados manualmente, lo que condujo a 17 nuevas publicaciones sobre la eficacia del psicoanálisis, de las cuales tres (Nacht 1932, Socarides 1969 y Moran 1987) se calificaron como «historias de casos». De esta selección se eliminaron posteriormente el estudio de Peter Knapp por no ser un estudio de eficacia, la revisión de Lena Malmberg, el ensayo clínico de Martin Svartberg y los metaanálisis de Paul Crits-Christoph y de Falk Leichsenring por consistir en estudios sobre psicoterapia psicoanalítica breve.¹³⁻¹⁷

Psicoterapia psicoanalítica. La búsqueda bibliográfica de estudios sobre la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica se efectuó fundamentalmente en la base de datos de la National Library of Medicine (*PubMed*) utilizando los siguientes términos MeSH (Medical Subject Heading):

<i>Psychoanalytic Theory</i>	<i>Mental Disorders</i>	<i>Study Characteristics</i>
Psychoanalysis	Anxiety Disorders	Case Reports
Psychoanalytic Therapy	Eating Disorders	Clinical Trial
	Mood Disorders	Comparative Study
	Neurotic Disorders	Evaluation Studies
	Personality Disorders	Meta-Analysis
	Schizophrenia	Multicenter Study
	Somatoform Disorders	Randomized Controlled Study
	Substance-Related Disorders	Review
		Systematic Revisions

No se establecieron límites en cuanto lenguaje y se registraron todas las publicaciones anteriores a diciembre de 2010.

Junto a ello, en los artículos registrados a partir de *PubMed* se valoraron los listados de referencias bibliográficas y se seleccionaron aquellas que por su título o por los comentarios de los autores podían responder a los objetivos de la presente revisión.

Los resultados de la búsqueda bibliográfica se encuentran detallados en los capítulos correspondientes a psicoanálisis (capítulo 3) o a psicoterapia psicoanalítica (capítulo 4)

A fin de facilitar su comprensión, se procedió a resumir cada artículo en cuanto metodología y resultados, considerándose ocasionalmente los comentarios de los autores de los mismos. A continuación, cada artículo fue valorado de acuerdo con las directrices del National Institute for Health and Clinical Excellence.

Método de valoración

Si es evidente que un ensayo clínico metodológicamente deficiente no puede ser de gran utilidad, también es cierto que un buen ensayo clínico, o un metaanálisis o una revisión sistemática correctamente realizados no siempre determinan conductas clínicas adecuadas. Para intentar solucionar este problema, en los últimos años se han desarrollado diferentes alternativas, entre ellas la iniciativa GRADE y las listas de comprobación metodológica del National Institute for Health and Clinical Excellence.^{18,19} En general, el proceso seguido en estas listas consiste en:

- identificar los estudios pertinentes al objetivo establecido,
- valorar la calidad de cada uno de los estudios seleccionados,
- registrar la calidad de las pruebas derivadas de dichos estudios,
- definir los niveles de certeza alcanzados, y
- establecer la fuerza de la recomendación terapéutica.

Es decir, una vez seleccionados los estudios pertinentes al problema planteado, el siguiente paso es evaluar su calidad y validez. La evaluación se realiza completando una planilla de lectura crítica que consta de una serie de preguntas específicas acerca del diseño y los resultados del estudio, para lo que se utiliza la escala $\bar{0}++\bar{0}$, $\bar{0}+\bar{0}$ ó $\bar{0}\bar{0}\bar{0}$, que refleja la presencia o la ausencia de sesgos. El resultado de la evaluación definirá el nivel de certeza del estudio y su consiguiente impacto en la fuerza de la recomendación. En general, los estudios incluidos en el grupo $\bar{0}\bar{0}\bar{0}$ no se usan para establecer recomendaciones, pero se deben tener en cuenta las siguientes posibilidades:

- Si hay estudios de buena calidad que ayuden a responder las preguntas clínicas y sus resultados son consistentes, se rechazan los estudios del grupo $\bar{0}\bar{0}\bar{0}$.
- Si las conclusiones de los estudios clasificados como $\bar{0}\bar{0}\bar{0}$ muestran las mismas conclusiones que los clasificados como $\bar{0}++\bar{0}$ o $\bar{0}+\bar{0}$, aunque de manera débil, se pueden adjuntar a los mismos para demostrar el alcance de la consistencia.

La calidad de los estudios revisados permite establecer (a) el «nivel de certeza» de las pruebas disponibles y (b) la «fuerza de la recomendación» para adaptar una determinada intervención terapéutica.

Niveles de certeza. Se trata de escalas alfanuméricas que valoran las pruebas de que se dispone. Los niveles se califican de I a III: el nivel I corresponde a las pruebas más convincentes y el nivel III a las «menos buenas» o «más malas».

<i>Nivel de certeza</i>	
Grado I	Prueba obtenida a partir de al menos un ensayo clínico aleatorizado, controlado y diseñado de forma apropiada.
Grado II-1	Prueba obtenida a partir de ensayos clínicos no aleatorizados y bien diseñados.
Grado II-2	Prueba proporcionada por estudios de cohortes bien diseñados, realizados en más de un centro o por más de un grupo de investigadores.
Grado II-3	Prueba proporcionada por múltiples series de pacientes estudiados a lo largo del tiempo, con o sin grupo de control.
Grado III	Opiniones basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Fuerza de la recomendación. Según el nivel de certeza, la fuerza de la recomendación para adoptar una determinada intervención se establece de acuerdo con la siguiente escala:

<i>Nivel de certeza</i>	<i>Grado de la recomendación</i>
I, II-1	A: Existen pruebas suficientes para adoptar una determinada intervención.
II-2, II-3	B: Existe ciertas pruebas científicas que permiten recomendar la intervención.
III	C: Las pruebas científicas no permiten recomendar ni desaconsejar la intervención.

Todos estos componentes permiten clasificar la calidad de las pruebas para cada variable de resultado.

Referencias

1. Coderch J. *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder, 1987
2. Grunbaum A. *The foundations of psychoanalysis*. Berkeley: University of California Press, 1984
3. Meehl PE. *The power of quantitative thinking*. Conferencia pronunciada en la reunión de la American Psychological Society. Washington DC, 23 mayo de 1998
4. Wittgenstein L. *Lecciones y conversaciones sobre estética, psicología y creencia religiosa*. Barcelona: Paidós, 1992
5. Bofill P, Tizón JL. *Qué es el psicoanálisis*. Barcelona: Herder, 1994
6. Hartzema AG, Porta MS, Tilson HH. *Pharmacoepidemiology. An introduction*. 2ª edición. Cincinnati: Harvey Whitney, 1991
7. Freud S. *Obras completas*. Biblioteca del psicoanálisis. Barcelona: RBA, 2006
8. Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39:871-916
9. Knight RP. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiat* 1941;98:434-46
10. Fisher S, Greenberg RP. *Freud scientifically reappraised. Testing the theories and therapy*. Nueva York: Wiley, 1996
11. Peter Fonagy (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2ª edición. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002

12. Jung SI, Mezacaza Fillippon AP, Tiellet Nunes ML, Eizirik CL. História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. *Rev Psiquiatr Rio Gde Sul* 2006;28:298-312
<http://www.dgpt.de/dokumente/Position%20paper%20on%20psychoanalytic%20therapy.pdf>
13. Knapp PH, Levin S, McCarter RH, Vermer H, Zetzel E. Suitability for psychoanalysis: A review of one hundred supervised psychoanalytic cases. *Psychoanal Quart* 1960;29:459-77
14. Malmberg L, Fenton M. Psicoterapia psicodinámica individual y psicoanálisis para la esquizofrenia y enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, Número 4. Oxford Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons)
15. Svartberg M, Stiles T, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:810-7
16. Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992;149:151-8
17. Leichsenring F, Rabung S, Leibling E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1208-16
18. Crombie IK. *The pocket guide to critical appraisal*. Londres: BMJ Publishing Group
19. National Institute for Health and Clinical Excellence. *The guidelines manual 2009*. <http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/clinicalguidelinedevelopmentmethods/GuidelinesManual2009.jspp>, 1998

3.

LA EFICACIA DEL PSICOANÁLISIS

La historia moderna de la psicología se caracteriza por la existencia de diferentes planteamientos teóricos que intentan comprender la personalidad humana: la doctrina psicoanalítica freudiana, la psicología individual de Alfred Adler y la psicología analítica de Carl Gustav Jung, las escuelas neo-freudianas (Harry Sullivan, Erich Fromm, Jacques Lacan), las teorías bioenergéticas de Wilhelm Reich, las doctrinas conductuales de Joseph Wolpe, Hans Eysenck y Burrhus Skinner, la doctrina humanista de Carl Rogers, los planteamientos existencialistas de Irwin Yalom y la psicología de la Gestalt de Max Wertheimer y Kurt Koffka. No se trata de modelos teóricos que puedan compararse entre sí, sino de diferentes orientaciones de carácter especulativo.

Cada escuela psicológica desarrolla su propio programa de investigaciones, sin considerar los resultados a los que han llegado las otras escuelas y sin compararse con ellas. De hecho, tienden a ignorar el devenir histórico, introduciendo constantemente nuevos paradigmas y nuevas orientaciones. Una consecuencia de todo ello es que no existe una teoría suficientemente general que permita cobijar las múltiples escuelas psicológicas.

El problema radica en que, según George Atwood y Robert Stolorow, los teóricos de la personalidad no extraen sus teorías a partir de estudios empíricos, sino que el origen de las mismas se encuentra en el mundo de las experiencias subjetivas.¹ Los teóricos de la personalidad observan el mundo desde la limitada perspectiva de su subjetividad. Carl Gustav Jung ya afirmó que:

... en psicología, el instrumento para estudiar la psique es la propia psique. [í] El observador es lo observado. La psique no es sólo el objeto, sino también el sujeto de nuestra ciencia.²

En otras palabras: las teorías modernas de la personalidad utilizan como material empírico las propias biografías de sus creadores. Esta afirmación resulta obvia en el caso de Sigmund Freud, quien declaró abiertamente que sus planteamientos se basaban en su propio autoanálisis.

Los seguidores de Freud

Los continuadores de Freud revisaron minuciosamente las ideas del maestro, en alguna ocasión empleando elucubraciones que se encontraban muy alejadas de la génesis de las mismas. Así, en 1908 Freud afirmó que la formación del carácter tenía lugar a partir de pulsiones sexuales, pero Wilhelm Reich, en 1927, vio el carácter como una resistencia del Yo frente a la supresión causada por la represión. Para Karl Abraham, que dedicó tres estudios al análisis del carácter, los efectos indirectos del erotismo oral en la vida posterior se producen en gran medida a través de su relación con el erotismo anal, mientras que Otto Fenichel consideró que los rasgos anales del carácter se desarrollan ocupando el lugar de los instintos erótico-anales:

El predominio, en la época actual, de la formación caracterológica anal y el «impulso de enriquecerse» ofrecen un terreno particularmente propicio a la investigación de las relaciones entre la influencia social y la estructura de los instintos.³

Partiendo sólo de estos ejemplos, es arriesgado deducir una regla general que suponga que las ideas de Freud se han ido transformando no a partir de la demostración de su eficacia o de su

falta de eficacia, sino según las interpretaciones de sus seguidores... pero existen muchos indicios que permiten sospechar que esta regla no se encuentra demasiado alejada de la realidad.

Es evidente que Sigmund Freud, un hombre muy culto y muy ambicioso, intentó por todos los medios convertir su doctrina en una especie de sucedáneo de las religiones. Esto explica que sólo pocos de sus discípulos fueran capaces de oponerse a su actitud autoritaria y de desarrollar sus propias ideas. No obstante, Alfred Adler, Carl Gustav Jung y Wilhelm Reich llegaron a tener un gran número de seguidores.

Aun así, en el marco de la doctrina psicoanalítica se han producido orientaciones notablemente divergentes. La «psicología del Yo» fue, sin duda, una propuesta de Freud, pero en realidad fue desarrollada por Anna Freud, Margaret Mahler y Ernst Kris, en tanto que la «psicología del *self*» (Heinz Kohut, Heinz Hartmann, Otto Kernberg) surgió en la década de 1950, mientras que René Spitz y Ronald Fairbairn fueron los iniciadores de la «teoría de las relaciones objetales»; Karen Horney fue la primera que dirigió su atención al «proceso analítico»; la «contra-transferencia» había sido objeto de discusión entre Otto Fenichel y Annie Reich en 1938, pero no cobró importancia hasta 1965, a raíz de los trabajos de Otto Kernberg. Jacques Lacan, una extraña personalidad cuyos escritos resultan casi incomprensibles, se presentó como un estricto seguidor de Freud, pero sus planteamientos guardan escasa semejanza con los del maestro.

No cabe duda de que Freud habría excluido de su *Mittwochgesellschaft* (la Sociedad de los Miércoles) a Melanie Klein, a Donald Winnicott y a Heinz Kohut, como excluyó a Alfred Adler y a Carl Gustav Jung... Sin embargo, la cuestión más importante es: ¿cuál de ellos curaba a más pacientes? Se trata de una pregunta que hoy no tiene respuesta.

Así pues, el psicoanálisis no es una doctrina unitaria. Tal vez sea exagerado afirmar que cada psicoanalista, a pesar de haber superado un análisis didáctico y de haber participado en exigentes seminarios de formación ortodoxa, desarrolla sus propios planteamientos terapéuticos. Pero lo cierto es que el complejo de inferioridad de Adler no tiene relación alguna con los arquetipos de Jung ni con las energías orgónicas de Reich. La disociación paranoide de Klein, aunque al parecer caída en el olvido, tampoco tiene nada que ver con la búsqueda de residuos diurnos de Anna Freud. George Groddeck fue tal vez el verdadero descubridor del Ello; Michael Balint, el creador de la medicina psicósomática, y Helene Deutsch, la defensora de la sexualidad femenina: parece que estas propuestas constituyen facetas de un poliedro cuyo único punto en común es el intento de explicar lo que es el alma humana. Las «necesidades neuróticas» de Karen Horney apenas resultan compatibles con los planteamientos freudianos. Lo mismo sucede con la psicología del *self*: según Freud, el «sí mismo» es el objeto de amor del Yo y según Heinz Hartmann, el *self* es la persona o el individuo en contraposición al objeto; Donald Winnicott afirmó que el verdadero *self* ampara lo que está vivo en el individuo. Las relaciones objetales, según Ronald Fairbairn, sólo existen en la mente del sujeto, en tanto que Erik Erikson afirma que se originan en la internalización de las experiencias de relación con los objetos. Hans Loewald, Jacques Lacan y Henriette Dolto son calificados como neo-freudianos, pero en sus escritos resulta difícil identificar sus planteamientos con la doctrina freudiana.

El psicoanálisis como modalidad terapéutica

Cuando se trata del valor terapéutico del psicoanálisis, es preciso citar a Owen Renik, del Psychoanalytic Institute and Society de San Francisco, quien en 2006 afirmó que:⁴

El psicoanálisis no es un ejercicio intelectual o un entretenimiento estético que busca la introspección en interés propio, sino una forma de tratamiento. Es una modalidad terapéutica que pretende ayudar a que personas desgraciadas, trastornadas y en ocasiones con problemas emocionales, puedan hacerse cargo de sus conflictos internos, sobreponerse a experiencias vitales desafortunadas, desarrollar la fuerza necesaria para lidiar con éxito con las «armas y las flechas de la afrentosa fortuna»^{*} y ser capaces de gozar de la vida personalmente e interpersonalmente.

^{*} William Shakespeare. *Hamlet*. 1603, III, 1, 58

No obstante, existen también actitudes que defienden que el psicoanálisis es un método de abordaje al subconsciente que implica poner en marcha un proceso de autoconocimiento que no busca de forma necesaria la curación o el efecto clínico, aunque el sujeto lo pueda experimentar. Este razonamiento no implica que el psicoanálisis terapéutico no sea lícito. En contraste con la crítica de Freud («como cualquier otro fanatismo, la *furor sanandi* no presta ninguna utilidad a la sociedad humana»),⁵ Sándor Ferenczi contrapuso el *animus sanandi* que debe mantener toda intervención psicoanalítica.⁶

La revisión bibliográfica

Si se acepta que el psicoanálisis es un instrumento terapéutico adecuado para el tratamiento de determinados trastornos mentales, es preciso aceptar también que, de acuerdo con los principios de la Medicina Basada en la Evidencia (o Medicina Basada en Pruebas), la decisión de adoptar un tratamiento psicoanalítico dependerá de los resultados obtenidos en los estudios que se hayan realizado sobre la eficacia del mismo. La revisión bibliográfica reseñada en el capítulo anterior proporcionó 8 revisiones de conjunto, 58 informes de casos clínicos, 21 series de casos, 17 estudios de cohortes y 5 estudios experimentales sobre la eficacia del psicoanálisis. Por diversos motivos no fue posible localizar las publicaciones originales de las series de casos psicoanalíticos de Franz Alexander y de William Lamb.^{5,6} El número total de estudios revisados es por lo tanto de 107. La valoración de estos estudios se efectuará de acuerdo con las recomendaciones del National Institute for Health and Clinical Excellence

Referencias

1. Atwood GE, Stolorow RD. *Faces in a cloud. Intersubjectivity in personality theory*. Lanham: Rowman & Littlefield, 2004
2. Jung CG. *Teoría del psicoanálisis*. Barcelona: Apolo, 1937
3. Fenichel O. *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Barcelona: RBA, 2006
4. Renik O. *Practical psychoanalysis for therapists and for patients*. Nueva York: Other Press, 2006
5. Freud S. *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (1915)*. Obras completas: tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1979
6. Ferenczi S. *El diario clínico de 1932*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997

3.1 REVISIONES DE CONJUNTO

Las revisiones de conjunto se definen como una completa puesta al día de una entidad clínica o de algún aspecto parcial de la misma efectuada por un experto desde la perspectiva de su propia experiencia y del estudio de la bibliografía publicada al respecto.¹ Si se tiene en cuenta que el volumen de la literatura médica se duplica cada diez años, una buena revisión permite estar informado en poco tiempo sobre un determinado tema, cuya actualización ha podido requerir muchas horas de dedicación. Sin embargo, debido a que los estudios que se consideran en estas revisiones pueden referirse a distintas poblaciones de pacientes, a varias pautas de tratamiento o a distintos parámetros de valoración, los procedimientos de recopilación, valoración y síntesis de las publicaciones relevantes están sujetos a numerosos sesgos. En las revisiones sistemáticas se intenta obviar estos sesgos,² para lo cual deben seguirse los siguientes pasos básicos:³

- a) definición del objetivo de la revisión,
- b) especificación de los criterios de inclusión y exclusión de los estudios que se van a revisar,
- c) formulación del plan de búsqueda bibliográfica,
- d) valoración crítica de la calidad de los estudios,
- e) combinación de resultados y formulación de conclusiones y recomendaciones.

En psicoanálisis no se dispone de estudios que cumplan las condiciones requeridas para ser incluidos en una revisión sistemática. De hecho, no se ha encontrado ninguna revisión de este tipo sobre los resultados terapéuticos del psicoanálisis. No obstante, la revisión de conjunto de la Asociación Psicoanalítica Internacional tiene un interés especial, pues demuestra que en los niveles más elevados de la disciplina existe también una inquietud relacionada con la demostración de la eficacia terapéutica del psicoanálisis.

Referencias

1. Medicina Clínica. *Manual de estilo*. Barcelona: Mosby/Doyma, 1994
2. Goodman C. *Literatura searching and evidence interpretation for assessing health care practices*. Estocolmo: SBU, 1996
3. Guerra JA, Martín Muñoz P, Santos Lozano JM. *Las revisiones sistemáticas, niveles de evidencia y grados de recomendación*. Fistera.com

3.1.1

La revisión de Robert P. Knight (1941)

Knight RP. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiat* 1941;98:434-46

Robert P. Knight (1902-1966) comenzó trabajando como profesor de inglés, pero pronto se decidió a estudiar Medicina y dedicarse al psicoanálisis. Desarrolló una brillante carrera profesional con cargos directivos en la Menninger Clinic (Topeka, Kansas) y en el Austen Riggs Center (Stockbridge, Massachusetts). Fue presidente de la creciente American Psychoanalytic Association. A pesar de sus numerosas obligaciones administrativas siempre se mostró como un médico extraordinariamente dedicado a sus pacientes. Desempeñó un cierto papel en el rápido desarrollo del psicoanálisis en el curso de las décadas de 1940 y 1950 en Estados Unidos.

En 1941, Knight escribió que una crítica frecuente acerca del psicoanálisis radicaba en que no publicaba sus resultados, y adujo para ello los siguientes motivos:¹

- la necesaria diferenciación entre mejoría sintomática y modificación de los trastornos subyacentes;
- las dificultades para el registro de datos, el hecho de que la sintomatología puede ser poco tangible y el que los procesos patológicos estudiados sean muy complejos;
- la falta de clasificación de las entidades nosológicas psiquiátricas;
- la confidencialidad exigida al tratarse de problemas de tipo íntimo; y
- el hecho de que cada psicoanalista, aunque esté correctamente especializado, no deja de ser un individuo con cierto talento y cierto temperamento que procura aplicar sus conocimientos al tratamiento de un determinado individuo.

Para contrarrestar estas críticas, Knight compiló los casos detallados en la siguiente tabla.

TABLA 1. Casuística de la revisión de Knight

<i>institución, publicación</i>	<i>autores</i>	<i>n</i>	<i>años</i>
Berliner Psychoanalytische Institut	Otto Fenichel	592	1920-1930
London Clinic of Psychoanalysis	Ernest Jones	74	1926-1936
Chicago Institute for Psychoanalysis	Franz Alexander	157	1932-1937
<i>JAMA</i> 1936;107:326-9	Hyman & Kessel	42	1936
<i>Am J Psych</i> 1939;95:1421-48	Jameison GR & McNeil EE	47	1938
Menninger Clinic	Robert Knight	100	1932-1941

De esta casuística, Knight excluyó por falta de información 13 casos de la serie de Hyman y Kessel, así como los 47 casos de Jameison y McNeil por consistir exclusivamente en una serie de pacientes que tuvieron que ser hospitalizados. Dispuso, por lo tanto, de información sobre 952 pacientes, de los cuales 292 fueron tratados durante menos de seis meses; el propio Knight los calificó como abandonos (*broken off*).

En cuanto a los diagnósticos disponibles, Knight los clasificó en seis grandes grupos («otros trastornos» incluye epilepsia, migraña, tartamudez y alcoholismo crónico) y definió el «éxito» como «los casos en los que la mejoría terapéutica puede ser atribuida al tratamiento psicoanalítico». De los 952 pacientes revisados, 292 (30,7%) interrumpieron prematuramente el tratamiento y el análisis fracasó en 90 casos (9,5%). Es decir, según el principio de «intención de tratar», se obtuvo mejoría clínica o curación en 570 pacientes, es decir, en el 59,9% de los mismos (tabla 2).

TABLA 2. Revisión de Knight: valoración según intención de tratar

	<i>n</i>	<i>abandonos</i>	<i>fracasos</i>	<i>curación + mejoría</i>
Psiconeurosis	534	151	31	352 (65,9%)
Trastornos sexuales	47	14	4	29 (61,7%)
Trastornos del carácter	111	28	11	72 (64,9%)
Neurosis somáticas	55	23	1	31 (56,4%)
Otros trastornos	54	17	11	26 (48,1%)
Psicosis	151	59	32	60 (39,7%)
<i>Total</i>	<i>952</i>	<i>292</i>	<i>90</i>	<i>570 (59,9%)</i>

Los resultados fueron más favorables en el caso de psiconeurosis ($n = 534$), con curación o mejoría en el 65,9% de los pacientes. En cambio, en 151 pacientes afectados de psicosis se obtuvo mejoría o curación en sólo 60 de ellos (39,7%).

Comentario

El intervalo de confianza del 95% para el resultado global (beneficio terapéutico en el 59,9% de los pacientes) se encuentra entre 30,6 y 90,6%. Este amplio margen expresa en realidad la incertidumbre involucrada en la valoración de la eficacia del psicoanálisis.

Referencia

1. Knight RP. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiat* 1941;98:434-46

3.1.2

La revisión de Hans J. Eysenck (1952)

Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *J Consult Psychol* 1952;16:319-24

En una revisión de los primeros estudios sobre la eficacia del psicoanálisis, Hans Eysenck incluyó 484 casos de la publicación de Fenichel, 34 casos de Kessel, 59 casos publicados por Jones con ocasión de los primeros diez años de la London Clinic of Psychoanalysis, 141 casos estudiados en el California Institute for Psychoanalysis (Franz G. Alexander) y 42 casos procedentes de la publicación de Knight.¹⁻⁵ En la siguiente tabla se detallan los resultados de estos cinco estudios:

<i>autor</i>	<i>n</i>	<i>abandonos + fracasos</i>	<i>ligeramente mejorados</i>	<i>mejorados</i>	<i>curados</i>
Fenichel	484	197	99	84	104
Kessel	34	9	4	5	16
Jones	59	3	28	8	20
Alexander	141	48	23	42	28
Knight	42	7	7	20	8
<i>total</i>	<i>760</i>	<i>264</i>	<i>161</i>	<i>159</i>	<i>176</i>

De acuerdo con estos resultados, el psicoanálisis resultaba eficaz (ligeramente mejorados + mejorados + curados) en el 65% de los pacientes, pero Eysenck incluyó a los pacientes calificados como «ligeramente mejorados» ($n = 161$) en el grupo de fracasos, con lo que el grupo de «mejorados» quedó reducido a 335 pacientes y el porcentaje de resultados satisfactorios se limitó a un 44%.

Comentario

Debe considerarse que en la revisión de Eysenck hay notables diferencias en cuanto al tamaño de la muestra respecto a los datos que aparecen en las publicaciones originales:

- *Fenichel informó sobre 721 casos, de los cuales 604 habían completado el tratamiento; en la revisión de Eysenck faltan por lo tanto 120 pacientes;*
- *la casuística de Kessel y Hyman consta de 33 pacientes y la de Hyman se refiere a 43 pacientes, de los cuales Knight descartó 13 casos por falta de información suficiente; los datos proporcionados por Eysenck (34 pacientes) no coinciden con ninguna de estas cifras;*
- *en el Chicago Institute for Psychoanalysis se trataron, según Alexander, 157 pacientes, y no 141, como afirma Eysenck;*
- *la publicación de Knight se refiere a 100 casos (no 42) tratados en la Menninger Clinic entre 1932 y 1941, constituyendo todos ellos indicaciones clásicas del tratamiento psicoanalítico.*

La fiabilidad de los datos de Eysenck es por lo tanto, escasa. Tampoco queda claro el motivo que le llevó a modificar el juicio clínico del terapeuta respecto al resultado del tratamiento. En conjunto, se trata de una revisión de limitado interés.

Referencias

1. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *J Consult Psychol* 1952;16:319-24
2. Kessel L, Hyman HT. The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure. *J Am Med Ass* 1933;101:1612-5
3. Jones E. *Decennial report of the London Clinic of Psychoanalysis. 1926-1936*
4. Alexander F. Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis. 1932-1937
5. Knight RP. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiat* 1941;98:434-46

3.1.3

La eficacia del psicoanálisis (Bachrach, 1991)

Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39:871-916

Henry Bachrach et al. comienzan su revisión citando a Thomas Kuhn: «Una estrategia habitual y legítima de los científicos consiste en trabajar en el contexto de las orientaciones de su propia disciplina».¹ A partir de esta frase concluyen: «por esta razón, creemos que es importante realizar nuestra revisión desde el punto de vista propio del psicoanálisis».² En consecuencia, en esta revisión se incluyeron los siguientes estudios:

- Estudios estadísticos iniciales: Coriat (1917), Fenichel (1930), Kessel & Hyman (1933), Jones (1936), Alexander (1937) y Knight (1941).
- Estudios clínicos cuantitativos: Menninger Foundation (1972), Columbia Psychoanalytic Center (1967, 1985), Boston Psychoanalytic Institute (1975) y New York Psychoanalytic Institute (1979, 1984).
- Estudios clínicos de seguimiento: Pfeffer (1959), Schlessinger (1974) y Oremland (1975).

En conjunto, en los estudios cuantitativos se incluyeron 550 pacientes tratados por 370 psicoanalistas en período de formación y 139 pacientes tratados por 23 psicoanalistas cualificados; los estudios de seguimiento se refirieron a 71 casos, en los que se aplicó la metodología de Arnold Pfeffer de seguimiento a largo plazo.³ Bachrach et al. llegaron a los siguientes resultados:

- «Los pacientes adecuados para psicoanalizarse obtienen beneficios terapéuticos sustanciales». En los pacientes considerados como adecuados para ser analizados se consiguió mejoría terapéutica entre el 60% y el 90% de los casos. En muchos estudios, el analista, sujeto a sus propios sesgos personales, decidió la calidad del resultado del psicoanálisis; idealmente, esta valoración debería haber sido efectuada de forma independiente por psicoanalistas experimentados. No obstante, el método desarrollado por Pfeffer muestra una correlación considerable entre las valoraciones de los analistas que trataron al paciente y las de los que evaluaron los resultados. La mayor parte de los estudios no proporcionan las características individuales del cambio terapéutico ni la participación del psicoanalista en el proceso terapéutico, sino sólo las tendencias generales del tratamiento. Pero lo que nos preocupa como analistas no son las tendencias generales, sino los casos individuales.
- «La analizabilidad y el resultado terapéutico son dimensiones diferentes, pero están relacionadas». Sólo en la mitad de los casos considerados como adecuados para el psicoanálisis se desarrolló un proceso psicoanalítico. La estructura conceptual del psicoanálisis se basa en datos analíticos independientes del beneficio terapéutico. Pocos estudios proporcionan una definición clínica-operacional precisa del proceso psicoanalítico.
- «La magnitud y la calidad del beneficio terapéutico y de la analizabilidad son relativamente impredecibles en la entrevista inicial de los casos considerados como adecuados para el análisis». La variabilidad inherente al ser humano, en el que las fuerzas dinámicas se

encuentran en continua evolución, impide conocer con antelación la evolución del proceso en situaciones problemáticas posteriores.

- «Adecuación para el psicoanálisis». Muchos pacientes fueron elegidos por razones pedagógicas, es decir, lo que importó fue si eran adecuados para ser tratados por un psicoanalista en período de formación. Por otra parte no se dispone de valoraciones de los casos que fueron considerados como inadecuados para el psicoanálisis. Faltan igualmente datos relativos a la experiencia de los analistas considerados como «cualificados».
- «Los estudios cumplen de forma variable los criterios exigidos en la investigación de resultados». Es decir: (a) el criterio de que la demostración de que el tratamiento tuvo lugar realmente se cumple sólo en parte, (b) el de que los tratamientos fueran dirigidos por analistas con suficiente experiencia no se cumple en la mayor parte de los estudios, (c) el de que las valoraciones se realizaran en relación con la situación clínica que determinó la indicación terapéutica se cumple de forma variable, y (d) el significado de conceptos como «mejoría», «beneficio terapéutico», «proceso analítico» o incluso «circunstancias de terminación» depende de acontecimientos externos, y han sido definidos de forma variable en los diferentes estudios.

Bachrach et al. concluyen que los pacientes en los que el psicoanálisis resulta adecuado son los que obtienen mayores beneficios terapéuticos y, por otra parte, que los estudios cuantitativos no aportan información significativa adicional a los conocimientos básicos del psicoanálisis.

Comentario

Bachrach et al. se propusieron revisar la eficacia del psicoanálisis. Thomas Kuhn se preocupó del progreso de la ciencia, de las reglas que permiten decidir lo que es el conocimiento científico. La eficacia del psicoanálisis es una cuestión puramente técnica; las normas para definirla no pueden ser exclusivamente normas específicas y propias del psicoanálisis. Determinar la calidad de vida de un paciente que ha sufrido un infarto de miocardio y ha sido tratado con un fibrinolítico no es estrictamente diferente de determinar la calidad de vida de un paciente que ha padecido una depresión tratada mediante psicoanálisis.

Referencias

1. Kuhn, TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962
2. Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39:871-916
3. Pfeffer AZ. A procedure for evaluating the results of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1959;7:418-44

3.1.4

Freud valorado científicamente (Fisher & Greenberg, 1996)

Fisher S, Greenberg RP. *Freud scientifically reappraised. Testing the theories and therapy*. Nueva York: Wiley, 1996

Seymour Fisher, doctor en Psicología, profesor de esta disciplina en la State University of New York, y director del Health Science Center de Siracusa (Nueva York), falleció en 1996 a los 74 años de edad. Sus intereses profesionales se centraron en la psicopatología de la sexualidad femenina, el estudio de los psicofármacos y el análisis de la obra de Freud.

Roger P. Greenberg PhD, ha publicado, según *PubMed*, 13 estudios sobre diferentes aspectos de la terapéutica psiquiátrica, de los que debe mencionarse un metaanálisis sobre la eficacia de los fármacos antidepresivos.¹ Es director de la División de Psicología del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la State University of New York.

De acuerdo con ambos autores, el primer obstáculo existente para valorar la eficacia del psicoanálisis es que los términos «psicoanálisis», «psicoterapia psicoanalítica» y «psicoterapia psicodinámica» no están claramente definidos.² Esta ambigüedad puede ser atribuida de forma directa a Sigmund Freud, quien no mostró ninguna predisposición a describir la técnica psicoanalítica, equiparándola simplemente con el ajedrez:

...sólo las aperturas y los finales pueden ser objeto de una exposición sistemática exhaustiva, a la que se sustrae totalmente, en cambio, la infinita variedad de las jugadas siguientes a la apertura.³

Esta falta de precisión determina que los estudios sobre la eficacia del psicoanálisis no puedan referirse a la doctrina psicoanalítica de Freud, sino que deban referirse a lo que los autores de dichos estudios interpretan como doctrina psicoanalítica.

Otro problema que surge al evaluar el psicoanálisis como método terapéutico es que los clínicos han considerado que las historias de casos resultan suficientes para guiar su actuación terapéutica. Pero Fisher y Greenberg afirman que, sorprendentemente, es preciso aceptar que Freud jamás demostró, mediante las historias de casos, que su método terapéutico proporcionara algún tipo de beneficio a sus pacientes.

Ambos autores consideran tres tipos de estudios sobre la eficacia del psicoanálisis: las encuestas, las comparaciones con un grupo que no recibe tratamiento alguno y las comparaciones con un grupo tratado con un procedimiento alternativo.

Las encuestas presentan escaso interés debido a la ausencia de un grupo de control, pues no es posible demostrar de forma razonable que sin ningún tratamiento no se habrían obtenido los mismos resultados.

Los seis estudios en los que se comparó un grupo tratado con psicoanálisis con un grupo que no recibió tratamiento alguno (por ejemplo, pacientes en lista de espera) proporcionaron resultados positivos. No obstante, en tres de estos estudios (Schjelderup 1955, Orgel 1958 y Cappon 1964), el resultado se definió según la opinión del psicoanalista, lo que no permite distinguir si estaba relacionado con las características del tratamiento o con las características del terapeuta. En dos estudios (O'Connor 1964 y Dührssen 1965) se comprobó que los pacientes tratados con psicoanálisis habían experimentado una mejoría de los síntomas somáticos superior a la del grupo de control, pero en estos estudios el nivel de trastorno psicológico inicial de los

grupos experimentales no era equivalente. En el último estudio (Barendregt 1961), el tratamiento estuvo a cargo de analistas en período de formación y la valoración se realizó considerando ocho variables, de las cuales sólo una dio un resultado más favorable para el grupo tratado mediante psicoanálisis.

En resumen, los resultados de estos seis estudios favorecen el tratamiento psicoanalítico, pero en realidad pueden calificarse de poco convincentes.

Los estudios comparativos con otras alternativas terapéuticas (Barendregt 1961, Heine 1953, Ellis 1957, Cremerius 1962, Heilbrunn 1963, O'Connor 1964, Cartwright 1966, Weber 1967, Dudek 1970 y Kernberg 1972) tropiezan con la dificultad de que los tratamientos se definieron con escasa precisión, de forma que no resulta posible distinguirlos entre sí. Aparte de ello, las deficiencias metodológicas son importantes, y entre ellas quizás la mayor sea la falta de asignación aleatoria de los tratamientos. Con frecuencia se supone que el psicoanálisis es la mejor alternativa terapéutica y es asignada a los pacientes que ofrecen mejores perspectivas en cuanto a la evolución de su trastorno.

Sorprendentemente, en los estudios comparativos la diferencia de los resultados obtenidos con las alternativas estudiadas resulta poco consistente, lo que induce a Fisher y Greenberg a reafirmarse en la conclusión a la que habían llegado en la primera edición de su obra:

...en las publicaciones de carácter experimental existe muy poca evidencia que sugiera que los resultados del tratamiento denominado «psicoanálisis» sean diferentes de los resultados obtenidos con tratamientos de otro tipo.³

Fisher y Greenberg concluyen que no existen estudios sobre la eficacia del psicoanálisis que no deban ser rechazados a causa de datos gravemente contaminados o comprometidos (en el original: *seriously contaminated or compromised data*).

Comentario

Parece sencillo aceptar las críticas de Fisher y Greenberg, pero la valoración de doce estudios observacionales, en los que se comparó el psicoanálisis con la ausencia de tratamiento o con otras alternativas terapéuticas según las exigencias del ensayo clínico controlado es una actitud difícilmente aceptable: cada método de investigación debería ser valorado según sus propias exigencias metodológicas. Un caso clínico es un caso clínico y no es un ensayo clínico, tal vez el ensayo clínico tiene jerárquicamente más valor científico que un caso clínico, pero la fragilitas ossium se describió tras haber sido observados sólo dos casos clínicos, lo que desde un punto de vista estadístico podía haber sido considerado como una demostración carente de significación. El que en 1996 Michael Rawlins no hubiera pronunciado todavía su Harveian Oration («combinar las pruebas derivadas de una serie de ensayos clínicos controlados y de una serie de estudios observacionales es actualmente un objetivo de los modelos de decisión analítica») no justifica las conclusiones de Fisher y Greenberg.

Referencias

1. Greenberg RP, Bornstein RF, Greenberg MD, Fisher S. A meta-analysis of antidepressant outcome under öblinderö conditions. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:670-7
2. Fisher S, Greenberg RP. *Freud scientifically reappraised. Testing the theories and therapy*. Nueva York: Wiley, 1996
3. Freud S. La iniciación del tratamiento (1913). *Obras completas III*. Barcelona: RBA, 2006
4. Fisher S, Greenberg RP. *The scientific credibility of Freud's theories and therapy*. Nueva York: Basic Books, 1985
5. Hill AB, Hill ID. *Principles of medical statistics*. Londres, Arnold, 1991
6. Rawlins M. Harveian Oration. *De testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions*. *Lancet* 2008; 372: 2152661

3.1.5

¿Funciona el psicoanálisis?

(Galatzer-Levy, 2000)

Galatzer-Levy R, Bachrach H, Skolnikoff A, Waldron S. *Does psychoanalysis work?* New Haven: Yale University Press, 2000

En la introducción, los autores se refieren a los métodos que cuantifican la credibilidad de los resultados experimentales en los que se comparan diferentes grupos de una determinada población y afirman que en ocasiones su prestigio excede a su utilidad.¹ Siguiendo con este razonamiento indican que el criticismo que inicialmente sufrió el psicoanálisis a causa de este tipo de estudios hizo que muchos psicoanalistas identificaran los estudios cuantitativos con actitudes negativas respecto al psicoanálisis. Por otra parte, es lamentable que el ensayo clínico controlado no constituya un método adecuado para determinar los resultados del psicoanálisis. Esto no significa que no sea posible estudiar empíricamente el psicoanálisis: los estudios de casos únicos (que no se deben confundir con los informes de casos únicos) constituyen una importante herramienta para valorar situaciones complejas a lo largo del tiempo. Pero responder a las preguntas que plantea la valoración del psicoanálisis no es una tarea sencilla; es de esperar que mediante el estudio de estos problemas sea posible conseguir que el psicoanálisis avance práctica y conceptualmente.

Estudios empíricos

Muchos investigadores han intentado contestar la clásica pregunta de Clarence Oberndorf:² ¿qué tipo de tratamiento es más adecuado para qué tipo de paciente, que sufre de un determinado tipo de enfermedad, en un determinado momento de su vida, cuando es tratado por un determinado tipo de analista, con una determinada forma de tratamiento?*

Los primeros estudios. La mayor parte de los primeros estudios sobre los resultados del psicoanálisis se realizaron sin ningún tipo de observación sistemática. De hecho, no fue posible efectuar estudios comparativos por la simple razón de que, en el caso de los trastornos psíquicos, no se disponía de alternativas terapéuticas racionales.

- Theodore Coriat informó en 1917 acerca de los resultados de 93 casos: 46% se recuperaron, 27% mejoraron considerablemente, 11% mejoraron y 9% no mejoraron.
- En 1930, Otto Fenichel se refirió a los resultados de 721 tratamientos psicoanalíticos: el 60% de los neuróticos y el 23% de los psicóticos obtuvieron beneficios substanciales.
- Ernest Jones (London Psychoanalytic Clinic) valoró los resultados de 59 pacientes neuróticos y de 15 psicóticos tratados mediante psicoanálisis entre 1926 y 1936: en 28 neurosis (47%) se obtuvieron resultados positivos; el tratamiento fracasó en caso de psicosis.
- Leo Kessel y Harold Hyman (1933) registraron buenos resultados en 19 de 21 pacientes neuróticos; 8 casos de psicosis permanecieron inmodificados o empeoraron.

* What type of treatment is best suited to what kind of patient, suffering from what kind of illness, at what point in life, when treated by what kind of analyst, in what manner?

- El informe de Franz Alexander (1937) se refirió a 157 casos tratados en la Chicago Psychoanalytic Clinic: mejoría en el 63% de las neurosis, el 40% de las psicosis y el 77% de los trastornos psicosomáticos.
- Robert Knight (Menninger Clinic) informó en 1941 acerca de buenos resultados en 25 de 31 casos de neurosis (81%) y en 15 de 38 casos de psicosis (39%).
- El informe final del Central Fact-Gathering Committee (1967) se refirió a 3.019 casos tratados en consultorios privados: en conjunto, se consideró que el 97,3% habían mejorado en cuanto funcionalidad total y el 96,6% habían comunicado resultados positivos

Los autores indican que el pequeño número de estudios revisados hace que resulte inapropiado utilizar métodos metaanalíticos.

La Fundación Menninger. El quinto capítulo está dedicado a valorar los resultados del Proyecto de Investigación en Psicoterapia de la Fundación Menninger. Este proyecto se desarrolló a lo largo de 30 años y produjo más de 60 artículos científicos y cinco libros, muchos de ellos de valor durable. Los autores concluyen que este estudio, de gran valor informativo, sufrió limitaciones significativas que hicieron que quedaran sin respuesta preguntas básicas acerca de la efectividad del psicoanálisis.

La Clínica Psicoanalítica de la Universidad de Columbia. Este proyecto de investigación se inició en 1959 y sus resultados se publicaron en 1985. Uno de los parámetros valorados fue la analizabilidad de los pacientes, que se efectuó mediante un cuestionario que completaron los analistas tras terminación del tratamiento. Según Robert Galatzer-Levy et al., el principal mérito de este estudio consistió en el elevado número de pacientes que se incluyeron en el mismo: 700 casos de psicoanálisis y 885 casos de psicoterapia.

El Instituto Psicoanalítico de Boston. Muchos pacientes obtienen un claro beneficio del tratamiento psicoanalítico, pero es difícil predecir qué pacientes obtendrán dicho beneficio. El estudio de Instituto Psicoanalítico de Boston intentó responder a esta cuestión, pero se enfrentó a graves deficiencias: carácter retrospectivo, analistas en período de formación, no dispuso de evaluadores independientes, no fue posible distinguir entre beneficio terapéutico y desarrollo de un proceso analítico.

El estudio del Instituto Psicoanalítico de Nueva York. Este estudio demostró claramente la distinción entre desarrollo de un proceso analítico y beneficio terapéutico. Por otra parte, sus resultados son únicamente preliminares: la metodología fue de carácter impresionista (*impressionistic*) y retrospectiva, y las variables utilizadas se describieron sólo de forma rudimentaria.

Estudios de seguimiento y estudios de casos. Galatzer-Levy et al. se refieren a los estudios de Arnold Pfeffer (1959), Jerome Oremland et al. (1975), Haskell Norman et al. (1976), y Nathab Schlessinger et Fred Robbins (1974). Entre los estudios de casos, mencionan únicamente el del Sr. Z, de Heinz Kohut, e indican que, lamentablemente, la conclusión de que la psicología del *self* proporciona mejores resultados terapéuticos tiene varias explicaciones alternativas: el entusiasmo de Kohut por sus propias ideas o el hecho que en el segundo análisis, el Sr. Z era mayor y con más experiencia vital.

Conclusiones

Los resultados de los estudios sistemáticos son consistentes con el cuerpo doctrinal psicoanalítico y demuestran que en los pacientes en los que el psicoanálisis es adecuado se obtienen beneficios terapéuticos substanciales. Aunque los diagnósticos de estos pacientes pueden variar, los que consiguen mejores resultados son los que previamente gozan de un nivel de funcionalismo psíquico más elevado.

Todos los estudios tienen deficiencias metodológicas, por lo que no es posible comparar los resultados del psicoanálisis con los de otras alternativas terapéuticas. Los estudios cuantitativos no han proporcionado resultados más consistentes que los de investigaciones previas, pero han facilitado nuevas perspectivas metodológicas así como la sistematización y la evaluación de las tendencias generales; su valor no debe ser menospreciado.

Nota. Todos los estudios a los que Galatzer-Levy et al. hacen referencia se encuentran resumidos y valorados en otros capítulos de este mismo volumen.

Comentario

La revisión de Galatzer-Levy et al. valora especialmente los resultados de los informes de casos: el estudio de la Fundación Menninger dejó sin respuesta preguntas básicas sobre la efectividad del psicoanálisis, el mérito del estudio de la Universidad de Columbia es el elevado número de pacientes incluidos en el mismo, etcétera. En conjunto, esta obra no proporciona una respuesta convincente a la pregunta planteada en su título.

Referencias

1. Galatzer-Levy R, Bachrach H, Skolnikoff A, Waldron S. *Does psychoanalysis work?* New Haven: Yale University Press, 2000
2. Obendorf C. Results of psychoanalytic therapy. *Int J Psychoanal* 1943;24:107-14

Anexo: Los dos análisis del Sr. Z

Heinz Kohut en «The two analysis of Mr. Z», publicado en *The International Journal of Psychoanalysis* en 1995, describió dos tratamientos psicoanalíticos distintos de un mismo paciente, realizados por el mismo analista.¹

El Sr. Z era un licenciado universitario de unos 25 años, hijo único que vivía con su madre viuda. Se quejaba de numerosos síntomas somáticos: palpitaciones, sudoración, pesadez de estómago, períodos de estreñimiento intercalados con períodos de diarreas. Era incapaz de relacionarse con mujeres. Tenía una estrecha amistad con un amigo del instituto, que se había interrumpido unos meses antes cuando éste se sintió atraído por una mujer mayor que él mismo.

El Sr. Z se masturbaba con frecuencia: sólo alcanzaba el orgasmo imaginando que una mujer fuerte, exigente e insaciable le forzaba a tener relaciones sexuales. El padre del Sr. Z había fallecido cuando él tenía unos nueve años y su madre le dedicó su total atención durante un período crucial de su infancia. En la situación analítica, el Sr. Z intentó reproducir la situación de sujeto exclusivo que había disfrutado en la niñez. Cuando no lo conseguía (cambios de horario, interrupciones de fin de semana, etc.) se encolerizaba con el analista y reaccionaba con depresión y pensamientos fugaces de suicidio. Transcurrido aproximadamente un año y medio, la situación mejoró. El paciente comentó que el cambio se debía a la labor del analista. En este período el paciente reveló que hacia los 11 años había mantenido una relación homosexual con un profesor del instituto unos 20 años mayor que él. Esta relación había resultado muy satisfactoria para el paciente y se mantuvo unos dos años. Después de la ruptura con el profesor, la existencia del Sr. Z se tornó inquieta e insatisfactoria.

El análisis se realizó en consonancia con las teorías clásicas del psicoanálisis. Las preocupaciones masoquistas del Sr. Z desaparecieron gradualmente, se fue a vivir en un apartamento propio, inició cortas relaciones con mujeres de su edad y llegó a mantener contactos sexuales satisfactorios. Al terminar el análisis, la idealización pre-edípica de la madre y la admiración por el educador no se habían modificado; en cambio, los sentimientos relativos a la separación del analista parecieron tener auténtica profundidad.

Cuatro años y medio después, el Sr. Z volvió a visitar al analista. Estaba algo tenso. Seguía viviendo sólo. Su vida sexual no le aportaba una verdadera satisfacción. No le gustaba su trabajo. Su madre, en el año y medio precedente, había experimentado un importante cambio de personalidad. Era evidente que el Sr. Z necesitaba profundizar su análisis.

Al comenzar el segundo análisis, el Sr. Z. explicó el siguiente sueño: un hombre de cabellos oscuros, elegantemente vestido de ciudad se encuentra en un paisaje rural, con colinas, montañas y lagos; parece ser fuerte e inspira confianza. La imagen era una condensación del padre, el profesor y el analista.

Unas semanas más tarde el Sr. Z se tornó egocéntrico y exigente y tendía a enojarse a la más ligera discrepancia con sus exposiciones. Se revivía la primera fase del análisis anterior. Pero el analista lo aceptó como una valiosa réplica de una situación infantil que estaba siendo revivida en el análisis. Esta reflexión se tradujo en una actitud paciente y benevolente por parte del analista.

En el primer análisis se esperaba que, con la ayuda de las introspecciones analíticas, el Sr. Z pudiera ver su camino claramente, abandonara sus tendencias narcisistas y madurara. El segundo análisis se centró en la tarea de reconstruir las etapas tempranas de sus experiencias. El *self* del paciente no se vio como resistencia al cambio, sino como luchando desesperadamente para delimitarse a sí mismo, crecer y llegar a ser independiente. La enfermedad de la madre puso de manifiesto que había sido siempre una mujer dominante, manteniendo a su marido y a su hijo en una esclavitud afectiva y ahogando su independencia. La madre del Sr. Z era intensa y patológicamente celosa, lo controlaba todo: el padre, el hijo, el personal doméstico, todos estaban bajo su estricta dominación.

La descripción de la relación con su madre ocupó gran parte del segundo análisis y fue causa de ansiedad por parte del Sr. Z: la pérdida de la madre como objeto arcaico de su *self* le generaba amenazantes sentimientos de disolución. Las actitudes anormales de la madre consistían en (a) el examen sistemático de las heces de su hijo hasta que llegó a los seis años de edad, (b) los exámenes a los que le sometía semanalmente para extraer las espinillas que podía

encontrar en el rostro de su hijo, y (c) la vigilancia de los objetos de arte y las baratijas que coleccionaba el Sr. Z. Pero la movilización de las experiencias infantiles no ocasionó una distorsión de la imagen del analista en la transferencia: el paciente estaba seguro de que el objeto actual de su *self* (el analista) no lo situaba de nuevo en el mismo medio patológico de su infancia.

La mejoría que se produjo en el primer análisis puede considerarse como un producto transferencial. Tras el segundo análisis, el entusiasmo con que el Sr. Z enfrentaba la vida tenía una profundidad y una autenticidad nuevas. El Sr. Z empezó a hablar con satisfacción de los rasgos positivos de la personalidad de su padre; la emergencia de estos recuerdos infantiles fue precedida y acompañada de una idealización del analista.

Durante las últimas semanas del análisis se plantearon pensamientos acerca del futuro y se hizo patente una actitud de tolerancia frente a las insuficiencias de sus padres: pudo reconocer que su madre había hecho mucho por él.

Tras el final del análisis, el analista tuvo pocas noticias del Sr. Z, sólo que se había casado y que tuvo una hija. A través de terceros supo también que era conocido como un excelente profesional y un brillante profesor y que la esposa del Sr. Z era una mujer agradable, sin rasgos paranoicos.

Notas

1. Los analistas responsables de la traducción al español de *Los dos análisis del Sr. Z* (Rogeli Armengol, Ramon Riera y Silvio Sember) dicen textualmente:

Todo parece indicar que el atribulado Sr. Z que acude al mismo analista en dos momentos de su vida era el mismo Kohut, aunque no es posible saber a ciencia cierta quien se esconde bajo ese nombre óo si fue incluso una persona de carne y hueso.

2. Heinz Kohut nació en 1913. Su familia, procedente de Hungría, pertenecía a la élite judía de Viena, en cuya universidad estudió Medicina. Huyendo de la persecución nazi, emigró a Estados Unidos junto con su madre y se instaló en Chicago, donde transcurrió el resto de su vida que, según su biógrafo Charles Strozier, fue muy compleja: ocultó su identidad como judío, se ha hablado de una sexualidad versátil y de que mantuvo sorprendentemente en secreto su salud y su vida íntima.² Pronunció su última conferencia, «Reflexions on empathy», en Berkeley (California) en 1981, conferencia que culminó en un gran aplauso; Kohut interrumpió la ovación: «Conozco vuestros sentimientos... Ahora deseo descansar.» Falleció cuatro días más tarde.

Referencias

1. Kohut H. *Los dos análisis del Sr. Z*. Barcelona: Herder, 2002
2. Strozier CB. *Heinz Kohut. The making of a psychoanalyst*. Nueva York: Farrar, Straus & Giroux, 2001

3.1.6

La *Open Door Review* (Fonagy, 2002)

Fonagy P (editor). *An Open Door Review of outcome studies in psychoanalysis*. 2ª edición. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002

La segunda edición de *An open door review of outcome studies in psychoanalysis* fue preparada por el Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional.¹ Se trata de un documento importante en el que Peter Fonagy, profesor de psicoanálisis en el University College, Londres, figura como editor; esta publicación además cuenta con contribuciones de:

- Enrico Jones, profesor de Psicología, Universidad de California, Berkeley,
- Horst Kächele, director del Departamento de Psicoterapia, Universidad de Ulm,
- Rainer Krause, profesor de Psicología Clínica, Universidad del Sarre,
- John Clarkin, profesor de Psicología Clínica, Cornell University,
- Roger Perron, director de Investigación, Centre National de la Recherche Scientifique,
- Andrew Berger, Cambridge Hospital, Massachusetts,
- Elisabeth Allison, Editor, Unidad de Psicoanálisis, University College, Londres.

Número de estudios revisados

En la introducción se señala que «excluyendo los estudios de psicoterapia [...] se describen 66 estudios...». En realidad, el número de dichos estudios no es 66 sino 69. Si se incluyen los estudios de psicoterapia, en *An open door review* se resumen 74 estudios que se distribuyen en siete capítulos:

	<i>n</i>
I Case record studies	4
II Naturalistic, quasi-experimental studies	12
III Follow-up studies	13
IV Experimental studies	8
V Process studies	20
VI Process-outcome studies	12
VII Studies of psychotherapy with implications for psychoanalysis	5
Total	74

Dado que no se proporcionan definiciones de los diferentes tipos de estudios descritos, la distinción entre *case record studies* («estudios de registro de casos»), *naturalistic, quasi-experimental studies* («estudios naturalísticos, cuasi-experimentales») y *follow-up studies* («estudios de seguimiento») no siempre resulta evidente. Así, por ejemplo:

- en el New York Psychoanalytic Institute Study (un *case record study*) se estudiaron 40 casos de trastornos neuróticos, en los que se valoró el resultado terapéutico según la opinión del analista,
- en el Menninger Psychotherapy Research Project (un «estudio naturalístico, cuasi-experimental») se incluyeron 42 pacientes tratados entre 1954 y 1984 con psicoterapia o con psicoanálisis, y
- en el estudio de Schjelderup (un «follow-up study») se valoraron las opiniones de los pacientes tratados por un psicoanalista en el curso de 17 años.

Siguiendo la terminología utilizada habitualmente en investigación clínica, todos estos casos son estudios observacionales, que a su vez pueden ser retrospectivos (el estudio del New York Psychoanalytic Institute) o prospectivos (el estudio de la Menninger Foundation). Si en un estudio observacional se incluyen pacientes tratados con diferentes opciones, se tratará de un estudio de cohortes.

Otra expresión pendiente de definición es «outcome studies». En *An open door review* se han incluido 20 *process-outcome studies*, es decir, estudios sobre el resultado del proceso analítico, proceso que sin duda se relaciona con la eficacia terapéutica, pero que no se puede identificar con ésta.

Resumen de *An open door review*

La primera sección del informe se dedica a los «estudios de casos clínicos»: la revisión de Otto Fenichel, el estudio del New York Psychoanalytic Institute, el proyecto de la Columbia University y los estudios del Anna Freud Centre.

Bajo el epígrafe «Naturalistic, quasi-experimental studies», junto al proyecto de la Menninger Clinic y el estudio STOPP, se incluyen:

- un estudio efectuado en Heidelberg en el que se compararon 33 psicoanálisis (resultado positivo en el 72% de los pacientes) y 33 psicoterapias (resultado positivo en el 56%);
- un estudio realizado en la Universidad Libre de Berlín que obtuvo resultados sorprendentes (mediante tratamiento psicoanalítico, mejoría en el 96% de los pacientes ambulatorios y en el 64% de los pacientes hospitalizados), y
- tres estudios en curso, el Heidelberg-Berlin Study, el Latin American Study y el Anna Freud Centre Studies 4; en este último se trata de comparar la eficacia de cinco sesiones a la semana con la eficacia de una sesión a la semana.

En la sección titulada «Follow-up studies» (estudios de seguimiento) se resumen 21 proyectos, de los cuales 11 se refieren a intervenciones de carácter psicoterapéutico, 1 trata de la eficacia de la psicoterapia analítica de Jung y otros 2 son de carácter clínico (factores predictivos de la respuesta terapéutica y evolución de las neurosis infantiles), con lo que respecto a la eficacia del psicoanálisis en adultos queda:

- un interesante artículo de un psicoanalista sueco (Harald Schjelderup) que solicitó a 28 de los pacientes que había tratado entre 1926 y 1943 que le dieran su opinión acerca del resultado de su análisis;²
- el Konstanz Study, que consistió en un encuesta en la que sólo participaron el 5% de los analistas a los que iba dirigida, por lo que sus resultados no se consideraron representativos;³
- el Katamnesestudie de Marianne Leuzinger-Bohleber,
- el London Partial Hospitalization Study;
- y por último, el Anna Freud Centre Studies 5, un estudio prospectivo que pretendía comparar los resultados del psicoanálisis con los de la psicoterapia psicodinámica, que se encontraba en una fase piloto.

La quinta sección se titula «Process studies», es decir, estudios dedicados a definir las características del proceso psicoanalítico. Se trata de 20 estudios, de los que en 10 se informa de manera específica que se trata de estudiar el método psicoanalítico; en 7 se presume que se refieren también al psicoanálisis; dos se centran en otros tipos de psicoterapia y el último es una comparación entre ambos tipos de tratamiento. En ningún caso se hace referencia ni a la eficacia ni a la efectividad terapéutica. Como ejemplo se puede resumir el proyecto Salamanca-Madrid-Barcelona (SMBP), en el que registraron mediante cinta de vídeo 232 sesiones de psicoterapia de orientación psicoanalítica en una mujer joven con trastorno histriónico de la personalidad.⁴ En este estudio se intentó:

- a) determinar los componentes de la contribución del terapeuta al resultado del tratamiento,
- b) definir los cambios experimentados por la paciente en términos de ansiedad, contenidos conflictivos y relacionales, y esquemas emocionales, y
- c) dimensionar el proceso psicoterapéutico.

La hipótesis principal fue que «los efectos de las intervenciones se registran como cambios en las magnitudes del lenguaje», una hipótesis claramente lacaniana.

La sección siguiente de *An open door review* intenta relacionar los resultados terapéuticos con las características del proceso analítico. Se trata de 12 proyectos, de los cuales sólo dos están dedicados al tratamiento psicoanalítico:

- El AHMOS (Ámsterdam, Helsinki, Milán, Oslo, Estocolmo) es un estudio colaborativo multicéntrico, de carácter empírico, que en el momento en que se publicó la segunda edición de *An open door review* se encontraba todavía en curso.⁵
- El Oslo II Study, que tiene lugar en el Instituto de Psicoanálisis de Oslo con participación de los centros antes citados.

La última sección está dedicada a cinco estudios de psicoterapia que comportan cierta relación con el psicoanálisis.

Estudios sobre la eficacia del psicoanálisis

An open door review tuvo por objeto valorar el resultado del tratamiento mediante psicoanálisis. Pero la mayor parte de los estudios tratan de otras opciones psicoterapéuticas (terapia cognitivo-conductual, psicoterapia de orientación psicoanalítica, etc.), de forma que en realidad sólo en 20 estudios se incluyen pacientes tratados mediante psicoanálisis. En la tabla 1 se detallan dichos estudios y se indica el número de pacientes incluidos en los mismos.

TABLA 1. Estudios sobre la eficacia terapéutica del psicoanálisis

	<i>n</i>
1. Estudios observacionales retrospectivos	
1.1 no comparativos	
The Berlin Study	363
The Anna Freud Centre Studies 2	765
1.2 comparativos	
1. The Columbia University Research Project	700
2. The Heidelberg Study C	33
3. The Berlin III Study	44
4. The Katamnesestudie	207
Estudios observacionales prospectivos	
2.1 no comparativos	
1. The NY Psychoanalytic Institut Study	40 + 160
2. Schjelderup	28
3. The Boston Psychoanalytic Institute Study	130
4. The Oslo II Study	-
2.2 comparativos	
1. The Menninger Psychotherapy Research Project	42
2. The Heidelberg Study A,B	36
3. STOPP	74
4. The Heidelberg-Berlin Study	59
5. The Latin American Study	-
6. The Anna Freud Centre Studies 4	348
7. The AHMOS Project	112
3. Estudios experimentales	
1. The Anna Freud Centre Studies 1	22
2. The Munich Therapy of Depression Study	30
3. The London Partial Hospitalization Study	38

Psicoanálisis: resultados terapéuticos

En la tabla 2 se encuentran de forma resumida los resultados de 15 de los 20 estudios dedicados a valorar la eficacia del psicoanálisis.

TABLA 2. *An open door review*: resumen de los resultados

Estudios observacionales retrospectivos no comparativos

1. The Berlin I Study (Fenichel, 1930)
363 casos: beneficio en 316 (87,1%) y fracaso en 47 pacientes (12,9%).
2. The Oslo I Study (Schjelderup, 1955)
En 4/28 casos, curación prolongada; en 14/28 casos, mejoría sustancial.

Estudios observacionales retrospectivos comparativos

3. The Columbia University Research Project (Weber, 1985)
Con psicoanálisis, mejoría en el 91% de los pacientes privados (n = 77) y con psicoterapia reparativa, mejoría en el 61% (n = 138).
4. The Anna Freud Centre Studies 2 (Fonagy, 1994)
En trastornos disruptivos (n = 765), resultados deficientes con psicoanálisis y psicoterapia; en trastornos emocionales, resultados positivos con ambos.
5. The Berlin III Study (Rudolf, 1994)
Con psicoanálisis (n = 44), mejoría en el 96%; con psicoterapia (n = 56), mejoría en el 64% de los pacientes.
6. The Heidelberg Study C (Heuft, 1996)
Con psicoanálisis (n = 33) mejoría en el 72% de los pacientes; con psicoterapia (n = 33), mejoría en el 56%

Estudios observacionales prospectivos no comparativos

7. The Boston Psychoanalytic Institute Study (Sashin, 1975)
La gran mayoría de pacientes fueron calificados como mejorados.
8. The NY Psychoanalytic Institut Study (Erle, 1979)
(n = 40 + 60). Mejoría significativa en el 55-60%.
9. The Anna Freud Centre Studies 4 (Gerber, 2004)
12 de 19 pacientes mejoraron, 10 de ellos tratados mediante psicoanálisis.

Estudios observacionales prospectivos comparativos

10. The Menninger Psychotherapy Research Project (Kernberg, 1972)
Psicoanálisis, mejoría en 13 paciente; psicoterapia, mejores resultados.
11. The Heidelberg Study A, B (von Rad, 1998)
En 36 pacientes, con psicoanálisis mejores resultados que con psicoterapia.
12. STOPP (Sandell, 2000)
Beneficio terapéutico: con psicoanálisis 67,4%, con psicoterapia 32,6%.
13. The Katamnese studie (Leuzinger-Bohleber, 2000)
Resultado terapéutico muy bueno en el 12,1% de los psicoanálisis (n = 207) y en el 18,6% de las psicoterapias (n = 194).

Estudios experimentales

14. The Anna Freud Centre Studies 1 (Moran, 1991)
En diabetes inestable, el psicoanálisis se asoció con mejor control metabólico.
 15. The London Partial Hospital Study (Bateman, 2001)
Con hospitalización parcial, reducción significativa de todas las variables (actos de automutilación) en comparación con los controles.
-

Cinco de estos estudios (The Heidelberg-Berlin Study, The Latin-American Study, The Munich Therapy of Depression Study, The AHMOS Project y The Oslo II Study) no habían concluido en el momento de editar la mencionada revisión. En 8 de los 15 estudios se proporcionan resultados cuantitativos:

- En los estudios retrospectivos (cinco estudios), el psicoanálisis proporcionó algún tipo de beneficio terapéutico entre el 72% y el 96% de los pacientes (n = 545), en tanto que con psicoterapia se constató beneficio terapéutico entre el 56% y el 64% de los mismos (n = 227).

- En tres estudios prospectivos, mediante psicoanálisis obtuvieron beneficio terapéutico entre el 60% y el 67% de los pacientes ($n = 179$) y mediante psicoterapia, sólo el 33% de un grupo de 72 pacientes.

Según *An open door review* no existen dudas acerca de la superioridad del psicoanálisis en el tratamiento de los trastornos mentales.

Opiniones sobre *An open door review*

De acuerdo con Lester Luborsky, una de las limitaciones de los estudios incluidos en esta revisión consiste en el denominado «efecto de fidelidad»: los resultados tienden a demostrar la validez de las teorías de sus autores.⁶

John Ablon, director del programa de investigación en psicoterapia del Massachusetts General Hospital, afirmó respecto a *An open door review* que «aunque se concluye que no se dispone de investigaciones empíricas que apoyen al psicoanálisis [í], esta edición demuestra claramente la inexactitud de dicha afirmación [í]. Existe una gran cantidad de datos empíricos que avalan la eficiencia del psicoanálisis.»

Por otra parte, según Ablon, esta revisión constituye un testimonio del dilema de equilibrar la necesidad de demostrar la eficacia de la propuesta analítica y de mantenerse fieles a las raíces del psicoanálisis, cuyo objetivo ha sido siempre alcanzar una mejor comprensión de los pensamientos, los sentimientos y el comportamiento humanos.⁷

Comentario

Es asombroso que Ablon se refiera a la gran cantidad de datos empíricos: sin entrar a discutir problemas metodológicos, el número de estudios y la casuística incluida en los mismos es absolutamente insuficiente para llegar a una conclusión general. De igual modo resulta sorprendente que Ablon haga extensivo el valor de estos estudios a la «eficiencia» del psicoanálisis, cuando ni uno sólo de ellos respeta la metodología exigida en un estudio de eficiencia.

De hecho, An open door review es el intento más importante de sintetizar la investigación clínica efectuada en psicoanálisis. Dado que el título de la revisión se refiere a «outcome studies in psychoanalysis», resulta sorprendente comprobar que de estos 69 estudios, sólo 20 se refieren al psicoanálisis, en tanto que los 49 restantes consisten en una encuesta, dos revisiones de carácter clínico, 20 estudios sobre las características del proceso analítico y otros 26 sobre las características de otros métodos terapéuticos.

Se debe recordar que el término «cuasi-experimental» fue introducido por Campbell y Stanley en la década de 1960.⁸ Según estos autores, el diseño experimental exige:

- a) un grupo de control de características semejantes a las del grupo experimental,
- b) la asignación aleatoria de las alternativas terapéuticas a los participantes en el experimento, y
- c) expresar los resultados del experimento mediante datos cuantitativos.

Pero en investigación cuasi-experimental no es posible cumplir con estas condiciones: su objetivo es probar una relación entre causa y efecto mediante la observación de los sujetos que han recibido la intervención estudiada. Un estudio cuasi-experimental conduce a resultados mucho menos fiables que un estudio experimental.

Referencias

1. Fonagy P (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2ª edición. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002
2. Schjelderup H. Lasting effects of psychoanalytic treatments. *Psychiatry* 1955;18:109-33

3. Breier F, Heinzl R, Klein Th. Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 1997;2:59-73
4. Ávila Espada A, Mitjavila M. The therapist latent action plan inference method (TLAP). A new method to predict therapist contribution to outcome. Comunicación presentada en el Society for Psychotherapy Research EU & UK Chapters Meeting. Leiden, 2001
5. Szecsödy I, Varvin S, Beenen F, Stoker J, Klockars L, Amadei G. Multicenter collaboration of research on process and outcome of psychoanalysis. Comunicación presentada al Congreso Psicoanalítico Internacional, Santiago, 1999
6. Luborsky L. Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo Bird verdict that "Everyone Has Won So All Shall Have Prizes"? *Clinical Psychology: Science and Practice* 1995;2:10669
7. Ablon JS. Books reviews: Research. The Open door review of outcome studies in psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 2004;52:605-9
8. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company, 1966

3.1.7

Le livre noir de la psychanalyse (Mayer, 2005)

Mayer C (directora). *Le livre noir de la psychanalyse*. Paris: Les Arènes, 2005

Le livre noir de la psychanalyse consta de 1012 páginas.¹ En la nota introductoria de la sección «La psychoanalyse est-elle une psychothérapie?» se afirma que

Freud defendió la idea de que el objetivo del psicoanálisis era curar las neurosis, en tanto que para Lacan la curación no debía ser más que un «benefice de surcroît».* Algunos hablarán incluso de «huida en la curación».

Esta frase plantea claramente el dilema del objetivo del psicoanálisis, dilema que se desarrolla en los diferentes capítulos de que consta dicha sección. El primero de ellos se titula «La psychanalyse soigne-t-elle?» y su autor es Jean Cottraux, psiquiatra y director de la unidad de tratamiento de la ansiedad del Centre Hospitalier Universitaire de Lyon. El autor del segundo capítulo es Frederick Crews, profesor emérito de inglés de la Universidad de California, Berkeley, y conocido crítico de Freud y de la obra de Freud;² el título de este capítulo es «Analyse terminable». Estos dos capítulos abarcan exactamente 30 páginas: no parece por lo tanto que el valor terapéutico del psicoanálisis sea una gran preocupación para los editores del *Livre noir*.

¿Cura el psicoanálisis?

Jean Cottraux ha consagrado más de 30 años al cuidado de pacientes con trastornos de ansiedad. Su formación en terapia cognitivo-conductual tuvo lugar en Gran Bretaña y en Estados Unidos. En la Universidad de Lyon, creó un diploma en dicha intervención terapéutica.

Cottraux inicia su exposición afirmando que el psicoanálisis, de acuerdo con su nombre, trata de disolver las resistencias que impiden al individuo conocerse a sí mismo, un proceso vinculado al budismo zen, a Platón y a los presocráticos. Según esta definición, el psicoanálisis no trata por lo tanto de curar a nadie, como no se pide a un filósofo o a un sacerdote que curen a un enfermo. Pero aquí surge una doble imprecisión: el psicoanálisis pretende en ocasiones ser un método terapéutico, en tanto que la filosofía y las religiones pueden tener efectos terapéuticos sin pretenderlo.

Cottraux afirma (a) que Freud convirtió en «psicoanálisis» el término «análisis psicológico» desarrollado por Pierre Janet (1859-1947),² (b) que afirmó ser el único descubridor del inconsciente y (c) que se presentó de forma ambigua como un terapeuta. Cottraux continúa explicando que cuando se solicita a un psicoanalista que demuestre la eficacia de su método terapéutico, la respuesta es que su objetivo último es el conocimiento del sí mismo, y que los

* *Surcroît m óde o par surcroît* además, por añadidura. (*Diccionario General. Español-francés. Français-espagnol*. París: Larousse, 2004). Es decir, según Lacan, el psicoanálisis proporciona un «beneficio por añadidura».

² En las notas biográficas del *Livre noir* se indica sólo que Crews es profesor emérito de la Universidad de California, Berkeley, obviándose que hubiera sido profesor de inglés.

testimonios de casos individuales definitivamente curados constituyen la prueba evidente de su eficacia terapéutica.

Le Rapport Inserm. Según Cottraux, en Francia, la discusión acerca del valor terapéutico del psicoanálisis se planteó en ocasión de la publicación en 2004 del Informe INSERM y de la decisión del Ministro de Sanidad de retirarlo del sitio web de su ministerio, declarando que «el sufrimiento psíquico no se podía evaluar». ^{3,4} De hecho, el Informe INSERM se limitó a revisar 16 trastornos mentales y constató los siguientes resultados: efecto positivo de las terapias cognitivo-conductuales en 15 de ellos, efecto positivo de las terapias familiares en cinco y efecto positivo de las terapias de inspiración analítica, en uno.

Jean Cottraux fue uno de los autores del Informe INSERM y afirma que éste exigió más de un año y medio de discusiones interminables y de la lectura de más de un millar de áridas publicaciones científicas y concluye que en realidad se trató de un conflicto entre los defensores de la medicina científica y los censores de la Causa Freudiana, que pretenden ser los valedores de las libertades individuales. Cottraux considera que la escuela de Lacan tiene grandes semejanzas con los jansenistas del siglo XVII: estilo pomposo, sarcasmo virtuoso y amor a la lingüística, y explica su difusión de acuerdo con los datos proporcionados por la encuesta de Serge Ginger: el 41% de los pacientes ignoran a que escuela pertenece su psicoterapeuta, el 20% aceptan un tratamiento cognitivo-conductual y sólo el 12%, un psicoanálisis. ⁵

La evaluación del psicoanálisis. Cottraux recuerda que según Freud, el primer criterio para definir la eficacia de un tratamiento psicoanalítico consiste en la desaparición de los síntomas que padece el paciente. El segundo criterio se basa en la opinión del psicoanalista: los pensamientos reprimidos se han hecho conscientes y ha sido posible superar las resistencias. El tercer criterio es más ambicioso: el analista ha conseguido cambios tan profundos en el paciente que no será posible que se incrementen aunque el tratamiento continúe. Todavía más ambicioso es el cuarto criterio, pero muy mal definido: alcanzar un nivel de normalidad psíquica absoluta.

Según Heinz Hartmann, el psicoanálisis ha de conseguir que se reduzcan los conflictos entre las pulsiones, el yo y la realidad: se trata de una esfera del yo libre de conflictos.

El psicoanálisis lacaniano integrista, que agrupa unos 3.000 psicoanalistas en todo el mundo, sostiene que la curación se da por añadidura, como una ficha de asistencia (*jeton de présence*) inesperada, o como una gracia divina que se manifestará mediante la desaparición de los síntomas. ⁶

La medicina basada en pruebas. Cottraux se refiere también a la medicina basada en pruebas, definida en 1996 por David Sackett como: ⁷

...la utilización consciente, explícita y juiciosa de lo que se ha demostrado mejor para tomar decisiones relativas al cuidado de una persona enferma.

Desde esta perspectiva, se ha insistido en que obtener un resultado satisfactorio para el paciente no consiste sólo en modificar los síntomas y los síndromes, sino mejorar también su calidad de vida y su funcionamiento social. Por otra parte, existen muchos factores que pueden decidir el curso de una psicoterapia: las características y la severidad del trastorno, los mismos acontecimientos vitales, el efecto placebo, los métodos terapéuticos aplicados, la alianza terapéutica. Cottraux pregunta: ¿cómo demostrar el efecto de un tratamiento?

- Los estudios de casos individuales representan únicamente un punto de partida.
- Las series de casos no permiten deducir la eficacia de un tratamiento respecto a la evolución espontánea del proceso o en relación con otro tratamiento.
- Sólo los estudios controlados pueden proporcionar la convicción de que una intervención terapéutica es eficaz.
- La demostración de eficacia exige que diferentes equipos independientes de investigadores lleguen a conclusiones semejantes.

- Dado que en ocasiones dichos estudios llegan a conclusiones contradictorias, es preciso recurrir al metaanálisis para determinar la «magnitud del efecto terapéutico».

Los resultados del psicoanálisis y de la terapia psicoanalítica. Cottraux afirma que los resultados del Informe INSERM no difieren de los de la *Revisión de puertas abiertas* y de los del Informe del Departamento de Salud británico.⁸ A este respecto reproduce únicamente una frase del primero de dichos documentos:⁷

No hay ningún estudio que permita concluir sin equívocos que el psicoanálisis sea eficaz en comparación con un placebo o con otras formas de tratamiento. No se dispone de métodos que puedan indicar de forma incontestable la existencia de un proceso analítico.

Conclusión. Si la terapia psicoanalítica prolongada desea continuar dominando las psicoterapias, deberá dotarse de los medios necesarios para estudiar sus efectos de forma cuantitativa. Técnicamente esto no es imposible, pero existen fuertes resistencias por parte de los psicoanalistas tradicionales. Entre tanto, no está prohibido pensar que en Francia puedan coexistir pacíficamente diversas formas de terapia.

Análisis terminable

Frederick Crews es miembro de la American Academy of Arts and Sciences y autor de 12 libros, predominantemente sobre literatura americana. En 1996 publicó *The memory wars: Freud legacy in dispute* que contiene dos ensayos («The unknown Freud» de 1993 y «The revenge of the depressed» de 1994) que alcanzaron una considerable popularidad.⁹

Crews se confiesa agnóstico en cuanto la capacidad curativa del psicoanálisis, aunque admitiendo que sí ha demostrado su capacidad en cuanto teoría psicológica.

Los freudianos sostienen que a diferencia de las casi doscientas terapias psicológicas competidoras, el psicoanálisis ó el método más caro y más largo- ha demostrado su valor proporcionando mejorías constantes, a diferencia del simple alivio sintomático o incluso de la «substitución sintomática» que provocan los tratamientos más rápidos. Pero según Crews, a causa de las dificultades intrínsecas de la comparación de los resultados de diferentes terapias, no es posible afirmar la superioridad de ninguna de ellas.

El que el psicoanálisis «funcione» es menos demostrativo de lo que creen algunos de sus antiguos pacientes satisfechos. La curación por la fe también existe, tal como Freud, enfrentado a los prodigios de Lourdes, lo admitió tristemente. Por desgracia, las demostraciones de la eficacia del psicoanálisis, en especial las observaciones clínicas, están epistemológicamente contaminadas de forma extrema. Los psicoanalistas perciben a sus clientes a través de las categorías de una teoría que objetivamente pueden ser consideradas como dudosas. A este respecto, se han aportado serias dudas a la pervivencia de los recuerdos emanados de la primera infancia.

El psicoanálisis se distingue de otras terapias en que subraya la importancia fundamental del «análisis de las resistencias». De esta forma, las dudas de un paciente frente a las alusiones interpretativas de su analista, alusiones frecuentemente erróneas o a veces estúpidas, son consideradas como signo innegable de un resurgimiento del conflicto con los padres o con otros parientes.

El cliente susceptible de beneficiarse de un psicoanálisis es «joven, educado, inteligente, motivado, con disponibilidad de tiempo y de dinero, y con un trastorno de la personalidad relativamente ligero». Incluso en esta élite, el psicoanálisis no ha sido capaz de aportar resultados diferenciales impresionantes. Su casuística muestra una muy considerable cifra de víctimas. Son conocidos los pacientes que están pendientes de su analista, enganchados a una adicción fútil y costosa durante diez, quince o incluso veinte años, sin alcanzar la curación y siendo calificados finalmente como incurables o dirigidos hacia algún otro tipo de tratamiento. Un gran número de psicoanalistas atribuyen sus fracasos a los insuficientes esfuerzos de sus pacientes y les prescriben de nuevo un tratamiento cuya ineficacia ha sido suficientemente demostrada.

Comentario

El informe INSERM no está libre de críticas. Su metodología se basa en el consenso, un método alejado de la sistemática científica. No tiene carácter exhaustivo: 8 estudios de cohortes y 5 estudios experimentales sobre la terapia psicoanalítica publicados antes de 2004 no se incluyeron en dicho informe, basado en 21 publicaciones sobre el tema mencionado. Por otra parte, los estudios sobre la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales valoran la desaparición de los síntomas como criterio de curación; la terapia psicoanalítica exige una modificación del funcionalismo psíquico (calidad de vida, relaciones interpersonales): no es asombroso que las terapias cognitivo-conductuales obtengan una mayor proporción de «curaciones» que las terapias psicodinámicas. Por último, el Informe INSERM reconoce la eficacia de éstas últimas en los trastornos de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad [...] se caracterizan por síntomas que se expresan fundamentalmente en el ámbito de la conducta, comportándose de forma aberrante, antisocial la mayoría de las veces, o asocial, con marcada incapacidad de aprendizaje. La alteración de la personalidad es más profunda que en las neurosis y menos que en las psicosis.¹⁰

Es ciertamente difícil comprender que una terapia capaz de mejorar un trastorno de la personalidad resulta ineficaz en el caso de un trastorno neurótico (angustia, obsesiones, histeria, trastornos somatomorfos). Lo mismo sucede con la «presunción de eficacia» en caso de trastornos traumáticos, calificativo que al parecer no resulta aplicable a los trastornos obsesivos, considerados como el resultado de conflictos internos.

Frederick Crews se limita a consideraciones dialécticas que no aportan información alguna sobre la cuestión de la eficacia del psicoanálisis.

Referencias

1. Mayer C (directora). *Le livre noir de la psychanalyse*. Paris: Les Arènes, 2005
2. Janet P. *L'automatisme psychologique*. París: Alcan, 1889
3. Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin M. *Psychotherapie: trois approches évalués*. París: Les Editions INSERM, 2004
4. André C. *Confrontation à l'Inserm*. *Le Monde*, 11 de febrero de 2005
5. Ginger S. *Le vrai visage de la psychothérapie*. *États généraux de la psychothérapie*. Document Internet, Paris 4 et 5 mai 2001
6. Lacan J. Le sinthome. *Le Seminaire*. Livre XXIII. París: Seuil, 2005
7. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312: 7162
8. Fonagy P (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2ª edición. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002
9. Crews F. *The memory wars: Freud legacy in dispute*. Nueva York: New York Review of Books, 1997
10. Costa Molinari JM. *Manual de Psiquiatria*. Barcelona: Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, 1994

3.1.8

La revisión de la Universidade do Rio Grande do Sul (Jung, 2006)

Jung SI, Mezacaza Fillippon AP, Tiellet Nunes ML, Eizirik CL. História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. *Rev Psiquiatr Rio G de Sul* 2006;28:298-312

Esta revisión trata de la historia reciente de la investigación de resultados en psicoterapia analítica de larga duración.¹ En la introducción, los autores se refieren a las cuatro generaciones de investigaciones en psicoanálisis descritas por Robert Wallerstein.²

- I. 1917-1960: recuento de resultados en diferentes categorías de pacientes.
- II. 1950-1980: utilización de escalas para valorar la situación del paciente antes y después del tratamiento y utilización de predictores de resultados.
- III. 1950-1980: se incluyen estudios de seguimiento tras la finalización del tratamiento.
- IV. 1980-2006: evaluación de la estructura psicológica, cambios estructurales y modificaciones del proceso analítico.

El método empleado por Simone Isabel Jung et al. consistió en búsquedas en las bases de datos IndexPsi, LILACS, Psique, Banco de Teses Capes, PubMed y PsycInfo con los descriptores «psicoterapia psicoanalítica», «psicoterapia dinámica» y «psicoterapia psicodinámica»; en una segunda fase se utilizaron los términos «investigación», «resultados», «efectividad» y «eficacia». * Como límites cronológicos se estableció «01/01/1990 a 31/01/2006».

En total se encontraron 4.449 artículos, de los cuales, 1.940 estaban referidos a psicoterapia psicoanalítica; de estos últimos, 1.419 se hallaban registrados en PubMed y 442 en PsycInfo. Además se solicitó información a diferentes autores interesados en este tema. A partir de los artículos citados, se seleccionaron los que se referían a psicoterapia psicoanalítica ambulatoria de larga duración en pacientes adultos. Se excluyeron, por lo tanto, los estudios realizados en pacientes internados, los estudios sobre terapia grupal, los tratamientos de pacientes psicóticos, drogodependientes u oligofrénicos, así como los estudios sobre psicoterapia interpersonal o sobre la psicología del *self*.

Este procedimiento permitió registrar 21 artículos, de los cuales cuatro se habían realizado en América Latina y, de éstos, uno en Brasil. En la revisión, cada uno de dichos estudios se acompaña de una breve descripción, bien literal bien en forma de tabla. A continuación, se presentan extractos de dichos resúmenes.

1. Estudio de Berlín III-A. Estudio multicéntrico en pacientes con diagnósticos diversos, tratados mediante psicoanálisis, psicoterapia dinámica, terapia focal o terapia grupal.³
2. Estudio de Berlín III-B. Estudio de diseño naturalístico: 44 pacientes ambulatorios tratados con psicoanálisis (PA), 56 pacientes ambulatorios tratados con terapia psicodinámica (PT) y 164 pacientes hospitalizados tratados con terapia psicodinámica.⁴

* IndexPsi: artículos sobre psicología y ciencias afines publicados en revistas brasileñas. LILACS: acrónimo de Literatura Latino Americana en Ciencias de la Salud. PsycInfo: base de datos de la American Psychological Association. PubMed: servicio bibliográfico de la National Library of Medicine. Capes: base de datos de tesis doctorales del Ministerio de Educación de Brasil.

3. Estudio naturalístico prospectivo de Heidelberg. Resultó posible contactar con 58 pacientes de un grupo de 33 tratados con terapia psicoanalítica y 33 con psicoanálisis; de estos 58 pacientes, 45 participaron en la encuesta.⁵
4. El segundo informe del estudio de Heidelberg incluyó una muestra de 208 pacientes tratados con diferentes abordajes terapéuticos.⁶
5. En el Institute for Psychoanalytic Training and Research (IPTAR) de Nueva York se utilizó el cuestionario de efectividad de Seligman (encuesta del *Consumer Reports*) para definir la percepción de los pacientes sobre su estado mental antes y después del tratamiento.
6. Estudio UFRGS: el protocolo del IPTAR se aplicó también en Brasil en una muestra de pacientes del Instituto da Sociedade Psicoanalítica de Porto Alegre y del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). No hubo correlación entre frecuencia de sesiones terapéuticas y efectividad; la correlación entre duración del tratamiento y efectividad, a pesar de ser positiva, no fue estadísticamente significativa; la relación terapéutica estuvo asociada con una mejor efectividad.⁷
7. En Alemania se efectuaron dos encuestas acerca de la opinión de los pacientes. En la de la Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie los resultados fueron semejantes a los de la encuesta del *Consumer Reports*.⁸
8. La Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (adleriana) efectuó una segunda encuesta, cuyos resultados no se detallan en la revisión de Simone I. Jung et al.⁹
9. En Argentina, Clara López Moreno et al. estudiaron el proceso de cambio psíquico en el curso del tratamiento psicoterapéutico de 14 pacientes tratados durante dos años; seis pacientes completaron el tratamiento; se publicaron los resultados de uno de estos casos.¹⁰
10. Estudio de la Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (Katamnesestudie).¹¹ Se trata de uno de los estudios más interesantes realizados en los últimos años: combina métodos cualitativos con métodos extraclínicos (datos del seguro de enfermedad, tests psicológicos, grupos de discusión, entrevistas psicoanalíticas grabadas, cuestionarios de evaluación clínica), valorados por pacientes, analistas, profesionales de otras disciplinas y psicoanalistas independientes.
11. En el estudio de la Asociación Psicoanalítica Mexicana y de la Asociación Psicoanalítica de Monterrey participaron tres psicoanalistas y se seleccionaron seis pacientes con trastornos de la personalidad, de los que tres fueron tratados con psicoanálisis (tres o más sesiones semanales, tres a seis años) y tres con psicoterapia (1-2 sesiones semanales, 7,4 años en promedio).¹²
12. Estudio de Göttingen. Se trata de un estudio naturalístico en el que se compararon los resultados con un índice de variación media esperada que fue determinado a partir de 26 estudios controlados randomizados de psicoanálisis y terapia psicoanalítica.^{13,14}
13. «Proyecto multicentro». Se trata de un estudio en curso, en el que participan diversas asociaciones psicoanalíticas de América Latina, cuyo objetivo es comparar tratamientos psicoanalíticos de frecuencia semanal variable; está coordinado por Ricardo Moreno, Uruguay.¹⁵
14. Estudio STOPP. Se estudiaron 74 casos de psicoanálisis y 331 casos de terapia psicoanalítica.¹⁶
15. Estudio de Múnich. Resultados preliminares obtenidos en 42 de 60 pacientes incluidos en el estudio.¹⁷
16. Estudio en consultorios privados de psicoterapia. Se estudiaron 31 casos de psicoterapia conductual, 26 casos de psicoanálisis y 5 casos de terapia psicodinámica.¹⁸
17. Estudio sobre los mecanismos de defensa. Estudio efectuado en 29 pacientes afectados de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad o trastornos de la personalidad, tratados con terapia psicodinámica.¹⁹
18. Estudio del Karolinska Institutet (Estocolmo). Se comparó un grupo de 36 pacientes tratados con psicoterapia psicoanalítica con un grupo de pacientes no tratados.²⁰
19. Psicoterapias en adultos jóvenes. En este estudio se aplicó tratamiento psicoanalítico en 14 casos y tratamiento psicodinámico en 11 casos.²¹

20. Estudio de la McGill University, Montreal (Canadá). Estudio naturalístico en pacientes con trastorno de la personalidad, depresión o ansiedad. Dieciocho fueron tratados con terapia psicodinámica más medicación, 13 con terapia psicodinámica, 6 con medicación y 7 no recibieron tratamiento alguno.²²
21. Estudio de Heidelberg-Berlín. 32 pacientes fueron tratados con terapia psicoanalítica y 27 pacientes con terapia psicodinámica.²³

Los autores resaltan el marcado predominio de los estudios naturalísticos, con medidas antes y después del tratamiento. En la mayoría de los estudios, las pérdidas fueron considerables, oscilando entre el 12% y el 45%; en las encuestas, el índice de falta de respuesta o de respuesta inadecuada varió entre el 47% y el 66%, un aspecto en el que resaltó de forma negativa el estudio STOPP de Rolf Sandell.

Indican también que cada grupo de investigación utiliza sus propias técnicas de valoración en función de sus objetivos singulares, lo que constituye un inconveniente grave cuando se trata de realizar comparaciones e imposibilita la aplicación de métodos de metaanálisis.

Adicionalmente, mencionan las principales críticas que se pueden plantear a los estudios de eficacia de la psicoterapia analítica:

- ausencia de diagnósticos estandarizados;
- información inadecuada sobre los procedimientos terapéuticos (excepto en los estudios de Leichsenring, Huber y Grande);
- ausencia de grupos de control;
- ausencia de asignación al azar de las alternativas terapéuticas estudiadas;
- ausencia de información sobre pérdidas y abandonos;
- heterogeneidad de los grupos estudiados;
- falta de poder estadístico y uso inadecuado de los métodos estadísticos;
- ausencia de evaluación independiente de los resultados;
- falta de validación de algunos procedimientos de valoración de resultados.

Estas críticas cobran mayor consideración si se recuerda que uno de los autores de este estudio fue Cláudio L. Eizerik, que había sido nombrado presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional en el 44 Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en Rio de Janeiro en 2005.

A pesar de las mencionadas críticas, la revisión concluye afirmando que todos los estudios demuestran los beneficios de la psicoterapia psicoanalítica. Los estudios naturalísticos, sean prospectivos o retrospectivos, describen una mejoría estadísticamente significativa de las personas que recibieron el tratamiento. En comparación con otras modalidades terapéuticas (psicoterapia, farmacoterapia), el psicoanálisis presenta resultados positivos, pero las limitaciones metodológicas no permiten afirmar que éstos sean superiores a los de otras formas de tratamiento.

Comentario

El artículo resulta sumamente interesante: en el campo de la psicoterapia, es una de las pocas revisiones en las que se han utilizado los métodos de búsqueda bibliográfica habituales desde hace mucho en otras disciplinas. No obstante, no se localizaron artículos de indudable interés publicados en el período investigado, como el de Greg Moran sobre diabetes inestable (1991), el ensayo clínico de Susan Vaughan (2000), el estudio sobre hospitalización parcial de Anthony Bateman (2001), el de la Sociedad Psicoanalítica de Milán (2004), o el ensayo clínico en curso de Múnich (2001). Tampoco se encuentra ninguna referencia a An open door review, de la American Psychoanalytical Association (2002), o a los resultados de Consumer Reports. De los 21 estudios reseñados, cinco se refieren exclusivamente a tratamientos psicoterapéuticos (terapia psicodinámica o conductual). De los estudios realizados en América Latina, uno consiste en una encuesta sobre los resultados de la psicoterapia (el estudio de la UFRGS) y el otro es un estudio de un caso clínico, que difícilmente puede ser considerado como estudio de

eficacia. En resumen, de los 21 estudios, sólo 15 resultan adecuados para valorar la eficacia del psicoanálisis.

Por otra parte, la crítica a que son sometidos estos estudios resulta importante, sobre todo teniendo en cuenta que la primera autora (Simone Isabel Jung) es especialista en terapia psicoanalítica y que otro autor (Cláudio Eizirik) fue presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional entre 2005 y 2009. Los diez puntos de dicha crítica podría suscribirlos cualquier profesor de farmacología clínica, a los que probablemente añadiría otros dos: la ausencia de valoración por intención de tratamiento y las imprescindibles medidas de garantía de calidad. No obstante, la conclusión del artículo

í a psicoterapia psicoanalítica demonstrou evidências de melhora significativa no funcionamento global, nas relações interpessoais, na qualidade de vida e no bem-estar dos pacientes tratados com esse método.

se aleja de la mencionada crítica de Cláudio Eizirik. Una dicotomía que el psicoanálisis debería poder llegar a superar.

Referencias

1. Jung SI, Mezacaza Fillippon AP, Tiellet Nunes ML, Eizirik CL. História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. *Rev Psiquiatr Rio G de Sul* 2006;28:298-312
2. Wallerstein RS. Outcome research. En: A. Cooper, E.S. Person, G.O. Gabbard (editores). *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2005
3. Rudolf G. Free University of Berlin: Berlin Psychotherapy Study. En: L.E. Beutler, M. Crago (editores). *Psychotherapy research: An international review of programatic studies*. Washington: APA Books, 1991
4. Rudolf G, Manz R, Ori C. Results of psychoanalytic therapy. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1994;40:25-40
5. Heuft G, Seibüchler-Engeç H, Taschke M, Senf W. Langzeitoutcome ambulanter psychoanalytischer Psychotherapien und Psychoanalyses: eine textinhaltanalytische Untersuchung von 53 Katamneseinterviews. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für Klinische Theorie und Praxis* 1996;12:342-55
6. Rad M von, Senf W, Brautigam W. Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamneseprojektes. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1998;48:88-100
7. Freedman N, Hoffenberg J, Borus N, Eizirik CL, Knijnik D. Tiempo en tratamiento: observaciones de Mid-Manhattan y Porto Alegre, Brasil. *Invest Psicoanal Psicoter* 2001;1:87-102
8. Breyer F, Heinzel, Klein Th. Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundheitsökonom Qual* 1997;2:59-73
9. Heinzel R, Breyer F. Stabile Besserung. *Deutsches Ärzteblatt* 1995;11:752
10. Moreno CML, Schalayeff C, Acosta S, Vernengo P, Roussos A, Lerner BD. Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: A single case study. *Psychother Res* 2005;15:199-209
11. Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M. How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients well-being: A representative, multi-perspective follow-up study. *Int J Psychoanal* 2002;84:263-90
12. Ramonet S, Corona PC, Lartigue T, Rios JM, López Garza D. A successful trial utilizing Leuzinger-Bohleber methodology for evaluation of psychoanalytic treatment: Preliminary report. *Int J Psychoanal* 2005;86:1425-40
13. Leichsenring F, Biskup J, Kreisliche R, Staats H. The Gottingen study of psychoanalytic therapy: First results. *Int J Psychoanal* 2005;86:433-55
14. Leichsenring F, Rabung S. Change norms: A complementary approach to the issue of controls groups in psychotherapy outcome research. *Psychother Res* 2006;16:594-605
15. Bernardi RE. Investigación clínica e empírica sistemática em psicoanálisis. En: A.C. Lhullier (org). *Novos modelos de investigação em psicoterapia*. Pelotas: Educat 1998: 23-42

16. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 2000;81:921-42
17. Huber D, Klug G, von Rad M. Die Münchner Prozess-Outcome Studie ó Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapeutischer Ergebnisse. En: U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber, M. Beutel (editores). *Psychoanalytische Langzeittherapien*. Stuttgart: Kohlhammer, 2001
18. Brockmann J, Schlüter T, Eckert J. Therapy goals, change of goals and goals attainment in the process of psychoanalytically oriented and behavior long-term therapy ó a comparative study from the private practices of insurance-registered psychotherapists. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003;53:163-70
19. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defence styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:1665-71
20. Wilczek A, Barber JP, Gustavsson JP, Asberg M, Weinryb RM. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 2004;52:1163-84.
21. Gerber AJ, Fonagy P, Bateman A, Higgitt A. Structural and symptomatic change in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy of young adults: A qualitative study of treatment process and outcome. *J Am Psychoanal Assoc* 2004;52:1235-36.
22. Bond M, Perry JC. Psychotropic medication use, personality disorder and improvement in long-term dynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:21-6.
23. Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawitz B, Langer M, et al. Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychother Res* 2006;16:470-85

3.2 CASOS CLÍNICOS

El propio Freud, en *Estudios sobre la histeria*, publicado en 1895, ya afirmó que había adoptado el procedimiento narrativo de historias de casos clínicos «debido a la naturaleza del tema», no porque fuera el método científico que él prefería.¹ A pesar de ello, innumerables analistas han seguido su propuesta. Pero las limitaciones de estos estudios también han sido reconocidas por muchos autores:

- Edward Glover consideró que es casi inevitable aceptar que lo que se considera una teoría demostrada es poco más que especulación, con un grado variable de plausibilidad.²
- Irving Janis se refirió a otra dificultad de la historia de casos clínicos: no proporciona información acerca de si los resultados obtenidos se pueden aplicar a todos los pacientes, a muchos pacientes, a unos pocos o a ninguno.³
- Según David Shakow, el analista, en cuanto participante y observador, tiene limitaciones en su capacidad de comprensión, en su capacidad de recordar y en su capacidad de expresión.⁴
- Merton Gill afirmó que en ninguna otra rama de la ciencia se ha renunciado a comprobar las posibles fuentes de error emanadas de los instrumentos de registro o del propio diseño experimental.⁵

En contraposición, Ernst Kris afirmó que la situación psicoanalítica, gracias a sus exigencias metodológicas, constituye un modelo experimental, y Henry Ezriel resumió como sigue la posición de otros muchos psicoanalistas:^{6,7}

- a) puede considerarse que la situación psicoanalítica cumple, en esencia, con las exigencias de un modelo de investigación cuasi-experimental;
- b) la situación psicoanalítica se desarrolla en condiciones controladas;
- c) las variables que surgen en cada sesión son proporcionadas fundamentalmente por el paciente.

En este sentido, Lawrence Kubie considera que el analista propone interpretaciones que no son más que hipótesis de trabajo que deben ser comprobadas mediante determinadas predicciones, implícitas o explícitas.⁸

Helen Sargent propuso la forma de resolver estas dificultades: si con la metodología habitual no se han podido solucionar los problemas significativos de la investigación centrada en las historias de casos clínicos, será necesario desarrollar nuevos métodos de valoración.⁹

Robert S. Wallerstein y Harold Sampson resumieron los problemas del estudio informal de casos clínicos como sigue:¹⁰

- a) las observaciones no son públicas; por lo tanto, no están disponibles para que puedan ser valoradas por observadores independientes;
- b) las hipótesis que se desarrollan a partir de dichas observaciones reflejan únicamente la opinión del psicoanalista que las ha efectuado;
- c) el método de observación clínica retrospectiva, en el que las causas de una variable se deducen según las consecuencias de la misma, encierra problemas de razonamiento circular («la gente es pobre porque es perezosa» y «la gente es perezosa porque es pobre»); y
- d) no es posible efectuar generalizaciones a partir de un solo caso.

Los mencionados autores revisaron también las condiciones que deben exigirse para llevar a cabo una investigación clínica sistemática en el consultorio clínico, y en primer lugar recordaron que Freud, a fin de asegurar la privacidad del paciente y la confidencialidad de sus datos, rechazó incluso la posibilidad de que durante la sesión se tomaran notas. El método aceptado para registrar un caso clínico, si existía interés en publicarlo, debía consistir en reproducir cuanto antes (a ser posible, el mismo día) los datos más importantes de la sesión. Esta alternativa se basa en la memoria del psicoanalista.

Wallerstein afirmó que en psicoanálisis no es posible disponer de un grupo de control y citó al respecto al propio Freud:

...el mejor control es tratar a la misma persona dos veces, una con psicoanálisis y otra sin psicoanálisis, y después comparar los resultados.

Pero la ausencia de grupos de control no impide que sea posible trabajar de acuerdo con «principios de control». Según Wallerstein se puede:

- a) efectuar un control en un mismo paciente mediante la predicción de la evolución de una determinada variable;
- b) buscar pares de pacientes que se parezcan respecto a determinadas variables;
- c) estudiar los resultados de un procedimiento terapéutico que no es el de elección, pero que se aplica por circunstancias externas.

En resumen, dichos autores creen que es necesario desarrollar estudios formales y sistemáticos del proceso analítico y consideran que ello es posible. No obstante, en su revisión no llegan a precisar las características de su propuesta.

Seymour Lustman ya había indicado que era sorprendente que precisamente los psicoanalistas, que cada día comprueban las imprecisiones de la memoria, confíen en su propia memoria cuando se trata de registrar datos de carácter científico.¹¹ Además, incluso las notas tomadas en el curso de una sesión psicoanalítica, por más detalladas que sean, no son más que un registro selectivo de los acontecimientos que tienen lugar en la misma sesión. La distorsión, por lo tanto, aparece en cuanto se registran los hechos que el analista considera relevantes. Pero, por otra parte, las notas proporcionan un registro objetivo, que exige poco esfuerzo, que puede ser revisado por terceros y que mantiene su valor a lo largo del tiempo.

Según Lustman, el registro en cinta magnetofónica constituye un testimonio de lo que se habla durante la sesión, pero no permite considerar la actividad mental del analista, los significados que extrae del material que le proporciona el paciente, las reflexiones que le inducen a intervenir y las decisiones acerca de lo que dirá y de lo que no dirá. Además, la utilización de medios audiovisuales implica pérdida de confidencialidad y la aparición de objetivos diferentes de los puramente terapéuticos.

Otro problema radica en la forma en que se manejan los datos obtenidos en la sesión analítica, tanto sean notas como registros audiovisuales. Se deberían exigir definiciones adecuadas para cada acontecimiento, lo cual es un problema que el psicoanálisis todavía no ha resuelto. Cabe también preguntar si el «juicio clínico» puede ser considerado o no un dato adecuado para valorar la eficacia de una alternativa terapéutica.

David J. Lynn y George E. Vaillant compararon los métodos psicoanalíticos utilizados clínicamente por Sigmund Freud en 43 casos con las recomendaciones que publicó respecto a la anonimidad, neutralidad y confidencialidad que consideraba imprescindibles en toda relación terapéutica.¹⁵ Los autores encontraron las siguientes desviaciones: 43 casos (100%) en cuanto a anonimidad, 37 casos (86%) en cuanto a neutralidad y 23 casos (53%) en cuanto a confidencialidad; adicionalmente, comprobaron que en 31 casos (71%) se desarrolló una relación extra-analítica entre Freud y sus analizandos. Según dichos autores existe una evidente disparidad entre las recomendaciones de Freud y la metodología que realmente aplicó en sus tratamientos.

Donald Spence indica que las historias de casos son más virtuales que reales.¹⁶ Si la memoria del psicoanalista está influida por una teoría dominante, puede esperarse que sean

seleccionados los acontecimientos que la refuerzan y que sean rechazados los que la contradicen.

Stuart Pocock afirma que la historia de un caso clínico, en la que se informa acerca del modo de tratamiento y de los resultados obtenidos en un determinado paciente, no constituye una aportación valiosa a la terapéutica, pues la variabilidad biológica es tan importante que pacientes con idéntico diagnóstico pueden proporcionar respuestas muy diversas ante un mismo tratamiento.¹⁴ El resultado obtenido en un individuo no permite ningún pronóstico válido acerca de los resultados que se conseguirán cuando el mismo tratamiento se aplique a futuros pacientes. No existe ningún argumento que, en el caso de la terapéutica psicoanalítica, pueda llegar a invalidar esta opinión.

Comentarios

Según Helen Sargent, «si con la metodología habitual no se han podido solucionar los problemas significativos de la investigación centrada en los estudios de casos clínicos, será necesario desarrollar nuevos métodos de valoración».⁹ Es decir, si con los métodos conocidos no es posible demostrar lo que se desea demostrar, será preciso buscar nuevos métodos de valoración que demuestren lo que deseamos demostrar. Más bien parece que primero se debe desarrollar el método, después el método se debe aplicar para comprobar la validez de la hipótesis y, si la hipótesis es rechazada, será preciso desarrollar una nueva hipótesis, no un nuevo método de valoración.

Es evidente que la investigación experimental desarrollada de forma específica en curso del siglo XX apenas ha influido en la teoría y práctica de la psicoterapia. Históricamente, el psicoanálisis ha infravalorado el complejo problema de verificación de hipótesis: se ha llegado a afirmar que el psicoanálisis no deseaba que un cientificismo estéril dificultara su tradicional objetivo de exploración e investigación. También se ha dicho que toda la doctrina psicoanalítica demuestra brillantemente el poder explicativo de la teoría derivada de los datos de la consulta clínica.

Referencias

1. Freud S. Estudios sobre la histeria (1895). *Obras completas I*. Barcelona: RBA, 2006
2. Glover E. Research methods in psychoanalysis. *Int J Psycho-Anal* 1952;33:402-9
3. Janis I. *Psychological stress*. Nueva York: Wiley, 1958
4. Shakow D. The recorded psychoanalytic interview as an objective approach to research in psychoanalysis. *Psychoanal Q* 1960;29:82-97
5. Gill MM. Studies in audio-recorded psychoanalysis. I. General considerations. *J Am Psychoanal Ass* 1968;16:230-44
6. Kris E. The nature of psychoanalytic propositions and their validation. En: S. Hook, M.R. Konwitz (editores). *Freedom and experience*. Nueva York: Cornell University Press, 1947
7. Eziel H. The scientific testing of psychoanalytic findings and theory. *Br J Med Psychol* 1951;24:30-4
8. Kubie L. The use of psychoanalysis as a research tool. *Psychiat Res Rep* 1956; 6:112-36
9. Sargent H. Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research. *Psychiatry* 1961;24:93-108
10. Wallerstein RS, Sampson H. Issues in research in the psychoanalytic process. *Int J Psycho-Anal* 1971;52:11-50
11. Lustman S. Some issues in contemporary psychoanalytic research. *Psychoanal Study Child* 1963;18:51-74
12. Lynn DJ, Vaillant GE. Anonymity, neutrality, and confidentiality in the actual methods of Sigmund Freud: a review of 43 cases, 1907-1939. *Am J Psychiatry* 1998;155:163-71
13. Spence DP. The virtual case report. *Psychoanal Q* 2002;71:679-98
14. Pocock SJ. *Clinical trials. A practical approach*. Chichester: Wiley, 1991

3.2.1

Las «historias de casos» de Sigmund Freud (1895-1920)

Sigmund Freud dio especial importancia a las historias clínicas de siete de sus pacientes, que por su extensión se han distinguido con la denominación de «historias de casos». Estas historias han constituido un material introductorio a la clínica psicoanalítica que ha sido constantemente reelaborado. Así, a propósito del conocido como caso de Dora, Ernest Jones comentó que «este primer historial clínico sirvió de modelo a los analistas durante años».¹ Se suponía que los resultados clínicos de dichos casos constituían una demostración importante de la eficacia de terapéutica del psicoanálisis.

En uno de estos casos Freud analizó la fobia de un niño de cinco años (klein Hans, Juanito, 1909) y para ello se basó en las notas escritas por el padre del paciente, quien como terapeuta informaba, en tanto que Freud, como supervisor, comentaba.² De forma estricta, el resultado terapéutico no puede ser atribuido al psicoanálisis.

Otra historia clínica, publicada en 1911 y conocida como «el caso Schreber», se refiere a un paciente que Freud nunca había visto: se trata de puntualizaciones psicoanalíticas a las notas autobiográficas del Dr. Daniel Paul Schreber, con las que intentó explicar el conflicto homosexual inconsciente como causa del trastorno psiquiátrico.³ Esta historia, por lo tanto, no puede aportar conclusión alguna sobre la eficacia de este método terapéutico. Por otra parte, Ida Macalpine y Richard Hunter revisaron en 1953 las memorias de Daniel Paul Schreber y llegaron a la conclusión de que la tesis del conflicto homosexual no explicaba el curso de la enfermedad, ni desde un punto de vista etiológico ni fenomenológico.⁴ Las paranoias, aunque no desembocan en cuadros deficitarios, tienen un curso crónico.

Las cinco historias restantes fueron publicadas entre 1895 y 1920. A continuación se resumen los aspectos que de forma más clara se refieren al resultado del tratamiento psicoanalítico.

El caso de Anna O. (1895)

La primera historia, la de Anna O., fue publicada por Josef Breuer y Sigmund Freud en 1895 y es considerada como el inicio histórico del psicoanálisis.⁵ Bajo el seudónimo de Anna O. se ocultaba una joven de 21 años, muy inteligente, que se había dedicado al cuidado de su padre enfermo. Cuando éste falleció, Anna desarrolló una compleja constelación de síntomas: empezó rechazando los alimentos, perdió sensibilidad en manos y pies, sufrió parestias y contracturas, trastornos de la visión y del habla y tos persistente. Este último síntoma fue el que la indujo a consultar a Josef Breuer.

Según Ernest Jones el curso clínico de Anna O. no fue tan favorable como supuso Breuer;¹ Jones también explica que el nombre real de la paciente era Bertha Pappenheim. Una vez terminado el tratamiento, Bertha tuvo que ser internada en el sanatorio Bellevue (Kreuzlingen, Suiza). Berta deseaba morir para librarse de sus sufrimientos. Pocos años más tarde, Marta Bernays la visitó en dicho sanatorio en algunas ocasiones y comprobó que se encontraba muy bien a lo largo del día, pero que al atardecer continuaba presentando crisis de carácter alucinatorio.

Numerosos autores han revisado el caso de Anna O., en general con una actitud crítica y escéptica.

1. Frank Sulloway, historiador de la ciencia del Massachusetts Institute of Technology, insistió en que a los cinco años de la terminación del tratamiento, Anna O. todavía presentaba síntomas psicóticos.⁶ Según este autor, Breuer y Freud se concentraron en analizar cada uno de sus síntomas según los términos de una explicación preconcebida; no se trató de verificar una hipótesis, sino buscar pruebas que la confirmaran.
2. Elizabeth M. Thornton, historiadora de la medicina, llegó a la conclusión de que las primeras etapas de la enfermedad de Anna O. presentaban cierta semejanza con una meningitis tuberculosa.⁷ Basó esta hipótesis en que el padre de Anna padecía un absceso pulmonar y que el primer síntoma que presentó su hija fue una tos fuerte. Esta investigadora concluyó que la enfermedad de Anna O. fue un proceso de carácter orgánico y que, por tanto, la base de la terapéutica psicoanalítica es errónea y que el psicoanálisis es erróneo.
3. Otra autora, Alison Orr-Andrewes opinó que los síntomas de Anna O. indicaban una lesión estructural, «como un tumor, un aneurisma o una cicatriz.»⁸ También supuso que los ataques convulsivos y las fluctuaciones de la conciencia de Anna O. podían ser efectos secundarios del hidrato de cloral que le había prescrito Breuer para tranquilizarla. Alison Orr-Andrewes, médico, psicoanalista graduada por el New York Psychoanalytic Institute, concluyó que Anna O. sufría crisis parciales complejas exacerbadas por su dependencia medicamentosa.
4. Mikkel Borch-Jacobsen, profesor de literatura en la Universidad de Washington, afirmó que Freud basó su teoría en mentiras.⁹

La más flagrante es el caso que dio origen al psicoanálisis: el de la llamada Anna O. Hasta el fin de su carrera, Freud afirmó que su amigo Josef Breuer había conseguido curarla de sus síntomas histéricos, cuando sabía perfectamente que no era verdad. La verdad es que Anna O. tuvo que ser internada en una clínica psiquiátrica inmediatamente después de haber terminado con su terapia y que pasaron años antes de que se curara.

Este autor considera que Anna O., Josef Breuer y Sigmund Freud fueron unos impostores que, por diferentes motivos, se confabularon para crear la chifladura que es el psicoanálisis.

5. Richard Webster, profesor de literatura en la Universidad de East Anglia (Norwich, Norfolk, Reino Unido) plantea otra alternativa:¹⁰

Cabría especular que al menos en ciertos casos, la fe que Breuer tenía en haber eliminado un síntoma surgía del hecho de que la atención terapéutica que dispensaba a un síntoma coincidía con la remisión espontánea del mismo.

El caso Dora (1905)

Freud trató a Dora entre diciembre de 1900 y diciembre de 1901.¹¹ El 1 de abril de 1902, Dora volvió a la consulta de Freud para pedirle ayuda a causa de una neuralgia facial. ¿Desde cuándo?, preguntó Freud. Desde hace quince días. Quince días antes, el periódico había publicado que Sigmund Freud había sido nombrado profesor. La neuralgia facial correspondía a un autocastigo por los sentimientos de venganza que Dora había transferido a Freud. Freud le dijo que la había perdonado de haberle privado de la satisfacción de liberarla definitivamente de sus dolencias.

La historia de Dora fue redactada en enero de 1902 y publicada en el *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie* en octubre y noviembre de 1905; en total, ocupó 84 páginas. En 1923 Freud añadió el siguiente comentario:

El hecho de que los tres meses de tratamiento lograran tan sólo solucionar el conflicto de entonces, sin dejar tras de sí una salvaguarda contra posteriores enfermedades neuróticas, no creo que pueda convertirse honradamente en un reproche contra la terapia analítica.

El Hombre de las Ratas (1909)

Se trató de una neurosis obsesiva grave cuyo tratamiento Freud inició el 1 de octubre de 1907 y sobre la cual publicó en 1909 un informe en el segundo número del *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*.¹²

La historia del Hombre de las Ratas es la única en la que se describió un tratamiento completo. Freud buscó las causas de la enfermedad en el esclarecimiento del complejo paterno e intentó con ello solucionar la idea de las ratas. El informe se basó en las notas diarias que Freud solía escribir por la noche. El resultado del análisis lo comentó en un único párrafo al principio del informe:

...y cuyo tratamiento, prolongado a través de un año entero, consiguió reconstruir completamente la personalidad y suprimir las inhibiciones.

Es decir, Freud utilizó sólo nueve palabras para describir el resultado terapéutico conseguido en un caso clínico en cuya descripción empleó 45 páginas.

Este caso constituye, además, un importante ejemplo de los problemas técnicos involucrados en los informes de casos. Elisabeth Zetzel descubrió en 1965 que en las notas clínicas de Freud sobre el Hombre de las Ratas hay más de cuarenta referencias a una muy ambivalente relación madre-hijo, las cuales no se tomaron en consideración en la publicación de 1909.¹³

El Hombre de los Lobos (1918)

Sigmund Freud inició el tratamiento de este acaudalado joven ruso en febrero de 1910 y lo concluyó en julio de 1914.^{14,15} En las observaciones preliminares de su historial clínico, titulado *Historia de una neurosis infantil*, Freud indicó que:

A pesar de haber sido autorizados expresamente por el paciente, hemos rehusado publicar el historial completo de su enfermedad, su tratamiento y su curación (í)

Según Peter Gay, cuando el paciente, Serguei Konstatinovitch Pankejeff, acudió a Freud, su estado psíquico era lamentable, incapaz de hacerse cargo de sí mismo («existenzunfähig»)¹⁶ Después de cuatro años de análisis sin que se produjera ningún progreso considerable Freud escribió que:

Y bajo la presión intransigente que significaba aquel plazo, cedió su resistencia [...] y el análisis brindó en un lapso incomparablemente breve todo el material que posibilitó la cancelación de los síntomas.

Esta historia clínica ocupa 130 páginas de las «Gesammelte Werke» (obras completas de Sigmund Freud) y los elementos fundamentales de la misma consisten en el sueño que el paciente sufrió a los cuatro años de edad y en la escena primigenia, que según Freud se encontraba en el origen del conflicto. Freud dedujo que el paciente veía la sexualidad sólo bajo el ángulo de una teoría infantil, el comercio por el ano, y se sintió seguro de haberle curado.

El estallido de la Primera Guerra Mundial y la Revolución Rusa modificó totalmente la vida de Serguei Pankejeff: se convirtió en un emigrante sin recursos, cayó en una depresión y en 1919 Freud le tomó de nuevo en análisis: según él, consiguió con ello liquidar el resto de una transferencia no analizada y curar finalmente al paciente. Pero la sintomatología persistió y en 1926 Pankejeff consultó de nuevo a Freud quien lo derivó a la Dra. Ruth Mack-Brunswick; ésta publicó en 1928 una segunda versión del caso, lo diagnosticó como paranoia y le puso el sobrenombre que lo distinguiría: el «Hombre de los Lobos».¹⁷

La Segunda Guerra Mundial transformó de nuevo la existencia de Serguei Pankejeff: en 1938 su mujer se suicidó y, a partir de 1945, dependió de la ayuda que le proporcionaron los Sigmund Freud Archives, según Frank Sulloway historiador de la ciencia en la Universidad de Berkeley, California, a fin ocultar el fracaso del tratamiento de Sigmund Freud.¹⁸ En 1971,

Pankejeff con la ayuda de Muriel Gardiner publicó sus propias memorias, que fueron traducidas a numerosos idiomas.¹⁹ Serguei Pankejeff falleció en Viena en 1979. Unos pocos años antes había concedido una extensa entrevista a una periodista austriaca, Karin Obholzer. En esta entrevista Pankejeff declaró que, sin duda alguna, la célebre escena del coito «a tergo» nunca había tenido lugar, pues en Rusia los niños jamás dormían en la habitación de los padres.^{20,21}

Un caso de homosexualidad femenina (1920)

El caso de homosexualidad femenina que Freud terminó de escribir unos veinte años después de haber entrevistado a su protagonista y que publicó en el *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* en marzo de 1920 ha merecido escasa atención.²² En ningún momento Freud apreció que su paciente desarrollara algún tipo de transferencia real hacia el analista. En realidad, sólo trasladó hacia el propio Freud su rechazo hacia los hombres, derivado del disgusto que le había producido su padre. En cuanto Freud reconoció esta situación, interrumpió el tratamiento y aconsejó a los padres que recurrieran a una analista de género femenino. No se sabe si siguieron este consejo.

Ines Rieder y Diana Voigt entrevistaron a la muchacha homosexual de Freud y publicaron una biografía novelada que intentaba poner en duda los planteamientos psicoanalíticos.²³ Tras las entrevistas con Freud, la muchacha continuó viviendo en su propio mundo, indiferente a los acontecimientos históricos que la rodeaban y sólo interesada en sus amadas. Así ignoró los peligros del nacionalsocialismo y emigró a Cuba cuando era casi demasiado tarde. Su nombre real tampoco era Sidonie Csillag.

Comentarios

Las suposiciones de Elizabeth Thornton respecto a los orígenes de los problemas de Anna O. son asombrosas. Es asombroso que, a principios del siglo XX, un tumor cerebral permitiera llegar a los 77 años, edad de Bertha Pappenheim cuando falleció. Los aneurismas cerebrales pueden ser congénitos o una rara complicación de una hemorragia subaracnoidea. Una cicatriz cerebral puede ser consecuencia de un trauma perinatal o de un traumatismo craneal posterior; ambos trastornos se manifiestan en forma de crisis convulsivas. El hidrato de cloral tiene acción hipnótica y anticonvulsiva; produce molestias gástricas y signos de depresión del sistema nervioso central; dado que un hipnótico se administra antes de ir a dormir y considerando la semivida del hidrato de cloral, dichos signos debían aparecer por las mañanas, no al atardecer cuando la visitaba su médico.

La crítica de Richard Webster no es despreciable, pero sólo podría ser refutada mediante un ensayo clínico controlado, aunque el diseño del mismo ofrece dificultades insuperables: se debería comparar el curso clínico de los síntomas de Anna O. cuando se los explica a Josef Breuer y cuando no se los explica. O se debería tener un centenar de Annas explicando sus síntomas y otro centenar sin explicarlos. Todo ello sin tener en cuenta que en 1880 se estaba muy lejos de saber lo que era un ensayo clínico.

En el caso del Hombre de los Lobos la crítica de Frank Sulloway puede calificarse de desafortunada: no existen motivos para suponer que la ayuda que recibió Serguei Pankejeff por parte de los Sigmund Freud Archives no fuera realmente caritativa y desinteresada: no se le privó de publicar sus propias memorias, ni de declarar que el culpable de sus desgracias había sido el propio Freud por privarle de regresar a Rusia cuando hubiera tenido la oportunidad de defender su fortuna.

Parece que puede concluirse que el principal objetivo de Freud al redactar sus «historias de casos» fue definir el desarrollo del trastorno psicológico. Pero no se puede obviar que, de acuerdo con Carl Friedrich von Weizsäcker, para llegar a dicha definición, los hechos son imprescindibles y se deben comunicar sin la menor modificación; un informe se considera científico cuando contiene una proposición predictiva que puede ser comprobada en la práctica.²⁴

Referencias

1. Jones E. *The life and work of Sigmund Freud*. Harmondsworth: Penguin, 1964
2. Freud S. *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. (1909). Obras completas. Volumen 10. Buenos Aires: Amorrortu
3. Freud S. *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. (1911). Obras completas. Volumen 7. Buenos Aires: Amorrortu
4. Macalpine I, Hunter RA. The Schreber-case. A contribution of schizophrenia, hypochondria and psychosomatic symptom formation. *Psychoanal Quart* 1953;22:328-71
5. Freud S, Breuer J. *Estudios sobre la histeria (1895)*. Obras completas, tomo II. Buenos Aires: Amorrortu
6. Sulloway F. *Freud, biologist of the mind: Beyond the psychoanalytic legend*. New York: Basic Books, 1979
7. Thornton E. *The freudian fallacy: Freud and cocaine*. London: Blond & Briggs, 1983
8. Orr-Andawes A. The case of Anna O.: A neuropsychiatric perspective. *J Am Psychoanal Assoc* 1987;35:387-419
9. Borch-Jacobsen M. *Anna O.: une mystification legendaire*. Paris: Aubier, 1995
10. Webster R. *Por qué Freud estaba equivocado*. Barcelona: Destino, 2002
11. Freud S. *Análisis fragmentario de una histeria*. Obras completas. Tomo II. Barcelona: RBA, 2006
12. Freud S. *Análisis de un caso de neurosis obsesiva*. Obras completas II. Barcelona: RBA, 2006
13. Zetzel E. Additional notes upon a case of obsessional neurosis: Freud 1909. *Int J Psychoanal* 1966;47:123-9
14. Freud S. Aus der Geschichte einer infantilen Neurose [Der "Wolfsmann"]. En: *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*. Leipzig und Wien: Gesammelte Werke, 1918
15. Freud S. Historia de una neurosis infantil. *Obras completas III*. Barcelona: RBA, 2006
16. Gay P. *Freud. A life for our time*. Londres: Dent, 1988
17. Brunswick, RM. A supplement to Freud's history of an infantile neurosis. *Intern J Psychoanal* 1928;9:439-76
18. Sulloway FJ. Qui a peur de l'Homme aux Loups? En: *Le livre noir de la psychanalyse*. París: Les Arenes, 2005
19. Gardiner MM. *The Wolf-Man by the Wolf-Man*. New York, Basic Books, 1971
20. Obholzer K. *Gesprache mit dem Wolfsmann: Eine Psychoanalyse und die Folgen*. Berlin: Rowohlt, 1980.
21. Obholzer K. *Conversaciones con el Hombre de los Lobos*. Buenos aires: Nueva Visión, 1996
22. Freud S. Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. *Int Z Psychoanal* 1920;6:1-24
23. Rieder I, Voigt D. *Sidonie Csillag, la joven homosexual de Freud*. Córdoba: Ediciones literales, 2005
24. Weizsäcker F. *Studien zur Pathogenese*. Leipzig: Thieme, 1935

3.2.2

Freud: informes de casos clínicos (1892-1924)

Freud S. *Obras completas*. Barcelona: RBA, 2006

En el índice temático de las *Obras completas* de Sigmund Freud, una vez excluidos los casos literarios, los imaginarios y los publicados por otros autores, se registran 208 casos de pacientes adultos, de los cuales las «historias de casos» han sido revisadas en el capítulo anterior.¹ Los 201 casos restantes (126 mujeres y 75 hombres) son en su mayoría breves reseñas destinadas fundamentalmente a demostrar las bases de los planteamientos psicoanalíticos de Freud, pues los resultados terapéuticos se encuentran detallados en sólo 26 casos (13%), de los que 20 pertenecían al sexo femenino (77%). Por otra parte, en cuatro casos, el tratamiento consistió en sesiones de hipnotismo (con resultados satisfactorios) y uno, en una simple conversación en un hotel, por lo que en realidad Freud se refirió al resultado del tratamiento analítico en sólo 21 casos.

Al revisar los mencionados resultados (tabla 1) se constata que el interés de Freud no se centró en la valoración de la eficacia de su método terapéutico; es significativo el que en sus *Observaciones sobre el «amor de transferencia»*, publicadas en 1914, indicara que:⁷

Desde luego, no pretendo la supresión de los otros tratamientos más inocentes. Bastan en algunos casos y, en definitiva, para la sociedad humana es tan inútil el *furor sanandi* como cualquier otro fanatismo.

Esta actitud fue contestada por dos de sus más distinguidos discípulos: Otto Rank (la «terapia activa») y Sándor Rado (el «análisis mutuo»), quien antepuso el *animus sanandi* que debería presidir toda intervención psicoanalítica.

Freud mostró también gran escepticismo frente a las valoraciones estadísticas. En su *Teoría general de las neurosis* (1916) escribió:⁸

Varios partidarios del psicoanálisis me invitaron a oponer una estadística de éxitos a la colección de fracasos que se nos reprochan; pero yo no he aceptado su consejo y he alegado en apoyo a mi negativa que cuando una estadística se compone de elementos muy diferentes entre sí ó como lo son los casos con afecciones neuróticas sometidas hasta hoy al análisis-, carece de todo valor probatorio.

Así, en el mencionado grupo de 21 pacientes, Freud obtuvo resultados satisfactorios en 12 (57,1%), en tanto que consiguió resolver el problema que había motivado la consulta en cuatro (19,0%) y constató fracaso en cinco (23,8%).

En el siguiente anexo se reproducen las frases con las que Freud detalló los resultados de estos tratamientos. Parece adecuado resaltar la honestidad que reflejan dichas frases y el que todas sus valoraciones fueron fundamentalmente de carácter sintomático.

La actitud de Sigmund Freud, tanto respecto a los resultados terapéuticos del psicoanálisis como respecto al valor de las estadísticas ha influido de forma decisiva en el ulterior desarrollo de este método terapéutico.

TABLA 1. Resultados registrados por Freud en 21 casos de tratamiento analítico

Resultados completamente satisfactorios

1. ...cesando, por lo pronto, los ataques...
2. ...se sentía muy bien y no había experimentado trastorno alguno.
3. ...su curación era total y bien afirmada.
4. ...conseguimos curarle de una pequeña fobia.
5. ...quedó curada por completo.
6. ...llegó a abandonar todo su ceremonial...
7. ...logré la curación de una parálisis histérica...
8. ...quedó curada por completo.
9. ...conseguí libertar a una mujer soltera del complejo de síntomas...

Resultados parcialmente satisfactorios

1. ...cesaron los ataques de la primera clase, continuando [...] los de la segunda...
2. ...este tratamiento le hizo mucho bien.
3. ...curación casi completa de la fobia.

Resolución el problema

1. ...el análisis, que logró reintegrarle a ambas (la mujer y la obra)í
2. ...lo dejó con plena capacidad de trabajo.
3. ...el resultado [...] fue el abandono de sus planes matrimoniales...
4. ...consiguió hacer una elección amorosa fuera del círculo...

Interrupción del tratamiento o fracaso

1. ...al cabo de una semana me abandonó también a mí.
2. ...el análisis quedó interrumpido antes de llegar...
3. ...tuvimos que [...] dejar de conceder al conocimiento de la paciente...
4. ...cuya madre impone la interrupción de la cura...
5. ...no habiendo conseguido realizar un análisis completo...

Referencias

1. Freud S. Estudios sobre la histeria (1895). *Obras completas I*. Barcelona: RBA, 2006
2. Freud S. Análisis fragmentario de una histeria (1905). *Obras completas II*. Barcelona: RBA, 2006
3. Freud S. Análisis de un caso de neurosis obsesiva (1909). *Obras completas II*. Barcelona: RBA, 2006
4. Freud S. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (1911). *Obras completas*. Barcelona: RBA, 2006
5. Freud S. Historia de una neurosis infantil (1914)
6. Freud S. Un caso de homosexualidad femenina (1920). *Obras completas IV*. Barcelona: RBA, 2006
7. Freud S. Observaciones sobre el «amor de transferencia». (1914). *Obras completas II*. Barcelona: RBA, 2006
8. Freud S. Teoría general de las neurosis (1916). *Obras completas IV*. Barcelona: RBA, 2006

Anexo. Resumen de los resultados terapéuticos de Sigmund Freud

<i>tomo: pág.</i>	<i>resultado terapéutico</i>
I: 15	Una señora joven, muy feliz en su matrimonio [...] aparecía todas las mañanas tendida en su lecho sin movimiento, en un estado de estupor [...]. La terapia consistió en comunicar a la paciente esta aclaración [había sido objeto de abusos sexuales en su niñez por parte de su institutriz] cesando, por lo pronto, los ataques. <i>Un caso de curación hipnótica</i> (1892)
I: 22-3	Una mujer joven, entre los veinte y treinta años de edad... que vomitaba todo alimento, no dormía y se mostraba deprimida por su incapacidad (de amamantar a su hijo recién nacido)... recibió tratamiento hipnótico en dos ocasiones en ocasión del nacimiento del segundo hijo, y en otras dos ocasiones tras nacer el tercer hijo. La sujeto crió también a este niño, que hoy tiene ya año y medio, sin molestia alguna, y goza de buena salud. <i>Un caso de curación hipnótica</i> (1892)
I: 83	...una muchacha de dieciocho años [...] que sufría accesos de desesperación de dos distintos géneros. En los primeros sentía tirantez y picazón extraordinarias en la parte inferior de la cara [...] en los segundos estiraba convulsivamente los dedos de los pies [...] después de esta confesión, cesaron los ataques de la primera clase, continuando en cambio los de la segunda... <i>Estudios sobre la histeria</i> (1893)
I: 89	Miss Lucy R (treinta años). Habiendo perdido por completo el olfato (a causa de una rinitis supurada crónica) se veía perseguida, casi de continuo, por una o dos sensaciones olfativas totalmente subjetivas, que se le hacían en extremo penosas [...] El tratamiento [...] se había extendido nueve meses. Cuatro meses después la volví a encontrar. Se sentía muy bien y no había experimentado trastorno alguno. <i>Estudios sobre la histeria</i> (1893)
I: 101	Catalina no debía ser una criada, sino la hija o una pariente de la hostelera. ó«Me cuesta trabajo respirar. No siempre, pero a veces parece que me voy a ahogar». ó«Siéntese aquí y cuénteme lo que le pasa...» [í] Aunque nada he vuelto a saber de Catalina, espero que su conversación conmigo [...] hubo de hacerle algún bien. <i>Estudios sobre la histeria</i> (1893)
I: 107	Señorita Isabel de R. [...] que desde hacía más de dos años venía padeciendo dolores en las piernas y dificultad para andar. [...] Isabel se sentía de nuevo mejor y no había vuelto a quejarse de dolores desde que habíamos erigido en tema del análisis las causas que lo habían provocado. [...] Mi colega, que continuó viéndola como médico de cabecera, me aseguró que su curación era total y bien afirmada. <i>Estudios sobre la histeria</i> (1893)
I: 126	Matilde H. enferma de una parálisis incompleta de las piernas [...] no conseguí hacer hablar a la paciente sobre tales extremos hasta que un día [...] desapareció por completo la depresión, circunstancia que se me atribuyó como un gran éxito de la <i>terapia hipnótica</i> . <i>Estudios sobre la histeria</i> (1893)
I: 129	La señorita Rosalía H., de veintitrés años, se quejaba de que su voz, muy bella por cierto, no le obedecía en determinados tonos [...] No fue difícil comprobar en esta perturbación una conversión histérica. Dejé que la paciente exteriorizara toda su indignación contra su tío [...] este tratamiento le hizo mucho bien, pero las circunstancias en las que vivía tampoco eran muy favorables. <i>Estudios sobre la histeria</i> (1893)
I: 148	Muchacha afecta desde seis años antes de una insoportable tos nerviosa [...] El análisis se interrumpió antes de llegar a un completo esclarecimiento. <i>Estudios sobre la histeria</i> (1893-5)
I: 155	Cuando he llevado a cabo una cura catártica, utilizando la <i>hipnosis</i> en lugar de la concentración, no he comprobado simplificación alguna en mi labor. Hace poco he dado fin a un tal tratamiento, en cuyo curso logré la curación de una parálisis histérica de las piernas. <i>Estudios sobre la histeria</i> (1893)

<i>tomo:pag</i>	<i>resultado terapéutico</i>
I: 174	Otra muchacha padecía el temor de verse atacada de incontinen- cia [...] Esta fobia la había incapacitado para toda vida social [...] dicho deseo la había acometido por primera vez [...] sentada cerca de un caballero que no le era indiferente. [...] El tratamiento alcanzó la curación casi completa de la fobia. <i>La neurosis de defensa</i> (1894)
I: 333-8	Un hombre de 38 años [...] al que conseguimos curarle de una pequeña fobia, con ayuda del psicoanálisis. (Según Alex Strachey, se trata de un fragmento autobiográfico levemente deformado). <i>Los recuerdos encubridores</i> (1899)
III:1543	Histeria después de la muerte de la hermana [...] Ahora ya está libre y puede casarse conmigo. [...] En el curso del tratamiento [...] reprodujo el momento patógeno [...] y quedó curada por completo. <i>Psicoanálisis</i> (1909)
III: 1673	[...] la madre de una muchacha hubo de revelarme el suceso homosexual al que correspondía la máxima influencia sobre la fijación de los ataques de la sujeto. [...] tuvimos que resolernos a dejar de conceder al conocimiento de la paciente la extrema importancia que le atribuíamos. <i>La iniciación del tratamiento</i> (1913)
III: 1687	Una señora ya madura que había sufrido estados de obnubilación en los que abandonaba su casa y su marido [...] al cabo de una semana, la paciente me abandonó también a mí. <i>Recuerdo, repetición y elaboración</i> (1914)
III: 2410	Joven agorafóbica, cuya madre impone la interrupción de la cura psicoanalítica a fin de preservar el secreto de sus propios encuentros con su amante. <i>Teoría general de las neurosis</i> (1916)
III: 2280	Señora de 53 años que sufre una crisis de celos delirantes. No habiendo conseguido realizar un análisis completo de este caso, no puedo detallaros cuál de los factores [...] intervino en la génesis del mismo. <i>Teoría general de las neurosis</i> (1916)
III: 2287	Una muchacha de 19 años desarrolla cada noche un ceremonial patológico antes de acostarse [...] antes del término del tratamiento llegó a abandonar todo su ceremonial. <i>Teoría general de las neurosis</i> (1916)
IV: 2499	En un caso en que llegué a curar una joven parálitica [...] le oí decir a su propia madre [...] que el psicoanálisis es algo siniestro. <i>Lo siniestro</i> (1919)
IV: 2553	...un joven artista de indudable disposición bisexual [...] que le apartaba de la mujer y de su obra. El análisis, que logró reintegrarle a ambas... <i>Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina</i> (1920)
IV: 2651	Un joven alemán, quejándose de su incapacidad de trabajo [...] comenzó su análisis conmigo. Lo dejó con plena capacidad de trabajo... <i>Psicoanálisis y telepatía</i> (1921)
IV: 2658	...cierto joven [...] se demostró que se hallaba preso en un enredo con una de las cortesanas más conocidas. [...] El resultado de su tratamiento fue el abandono de sus planes matrimoniales... <i>Psicoanálisis y telepatía</i> (1921)
IV: 2773	Una de mis pacientes más dóciles, con la cual había obtenido por medio del hipnotismo los más favorables resultados, me sorprendió [...] echándome los brazos al cuello... <i>Autobiografía</i> (1924)
V: 3124	Recobrada por obra del influjo analítico su capacidad de trabajo, abandonó el tratamiento para presentarse a exámenes. <i>Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis</i> (1932)
V: 3126	Mi paciente, con ayuda del análisis, consiguió hacer una elección amorosa fuera del círculo mágico en el que había caído prisionero. <i>Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis</i> (1932)
V: 3162	Una vez conseguí liberar a una mujer soltera del complejo de síntomas que a través de quince años la había condenado a una existencia atormentada... <i>Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis</i> (1932)

3.2.3

Dos curaciones rápidas (Nacht, 1932)

Nacht S. Sur deux cas de traitement psychoanalytique suivi de guérisons rapides. *Revue Francaise de Psychoanalyse* 1932;5:441-4

Sacha Nacht consideraba que era necesario efectuar todos los cambios que fueran precisos para perfeccionar la técnica analítica, todavía tan deficiente en alguno de sus aspectos. En este sentido, le pareció que tal vez podía resultar interesante exponer dos casos de curación rápida (demasiado rápida), que contrastaban con lo que enseñaba la experiencia diaria.¹

El primer caso se trató de un hombre de veintisiete años que, a pesar de todas las tentativas terapéuticas (tratamientos físicos, fisioterapia, opoterapia, psicoterapia, etc.), no había conseguido solucionar su impotencia. Este paciente era un joven bien parecido, inteligente y culto que ejercía una profesión liberal. Sin embargo, se hallaba descontento con su trabajo: estaba convencido de que podría hacer mucho más si pudiera utilizar libremente todas sus capacidades.

Jamás había conseguido tener una erección en presencia de una mujer, a pesar de que había disfrutado de múltiples oportunidades. En determinados momentos padecía fantasías de carácter sádico: mujeres desnudas a las que flagelaban, o a las que él flagelaba, o que le flagelaban a él. Se masturbaba a menudo, conseguía la erección mediante dichas imágenes de flagelaciones y sus sueños eróticos iban seguidos de poluciones.

Su padre había muerto cuando él tenía cinco años, lo que recordaba que le había causado una gran tristeza. Solía pedir a la criada que dejara la puerta abierta para que su padre pudiera regresar. Le parecía que su padre era un ser excepcionalmente superior y cariñoso.

El análisis se inició con una ausencia notable de resistencias por parte del paciente. Daba la impresión de que permitía que sus asociaciones se desarrollaran libremente, de que no ponía trabas para que su inconsciente hablara.

En el primer sueño que relató, él se encontraba en una cena y explicaba a los invitados que la gente se asombraba de que pudiera ser homosexual (o de que pudiera jugar al tenis) cuando en la casa había un muerto. El muerto era su tío paterno.

El segundo sueño resultó ser más preciso y más completo: estaba en una casa y llegaba un escuadrón de soldados con los uniformes de Luis XIV; al frente del escuadrón había alguien cuya cabeza era la de su abuela paterna. Tenía la impresión de que le iban a detener, de que creían que era el autor de un asesinato cometido en aquel lugar. Había sangre por todas partes. Sintió como un tirón en la pierna. En este sueño, el paciente no sólo se acusaba de haber cometido un crimen, sino que además manifestaba el temor del castigo, que no era otro que la castración (el tirón que había notado en la pierna).

A fin de no reforzar el sentimiento de culpabilidad que pesaba sobre su paciente, Nacht no le explicó el significado de estos sueños hasta que transcurrieron algunas sesiones. No obstante, la explicación fue aceptada fácilmente. Unas sesiones después tuvo lugar un incidente completamente demostrativo: el paciente vio de repente surgir las imágenes de sus padres juntos (*tête-à-tête*), que después llegaron a abrazarse; tuvo una sensación de vértigo, y las imágenes fueron alejándose, hasta hacerse muy pequeñas.

Nacht indica que la interpretación de estas ensoñaciones es tan fácil que no parece adecuado detenerse en explicarla. El resto de las sesiones no consistió más que en la búsqueda de una confirmación de esta interpretación.

Transcurridas seis semanas, parecía que el joven había revivido, que se había librado de un peso. No habló más de fantasías de flagelaciones. Dos meses después del inicio del análisis, buscó una prostituta y consiguió un coito completo. La satisfacción fue mediocre, limitada al acto sexual, pero se sintió feliz por haber logrado curarse. Posteriormente disfrutó de otras experiencias, pero en mejores condiciones.

El segundo caso de Sacha Nacht se refirió a una muchacha de diecisiete años que desde hacía tres sufría múltiples obsesiones: la idea principal, como ella misma decía, consistía en la impresión desagradable de «haber perdido un gran labio». Otras obsesiones tenían un carácter más fugaz: «ya no era virgen» o «se había tragado un hueso». Estas obsesiones la hacían sufrir y le impedían trabajar, hasta el punto de haber llegado a abandonar sus estudios.

Había engordado y desde hacía un cierto tiempo no tenía la regla, lo que le indujo a consultar al doctor Mále, quien le prescribió opoterapia y consiguió solucionar dichos problemas. Pero la psicoterapia con la que fue tratada durante unos meses no dio ningún resultado en cuanto a sus obsesiones.

En la primera entrevista, Nacht comprobó que el inicio de las molestias había coincidido con el embarazo de la madre de la paciente. Era evidente que las obsesiones constituían una forma de castigarse y de castigar a sus propios padres.

Durante las diez sesiones siguientes, la paciente permaneció sin pronunciar palabra, y Nacht decidió adoptar la misma actitud, hasta que, en un momento determinado, Nacht le dijo que ella no deseaba curarse a pesar de que sabía que su padre estaba haciendo un sacrificio enorme, dada su precaria situación económica, proporcionándole un tratamiento costoso. La paciente reaccionó y llegó a explicarle la intensa fijación que tenía hacia su madre y el odio que sentía contra su padre. Cuando ella tenía cinco años, su madre se había dedicado exclusivamente a atenderla y cuidarla, pues el padre estaba en el frente. A su regreso, lo vio como a un intruso, alguien que le robaba la madre. Es posible que surgieran fantasías de castración, pues era a causa del sexo que su padre le había quitado a su madre. Pero el deseo de castración entrañaba un sentimiento de culpabilidad y un temor a ser castigada de la misma forma. Este proceso permaneció latente hasta que el embarazo de la madre hizo que se pusiera de manifiesto. Toda la agresividad contra el padre condujo al deseo de castrarle. Pero el sentimiento de culpabilidad se volvió contra ella misma y surgió la obsesión de que «había perdido (o de que alguien le había quitado) alguna cosa de sus órganos genitales».

El efecto terapéutico de esta explicación fue inmediato: la paciente volvió a estudiar, las obsesiones fueron cediendo poco a poco, hasta que, transcurridos unos seis meses, desaparecieron.

Comentario

Sacha Nacht se limitó a exponer dos casos clínicos sin comentar la validez de sus observaciones. En el primer caso cabía la posibilidad de que el paciente hubiera mentado al decirle que se había curado: no se trata de una posibilidad remota, especialmente en temas que afectan la esfera sexual. Es incluso posible que al paciente no le agradara la orientación terapéutica, que deseara no herir la sensibilidad del analista y que llegara a la conclusión de que afirmar que había alcanzado la curación era el camino más simple para solucionar una situación complicada.

Suponer que la explicación de un complejo mecanismo psicológico es la vía adecuada para solucionar de forma inmediata un problema cronificado de carácter obsesivo tal vez resultaba aceptable en 1932, pero el mismo Sacha Nacht planteó años después una visión del psicoanálisis que en cierto modo contradecía esta conclusión. Según este autor, la «presencia del analista» es la exigencia básica de todo psicoanálisis correcto y, de hecho, es el sustrato sobre el que se basa la teoría psicoanalítica.² La «presencia del psicoanalista» debe entenderse como una accesibilidad constante (es decir, estar siempre a disposición del paciente), una acogida amable y sin condiciones, una paciencia ilimitada y, lo que es más importante, una gran capacidad de entrega. El paciente debe encontrar en el analista un «objeto bueno», ya que la capacidad de transferencia depende más de una actitud sincera frente al paciente que de cualquier tipo de habilidad técnica por parte del terapeuta.

Referencias

1. Nacht S. Sur deux cas de traitement psychoanalytique suivi de guérisons rapides. *Revue Francaise de Psychoanalyse* 1932;5:441-4
2. Nacht S. *La présence du psychoanalyste*. París: Presses Universitaires de France, 1963

3.2.4

Tratamiento psicoanalítico de un homosexual (Socarides, 1969)

Socarides CW. Psychoanalytic therapy of a male homosexual. *Psychoanal Quarterly* 1969;38:173-90

Charles W. Socarides postuló que la homosexualidad era una adaptación neurótica y que podía ser tratada. Afirmó que existía un amplio consenso de la idea de que para alcanzar éxito terapéutico era preciso interpretar el temor de castración del paciente, su temor a la dependencia oral, su desagrado por el sexo opuesto y su temor a su propia destructividad y a su propio sadismo. La interpretación que conseguía con mayor efectividad relajar las resistencias del paciente consistía en poner de manifiesto que éste intentaba adquirir masculinidad mediante la identificación con su compañero y con el pene de su compañero en el momento de la relación homosexual. Después de elaborar esta interpretación, el paciente era capaz de desarrollar una actitud heterosexual, que transcurriría a partir de una fase fálico-narcisista, en la que la función de la mujer residiría únicamente en demostrar la grandeza del pene del sujeto.¹

La siguiente historia (resumida con la mayor precisión posible) pretendía constituir una demostración de la validez de estas teorías.²

El paciente de Socarides fue exclusivamente homosexual hasta el momento de iniciar el tratamiento psicoanalítico, a la edad de veintisiete años. En la primera entrevista manifestó que había desarrollado una activa vida homosexual desde los dieciocho años, aunque los contactos con otros muchachos se habían iniciado cuando tenía unos catorce años.

Se trataba de un individuo atractivo, perspicaz, razonable y con una personalidad propia. Se quejaba de que sus únicos amigos eran homosexuales y de que ello no conducía a ninguna parte. Temía que su homosexualidad resultara conocida, lo que podría interferir en su vida profesional y conducirlo a un desastre. Se sentía desgraciado y sufría porque no podía desistir de sus prácticas homosexuales.

También explicó que su madre le dominaba de forma brutal, tanto con sus actos como con sus palabras. El padre estaba aterrorizado y había adoptado un papel pasivo, esperando que ello le evitara ser el objeto de la agresividad de su mujer.

A los trece años, dormía a menudo con su madre, que se desnudaba delante de él y se burlaba de su pene: «Nunca será capaz de funcionar como un hombre con una mujer». Criticaba a todos sus amigos y procuraba separarle de ellos, especialmente si se trataba de niñas.

Cuando tenía tres o cuatro años, había desarrollado una marcada inapetencia. Su madre le obligaba a dejar «limpio el plato» y, si vomitaba, insistía en que debía comer lo que había vomitado.

La madre le tomaba el pelo, le provocaba y le ridiculizaba. Además le arañaba, y él la golpeaba y sentía placer cuando conseguía hacerla llorar. Deseaba estrangularla; ella se burlaba de él, le desafiaba a que la matara y le ofrecía el cuello. Él experimentaba un profundo temor y se sentía culpable y cautivo de su propia madre.

En el análisis comprobó que tenía los mismos sentimientos respecto a sus compañeros: deseaba rodearlos con sus piernas y ahogarlos, o apretarles la garganta de la misma manera que deseaba estrangular a su madre. Estos deseos le proporcionaban placer. Con ello empezó a comprender que «cuando tengo sexo con un hombre, tengo sexo con mi madre [...] es increíble, pero es lo que siento. Siempre deseaba su cuerpo. Cuando dormía con ella, a los doce o trece años, la abrazaba y deseaba penetrar en su vagina con mi pene».

Socarides observa que este reconocimiento demuestra que la homosexualidad del paciente constituía una función defensiva contra sus deseos incestuosos y sus impulsos matricidas.

Tras dos años y medio de análisis, el paciente descubrió que sus sentimientos homosexuales estaban repletos de impulsos violentos. Le agradaba observar expresiones de dolor en el rostro de sus compañeros. Deseaba arrancarles los genitales, causarles dolor y sentir que ello le proporcionaba placer. Y sin solución de continuidad, el paciente manifestó que odiaba a su madre, la odiaba por todo el daño que le había causado, por su egoísmo...

El paciente manifestaba tener una imagen distorsionada de su propio cuerpo: «Sabe usted: no siento que tenga mi propio cuerpo. Yo deseo el cuerpo de cualquier otra persona. Mi cuerpo es plano, mi pene es plano, nunca tengo una erección con una mujer. Busco un cuerpo en otro hombre, especialmente si está bien vestido y tiene un aspecto muy masculino.»

En cuanto a sus progenitores, el paciente los temía y los odiaba. La identificación con el analista le permitió dar los primeros pasos hacia la heterosexualidad. Gracias a la transferencia empezó a comprender que su padre había hecho todo lo que le fue posible hacer y admitió: «Me encuentro muy mal al comprobar que hice que mi padre se sintiera como una mierda».

Tras su primera experiencia heterosexual, soñó que su madre intentaba arrancarle los testículos. Aunque en su relación con una mujer había experimentado un orgasmo, sentía que ella le forzaba y le aprisionaba y empezó a desarrollar de nuevo sentimientos homosexuales. Cuando no conseguía mantener una erección era porque la mujer intentaba controlar la situación, y él la temía de la misma forma que temía a su madre. La homosexualidad le resultaba más fácil.

En una ocasión, mientras mantenía una relación homosexual en un lavabo público, observó a otros dos hombres, uno de los cuales practicaba una felación extremadamente masoquista. Se identificó con este último individuo y comprendió que cada vez que tenía una relación homosexual buscaba degradarse él mismo ante otro hombre; además asoció la felación con su deseo de poseer los pechos de su madre. Esta asociación le llevó a comprender que si establecía una relación progresivamente más intensa con otra mujer, ello dañaría a su madre. Mantener relaciones con otras mujeres era como hacerlo con su madre, algo que debía evitar a toda costa.

De repente se sintió avergonzado de desear a su madre: «Sé que la he deseado durante muchos años. Cuando digo esto, vienen lágrimas a mis ojos y lloro. Quiero a mi madre sobre todo, pero deseo que mi madre tenga a mi padre y que mi padre tenga a mi madre, y que yo pueda dejarlos, alejarme de ellos dos.»

Entonces soñó que su madre le cogía las manos aunque ella estaba sangrando por la mitad de su cuerpo y él se sentía avergonzado... y sintió que existían buenas razones para romper su relación con ella, apartarla de su vida y dejar que su padre la poseyera.

Esta última sesión se acompañó de una gran descarga emocional, expresada en lloros, tristeza, sentimiento de culpa, desesperación... El paciente se retorció en el sofá. Abandonó la sesión en una situación lamentable, pero unas horas después telefoneó al analista y le dijo: «Nunca me he sentido tan feliz en mi vida».

La transición a la heterosexualidad se desarrolló con un proceso de sufrimiento y de tristeza, pues el paciente se sintió alarmado por haber perdido a su madre. Al mantener relaciones con otras mujeres, perdía a su madre. Gracias a las relaciones sexuales con una amiga, empezó a obtener una respuesta orgásmica completa y finalmente desarrolló profundos sentimientos de afecto y ternura hacia ella. Empezó a sentir espontáneamente atracción sexual hacia otras mujeres y a experimentar erecciones. Este proceso no estuvo libre de ansiedades, pero los problemas se redujeron gradualmente.

Durante el tercer año de tratamiento cedieron sus inhibiciones y el paciente empezó a creer en sus cualidades de originalidad, razonamiento objetivo y fuerza, que siempre le habían preocupado. Al finalizar el cuarto año, le propuso a su amiga que contrajeran matrimonio. «Nunca me encontré tan bien [...] siento que puedo analizar mis temores y comprenderlos», afirmó entonces.

Socarides considera que en este caso se dio todo el proceso psicodinámico característico de la homosexualidad:

- identificación con el compañero del mismo sexo durante el acto sexual;
- importancia de los temores edípicos de incesto y agresión;
- presencia de una imagen corporal distorsionada;
- el pene del compañero se manifiesta como un sustituto del pecho materno;
- intenso anhelo subconsciente de alcanzar el amor y la protección del padre;
- durante el análisis, los intereses heterosexuales se encuentran sometidos a un continuo proceso de supresión y represión.

El artículo concluye con la afirmación de que el mantenimiento de una alianza terapéutica positiva es un elemento decisivo para recuperar la deseada identidad masculina.

Nota biográfica. Tiene interés revisar la carrera profesional del autor de esta historia clínica. Charles W. Socarides (1922-2005) nació en Brockton (Massachusetts), se graduó en Medicina en el Harvard College y en 1952 obtuvo el diploma de Medicina Psicoanalítica de la Universidad de Columbia. Entre 1978 y 1996 fue profesor de psiquiatría en el Albert Einstein College of Medicine (Nueva York). Dedicó su carrera profesional al estudio de la homosexualidad y publicó 16 libros y más de 80 artículos científicos. En *How America went gay* informó que había tratado centenares de homosexuales y que había conseguido que aproximadamente una tercera parte de ellos se convirtieran en heterosexuales y mantuvieran su heterosexualidad.¹ Sus opiniones no se modificaron cuando en 1973 la American Psychiatric Association decidió retirar la homosexualidad del listado de trastornos mentales y cuando dicha asociación declaró que «no es ético profesionalmente intentar cambiar la orientación sexual de los pacientes». Socarides expresó su disconformidad con este desarrollo en *Homosexuality: A freedom too far*.³

Comentario

Si el informe de Charles W. Socarides se presentara ante un panel de expertos que tuviera que decidir si la terapia psicoanalítica debería ser subvencionada o no, probablemente se le formularían algunas preguntas que tal vez tendrían que haberse considerado en la publicación del Psychoanalytic Quarterly:

- ¿Solicitó usted a la madre de su paciente su opinión sobre sus relaciones con su hijo?
- ¿Solicitó usted al padre del paciente que le informara acerca de las relaciones entre el paciente y su madre?
- ¿Solicitó usted a la amiga de su paciente que le informara acerca de sus relaciones con el paciente?
- ¿Consiguió la amiga de su paciente mantener una relación sexual satisfactoria con el paciente?
- ¿Se informó usted acerca de si el paciente había conseguido tener hijos?
- ¿Ha considerado usted la posibilidad de que el paciente se identificara con su terapeuta y le proporcionara la información que consideraba que a usted le resultaría placentera?
- ¿En alguna ocasión observó usted en su paciente actitudes que pudieran interpretarse como intentos de acercamiento sexual?

Tal vez las respuestas de Charles W. Socarides podrían haber convencido al mencionado panel, pero al parecer no convencieron a Ralph Roughton, homosexual y psicoanalista del Emory University Psychoanalytic Institute y profesor clínico de psiquiatría en la Amery School of Medicine, Amery (Wisconsin), quien el año 2002 escribió lo siguiente:

Resumen. El autor describe su fracasado intento de curar su homosexualidad mediante el psicoanálisis; en lugar de curarse, aprendió a suprimir, a sublimar y a controlar su comportamiento. Actualmente considera que su «curación», ilusoria y breve, fue sólo una demostración de su propia abnegación (en el sentido de «negación de sí mismo», self-denial) y de una transferencia sumisa, que no fueron analizadas, sino que se utilizaron de forma manipulativa para alcanzar una modificación de su comportamiento.⁴

Por otra parte, en 1994 se publicó una encuesta en la que participaron 285 psicoanalistas que habían tratado 1.215 homosexuales: el 84% de estos pacientes habían obtenido un beneficio

terapéutico significativo y el 23% se habían convertido en heterosexuales, aunque prácticamente todos los participantes en la encuesta rechazaron la idea de que un homosexual «podía y debía» cambiar su orientación sexual.⁵

En diciembre de 1998, la American Psychoanalytic Association presentó en el hotel Waldorf Astoria su informe Homophobia: Analysis of a permissible prejudice.⁶ En esta reunión, Ralph Roughton, presidente del Comité sobre Asuntos de Homosexualidad de dicha asociación, habló de la vergüenza, la degradación, la opresión y la confusión que sintió como homosexual antes de revelar su identidad en 1996, y afirmó: «Estábamos equivocados. Causamos dolor.»

Referencias

1. Socarides CW. *How America went gay*.
<http://www.leaderu.com/jhs/socarides.html>
2. Socarides CW. Psychoanalytic therapy of a male homosexual. *Psychoanal Quarterly* 1969;38:173-90
3. Socarides CW. *Homosexuality: A freedom too far*. San Francisco: Roberkai, 1995
4. Roughton RE. Being gay and becoming a psychoanalyst: Across three generations. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy* 2002;6:31-43
5. MacIntosh H. Attitudes and experiences of psychoanalysts in analyzing homosexual patients. *J Am Psychoanal Assoc* 1994; 42:1183-207.
6. The Public Forum. *Homophobia: Analysis of a permissible prejudice*.
<http://cyberpsych.org/homophobia/>

3.2.5

Diabetes inestable y el ensayo $n = 1$

(Moran, 1987)

Moran GS, Fonagy P. Psychoanalysis and diabetic control: A single case study. *Br J Med Psychol* 1987;60:357-72

La diabetes mellitus de tipo I (diabetes juvenil) es una enfermedad autoinmune de base genética con destrucción progresiva de las células beta del páncreas, productoras de insulina. Su tratamiento se basa en una dieta con restricción de carbohidratos y en múltiples dosis de insulina. La colaboración del paciente es decisiva para alcanzar el éxito terapéutico.

La *brittle diabetes* (diabetes inestable, diabetes frágil) fue descrita en 1934 por Rollin Turner Woodyatt (1878-1953) como un proceso caracterizado por oscilaciones importantes de la concentración de glucosa en sangre.¹ Su prevalencia es de 1,2/1.000 pacientes diabéticos. En una encuesta efectuada por David Schade, el 93% de los médicos consideraron que la causa más probable era de carácter psicosocial.² Este mismo autor demostró que aproximadamente en la mitad de los casos se trataba de procesos ficticios.

En el Anna Freud Centre se intentó desarrollar un modelo matemático para estudiar las relaciones entre las variables observadas en el psicoanálisis y el curso clínico de un paciente. Este modelo se basa en el análisis de series temporales, un procedimiento estadístico flexible utilizado en estudios econométricos, que fue adaptado a las ciencias sociales en 1980 por John McCleary y Richard Hay.³ Una serie temporal consiste en mediciones tomadas con intervalos de tiempo aproximadamente semejantes en un gran número de ocasiones (por lo menos, un centenar de puntos). Este modelo se utilizó para estudiar el psicoanálisis de una adolescente diabética, análisis que se prolongó 184 semanas.⁴

Sally, la adolescente, fue referida para tratamiento psicoanalítico a causa de una diabetes inestable que se había mostrado resistente a otros tratamientos médicos y psicológicos. Su vida se encontraba perturbada de forma continua por episodios recurrentes de hipoglucemia y cetoacidosis. El control de la glucemia, que se efectuaba cada día, había sido extraordinariamente deficiente durante los dos años anteriores, y lo continuó siendo durante la primera fase de su psicoanálisis.

Durante un período de seis años, se obtuvo la media aritmética semanal de los valores diarios de glucemia de Sally. Los informes psicoanalíticos semanales, basados en los informes diarios efectuados inmediatamente después de cada entrevista, se utilizaron como base de las valoraciones clínicas. Estos informes, de aproximadamente tres páginas de extensión, resumían los temas más importantes de la semana, las dificultades y ansiedades de la paciente, la interpretación del terapeuta y las respuestas de la paciente.

Asimismo se intentó condensar los temas analíticos de mayor importancia y se consiguieron definiciones operacionales de diez dimensiones clínicas, pero los aspectos cruciales de la psicopatología de Sally y del proceso analítico se resistieron a todos los intentos de definición sistemática. No obstante, estos informes clínicos permitieron identificar cinco temas analíticos derivados de las estructuras patológicas (conflictos intrapsíquicos) responsables del deficiente cumplimiento del tratamiento. Estos temas eran los siguientes:

- a) frustración de sus deseos de ser amada, admirada y valorada por su padre (Sally no se sentía amada por su padre, estaba enojada con él por su falta de atención);
- b) rivalidad con su madre en cuanto al amor y las atenciones de su padre;

- c) ambivalencia respecto a su madre a causa de la enfermedad psíquica que ésta había sufrido cuando Sally tenía seis años;
- d) ansiedad y sentimientos de culpa por sus deseos de que murieran sus padres y otros familiares que le desagradaban;
- e) conflictos relativos a los peligros derivados de su enfermedad, tanto reales como distorsionados a causa de procesos defensivos.

Una segunda serie de temas analíticos se refería a los síntomas de la diabetes:

- a) imitación de chicos y fantasías asociadas a ello;
- b) ansiedad fóbica en cuanto asistir a la escuela;
- c) intención real o imaginaria de castigarse a sí misma;
- d) fantasías de verse a sí misma como una víctima;
- e) manifestaciones de resistencia al progreso terapéutico del análisis.

A continuación, se desarrollaron definiciones operativas de cada uno de estos conflictos y síntomas para facilitar la valoración de su presencia o ausencia en los informes semanales, valoración que efectuaban dos árbitros independientes y el analista de Sally mediante una escala de cinco puntos que iba desde «indudablemente presente» hasta «indudablemente ausente». Al final, se obtuvo un coeficiente de correlación* entre los árbitros superior a 0,70 en siete de los mencionados temas, los cuales fueron utilizados para valorar el desarrollo del proceso analítico.

El siguiente paso consistió en calcular la asociación entre el curso del control diabético y la evolución de las valoraciones de los siete temas psicoanalíticos en los que había existido concordancia entre los evaluadores: seis de dichas correlaciones resultaron estadísticamente significativas. En opinión de los autores, la asociación estadística entre control diabético y valoración analítica es de limitado interés, dado que puede ser referida a una mejoría gradual del control diabético que coincide con la aparición de manifestaciones conflictivas en el análisis y con la reducción de la sintomatología psíquica.

Por dicho motivo se examinó la correlación de las variaciones semanales mediante un análisis de covarianza. El resultado de mayor interés fue que, aunque la presencia de temas de conflicto en el material analítico tendía a presagiar mejoría del control diabético, la mejoría del control diabético a su vez parecía aumentar la probabilidad de aparición de sintomatología psíquica entre una y tres semanas después.

Los datos sustentan la hipótesis de que las transgresiones del régimen antidiabético responsables de la diabetes inestable son adaptaciones neuróticas de la ansiedad y del sentimiento de culpa secundarios a un conflicto inconsciente. La interpretación de estos conflictos conduce a una mejoría del control de la diabetes al reducir la necesidad de transgresiones, pero en ocasiones la mejoría del control también puede llevar a un incremento temporal de la ansiedad y del sentimiento de culpa.

A fin de determinar la proporción de la variabilidad del control diabético determinada por el tratamiento del conflicto psíquico, se crearon diferentes funciones de transferencia, de lo que resultó que el modelo más fiable correspondía a «control diabético» y «conflicto edipal». Los dos primeros componentes del modelo se refieren a la variabilidad del control diabético, que podía predecirse de acuerdo con las observaciones realizadas una y dos semanas antes. El tercer componente está representado por el índice de conflicto edípico, que demostró que podía predecir de forma independiente el nivel de control diabético durante las tres semanas siguientes. En conjunto, la función de transferencia explicó el 46% de las variaciones del control diabético.^A

Los autores concluyen que este estudio individual demuestra que la presencia e interpretación de los conflictos psíquicos predice la mejoría del control diabético. No obstante,

* Coeficiente de correlación: medida del grado de asociación entre dos características en una serie de observaciones. Su valor varía entre -1 (relación lineal perfecta negativa) y +1 (relación lineal perfecta positiva).

^A Función de transferencia: ecuación lineal que relaciona el curso previo de una serie temporal con la situación presente y futura de otra serie temporal.

esta conclusión tiene un valor muy limitado. En la discusión del artículo se afirma textualmente que estos hechos

í provide persuasive indirect evidence of at least the possibility of a causal link. [í proporcionan evidencia convincente indirecta de por lo menos la posibilidad de una relación causal.]

El ensayo $n = 1$

En relación con este estudio, es importante revisar lo que se entiende por ensayo clínico en un solo paciente o ensayo $n = 1$. De hecho, consiste simplemente en modificar de manera sistematizada el tratamiento de un paciente durante una serie de períodos predeterminados. Su objetivo es confirmar o rechazar la efectividad del tratamiento en este paciente en particular. Pueden utilizarse varios tipos de diseño experimental, pero éste siempre incluye:⁵

- a) aleatorización,
- b) doble enmascaramiento, y
- c) medición no sesgada de los resultados.

Generalmente se comparan períodos de tratamiento de dos en dos: el paciente recibe un tratamiento durante una de las fases del primer período y durante la otra fase recibe bien tratamiento alternativo, bien placebo. El orden del tratamiento en cada fase se determina al azar. Cuando médico y paciente deciden realizar un ensayo $n = 1$, tienen que ponerse de acuerdo acerca de los parámetros o síntomas que van a evaluarse; frecuentemente se descartan las preferencias de los pacientes.

Las deducciones de un ensayo $n = 1$ suelen ser tan obvias que no precisan de un análisis estadístico complejo. La unidad experimental en un ensayo de este tipo es el período de tratamiento. Dado que éste debe ser forzosamente limitado, el tamaño resultante de la muestra será pequeño, con lo que existe un riesgo de pasar por alto una diferencia real en la respuesta terapéutica (error de tipo II). En la práctica clínica, cuando el tratamiento se establece sin aleatorización ni enmascaramiento, el error más frecuente es de tipo I, es decir, se puede concluir que el tratamiento es eficaz cuando en realidad no lo es.

En el ensayo $n = 1$ el problema estudiado debe ser crónico y estable, la sintomatología debe ser reversible, y su gravedad, fácilmente cuantificable por el propio paciente. Así, se han efectuado estudios $n = 1$ en el tratamiento prolongado del asma bronquial (ipatropio), de la dispepsia no ulcerosa (cimetidina), de procesos articulares (analgésicos y antiinflamatorios), de la fibromialgia (amitriptilina) y de otros muchos procesos patológicos (depresión, esquizofrenia, ansiedad, insomnio, cefaleas, etc.).

Los ensayos $n = 1$ plantean problemas logísticos en cuanto a su diseño y desarrollo, pues exigen una dedicación especial por parte del personal sanitario: un ensayo con cuatro a seis períodos de tratamiento precisa de una dedicación del personal sanitario de unas veinte horas.

Comentarios

1. *En el artículo de Moran y Fonagy se utiliza el término «diabetic control» cuando, en realidad, el control se refiere a las variaciones de la concentración de glucosa en sangre, que no es exactamente lo mismo. No obstante, en este resumen se ha respetado la terminología de sus autores.*
2. *Los propios autores expresan el resultado de su estudio de forma tan cautelosa (provide persuasive indirect evidence of at least the possibility...) que en realidad parece como si aceptaran el fracaso de su proyecto experimental. No obstante, su planteamiento (valoración estadística de la repercusión del tratamiento analítico sobre el curso clínico de la enfermedad crónica de una determinada paciente) es muy valioso. Es de lamentar que no proporcionen datos de la evolución de la enfermedad (por ejemplo, curva de valores de*

HbA₁ antes, durante y después del tratamiento analítico) o de la sintomatología psicológica de la paciente (Symptom Checklist, escalas de calidad de vida) o de la frecuencia de episodios de hiperglucemia. Los complejos parámetros utilizados en la valoración de los resultados de este estudio parece que sólo expresan una infructuosa búsqueda de significación estadística.

3. *En varias ocasiones, Peter Fonagy se ha referido a este tipo de estudios como un single case study («estudio de caso único»), lo que puede interpretarse como equivalente a un ensayo clínico en un solo paciente. A fin de evitar confusiones, se han resumido las características de los ensayos $n = 1$, cuyas exigencias principales (aleatorización y enmascaramiento) descartan su utilización en la valoración del tratamiento psicoanalítico.*

Referencias

1. Woodyatt RT. Diabetes mellitus. En: RL Cecil (editor). *A textbook of Medicine*. Filadelfia: Saunders, 1934
2. Schade DS, Drumm DA, Duckworth WC, Eaton RP. The etiology of incapacitating brittle diabetes. *Diabetes Care* 1985;8:12-20
3. McCleary J, Hay RA. *Applied time series analysis for the social sciences*. Beverly Hills: Sage, 1980
4. Moran GS, Fonagy P. Psychoanalysis and diabetic control: A single case study. *Br J Med Psychol* 1987;60:357-72
5. Laporte JR. *Principios básicos de investigación clínica*. Barcelona: AstraZeneca, 2001

3.2.6

Casos clínicos registrados en PubMed (1964-2010)

Mediante una búsqueda efectuada en el servicio bibliográfico de la National Library of Medicine de Estados Unidos (PubMed) con los términos «psychoanalysis» y «case report» se localizaron 712 artículos publicados entre 1964 y 2010. La revisión de los títulos de dichos artículos permitió encontrar 72 dedicados específicamente a la descripción de un caso clínico. En 41 de los mismos se dispuso del resumen del artículo: en sólo 22 de ellos se trata, con mayor o menor extensión, del resultado terapéutico registrado al finalizar el tratamiento. A continuación, se resumen los correspondientes casos clínicos agrupados según sus diagnósticos.

Trastornos de la personalidad. Tres de los casos clínicos mencionados se refieren a pacientes con trastornos de la personalidad

- Brian Johnson (1992) describió el caso de un hombre con alcoholismo activo (Mr. A.) que inició el tratamiento negando su adicción.¹ El análisis demostró la escisión entre su ego empírico y su ego observador. Esta escisión se resolvió merced a la alianza terapéutica y Mr. A. decidió que se había estado agrediendo con el alcohol a sí mismo y decidió abstenerse de la bebida completamente.
- Otto Kernberg (1999) informó de un caso en el que el análisis de los conflictos edípicos resolvió gradualmente una grave inhibición del deseo sexual que se había desarrollado como un nuevo síntoma en la fase final del tratamiento psicoanalítico.² El análisis solucionó satisfactoriamente la estructura caracterial narcisista, pero Kernberg indicó que era preciso valorar cuidadosamente el funcionamiento sexual del paciente antes de decidir la terminación del análisis.
- En un caso de trastorno caracterial psicótico, Richard Chessick (2007) consiguió solucionar los problemas alimentarios de su paciente, pero el comportamiento autoagresivo no se resolvió hasta que el terapeuta comprendió su propia contratransferencia; el tratamiento psicoanalítico se prolongó quince años.³

Tratamiento de la esquizofrenia. El tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia ha dado lugar a informes con resultados contrapuestos.

- Horst Kächele cita el caso de Dominique, que tenía catorce años y que según Françoise Dolto (1971) curó de su regresión psicótica con 12 sesiones de psicoterapia.^{4,5} En ocasión de este caso, Dolto creyó necesario (exigió) que en la sesión analítica se tomaran notas extraordinariamente largas y propuso que una tercera persona estuviera presente en el curso de la misma: un psicoanalista debía registrar todo lo que decían tanto el paciente como su analista.
- Jane Cole fue ingresada con el diagnóstico de esquizofrenia en el asilo de Chestnut Lodge (Rockville, a unos 32 kilómetros al noroeste de Washington) en 1949, cuando tenía 26 años.⁶ Permaneció 18 años en dicho asilo, habiendo sido tratada mediante psicoterapia por tres psicólogos diferentes. Se recuperó lo suficiente para poder vivir sola, aunque continuó el tratamiento con su último psicoterapeuta. Los informes anuales sobre su tratamiento abarcan unas cuatrocientas páginas. El autor de este artículo, Thomas McGlashan, profesor de Psiquiatría en la Universidad de Yale (New Haven, Connecticut), se había incorporado a

Chestnut Lodge en un momento en el que el psicoanálisis se encontraba en su mayor apogeo. En este asilo se trataba la enfermedad mental grave sin antidepresivos, sin fármacos antipsicóticos y sin electrochoques. No obstante, en 1984 McGlashan ya había afirmado que no existía ni la más mínima demostración de que la psicoterapia ayudara a los pacientes afectados de esquizofrenia, y mucho menos que los curara.⁷ En un estudio realizado en 1987, en el que se incluyeron 226 pacientes tratados en dicha clínica mediante psicoterapia, se comprobó que el curso clínico de los mismos no se diferenciaba del curso clínico de los pacientes no tratados.⁸ Chestnut Lodge fue clausurado el año 2001.

- El caso de Sandra fue publicado por Sonja Levander y Johan Cullberg en 1993: era una mujer joven que desarrolló de forma progresiva un proceso esquizofrénico basado en una personalidad límite, del que se recuperó después de más de veinte años de síntomas incapacitantes.⁹ Sandra consideraba que el tratamiento psicoterapéutico había resultado decisivo para alcanzar dicho resultado.
- Riccardo Lombardi (2003) informó acerca del análisis de un psicótico, tratado mediante cuatro sesiones semanales durante 13 años, que inicialmente se encontraba confuso, paranoide e incapaz de desarrollar reflexiones que le permitieran soportar sus emociones abrumadoras y que, al finalizar el análisis, se encontraba completamente libre de sus síntomas psicóticos.¹⁰

Comentario *En ninguno de los casos sobre tratamiento psicoanalítico de las psicosis se considera que el curso de estos procesos puede ser muy variable: desde episodios breves que remiten espontáneamente hasta formas que desembocan en una demencia, pasando por las esquizofrenias que evolucionan a brotes, por las inmodificables, así como por aquellas que no alteran la personalidad, hasta las gravemente deteriorantes.*

Otros procesos patológicos. Los seis artículos siguientes tratan del resultado del psicoanálisis en diversos procesos patológicos.

- Paul Dewald describió en 1972 el tratamiento de una mujer joven que padecía una neurosis mixta clásica con múltiples fobias, angustia flotante, depresión y frigidez, y que se adaptó rápidamente a la situación analítica; el tratamiento duró sólo 24 meses (347 sesiones) y condujo a una mejoría sintomática y a una modificación estructural de la personalidad.¹¹ Dewald resalta la contradicción existente entre la exigencia de publicar los datos originales y la imposibilidad de reproducir de forma completa un tratamiento psicoanalítico incluso uno breve.
- La comunicación de J.W. Hamilton (1977) trata de un paciente afecto de fetichismo cuyos mecanismo de defensa se debilitaron al contraer matrimonio y tener un hijo, lo que le indujo a buscar tratamiento psicoterapéutico; a los dos años alcanzó un nivel de introversión suficiente para renunciar a su fetichismo y para desarrollar una actividad heterosexual de forma libre de conflictos.¹²
- Abraham Freedman (1983) se refirió a un joven que padeció una glomerulonefritis cuando tenía cinco años y que fue tratado mediante psicoterapia a causa de una neurosis de carácter fóbico y obsesivo; la psiconeurosis empeoró tras recibir un trasplante de riñón donado por su hermano, iniciándose un psicoanálisis un año después.¹³ Freedman concluye que es posible efectuar un psicoanálisis en caso de trasplante renal si existen otras indicaciones para ello.
- Una mujer de 25 años fue hospitalizada con dolores articulares en el dorso y las caderas que habían comenzado súbitamente un año antes; los exámenes de laboratorio, radiológicos y escintográficos no detectaron anomalía alguna, estableciéndose el diagnóstico de fibromialgia o fibrositis (Kobayashi Set al. 1991).¹⁴ El tratamiento con maprotilina y fenobarbital mejoró de forma limitada el dolor y las contracturas. El psicoanálisis demostró que padecía conflictos emocionales respecto sus padres y a sus compañeros de trabajo. Los autores concluyen que dado que la fibromialgia ha sido asociada frecuentemente con enfermedades reumáticas, hipotiroidismo y procesos malignos, es preciso prestar una gran atención para comprender este síndrome.

- Marilia Aisenstein (2003) describió con detalle un determinado momento del análisis de Vanya, un hombre joven, y concluyó que el resultado favorable de un tratamiento psicoanalítico no consiste sólo en la simple mejoría sintomática, sino que además incluye una reestructuración psíquica que permite que el paciente sienta de nuevo que vive.¹⁵
- Maria Ginieri-Coccosis informó en 2008 acerca de una paciente que mediante psicoterapia psicoanalítica mejoró en su relación con su psicoterapeuta, con otras personas importantes para ella y con los profesionales sanitarios que la atendían, así como en el cumplimiento de su tratamiento antidiabético.¹⁶

Asociación de psicoanálisis y farmacoterapia. Tres estudios tratan de la asociación de psicoanálisis y tratamiento farmacológico.

- Harold Wylie Jr. y Mavis Wylie (1987) informaron acerca de una mujer incapaz de desarrollar una transferencia analizable.¹⁷ Sufría una depresión atípica asociada con una anomalía neuroquímica que pudo modificarse mediante un período de tratamiento con fenelzina. El cambio en el análisis y en la vida de la paciente permite suponer que su vulnerabilidad afectiva había inhibido su capacidad de iniciar un análisis transferencial antes de la administración del fármaco.
- Nathan Roth se refirió en 1990 al caso de una mujer joven tratada mediante psicoanálisis durante muchos años sin haberse considerado el origen orgánico de su trastorno; mediante terapia farmacológica adecuada se consiguió una remisión prolongada de sus síntomas.¹⁸
- La asociación de tratamiento farmacológico y psicoanálisis fue estudiada por Josephine Wright (2006) en dos pacientes con trastorno de hiperactividad y déficit de atención.¹⁹ En el caso de Arielle, una niña, la medicación se asoció con incremento de la agresividad y con reacción depresiva, que condujeron a una regresión de sus funciones cognitivas. En Tammy, una mujer adulta, se constató incremento de la tolerancia, elaboración de las fantasías agresivas y libidinales, y mayor capacidad para describir la complejidad de su mundo interior y el de otras personas. El estudio del proceso analítico en estas pacientes proporciona datos valiosos para comprender el mecanismo de acción de las sustancias psicoactivas.

La neurosis de transferencia. El análisis de la neurosis de transferencia ha sido objeto de varios estudios de casos.

- Arnold Pfeffer desarrolló en 1959 un procedimiento para evaluar el resultado del tratamiento psicoanalítico.²⁰ Este procedimiento consistió en una serie de cuatro a seis sesiones con intervalos de una semana aplicadas, algunos años después de que hubiera finalizado el tratamiento, por un psicoanalista que no se había relacionado con el paciente. Los informes de las entrevistas de seguimiento se compararon con el informe efectuado al finalizar el tratamiento, con lo que se pudo comprobar de forma consistente un recrudescimiento de los fenómenos de transferencia observados durante el psicoanálisis. Pfeffer concluyó que los aspectos de la neurosis de transferencia que no habían sido analizados se conservan como residuos transferenciales disponibles en el caso de las reacciones neuróticas que pueden presentarse posteriormente en determinadas situaciones vitales. En el mencionado artículo, Pfeffer se refirió concretamente a dos casos clínicos. El primero se trató de una mujer de 23 años, profesora de música, soltera, preocupada por su relación homosexual con una mujer mayor que ella; tras un análisis de dos años, interrumpió dicha relación y aceptó su feminidad. El segundo caso fue el de una mujer joven que se quejaba de ansiedad, depresión, temor a la locura y masturbación de creciente frecuencia. Fue tratada durante dos años con resultado satisfactorio en cuanto a las manifestaciones depresivas. Pfeffer se refirió en las conclusiones de su estudio a la utilidad de las entrevistas de seguimiento a largo plazo como un método para obtener información más exacta sobre las vicisitudes de los problemas específicos residuales.
- En 1961 Pfeffer publicó otro caso estudiado con el mismo procedimiento: una mujer de 31 años, casada y con dos hijos, que padecía de sentimientos de despersonalización.²¹ Fue

tratada durante siete años con resultados satisfactorios: ya tras el primer año de psicoanálisis recuperó su interés por la creación literaria. En las entrevistas de seguimiento, efectuadas cuatro años después de finalizado el análisis, la paciente experimentó una breve reaparición de sus trastornos iniciales, lo que fue interpretado como manifestación de residuos de la transferencia analítica.

- Nathan Schlessinger y Fred Robbins se refirieron al caso de Miss G., de 25 años de edad, quien después de una tumultuosa relación heterosexual («autodestructiva») de cinco años de duración desarrolló una depresión profunda que fue tratada con buenos resultados: identificación con la madre y recuperación de su sexualidad.^{22,23} Las entrevistas de seguimiento aclararon la naturaleza del proceso analítico en cuanto al conflicto psíquico y su resolución.
- En 1974, Jerome Oremland et al. publicaron dos casos: Mrs. A., de 26 años, casada, que sufría angustia incontrolada y crisis de lloros, y que fue tratada durante tres años y medio, y Mr. H., de 32 años, con problemas matrimoniales, discusiones con los padres y dificultades laborales, tratado durante cinco años.²⁴ Ambos casos terminaron satisfactoriamente, pero en las entrevistas de seguimiento, que tuvieron lugar dos años después, se comprobó que el tratamiento había sido incompleto, por lo que se valoraron las necesidades específicas que requeriría un nuevo psicoanálisis.
- Por último, Haskell Norman et al. se refirieron al caso del Dr. Smith, un psiquiatra de treinta años que consultó por problemas de ansiedad derivados de su situación matrimonial.²⁵ El análisis se completó satisfactoriamente: el Dr. Smith se divorció y contrajo un nuevo matrimonio. Las entrevistas de seguimiento, efectuadas dos años después de la terminación del análisis, demostraron que la neurosis de transferencia permanecía como una estructura latente que podía reaparecer bajo determinadas circunstancias.

Comentario. *La neurosis de transferencia fue descrita por Sigmund Freud en 1914: generalmente se consigue dar a los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, sustituyendo la neurosis que sufre el paciente por una neurosis de transferencia, que debe ser curada mediante la labor analítica.*²⁶ *Este concepto fue reelaborado y confirmado por Arnold Pfeffer y revisado por Henry Bachrach et al. en On the efficacy of psychoanalysis, revisión que se reelaboró de nuevo al ser traducida al alemán.*²⁷ *Es interesante el hecho de que en la revisión de Bachrach se afirme que Pfeffer publicó nueve casos, cuando los artículos citados se refieren a sólo tres casos; asimismo, Bachrach se refiere a seis casos tratados por Schlessinger et al. cuando éstos sólo publicaron tres casos; y según Bachrach, Norman publicó cinco casos, cuando en realidad la publicación se refiere a sólo uno (el Dr. Smith) de los cinco casos que habían sido tratados. Es difícil averiguar el origen de estas discrepancias.*

Psicoanálisis y cáncer. El estudio de Roy Calogeras publicado en 1987 merece un interés especial. Se trata de una paciente afecta de cáncer vaginal, tratada mediante psicoanálisis con cinco entrevistas a la semana durante ocho años, con lo que se obtuvo la regresión de la sintomatología oncológica.²⁸

La Sra. N., de 39 años de edad, casada y con dos hijos de seis y cuatro años, era una mujer atractiva, aunque muy pálida y delgada, que acudió al consultorio de Roy Calogeras por recomendación de su madre, la cual era norteamericana, mientras que su padre era japonés, y ambos médicos. Los motivos que la llevaron a acudir a un psicoanalista fueron dos: su proceso oncológico y su insatisfactorio matrimonio, que «empeoraba su enfermedad de forma considerable».

Unos veinte años antes de iniciar el psicoanálisis, a la Sra. N. le habían extirpado unas tumoraciones de la boca y de la nariz que resultaron malignas. Quince años antes, le habían extirpado también unos nódulos mamarios, aunque la paciente desconocía si eran o no malignos. Poco después del nacimiento de su segundo hijo se le diagnosticó un cáncer de vagina, que fue tratado con quimioterapia y radioterapia, si bien la paciente interrumpió el tratamiento porque no podía soportar la pérdida de su atractivo.

La descripción del proceso psicoanalítico ocupa veinticinco páginas y se divide en cuatro fases, cada una de ellas de dos años de duración. Al finalizar la primera fase, el proceso

oncológico se había estabilizado, es decir, no se había registrado el desarrollo de metástasis. Los conflictos con la madre habían mejorado, pero los problemas con su marido se habían incrementado y la paciente se estaba planteando la posibilidad de divorciarse. Al analista le fue atribuido el papel de madre y ocasionalmente fue identificado como la «fuerza ajena» que, de alguna manera, había causado el proceso canceroso.

Al terminar la segunda fase, la Sra. N. se encontraba libre de los dolores producidos por su proceso vaginal. Su papel de niña pequeña víctima de su madre se había modificado de forma positiva. El analista fue identificado con el padre pre-edípico y se le veía como el caballero blanco que ayudaba a sus células blancas (buenas) en la lucha contra las malignas células cancerosas.

La tercera fase se inició con una crisis: el marido de la paciente había decidido ingresarla en una clínica y enviar a sus hijos a un internado. La paciente decidió estudiar Medicina. Su madre falleció al finalizar esta fase. La paciente ya no padecía ningún síntoma de carácter canceroso. El análisis concluyó de forma positiva: la paciente se encontraba libre de síntomas patológicos y se consideraba curada.

En la discusión de este caso, Calogeras hace notar la concordancia entre cuerpo, alma y espíritu que se observó durante todo el análisis; asimismo, establece la hipótesis de trabajo de que los factores psíquicos pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo, el curso y la terminación de la enfermedad cancerosa.

Comentario. Cuando se trata de la curación de un proceso canceroso, parece necesario detallar sus características con mayor precisión que la que demostró Roy Calogeras. El cáncer de vagina es una entidad perfectamente definida. Puede tratarse de un carcinoma de células escamosas (80-90% de los casos), de un adenocarcinoma (5-10%) o de un sarcoma (2-3%). También se deben tener presentes el adenocarcinoma de células claras, detectado en hijas de mujeres tratadas durante el embarazo con dietilestilbestrol, el leiomioma y el rhabdomyosarcoma, este último en niñas de menos de tres años. El diagnóstico correcto exige por lo menos una biopsia y una tomografía computarizada. La clasificación por etapas según el Joint Committee on Cancer abarca desde la etapa 0 (invasión epitelial) hasta la etapa IVB (propagación a órganos distantes). La tasa de supervivencia a los cinco años para el carcinoma escamocelular es de 42%, y para el adenocarcinoma vaginal, del 78%.

Referencias

1. Johnson B. Psychoanalysis of a man with active alcoholism. *J Subst Abuse Treat* 1992;9:111-23
2. Kernberg OF. A severe sexual inhibition in the course of the psychoanalytic treatment of a patient with a narcissistic personality disorder. *Int J Psychoanal* 1999;80:899-908
3. Chessick RD. Long-term psychoanalytic therapy as a life-saving procedure. *Am J Psychoanal* 2007;67:334-58
4. Kächele H. Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Jahrbuch der Psychoanalyse* 1981;12:118-78
5. Dolto F. *Le cas Dominique*. París: Editions du Soleil, 1971
6. McGlashan TH, Nayfack B. Psychotherapeutic models and the treatment of schizophrenia: The records of three successive psychotherapists with one patient at Chesnut Lodge for 18 years. *Psychiatry* 1988;51:340-62
7. A career that has mirrored psychiatry's twisting path. *New York Times*, mayo 23, 2006
8. Muller H. Is Chestnut Lodge salt in the wound of psychoanalytic contributions to the treatment of schizophrenia? *Psychiatr Prax* 1987;14:22-26.
9. Levander S, Cullberg J. Sandra: Successful psychotherapeutic work with a schizophrenic woman. *Psychiatry* 1993;56:284-93
10. Lombardi R. Mental models and language registers in the psychoanalysis of psychosis: an overview of a thirteen-year analysis. *Int J Psychoanal* 2003;84:843-63
11. Dewald PA. *The psychoanalytic process. A case illustration*. Nueva York: Basic Books, 1972
12. Hamilton JW. The evolution of a shoe fetish. *Int J Psychoanal Psychother* 1977;6:323-37
13. Freedman A. Psychoanalysis of a patient who received a kidney transplant. *J Am Psychoanal Assoc* 1983;31:917-56.

14. Kobayashi S, Iijima K, Tanaka M, Tamura N, Hashimoto H, Hirose S. Fibromyalgia (fibrositis) syndrome--a case report. *Ryumachi*. 1991;31:206-11
15. Aisenstein M. Does the cure come as a byproduct of psychoanalytic treatment? *Psychoanal Q* 2003;72:263-74
16. Ginieri-Coccosis M, Vaslamatzis G. Dysregulation and containment in the psychoanalytic psychotherapy of a poorly controlled diabetic patient. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2008;36:33-47
17. Wylie HW, ML Wylie ML. An effect of pharmacotherapy on the psychoanalytic process: Case report of a modified analysis. *Am J Psychiatry* 1987;144:489-92
18. Roth N. Does neurology inform psychoanalysis? A case report. *J Am Acad Psychoanal* 1990;18:512-8
19. Wright JL. Psychoanalysis in conjunction with medication: A clinical research opportunity. *J Am Psychoanal Assoc* 2006;54:833-55
20. Pfeffer AZ. A procedure for evaluating the results of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1959;7:418-44
21. Pfeffer AZ. Follow-up study of a satisfactory analysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1961;9:698-718
22. Schlessinger N, Robbins FP. The psychoanalytic process: recurrent patterns of conflict and changes in ego functions. *J Am Psychoanal Assoc* 1974;22:542-67
23. Schlessinger N, Robbins FP. Assessment and follow-up in psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1975;23:761-82
24. Oremland JD, Blaker KH, Norman HF. Incompleteness in "successful" psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1975;23:819-44
25. Norman HF, Blacker KH, Oremland JD, Barret WG. The fate of the transference neurosis after termination of a satisfactory analysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1976;24:471-98
26. Freud S. *Recuerdos, repetición y elaboración*. Obras completas, tomo III. Barcelona: RBA, 2006
27. Bachrach H, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S. Über die Wirksamkeit der Psychoanalyse. En: M. Leuzinger-Bohleber, U. Stuhr (editores). *Psychoanalysen im Rückblick*. Giessen: Psychosozial Verlag, 2001
28. Calogeras RC, Berti LA. Psychoanalysis and cancer. A case report and a hypothesis. *Psyche* 1991;45:228-64

3.3

SERIES DE CASOS

Las series de casos son estudios en los que el investigador se ha limitado a observar y registrar lo que ocurre en la realidad. Los datos recogidos en estas series se refieren a acontecimientos que han ocurrido antes del inicio del estudio. Las estadísticas de Isador Coriat, de Otto Fenichel o de Robert Knight son ejemplos de estudios retrospectivos de series de casos.

Dichas series pueden servir para generar hipótesis de relaciones causales, por ejemplo, entre la administración de un medicamento y la curación de una enfermedad. Para que esta relación de causalidad pueda considerarse probable, deben cumplirse una serie de condiciones:¹

- ha de existir una secuencia temporal adecuada (el tratamiento se ha aplicado antes de que se iniciara la mejoría del proceso);
- el tratamiento aplicado y el resultado de la enfermedad son de carácter excepcional; es decir, la curación no es un hecho observado habitualmente y la intervención terapéutica difiere de las intervenciones realizadas por lo general para su tratamiento;
- los conocimientos sobre el proceso patológico y sobre la intervención practicada permitan suponer un determinado mecanismo de acción;
- tras un examen detenido se pueden descartar otras causas que expliquen la resolución del proceso patológico;
- la misma asociación ha sido observada por otros autores.

Estas condiciones no aseguran que exista una relación de causalidad entre tratamiento y resultado terapéutico, pero permiten establecer hipótesis que deberán ser comprobadas mediante la realización de ensayos controlados.

Es preciso recordar que sólo se puede decidir el valor terapéutico de una intervención si se la compara con la evolución espontánea de la enfermedad o con los resultados de otra intervención terapéutica. La mayoría de los procesos patológicos (también los psíquicos, como el trastorno depresivo recurrente) tienen un curso imprevisible; la aplicación de una medida terapéutica puede coincidir con su remisión espontánea, por lo que no es posible asegurar que exista entre ambas una relación de causa a efecto. Además, también hay que tener en cuenta que las personas tienden a modificar su comportamiento simplemente cuando son objeto de interés, con independencia de la naturaleza de la intervención (efecto Hawthorne). Asimismo, de acuerdo con el fenómeno de «regresión a la media», en un momento determinado la intensidad de las molestias debidas a una enfermedad puede ser muy alta (momento en el que se suele solicitar atención médica) y, en un momento posterior, puede disminuir hasta encontrarse más próxima a los valores medios del colectivo de pacientes que padecen la misma enfermedad.

Por lo tanto, el valor de las series de casos para decidir sobre la eficacia del psicoanálisis es limitado. En 1905, Sándor Ferenczi ya indicó que «algunos médicos tienen la tendencia de publicar después de haber visto tres casos e intentan, a partir de eso, apuntalar todo tipo de estadísticas. A mi juicio, tan sólo se puede hablar de datos estadísticos después de haber observado y estudiado por lo menos un centenar de casos».²

No obstante, las series de casos pueden proporcionar información preliminar interesante sobre frecuencia del proceso, características demográficas, diagnósticos, duración de los tratamientos, resultados terapéuticos, variables utilizadas para definir la eficacia terapéutica. Esta información puede ser útil para decidir el diseño de los necesarios estudios clínicos controlados.

Referencias

1. Spector R, Park G. Regression to the mean: a potential source of error in clinical pharmacological studies. *Drug Intell Clin Pharmacol* 1985;19:916-9
2. Ferenczi S. *Les écrits de Budapest (1899-1907)*. Paris: E.P.E.L.,1994. Citado por Talarn A. *Sándor Ferenczi: el mejor discípulo de Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2003

3.3.1

Una experiencia personal: Isador H. Coriat (1917)

Coriat I. Some statistical results of the psychoanalytical treatment of the psychoneuroses. *Psychoanal Rev* 1917;4:209-16

Isador Coriat falleció en 1943 a causa de un ataque cardíaco el día siguiente de haber sido reelegido presidente de la Boston Psychoanalytic Society. Había nacido en 1875 en Filadelfia y en 1900 obtuvo el título de doctor en la Tufts Medical School (Boston). Su interés por el psicoanálisis se despertó con ocasión de las conferencias que Sigmund Freud pronunció en la Clark University en 1909. En 1912 publicó un artículo titulado «The hysteria of Lady Macbeth». Fue presidente de la American Psychoanalytic Association en dos ocasiones y fundador de la Boston Psychoanalytic Society.

Coriat inició su artículo, publicado en 1917, afirmando que la principal crítica al psicoanálisis consistía en que no se disponía de estadísticas que demostraran sus resultados y a continuación indicó que ello justificaba que se adoptara una actitud escéptica respecto a esta disciplina; por este motivo presentó una estadística basada en su experiencia personal (tabla 1).¹

TABLA 1. Resultados del tratamiento psicoanalítico

<i>Diagnóstico</i>	<i>Curado</i>	<i>Mucho mejor</i>	<i>Mejor</i>	<i>Igual</i>	<i>Total</i>
Histeria de ansiedad	9	2	4	1	16
Histeria	5	4	1	1	11
Neurosis de ansiedad	10	5	4	4	23
Alcoholismo crónico	1	1	ó	ó	2
Neurosis compulsiva	7	4	ó	1	12
Neurastenia sexual	ó	1	ó	ó	1
Homosexualidad	9	2	ó	ó	11
Psicastenia	1	1	ó	2	4
Tartamudez	ó	5	1	ó	6
Demencia precoz	2	1	1	ó	4
Paranoia	ó	1	ó	ó	1
Psicosis maníaco-depresiva	1	ó	ó	ó	1
Sadismo	1	ó	ó	ó	1
<i>Total</i>	<i>46</i>	<i>27</i>	<i>11</i>	<i>9</i>	<i>93</i>

La estadística consta de 93 casos tratados mediante psicoanálisis, en la mayoría de los cuales habían fracasado otros procedimientos terapéuticos. En todos los pacientes de esta serie se había conseguido completar el tratamiento psicoanalítico. Coriat opinó que sus resultados eran muy satisfactorios y afirmó que el hecho de que algunos casos resistentes a otras alternativas terapéuticas se hubieran recuperado mediante el psicoanálisis era suficiente para invalidar ciertas actitudes críticas. Así, los procesos que podían tratarse con psicoterapia son los siguientes: histeria grave, neurosis compulsiva, neurosis sexuales, tartamudez, neurosis de ansiedad y ciertas psicosis, como paranoia, psicosis maníaco-depresiva y demencia precoz.

Coriat se preguntó cómo puede definirse la recuperación. Su respuesta fue que, en caso de neurosis, la recuperación consistía en la desaparición de los síntomas. En la homosexualidad, en la desaparición de los sentimientos homosexuales, y en las psicosis, en recobrar el contacto con la realidad; en este sentido, consideró muy importantes las modificaciones del contenido de los sueños, especialmente en pacientes homosexuales.

En los pacientes de esta estadística que no consiguieron recuperarse, el tratamiento se prolongó lo suficiente para demostrar que:

- a) fue imposible completar la transferencia,
- b) no fue posible solucionar los complejos patológicos subyacentes, o
- c) el paciente prefería mantener un trastorno mental que le permitía alejarse de una realidad insoportable.

En los casos leves el tratamiento duró un mes y en los graves, de cuatro a seis meses, con sesiones diarias o de tres veces a la semana.

El mayor porcentaje de curaciones lo obtuvo en el grupo de homosexuales (9 de 11), en tanto que en caso de tartamudez no consiguió ninguna recuperación completa. La recuperación está íntimamente relacionada con la transferencia, muy difícil de conseguir en la demencia precoz y en la tartamudez. Coriat concluyó que, en esta última, una curación radical es imposible.

En la histeria de ansiedad los resultados fueron gratificantes: 9 recuperaciones en 16 casos; una ceguera histérica en una niña de once años cedió rápidamente; un caso de insomnio grave se solucionó en dos meses. En los casos de cleptomanía, la recuperación fue completa.

Es posible que el psicoanálisis sea una herramienta adecuada para tratar casos leves o latentes de demencia precoz. Un caso de paranoia debida a represión de sentimientos homosexuales mostró una gran mejoría tras dos meses de tratamiento, y una psicosis maníaco-depresiva se recuperó tras seis semanas. Un caso de sadismo precisó seis meses de psicoanálisis.

Coriat sostenía que el psicoanálisis era el método psicoterapéutico más eficaz de que disponía la psiquiatría y que su futuro dependía de cuidadosos estudios estadísticos efectuados por diferentes observadores.

Comentario

Respecto a la estadística de Coriat, pueden efectuarse los siguientes comentarios:

1. *El resultado terapéutico en casos de homosexualidad, una orientación sexual que no se considera tributaria de psicoanálisis, es sorprendente. También es sorprendente el fracaso en caso de tartamudez. Una explicación simple sería que los problemas de dicción son muy difíciles de ocultar, mientras que afirmar que la orientación sexual se ha modificado es bastante sencillo.*
2. *La duración de la terapia analítica es otro factor que plantea dudas. En la actualidad está admitido que un psicoanálisis debe prolongarse varios años si lo que se pretende es obtener resultados consistentes.*
3. *Las consideraciones anteriores permiten afirmar que los resultados obtenidos responden más a los deseos del autor que a la realidad clínica. Esta afirmación puede aplicarse a la gran mayoría de estudios de carácter empírico, no sólo en el caso del psicoanálisis.*
4. *Es asombroso que en el libro de Robert M. Galatzer-Levy et al., Does psychoanalysis work?, sus autores se limiten a una reproducción de los resultados numéricos de este estudio, sin entrar en una reflexión sobre el valor de los mismos.²*

Referencias

1. Coriat I. Some statistical results of the psychoanalytical treatment of the psychoneuroses. *Psychoanal Rev* 1917;4:209-16
2. Galatzer-Levy R, Bachrach H, Skolnikoff A, Waldron S. *Does psychoanalysis work?* New Haven: Yale University Press, 2000

3.3.2

El Berliner Psychoanalytische Institut (Fenichel, 1930)

Fenichel O. Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. En: *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytische Institut*. Viena: Int Psychoanal Verlag, 1930

En 1920, Karl Abraham y Max Eitington, colaboradores de Sigmund Freud, fundaron en Berlín el primer instituto dedicado a la terapia psicoanalítica y a la formación de psicoanalistas: el Berliner Psychoanalytisches Institut. Junto con Viena y Londres, Berlín pronto se convirtió en un importante centro del movimiento psicoanalítico mundial.

Para celebrar el décimo aniversario de la fundación de dicho instituto, la Deutsche Psychoanalytische Vereinigung encargó a Otto Fenichel que revisara los resultados de los psicoanálisis realizados en dicho centro.

Otto Fenichel había nacido en 1897 en Viena. Como estudiante fue brillante y participó en el movimiento juvenil vienés de protesta contra padres y profesores, que reclamaba una «cultura joven» propia. Empezó a estudiar Medicina en 1915, al mismo tiempo que asistía a las conferencias de Freud en la Berggasse. Una vez finalizados sus estudios, se dirigió a Berlín para formarse como psicoanalista. En mayo de 1926 comenzó una actividad docente muy prolífica, interrumpida por el advenimiento del nazismo. En 1933 emigró a Noruega, en 1936 se trasladó a Praga y en 1938 llegó a Los Ángeles. En 1945 decidió apartarse de la enseñanza y de la práctica del psicoanálisis para trabajar como médico asistente en el Cedars of Lebanon Hospital. Seis meses después, a los 48 años, falleció en Los Ángeles.

Al principio del informe, Fenichel se refiere a las importantes dificultades que encontró en su trabajo.¹ En primer lugar, el hecho de que no existían definiciones de los diagnósticos efectuados por los analistas le obligó a una penosa revisión de las historias clínicas. Además, los criterios de valoración dependían de forma exclusiva de la opinión del facultativo responsable del tratamiento. La complejidad resulta evidente cuando se tiene en cuenta que en 1929 el Instituto ocupaba a 60 psicoanalistas.

En el informe de Fenichel consta que desde su fundación hasta el 1 de enero de 1930, en el Instituto se habían recibido 1.955 consultas, que habían conducido a la realización de 721 análisis, de los cuales 241 se habían interrumpido prematuramente y 117 se encontraban todavía en curso.

En la tabla 1 se reproducen los resultados observados en 604 pacientes según sus diagnósticos iniciales. Fenichel distinguió veintisiete diagnósticos que, siguiendo la orientación propuesta en 1995 en el DSM-IV, se han agrupado en dicha tabla en ocho categorías; asimismo, para mayor claridad, las valoraciones «mejorado» y «muy mejorado» se han unificado en una sola («mejorado»). En el grupo «otros diagnósticos» se incluyen entidades en las que es dudoso que esté indicado efectuar un psicoanálisis (epilepsia, homosexualidad, tartamudez, endocrinopatías, asma bronquial).

TABLA 1. Resultados según diagnósticos (número de casos y porcentajes)

diagnósticos	n	abandono	fracaso	mejoría	Curación
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
neurosis histérica	162	56 (34,6%)	8 (4,9%)	59 (36,4%)	39 (24,1%)
neurosis depresiva	131	48 (36,6%)	7 (5,3%)	28 (21,4%)	48 (36,6%)
neurosis obsesiva	106	35 (35,0%)	6 (5,7%)	18 (17,0%)	47 (44,3%)
neurosis traumática	3	0 (0,0%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)
trastornos maníaco depresivos	14	5 (35,7%)	2 (14,3%)	4 (28,6%)	3 (21,4%)
trastornos de la personalidad	37	7 (18,9%)	4 (10,8%)	12 (32,4%)	14 (37,8%)
esquizofrenia	45	26 (57,8%)	8 (17,8%)	10 (22,2%)	1 (2,2%)
otras psicopatías	25	19 (76,0%)	4 (16,0%)	1 (4,0%)	1 (4,0%)
otros diagnósticos	81	45 (55,6%)	9 (11,1%)	13 (16,0%)	14 (17,3%)
total	604	241 (39,9%)	49 (8,1%)	146 (24,2%)	168 (27,8%)

Comentario. Fenichel constató por lo tanto un 40% de abandonos, fracaso en sólo el 8% de los casos, mejoría en el 24% y curación en el 28%. El reducido número de pacientes en los subgrupos estudiados no permite conclusiones válidas, pero de forma orientativa se puede concluir que los porcentajes más altos, tanto de abandonos como de curaciones, se encuentran en los pacientes afectos de neurosis histérica, depresiva u obsesiva. En las psicopatías (tanto esquizofrenia como paranoia u otras psicopatías) el porcentaje de curaciones resulta inapreciable (2,8%), en tanto que los abandonos son muy elevados (70%). Los porcentajes de «mejoría + curación» en caso de trastornos de la personalidad (70%) son semejantes a los observados por otros autores.² Asimismo, los resultados de Fenichel coinciden en sus líneas generales con los que se han constatado en la revisión bibliográfica en la que se basa la presente revisión. Por último, si se excluyen los pacientes clasificados como «otros diagnósticos», los resultados apenas se modifican: abandonos en el 37,5% de los casos, fracaso en el 7,6%, mejoría en el 25,4% y curación en el 29,4%; por lo tanto, resultados satisfactorios en el 54,8% de los casos.

En los 363 casos completados se obtuvieron los resultados que se resumen en la tabla 2.

TABLA 2. Resultado obtenido en 363 psicoanálisis

fracaso	47	(12,9%)
mejoría ligera	116	(32,0%)
mejoría importante	69	(24,5%)
curación	111	(30,6%)
N	363	(100,0%)

Adoptando un criterio que posteriormente también utilizó Bachrach,³ Fenichel comprobó un «beneficio terapéutico sustancial» (casos curados + casos muy mejorados + casos ligeramente mejorados) en 316 pacientes (87,1%) lo que parece constituir un resultado muy satisfactorio.

La duración total del análisis en el conjunto de los casos en los que fue posible completarlo fue de 5.562 meses, es decir, por término medio, 15,3 meses. De hecho, el análisis se prolongó en 178 casos hasta un año, en 125 casos hasta 2 años, en 44 casos hasta 3 años y en 16 casos más de 3 años. Es interesante la afirmación de Fenichel de que «í no existen dudas de que muchos de los pacientes òmejoradosõ o òmuy mejoradosõ habrían alcanzado la òcuraciónõ si el análisis se hubiera prolongado un poco más».

En 1932, Freud efectuó el siguiente comentario sobre el estudio del Berliner Psychoanalytisches Institut:

Sus éxitos terapéuticos no son motivo de satisfacción ni de pesadumbre. Pero en general, las estadísticas de este tipo son poco instructivas; se basan en un material tan heterogéneo que sólo con números muy grandes podría llegarse a alguna conclusión. Es más inteligente revisar las experiencias individuales de cada uno.⁴

Comentario

La valoración de una intervención terapéutica, excepto en los casos en que las pérdidas son escasas, debe incluir a todos los pacientes admitidos en el grupo experimental: es lo que se conoce como el «principio de intención de tratamiento».⁵ Dado que en el estudio de Fenichel las pérdidas ascienden al 39,9% de los casos que iniciaron un psicoanálisis, resulta imprescindible respetar dicho principio. Con ello, los resultados son más modestos: en 241 pacientes fue preciso interrumpir el tratamiento y 49 pacientes fueron considerados fracasos terapéuticos; así, el número de fracasos según intención de tratar asciende a 290 pacientes, es decir, el 48,0%; el porcentaje de pacientes que obtuvieron algún beneficio queda, por lo tanto, en un 52,0%. De forma paralela, el porcentaje de curaciones se reduce de forma considerable: sólo un 18,4%. En consecuencia, es pertinente modificar la tabla 1 como sigue:

fracaso	(241 + 49) = 290	(48,0%)
beneficio	314	(52,0%)
n	604	

El análisis de la tabla 1 muestra que los porcentajes de interrupción del tratamiento más elevados (63,9%) y los porcentajes de curación más bajos (2,7%) se encuentran en el grupo de procesos de carácter psicótico (n = 72). En los restantes grupos, que suman 446 pacientes, el porcentaje de abandonos es de 30,5% (136 abandonos) y el de curaciones, de 22,2% (99 curaciones).

En relación con el estudio de Fenichel, Hans Eysenck afirmó en 1952 que la valoración estaba sesgada, pues en la mayor parte de los casos los problemas neuróticos remitían de forma espontánea en el curso de dos años.⁶ La opinión de Eysenck fue refutada por Matthias Franz et al. (Instituto de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, Universidad de Düsseldorf, Alemania): en una muestra de 600 individuos, a los que entre 1979 y 1994 les fue aplicada una escala psicométrica en tres ocasiones, la incidencia de trastornos psíquicos al principio del estudio fue del 21,6% y al finalizar el mismo, del 26,2%; los autores concluyeron que, a largo plazo, la evolución de los trastornos psíquicos es desfavorable.⁷

Referencias

1. Fenichel O. Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. En: *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytische Institut*. Viena: Int Psychoanal Verlag, 1930
2. Fonagy P, Gerber A, Higgitt AS, Bateman A. The comparison of intensive (5 times weekly) and non-intensive (once weekly) treatment of young adults (in preparation). En: P. Fonagy (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2ª edición. Londres: International Psychoanalytical Association
3. Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39:871-916
4. Freud S. *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*. Obras completas, tomo V. Barcelona: RBA, 2006
5. Hill AB, Hill AD. *Principles of medical statistics*. 12ª edición. Londres: Arnold, 1991
6. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *J Consult Psychol* 1952;16:319-25.
7. Franz M, Lieberz K, Schmitz N, Schepank H. A decade of spontaneous long-term course of psychogenic impairment in a community population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004;34:651-6

3.3.3

El informe de Kessel e Hyman (1933)

Kessel L, Hyman HT. The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure. *J Am Med Ass* 1933;101:1612-5

El informe de Leo Kessel* y de Harold T. Hyman, publicado en el *Journal of the American Medical Association*, rebosa sentido clínico y profesionalidad.¹ Los autores fueron dos internistas de Nueva York, con consultorio en Park Avenue, que aconsejaron tratamiento psicoanalítico a 33 de sus pacientes que presentaban síntomas claros de psicosis, problemas de comportamiento, neurosis de ansiedad, procesos compulsivos o síntomas somáticos de carácter funcional. En dicho informe, los autores indican que los psicoanalistas rechazaban generalmente tratar las psicosis, excepto cuando el diagnóstico resultaba dudoso o cuando se trataba de casos leves. En cuanto a los pacientes de los otros grupos diagnósticos, éstos eran tratados habitualmente por los propios internistas, hasta que la persistencia del problema les decidía a buscar la ayuda de un analista. Los autores insisten en que siempre referían a sus pacientes a psicoanalistas acreditados por la New York Psychoanalytic Society y evitaban dirigirse a pseudoanalistas o a charlatanes (en el original, *counterfeiters*, falsificadores).

En 16 de los 33 casos, los resultados del tratamiento fueron calificados como «malos»: un paciente (psicosis maníaco-depresiva) se suicidó y 6 casos diagnosticados de esquizofrenia fueron ingresados en instituciones psiquiátricas. A otros 6 pacientes se los definió como «fracasos completos» y 3 terminaron divorciándose; estos tres últimos casos se calificaron como «fracasos» debido a que el objetivo del análisis había consistido, precisamente, en preservar el matrimonio, aunque en dos de estos pacientes la sintomatología que les aquejaba cedió tras el divorcio.

En 13 pacientes se obtuvieron resultados satisfactorios. En 5 de ellos la curación fue calificada como «específica»: remisión de la sintomatología y manifestaciones de felicidad, utilidad y éxito personal, lo que se consideró atribuible por completo al análisis. En otros 5 pacientes los resultados fueron «buenos pero con limitaciones», pues los síntomas no cedieron plenamente. Por último, en 3 adolescentes con problemas de conducta los resultados fueron buenos, pero los autores creen que con unas simples recomendaciones se habría alcanzado el mismo objetivo.

En 4 casos los resultados fueron «buenos pero con reservas»: todos estos pacientes mejoraron psicológicamente tras decidirse a establecer relaciones sexuales extramatrimoniales (lo que constituye una *qualification*, es decir una «reserva»), pero los autores insisten en que ello ni lo sugirió ni lo aprobó el analista.

En resumen, de los 33 casos, 16 se clasificaron como fracasos (aunque aquí se incluyeron 7 pacientes psicóticos), en 10 casos se constató mejoría con limitaciones o mejoría parcial, en 5 casos la curación fue considerada como específica, y en 3 casos (trastornos de conducta) la mejoría fue no específica.² En la discusión del artículo, los autores se refirieron a algunos problemas de la terapia psicoanalítica:

* El Dr. Kessel falleció once meses antes de la publicación de este artículo.

² El informe adolece de algunos errores aritméticos: el número de pacientes es de 33 pero los resultados se refieren a 34 pacientes.

- a) se disponía sólo de un pequeño grupo de psicoanalistas adecuadamente formados;
- b) las psicosis, las drogodependencias y el alcoholismo, entidades que precisan de gran atención, no se beneficiaron de este tratamiento;
- c) los síndromes que mejor respondieron al psicoanálisis fueron los menos graves: ansiedad, neurosis compulsiva, problemas de conducta, histeria de conversión;
- d) los pacientes debían disponer de una excelente situación económica: los honorarios no eran inferiores a tres dólares por hora y en ocasiones superaban los diez dólares por hora;
- e) los pacientes debían tener una educación y una inteligencia superiores a las del «hombre de la calle».

Aunque en doce años de ejercicio profesional habían comprobado que sólo un puñado de pacientes se había beneficiado de esta orientación terapéutica, los autores consideraron en su informe que el psicoanálisis era la única opción inteligente para el tratamiento de muchos problemas psiquiátricos.

Referencia

1. Kessel L, Hyman HT. The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure. *J Am Med Ass* 1933;101:1612-5

3.3.4

The London Clinic of Psycho-Analysis (Jones, 1936)

Decennial Report, May 1926 ó May 1936

The London Clinic of Psycho-Analysis se inauguró el 6 de mayo de 1926, coincidiendo con el septuagésimo aniversario de Sigmund Freud. Ernest Jones desempeñó un papel decisivo en la creación de esta institución que en 1929 ya disponía de siete consultorios para adultos y de dos para niños. El cuadro clínico estaba formado por miembros titulares de la British Psychoanalytical Society que dedicaban una hora diaria a atender sin retribución alguna a los pacientes en los que se había considerado que el tratamiento psicoanalítico estaba indicado.

La clínica funcionó inicialmente gracias a aportaciones privadas, pero dado que en 1950 los recursos resultaban insuficientes, se llegó a un acuerdo con el National Health Service, que se hizo cargo de los costes del tratamiento de aproximadamente la cuarta parte de los pacientes que se atendían en dicho centro.

En 1936, para celebrar el décimo aniversario de la clínica, se elaboró el *Decennial Report, May 1926 - May 1936*, que no se publicó formalmente sino que sólo fue distribuido de forma selectiva.¹ En el *Decennial Report* se encuentra el «Report of the Clinic Work», firmado por Ernest Jones, que contiene información muy interesante acerca de los inicios del psicoanálisis en Inglaterra.

En el período mencionado, 638 personas acudieron a la London Clinic para consultar acerca de sus problemas psicológicos, 273 eran hombres, 293 mujeres y 72 niños. Se consideró que 52 pacientes no eran adecuados para recibir un tratamiento analítico, mientras que 30 pacientes fueron dirigidos a otras instituciones y 52 pacientes decidieron ser tratados de forma privada. Con ello quedó constituida una lista de espera de 579 pacientes; 25 pacientes no fueron incluidos en dicha lista, dado que en ellos el psicoanálisis no estaba indicado. A 488 pacientes de la lista de espera se les ofreció tratamiento psicoanalítico, y 176 lo aceptaron.

Ernest Jones indica que los resultados de los tratamientos breves apenas tenían interés; desde su punto de vista, para propósitos estadísticos se debería disponer de trescientos o cuatrocientos casos tratados durante un tiempo suficientemente prolongado, es decir, cuatro años, pero que en realidad,

... en la presente serie de diez años hemos conseguido sólo cuatro casos tratados durante cuatro años. Si se parte de 738 pacientes, ésta parece una cifra extraordinariamente baja [...] pero las dificultades en el tratamiento ambulatorio de las clases más pobres y menos educadas son tales que sólo se puede esperar que una minoría llegue a desarrollar un análisis completo.

En consecuencia, en el curso de dicho decenio, sólo 54 pacientes recibieron tratamiento durante un año; 23 fueron tratados durante dos años, 10 durante tres años y 4, durante cuatro años. De los 91 pacientes, en 87 fue posible valorar el resultado terapéutico, considerando tanto la evolución de la sintomatología como la modificación del trastorno subyacente a la misma. De estos pacientes, 31 sufrían de histeria, 17 de neurosis obsesiva, 16 eran niños y 23 fueron calificados como «diagnósticos misceláneos».

En el grupo de pacientes que sufrían de histeria se obtuvieron los siguientes resultados:

<i>resultado</i>	<i>sintomático</i>	<i>analítico</i>
satisfactorio	13	12
mejoría	17	17
fracaso	1	2
<i>total</i>	<i>31</i>	<i>31</i>

En ocho de estos casos, el tratamiento fue completamente satisfactorio, puesto que se consiguió un resultado positivo tanto en las manifestaciones clínicas como en la problemática psíquica. En promedio, la duración del psicoanálisis en este grupo fue de 368 horas, es decir, si se considera que en un año pueden realizarse 225 sesiones, el tratamiento se prolongó durante 1 año y 7 meses.

Los resultados en el grupo de 17 pacientes con neurosis obsesiva fueron los siguientes:

<i>resultado</i>	<i>sintomático</i>	<i>analítico</i>
satisfactorio	4	7
mejoría	13	8
fracaso	0	2
<i>total</i>	<i>17</i>	<i>17</i>

En este grupo se registró un resultado completamente satisfactorio en tres casos. La duración media del tratamiento fue de 444 horas, es decir, aproximadamente dos años.

El grupo de niños estuvo constituido por 16 casos con diagnósticos muy heterogéneos: por ejemplo, tres casos de trastornos alimentarios graves, tres de deficiencia mental, tres con trastornos del comportamiento, un caso de psicoepilepsia. Estos niños fueron tratados por lo menos durante 100 horas, siendo el promedio de 332 horas, es decir, un año y medio. Se obtuvo curación completa (resultados sintomáticos y analíticos satisfactorios) en nueve casos; los resultados fueron buenos en seis casos y uno fue calificado como fracaso.

En el grupo de diagnósticos misceláneos ($n = 23$) se incluyeron ocho casos de impotencia sexual (de los cuales tres se consideraron curados y el resto mejorados), ocho esquizofrenias, en los que no se consiguió ninguna curación, y siete casos de síndrome maníaco-depresivo, de los cuales uno curó, cinco mejoraron y uno fracasó.

Comentario

Si se consideran únicamente los resultados sintomáticos y se excluye a los niños, los resultados fueron calificados como satisfactorios en 21 casos (29,6%), como mejorías en 40 casos (56,3%) y como fracasos en 10 casos (14,1%). Al parecer, fueron los propios psicoanalistas que habían tratado a estos 71 pacientes adultos los que efectuaron las valoraciones.

Referencia

1. La British Psychoanalytical Society proporcionó amablemente una copia del *Decennial Report, May 1926 ó May 1936*

3.3.5

El valor del psicoanálisis (Hyman, 1936)

Hyman HT. The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure. *JAMA* 1936;107:326-9

Harold Hyman tenía su consultorio en Park Avenue 940, una de las zonas más caras de Nueva York, donde se encuentran el Waldorf Astoria, el JP Morgan Chase y el Bankers Trust, entre otras muchas empresas de prestigio internacional. Hyman era además profesor de farmacología en la Columbia University y editor de *An integrated practice of medicine*, un tratado en cinco volúmenes con el que intentó que el médico de familia se convirtiera en un facultativo completo (*a compleat practitioner*).¹ También se interesó en el tratamiento de la sífilis con dosis elevadas de quimioterápicos, en el estudio de la enfermedad de Graves-Basedow y en el psicoanálisis. Pero, ante todo, Hyman fue un magnífico médico; es fácil cerciorarse de ello al leer sus publicaciones.

En primer lugar, Hyman comprobó que la bibliografía sobre psicoanálisis ofrecía poca información clínica. La revisión de Helen Flanders Dunbar, que contenía 2.251 referencias, sólo dedicaba 11 de sus 432 páginas a consideraciones terapéuticas y ni una sola palabra a indicaciones, contraindicaciones, resultados o coste del tratamiento.² Hyman señaló también que el aislamiento del psicoanálisis no era debido a la hostilidad de los médicos, sino a la reticencia y arrogancia de los propios psicoanalistas.

En 1936, Hyman decidió añadir 10 pacientes a la revisión que había publicado tres años antes junto con el fallecido Leo Kessel, con lo cual la casuística de este estudio quedó integrada por 43 pacientes.² Quince de ellos sufrían trastornos psiquiátricos profundos y constituyen el primer grupo de la revisión de Hyman. Los otros 28 pacientes forman el segundo grupo, en el que se trataba de procesos menos graves pero que condicionaban una vida desgraciada e ineficaz.

El primer grupo estuvo formado por 6 casos de enfermedad maniaco-depresiva, 5 esquizofrenias, 2 homosexuales, 1 déficit constitucional y 1 alcoholismo crónico. Dada la severidad de estos procesos, todos ellos habían sido referidos a psicoanalistas de reconocida reputación.

De los pacientes de este grupo, dos se suicidaron (un caso de psicosis maniaco-depresiva y uno de déficit constitucional); seis tuvieron que ser hospitalizados (un alcohólico, dos maniaco-depresivos y tres casos de esquizofrenia); cuatro fueron considerados como fracasos (dos maniaco-depresivos, un esquizofrénico y un homosexual). A partir de la terminación del análisis, uno de los pacientes maniaco-depresivos consiguió un nivel aceptable de equilibrio psíquico, pero Hyman asegura que ello fue consecuencia de la *vis natura mediatrix* (la fuerza curativa de la naturaleza), pues cuando el análisis concluyó ô unos dos años antesô el paciente sufría todavía una depresión grave.

Otros dos pacientes se encontraban en 1936 todavía en tratamiento. Uno de ellos era un esquizofrénico cuyo análisis duraba ya cuatro años y que, según sus familiares, había experimentado cierta mejoría, Hyman creía que su curso clínico no se diferenciaba del de otros pacientes afectos del mismo proceso.

El último paciente de este grupo experimentó una brillante recuperación (*brilliant recovery*): se trataba de un individuo homosexual, que contrajo matrimonio, tuvo dos hijos y desarrolló una exitosa carrera profesional. Según Hyman, una vida salvada de las profundidades (*.. a life salvaged from the depths*).

En resumen, en este pequeño grupo de 15 pacientes se registraron 12 fracasos y dos casos cuyo resultado se calificó como dudoso: es lamentable que cuando las necesidades son mayores las perspectivas terapéuticas sean tan escasas. En los trastornos psiquiátricos severos, el psicoanálisis no deja de ser un experimento muy caro que sólo se justifica cuando los internistas o los neurólogos no pueden ofrecer otras alternativas y los familiares insisten en probar remedios desesperados.

Los diagnósticos del segundo grupo consistieron en histeria, trastornos de ansiedad, depresión menor, fobias y obsesiones, impotencia, frigidez, problemas del comportamiento, hipocondría y un caso con trastornos psicósomáticos. En todos estos pacientes la exploración física resultó negativa. Inicialmente se les prescribió reposo, actividades recreacionales, medicación sintomática y terapia física, acompañado todo ello de una actitud cariñosa y comprensiva por parte de su médico. Una vez comprobado que estas medidas resultaban insuficientes, se propuso a los pacientes que acudieran a la consulta de un psicoanalista.

En cuatro pacientes, *the analytic cure could be applauded without reservation* («la cura analítica pudo ser celebrada sin reservas»): dos pacientes con histeria de ansiedad, un caso de neurosis obsesiva y otro caso con problemas psicósomáticos. Tres pacientes con problemas de la conducta (cleptomanía, tendencia incontrolable a mentir, masturbación) obtuvieron un claro beneficio del tratamiento, pero este resultado pudo deberse, al menos en parte, a cambios importantes en la situación vital de los sujetos. En la siguiente tabla se detallan los diagnósticos de 13 pacientes en los que se obtuvo un beneficio terapéutico dudoso, así como los de otros 11 en los que no se obtuvo beneficio alguno.

beneficio terapéutico dudoso

- 5 casos de neurosis de ansiedad
- 3 casos con problemas de conducta
- 1 caso de depresión leve
- 1 caso de claustrofobia
- 1 caso de trastorno caracterial
- 2 casos de neurosis «camuflada»

fracaso terapéutico

- 5 casos de neurosis de ansiedad
- 3 casos de hipocondría
- 1 caso de impotencia
- 1 caso de frigidez
- 1 caso inclasificable

Estos resultados confirman las limitaciones del psicoanálisis. Aparte del problema económico (Hyman calculó que un tratamiento de dos años de duración costaba ente 5.000 y 6.000 dólares), la edad y el nivel intelectual eran factores que debían considerarse al proponer una terapéutica psicoanalítica. Al parecer, en edades superiores a los 40 o 45 años, existen pocas posibilidades de modificar la personalidad de un individuo. También es necesario que el paciente posea una inteligencia plástica y que esté acostumbrado a utilizarla. El tipo medio de mujer o de hombre es completamente incapaz de beneficiarse de esta forma de tratamiento.

Hyman reconoció que su casuística era limitada (precisó quince años para recopilar toda esta información) y que su desconocimiento de la metodología propia del psicoanálisis debilitaba su argumentación, pero confiaba en que esta aportación generara un debate que permitiría definir las indicaciones y las contraindicaciones de un procedimiento terapéutico que ofrecía grandes perspectivas en un futuro no demasiado distante.

Comentario

Debe mencionarse que éste es uno de los pocos estudios sobre los resultados del psicoanálisis en el que informa sobre el suicidio de un paciente. Asimismo, no debe sorprender que en 1936 la homosexualidad fuera considerada una enfermedad psicológica y que un clínico responsable procurara «curarla». Por otra parte, es raro que la masturbación llegara a motivar un tratamiento psicoanalítico. Otro aspecto positivo es que, al tratar del número de pacientes, se proporcionen cifras absolutas y no porcentajes, como es frecuente en los artículos sobre los resultados del psicoanálisis; pero para efectuar comparaciones, es apropiado calcularlos porcentualmente.

	psicopatías	psiconeurosis
<i>resultado satisfactorio</i>	1/15 = 6,6%	4/28 = 14,3%
<i>resultado dudoso</i>	2/15 = 13,3%	13/28 = 46,4%
<i>fracaso terapéutico</i>	12/15 = 80,0%	11/28 = 39,3%

El artículo de Hyman está escrito con un gran sentido clínico; su lectura se puede recomendar sin reservas tanto a psicólogos clínicos como a psicoanalistas

Referencias

1. Hyman HT. *An integrated practice of Medicine*. Filadelfia: Saunders, 1950
2. Dunbar HF. *Emotions and bodily changes. A survey of literature on psychosomatic relationships 1910-1933*. Nueva York: Columbia University Press, 1935
3. Hyman HT. The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure. *JAMA* 1936;107:326-9

3.3.6

El estudio de Oslo (Schjelderup, 1955)

Schjelderup H. Lasting effects of psychoanalytic treatment. *Psychiatry* 1955;18:109-33

En la introducción de este informe sobre su experiencia profesional como psicoanalista, Harald Schjelderup (1895-1974), profesor de Psicología en el Universitetets Psykologisk Institutt de Oslo y decano de la Facultad de Humanidades, escribe lo siguiente:

Es extraño que ninguno de los analistas de más edad y que han tenido experiencia durante un período considerable de tiempo, no haya realizado hasta el momento ningún estudio sistemático de seguimiento de su material de pacientes. Creo que tales investigaciones, aunque puedan no satisfacer los estándares metodológicos ideales, constituirían una contribución significativa a la evaluación de la terapia analítica.¹

Refiriéndose a la dificultad de definir lo que se entiende como una curación, Schjelderup cita a Clarence Oberndorf et al.:²

- a) un hombre aquejado de impotencia consigue mantener relaciones sexuales satisfactorias con una prostituta, pero no con otras mujeres; según ciertos criterios esto puede considerarse como una curación;
- b) en un caso de homosexualidad, un analista puede creer que la curación es un éxito si el paciente acepta su orientación sexual; otro analista puede exigir, en cambio, que el paciente sea capaz de mantener una relación heterosexual.

Pero estas dificultades no justifican que no se disponga de estudios sobre los resultados del psicoanálisis, necesarios para que los propios analistas puedan desarrollar su trabajo de forma satisfactoria.

Entre 1926 (año en el que inició su actividad profesional) y 1943 (cuando fue detenido por las fuerzas de ocupación alemanas), Schjelderup trató 41 casos de psiconeurosis. Al concluir la Segunda Guerra Mundial, 7 de sus pacientes habían fallecido, 4 no pudieron ser localizados y 2 no respondieron a sus escritos. En la revisión de resultados no se incluyeron los escasos pacientes que, tras unas pocas semanas de tratamiento, Schjelderup consideró que no eran adecuados para el psicoanálisis, ni tampoco a un paciente que interrumpió el tratamiento por propia voluntad. Los 28 pacientes restantes recibieron por correo un cuestionario en el que se les solicitó información acerca de su situación antes de comenzar el tratamiento, inmediatamente después de terminarlo y subsiguientemente. Unos dos meses después, Schjelderup celebró una entrevista personal con cada uno de estos pacientes, en la que se comentaron las respuestas dadas al cuestionario y en la que obtuvo informaciones adicionales, en especial respecto a las circunstancias externas de la vida de los mismos.

Schjelderup indica que la curación sintomática no es difícil de reconocer: en 13 casos se pudo comprobar una clara mejoría y 9 pacientes experimentaron a partir de la terminación del análisis una curación sintomática. En cambio, en tres casos la situación era tan compleja y fluctuante que no fue posible formular juicio alguno; en dos casos no se observó mejoría de ninguno de los síntomas principales y, en un caso, el proceso que motivó el análisis (homosexualidad) permaneció inmodificado, pero la psiconeurosis adicional mejoró

marcadamente. Los términos «curación» y «mejoría» no implican, desde luego, que estos resultados hayan sido debidos al psicoanálisis.

Respecto a las modificaciones de la personalidad y a los cambios en las relaciones sociales, Schjelderup opina que sólo emergen gradualmente años después de terminado el análisis. Por lo tanto es preciso distinguir entre los cambios que se observan en el curso del análisis, los cambios que tienen lugar en la fase de transición y los cambios permanentes.

Los pacientes informaron preferentemente acerca de las variaciones experimentadas en sus relaciones interpersonales. De los 28 pacientes, 25 comunicaron que habían experimentado una clara mejoría al respecto. En 22 pacientes mejoró la capacidad de trabajar y la satisfacción derivada del trabajo. Los cambios en la esfera sexual son más difíciles de valorar, si bien 15 de los 28 pacientes afirmaron que habían experimentado una evidente mejoría. Doce pacientes consideraron que habían alcanzado una percepción más objetiva de la realidad.

En cuanto a los cambios en la personalidad, puede parecer extraño, pero éstos resultaron evidentes también en los casos en los que la sintomatología había permanecido inmodificada o no había remitido completamente. Según Schjelderup, aunque no es posible obtener una imagen completa de los cambios de la personalidad sumando sencillamente los observados en determinadas áreas, tal vez sea posible concluir que el psicoanálisis posibilita un mayor grado de integración de la personalidad o quizás con las palabras de Ibsen: «ser uno mismo».

Las respuestas a la pregunta sobre la opinión de los propios pacientes respecto al psicoanálisis fueron en cierto modo sorprendentes: una actitud uniformemente positiva.

Schjelderup indica que, en caso de neurosis crónica, los diagnósticos acostumbra a resultar bastante arbitrarios, pero cinco pacientes de este grupo podían ser definidos como neurosis compulsivas y otros cinco, como histerias de ansiedad. En 17 casos, el diagnóstico fue más general: psiconeurosis con sintomatología heterogénea. En un caso, la decisión de un paciente de someterse a un análisis fue debida a su homosexualidad, pero éste sufría en realidad una psiconeurosis bien definida. La mayoría de los diagnósticos permiten suponer que los resultados terapéuticos observados fueron debidos al tratamiento psicoanalítico.

El tratamiento de este grupo de pacientes se prolongó en promedio dos años y tres meses, oscilando entre menos de un año y más de cinco años.

Por último, Schjelderup hace referencia al curso clínico de los pacientes tratados mediante psicoanálisis. En el caso de terapias sugestivas, este curso consiste en una mejoría que se incrementa de forma rápida y seguida, hasta alcanzar un cierto nivel que puede mantenerse sin otras modificaciones o que puede retroceder hasta la misma situación neurótica anterior. En un análisis que haya proporcionado buenos resultados, la evolución sigue inicialmente una curva de mejorías y empeoramientos breves y alternativos, que se producen durante el tratamiento o incluso después de su terminación, pero que con posterioridad se suavizan hasta conseguir una progresión gradual y continuada. En opinión del autor, este hecho es un argumento decisivo contra la suposición de que el psicoanálisis es únicamente un tratamiento sugestivo o de que las curaciones que alcanza el psicoanálisis son sólo remisiones espontáneas de un proceso patológico.

Comentario

El artículo de Harald Schjelderup es realmente atractivo, si es que es posible utilizar este adjetivo para referirse a un estudio sobre la eficacia de un procedimiento terapéutico. El autor expone su experiencia profesional de forma clara, sencilla y objetiva. Las preguntas que formula en su cuestionario («¿Cómo le ha ido desde que terminó el análisis y cómo está usted ahora?») denotan una gran proximidad a sus pacientes, un clarísimo sentido clínico. Además, comprueba la validez de las respuestas mediante una entrevista personal. Respecto a los resultados obtenidos, no deja de plantearse preguntas difíciles de contestar («la mejoría y curación no implican que el resultado sea debido al psicoanálisis»). Las consideraciones acerca de la evolución de la cura analítica, aunque se sustentan sólo en su apreciación personal, no dejan tener un alto grado de verosimilitud. No se refiere a la posibilidad de que el análisis determine reacciones negativas, aunque es posible que en un grupo tan reducido de pacientes no llegaran a tener lugar. Por último, cabe pensar que Harald Schjelderup fue un

terapeuta afectuoso, pendiente de sus pacientes, preocupado por su quehacer clínico. ¿Es posible que sus antiguos pacientes desearan gratificarle por sus atenciones y le proporcionararan respuestas teñidas de forma positiva? Podría ser un caso semejante al de la generala Maria Petrovna Pechonkina de Anton Chejov.³ Pero esta suposición, en todo caso marginal, no quita valor al trabajo de Harald Schjelderup.

Referencias

1. Schjelderup H. Lasting effects of psychoanalytic treatment. *Psychiatry* 1955;18:109-33
2. Oberndorf CP, Greenacre P, Kubie L. Symposium on the evaluation of therapeutic results. *Yearbook of Psychoanalysis* 1949;5:9-34
3. Chejov A. El arte de la simulación. *Cuentos completos*. Madrid: Aguilar, 1962

3.3.7

El informe de Henriette R. Klein (1960)

Klein HR. A study of changes occurring in patients during and after psychoanalytic treatment. En: P.H. Hoch, J. Zubin (editores). *Current approaches in psychoanalysis*. Nueva York: Grune & Stratton, 1960

Henriette R. Klein falleció en Nueva York en 1996 a los 94 años de edad. Fue una de las figuras emblemáticas del Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research y una de las primeras mujeres que consiguieron una posición profesional destacada, habiendo alcanzado la presidencia de la New York Psychiatric Society. Nació en Evanston (Illinois) y se doctoró en Medicina en la Universidad de Maryland. Su formación en psicoanálisis tuvo lugar en el New York Psychoanalytic Institute; se graduó como psicoanalista en 1940. Fue pionera en el estudio de la esquizofrenia en niños. Dedicó una atención especial a la formación de psicoanalistas y a la conducta profesional de los mismos.¹

Henriette Klein plantea al principio de su informe dos importantes preguntas acerca de los cambios experimentados por los pacientes tras completar un tratamiento psicoanalítico:²

- a) ¿cuáles han sido los cambios significativos experimentados en sus vidas?
- b) ¿en qué proporción estos cambios pueden ser atribuidos al tratamiento?

Respecto a ambas cuestiones, indica que la simple desaparición de los síntomas no es considerada por parte de los psicoanalistas como un dato significativo, y cita a Ives Hendrick, según el cual el éxito del tratamiento radica en:³

...el ajuste general a la vida ô la capacidad de alcanzar una felicidad razonable, de contribuir a la felicidad de otros y de tratar de forma adecuada los extenuantes problemas de la madurez.

Para contestar a las mencionadas preguntas, Klein recurrió a un estudio de carácter retrospectivo de los pacientes tratados en la Columbia University's Psychoanalytic Clinic entre 1947 y 1953. De los 500 casos atendidos en dicha clínica durante este período, 288 fueron tratados mediante psicoanálisis. De éstos, se excluyeron en el estudio los pacientes privados, los niños, los pacientes diagnosticados de procesos diferentes a psiconeurosis y los casos tratados durante menos de 200 sesiones, con lo que finalmente se dispuso de información acerca de 57 pacientes, aunque con 27 de ellos no fue posible establecer contacto. La propia autora indica que limitar el estudio a los pacientes tratados con más de 200 sesiones puede implicar un sesgo a favor de los casos con resultados positivos.

El estudio se diseñó con el propósito de valorar los cambios objetivos y subjetivos de las emociones y del comportamiento durante y después del tratamiento. El intento de relacionar estos cambios con el efecto del tratamiento psicoanalítico es complejo: según la autora, esta pretensión implica desde un contexto de certeza a un contexto de grandes dudas. El haber conseguido un empleo gratificante o el haber contraído un matrimonio satisfactorio pueden ser consecuencia directa del tratamiento o puede haber contribuido a los resultados del mismo.

Se registraron los datos correspondientes a tres momentos del proceso terapéutico: al iniciarlo, al terminar el tratamiento y más de un año después de su terminación. Para definir el estado del paciente en las diferentes áreas de funcionalidad y de autoestima, se utilizó una escala de cinco puntos en la que

- el valor 2 describe una situación de inhibición grave y de sentimientos de culpa,
- el valor 3 representa un grado moderado de disfunción (el individuo es capaz de desarrollar sus objetivos vitales pero con un esfuerzo considerable, lo que le causa malestar, escasa eficiencia y pocas satisfacciones),
- el valor 4 constituye la situación en que el impacto de los conflictos es mínimo o de escasa duración, y
- los valores 1 y 5 son los extremos de esta escala.

La valoración de los resultados estuvo a cargo de un grupo de cinco psicoanalistas. Cada paciente fue entrevistado en dos ocasiones por uno de dichos terapeutas. Además, se solicitó a los pacientes que completaran un cuestionario de autoevaluación. Por último, el grupo de evaluadores sometió a discusión los datos obtenidos. Se dispuso, por lo tanto, de tres valoraciones: la del paciente, la de un psicoanalista y la del grupo de evaluadores.

En la primera entrevista se solicitó al paciente que describiera sus problemas, su situación anímica y la experiencia y los resultados conseguidos mediante el tratamiento, y se le entregó el cuestionario de autoevaluación. En la segunda entrevista, el analista buscó datos adicionales en relación con los temas tratados en la entrevista anterior. Con frecuencia, en esta segunda ocasión el paciente se refirió a problemas y situaciones desagradables que no había comunicado en la entrevista anterior.

Klein discute la fiabilidad y la validez de este procedimiento y, entre otros problemas, indica que el terapeuta valora a su paciente de forma distinta a como lo hacen los facultativos que no participaron en su tratamiento y que, por ejemplo, utilizar el valor 5 suscita considerables dudas, pues es difícil aplicar el concepto de «normalidad» a la conducta de un ser humano. No obstante considera que estos sesgos son comunes a todos los casos y que no afectan la descripción básica de lo que es un «cambio».

A pesar de las imperfecciones del método y de las limitaciones de los datos registrados, Klein opina que las tendencias observadas en este estudio merecen consideración. En cuanto a la actitud respecto al tratamiento, es posible dividir los pacientes estudiados en tres grupos:

- a) siete pacientes que se mostraron agradecidos y entusiastas (grupo I),
- b) veinte pacientes que no expresaron sentimientos positivos ni negativos (grupo II), y
- c) cuatro pacientes que estaban insatisfechos y que consideraron que precisaban de ayuda adicional (grupo III).*

Como es lógico, los pacientes del grupo I valoraron su mejoría con un índice de 5,3 (gran mejoría), en tanto que los del grupo III le otorgaron un valor de 4,0 (cierta mejoría).

Según las escalas de autovaloración, 23 pacientes (76,6%) consideraron que habían alcanzado un resultado satisfactorio (*good improvement* o *very good improvement*), en tanto que los siete pacientes restantes comunicaron que el resultado había sido mediano (*slight* o *fair*). Más de la mitad de los pacientes valoraron que la autoestima fue la característica que había alcanzado un cambio más importante.

El análisis de los datos mostró que se había conseguido una mejoría significativa en casi todos los grupos de síntomas; en el período siguiente a la terminación del tratamiento se constató una mejoría adicional en la ansiedad general y en las fobias.

El informe concluye afirmando que no se dispone de un método científico adecuado para estudiar la naturaleza del proceso terapéutico.

Referencias

1. Klein HR. *Psychoanalysts in training: Selection and evaluation*. Nueva York: Columbia University Press, 1965

* Error aritmético: $7 + 20 + 4 = 31$, pero la autora sólo estableció contacto con 30 pacientes.

2. Klein HR. A study of changes occurring in patients during and after psychoanalytic treatment. En: P.H. Hoch, J. Zubin (editores). *Current approaches in psychoanalysis*. Nueva York: Grune & Stratton, 1960
3. Hendrick I. *Facts and theories of psychoanalysis*. Nueva York: Alfred A. Knopf, 1939

3.3.8 El informe de Fred P. Robbins (1965)

Robbins FP. *Results of first control case assignments*. Report to the Committee on Membership of the American Psychoanalytic Association. December, 1965

En 1965, Robbins presentó un informe a la American Psychoanalytic Association en el que solicitaba ser admitido como miembro de la misma.¹ En este informe, Robbins se refirió a 199 casos tratados entre diciembre de 1962 y mayo de 1965 por analistas en período de formación. Algunos de estos pacientes habían comenzado su tratamiento cinco o seis años antes, pues en 28 de los mismos se contabilizaron hasta más de mil sesiones psicoanalíticas.

Robbins utilizó cuatro categorías para definir los resultados obtenidos: «pobres», «suficientes», «buenos» y «muy buenos». Los casos valorados como fracasos no fueron presentados a la consideración de la American Psychoanalytic Association.

En 48 pacientes (24%) se consideró que los resultados habían sido «pobres», en 81 (41%) «suficientes», y en 70 (35%) «buenos» o «muy buenos».

Referencia

1. Robbins FP. *Results of first control case assignments*. Report to the Committee on Membership of the American Psychoanalytic Association. December, 1965

3.3.9

El estudio del Southern California Institute (Feldman, 1968)

Feldman F. Results of psychoanalysis in clinic case assignments. *J Am Psychoanal Assoc* 1968;16:274-300

Fred Feldman informó que entre 1954 y 1965 en el Southern California Psychoanalytic Institute se atendió a 960 pacientes, de los cuales 120 fueron aceptados para tratamiento psicoanalítico a cargo de analistas en período de formación.¹ En 21 casos no fue posible valorar los resultados del análisis debido a diferentes circunstancias: (a) el tratamiento había sido demasiado breve como para permitir una evaluación de la analizabilidad; (b) los pacientes eran menores de edad; (c) tres analistas no proporcionaron los informes necesarios para evaluar los casos, (d) algunos pacientes no iniciaron el análisis, al parecer por motivos ajenos al proceso patológico. Para evaluar los resultados del tratamiento, un psicoanalista revisó las historias clínicas de los pacientes y los informes semestrales de los terapeutas, a los que además se solicitó que proporcionaran una evaluación de los casos que habían tratado en los dos últimos años.

En los 99 casos estudiados, la duración del tratamiento varió entre 160 horas y más de 1.000 horas, con un promedio de entre 300 y 400 horas. La valoración fue eminentemente subjetiva. La calidad de los informes semestrales fue muy variable. Los fracasos (abandono por parte del paciente o ausencia evidente de mejoría) fueron más fáciles de valorar que los éxitos. Se utilizaron las siguientes categorías de resultados:

- pobre: fracaso (abandono, finalización sin mejoría evidente, psicosis no diagnosticada inicialmente),
- moderado: fracaso, pero con una cierta mejoría (más de un año de tratamiento, terminación por decisión del paciente),
- bueno: mejoría significativa (tratamiento de más de un año de duración, terminación de mutuo acuerdo),
- muy bueno: mejoría superior al promedio esperado, terminación por mutuo acuerdo.

Los analistas en período de formación valoraron 61 pacientes y consideraron que en el 79% de los mismos se habían obtenido resultados buenos o muy buenos. Paralelamente, la valoración por parte de un psicoanalista a partir las historias clínicas y los informes semestrales proporcionó resultados buenos o muy buenos en el 64% de los 99 casos. En la siguiente tabla se detallan los resultados de las mencionadas valoraciones.

resultado	analista en formación		analista titulado	
	n	%	n	%
pobre	2	3%	13	13%
moderado	11	18%	23	32%
bueno	18	30%	40	41%
muy bueno	30	49%	23	23%
	61	100%	99	100%

Así pues, en este estudio, los resultados obtenidos en dos tercios de los 99 pacientes fueron valorados por analistas en período de formación como «muy buenos». Si se hubiera obtenido

este resultado en otras enfermedades consideradas incurables, no hay duda de que el tratamiento se habría calificado como «extraordinariamente valioso y esperanzador.»

Fred Feldman concluyó que los resultados de la terapéutica psicoanalítica son difíciles de evaluar. Los conceptos de «analizabilidad» y «análisis exitoso» no son explícitos. Indicó también que según Weber et al. existen pocas definiciones del criterio de «mejoría» que puedan ser aceptadas por la mayor parte de los psicoanalistas.³ Los problemas implicados en registrar y valorar centenares de horas de tratamiento son evidentes.

Referencias

1. Feldman F. Results of psychoanalysis in clinic case assignments. *J Am Psychoanal Assoc* 1968;16:274-300
2. Robbins FP. *Results of first control case assignments*. Report to the Committee on Membership of the American Psychoanalytic Association. December, 1965
3. Weber JJ, Elinson J, Moss L. On the fate of the psychoanalytic clinic patient. *Bull Assn Psychoanal Med* 1965;5:7-10

3.3.10

El estudio retrospectivo del Boston Institute (Sashin, 1974)

Sashin J, Eldred S, Van Amerongen ST. A search for predictive factors in institute supervised cases: A retrospective study of 183 cases from 1959-1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. *Int J Psychoanal* 1975;56:343-59

Jerome I. Sashin nació en Manhattan (Nueva York) y se graduó en el Massachusetts Institut of Technology y en la New York University School of Medicine. Perteneció al profesorado de las escuelas de Medicina de la Harvard University y de la Tufts University y al cuerpo directivo del Psychoanalytic Institute of New England East (Needham, Massachusetts) desde la fundación del mismo en 1975. Entre 1983 y 1985 fue profesor visitante en el Institut des Hautes Études Scientifiques (París). Falleció en 1990, a los 49 años de edad, a causa de un linfoma.

La Boston Psychoanalytic Society (BPS) fue fundada en 1914 por James Putnam. En 1930 Franz Alexander se incorporó a esta asociación con el propósito de crear un instituto en el que se siguiera la orientación del Berliner Psychoanalytische Institut, es decir, un centro donde se promoviese la formación psicoanalítica con análisis didácticos, se organizaran seminarios y se supervisaran casos clínicos.

Franz Alexander (1891-1964) había nacido en Budapest y se graduó en Medicina en 1912. Rechazó la proposición de Freud de convertirse en su ayudante y en 1930 emigró a Estados Unidos. En Boston permaneció sólo un año, se trasladó a Chicago y, un año después, a Los Ángeles, donde fue nombrado profesor de psicoanálisis de la University of Southern California. Alexander (Alexander Ferenc Gábor) fue un enemigo de los dogmatismos: su idea de una «experiencia emocional correctora», consistente en que las experiencias previas podían corregirse mediante las experiencias que surgen en la situación terapéutica, fue muy criticada.

En 1935 Felix y Helene Deutsch llegaron a Boston huyendo de la persecución nacionalsocialista y fueron recibidos con gran interés. El número de miembros de la BPS se triplicó en el curso de los diez años siguientes; la mitad de ellos procedían de Viena. Tras la Segunda Guerra Mundial, el gobierno de Estados Unidos incrementó sus presupuestos para formación e investigación en psicoanálisis. El Boston Psychoanalytic Society and Institute (BPSI) llegó a contar en 1974 con más de 150 profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales) que se estaban formando en psicoanálisis. Un centenar de pacientes disponía de tratamiento psicoanalítico de bajo coste supervisado por psicoanalistas experimentados; el número de estos últimos llegó a 80.

En el BPSI se efectuaron dos estudios sobre los resultados del tratamiento psicoanalítico: el estudio retrospectivo de Jerome Sashin y el prospectivo de Judy L. Kantrowitz. El primero de ellos, publicado en 1975, se refiere a los resultados del tratamiento de bajo coste en 183 pacientes diagnosticados en su mayoría de neurosis histérica, neurosis obsesivo-compulsiva o neurosis inespecíficas.¹ Los tratamientos estuvieron a cargo de analistas en período de formación. Una vez completado el análisis se aplicó una escala de cambio global, una escala de situación vivencial y seis escalas referidas a evolución sintomática, malestar general, productividad, actividad sexual, relaciones interpersonales y conciencia de enfermedad. En conjunto se trataba de 105 ítems que los autores consideraron que podían ser significativos en cuanto a la valoración del tratamiento psicoanalítico. Según los analistas, más del 25% de los pacientes terminaron el tratamiento prematuramente.

<i>motivos de terminación del análisis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
terminación por mutuo acuerdo	90	69,2
abandono por parte del paciente	23	17,7
terminación por decisión del analista	12	9,2
análisis interminable	5	3,9
	<i>130</i>	<i>100,0</i>

Los resultados de este estudio se expresaron en porcentajes de (a) consecución de los objetivos del tratamiento, (b) reducción de la sintomatología y (c) bienestar general. La valoración de los correspondientes al primer parámetro proporcionó los siguientes resultados:

<i>% de objetivos alcanzados</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
5%-35% (pobre)	42	29%
45%-65% (moderado)	71	48%
75%-95% (bueno)	34	23%
	<i>147</i>	<i>100%</i>

Los resultados correspondientes al segundo parámetro (reducción del número de síntomas) se encuentran en la siguiente tabla.

<i>% de reducción de sintomatología</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
5%-35% (pobre)	59	40%
45%-65% (moderado)	55	37%
75%-95% (bueno)	34	23%
	<i>148</i>	<i>100%</i>

En lo que se refiere a «bienestar general» en el momento de efectuar la entrevista de seguimiento, los resultados se expresaron en cuatro grupos: «bueno», «satisfactorio», «moderado» y «deficiente»; estos resultados se encuentran representados en la figura 1. En conjunto, se consideró que aproximadamente el 70% de los pacientes habían mejorado, en tanto que el 6% experimentaron un empeoramiento significativo asociado con el análisis.

Sashin et al. indicaron que el psicoanálisis podía ser el tratamiento de elección en determinados pacientes, pero que los resultados no siempre eran impresionantes, ya fuera porque:

- el paciente abandonaba el tratamiento,
- el analista lo interrumpía porque la situación del paciente empeoraba o, en otros casos,
- porque el análisis resultaba interminable debido a que los cambios eran demasiado reducidos.

Dado que el psicoanálisis representaba un considerable esfuerzo en términos económicos y de dedicación personal, a los autores les pareció importante analizar aquellos factores predictivos que pudieran diferenciar los casos que no completaban el tratamiento de los que lo terminaban de común acuerdo con el analista. De los 105 ítems de que constaban las mencionadas escalas, sólo 15 permitieron diferenciar de forma estadísticamente significativa a los pacientes en los que podían esperarse resultados positivos. De estos 15 ítems, siete se referían a la historia familiar del paciente. El artículo concluyó afirmando que un área importante, a la que había que prestar atención en el futuro, era la historia familiar.

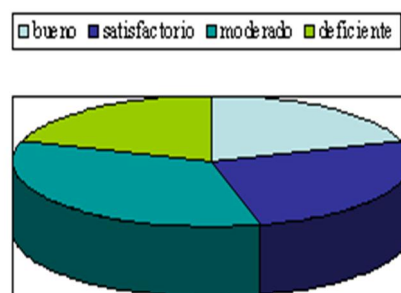


Fig. 1. Niveles de bienestar general

Comentario

En este estudio retrospectivo se registró un porcentaje de éxitos del 70%, pero lo interesante es que se admitiera por primera vez que el psicoanálisis podía empeorar la situación emocional del paciente. Por otra parte, no se ha encontrado ninguna publicación sobre un estudio prospectivo que permitiera aceptar o rechazar la hipótesis de que la historia familiar constituye un factor predictivo del desarrollo del proceso psicoanalítico.

Referencia

1. Sashin J, Eldred S, Van Amerongen ST. A search for predictive factors in institute supervised cases: A retrospective study of 183 cases from 1959-1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. *Int J Psychoanal* 1975;56:343-59

3.3.11

El New York Psychoanalytic Institute (Erle, 1979, 1984)

- Erle JB. An approach to the study of analyzability and the analysis: The course of forty consecutive cases selected for supervised analysis. *Psychoanal Quart* 1979;48:198-228
 - Erle JB, Goldberg DA. Observations on assessment of analyzability by experienced analysts. *J Am Psychoanalytic Ass* 1984;32:715-37
-

En Nueva York, la formación en psicoanálisis era de carácter informal hasta que en 1931 la Psychoanalytic Society estableció el Psychoanalytic Institute, que llegó a contar con la colaboración de los psicoanalistas más conocidos de su época: Heinz Hartmann, Ernst Kris, Rudolf, Loewenstein, Margaret Mahler y Robert Knight, entre otros. La New York Psychoanalytic Society había sido fundada en 1911 por Abraham Arden Brill (1874-1948), nacido en Kanczuga (Galitzia, Imperio Austrohúngaro), quien a los 15 años emigró a Estados Unidos a causa de un violento enfrentamiento con su padre, oficial del ejército imperial. Brill estudió en el City College de Nueva York y, con grandes dificultades económicas, en el Columbia College of Physicians and Surgeons. Se trasladó a Europa para formarse como psiquiatra con Eugen Bleuler y Carl Jung en el Hospital Neuropsiquiátrico de Burghölzli. En 1908, regresó a Estados Unidos y se convirtió en un gran propagandista de la doctrina psicoanalítica, aunque reduciéndola a una técnica médica de carácter pragmático y adaptativo.

En el New York Psychoanalytic Institute se realizaron dos estudios sobre los resultados de la terapéutica psicoanalítica, cuyo valor es principalmente histórico pero que merecen ser incluidos en una revisión sobre este tipo de proyectos.

En el primer estudio se analizaron 40 casos diagnosticados como procesos de carácter neurótico que habían sido tratados por analistas que se encontraban en período de formación.¹ Las valoraciones fueron efectuadas según las impresiones de dichos analistas acerca del grado de progreso de sus pacientes, es decir, no hubo mediciones formales de los resultados. Más del 80% de los pacientes tratados durante más de cuatro años fueron evaluados como «mejoría sustancial», pero en los casos en que la duración del tratamiento fue inferior a dos años, sólo el 12% recibieron dicha valoración; al 40% de estos últimos pacientes se les evaluó como «cambios de poca envergadura».

En el segundo estudio, efectuado también por Joan Erle en colaboración con Daniel Goldberg, se incluyeron 160 pacientes tratados por analistas con experiencia, los cuales, al iniciar y al finalizar el tratamiento, completaron un cuestionario semiestructurado con información sobre la justificación del análisis, el proceso y la descripción general del mismo; los objetivos del tratamiento no se incluyeron en dicho cuestionario.² Los resultados fueron menos favorables que los del primer estudio: se consideró que sólo el 55% de los pacientes habían obtenido algún tipo de beneficio.

Comentario

Al revisar estos estudios, en An open door review se menciona que «las evaluaciones de resultados por parte de los clínicos generalmente se consideran como carentes de validez». También se indica que no se intentó evaluar la fiabilidad de las valoraciones clínicas y que la ausencia de diferencias entre los resultados de los candidatos a psicoanalista y de los analistas

experimentados tal vez se explica porque estos últimos se encargaban del tratamiento de los casos más graves.

Referencias

1. Erle JB. An approach to the study of analyzability and the analysis: The course of forty consecutive cases selected for supervised analysis. *Psychoanal Quart* 1979;48:198-228
2. Erle JB, Goldberg DA. Observations on assessment of analyzability by experienced analysts. *J Am Psychoanalytic Ass* 1984;32:715-37

3.3.12

El estudio prospectivo del Boston Institute (Kantrowitz, 1987)

Kantrowitz JL, Katz AL, Paolito F, Sashin J, Solomon L. Changes in the level and quality of object relations in psychoanalysis: Follow-up of a longitudinal, prospective study. *J Am Psychoanal Ass* 1987;35:23-46

El estudio de Kantrowitz et al. es un análisis prospectivo de las modificaciones del nivel y de la calidad de las relaciones objetales de 22 de los pacientes incluidos en el estudio retrospectivo publicado por Sashin et al. en 1975.^{1,2}

Las relaciones interpersonales satisfactorias están asociadas positivamente con un resultado psicoanalítico satisfactorio: este hecho quedó demostrado en el proyecto de la Menninger Foundation.³

En el estudio de Kantrowitz et al., el beneficio terapéutico satisfactorio se definió como un cambio positivo en varias dimensiones emocionales: el sentido del *self*, la satisfacción y los logros conseguidos en el trabajo, y la verificación de la realidad.

La mayoría de los 22 pacientes habían comunicado que al menos uno de los motivos por los que habían solicitado tratamiento psicoanalítico consistía en sus dificultades para relacionarse con otros individuos. Se trataba de 12 hombres y 10 mujeres, de 21 a 32 años de edad, con un cociente intelectual (CI) elevado y en los que el CI verbal oscilaba entre 103 y 146. De hecho, en 16 de los 22 sujetos, el CI verbal se encontraba en un rango «superior» o «muy superior». Todos los pacientes tenían un nivel de educación universitario. Las razones para solicitar ayuda psicológica y los diagnósticos se encuentran en la siguiente tabla.

TABLA 1. Razones para solicitar tratamiento*

dificultades con el sexo opuesto	11 casos	neurosis	8 casos
dificultades de relación en general	9 casos	carácter narcisista	3 casos
depresión	5 casos	personalidad límite	5 casos
crisis de ansiedad o fobias	3 casos	proceso psicótico	3 casos
necesidad de comprensión intelectual	1 caso	carácter psicótico	3 casos

* En 7 pacientes, más de una razón para solicitar tratamiento

Todos los pacientes fueron tratados de 4 a 5 veces por semana por analistas en período de formación. La duración del tratamiento osciló entre 2,5 años y 5 años, con una media de 4,5 años.

Antes de iniciar el análisis se administró a todos los pacientes una batería de pruebas psicológicas (Rorschach, Test de Apercepción Temática, Wechsler), la cual se repitió un año después de terminarlo; en ese momento también se efectuó una entrevista con el paciente y una entrevista con su psicoanalista. Al paciente se le interrogó acerca de su opinión sobre la comprensión del analista respecto a sus problemas y sobre la forma como los había analizado y solucionado; también se le preguntó cómo se había decidido finalizar el análisis y se le solicitó una valoración general de su tratamiento psicoanalítico.

El investigador principal se entrevistó con todos los analistas a fin de valorar las siguientes variables: motivación del paciente, comprensión de la realidad, funcionamiento del ego, afectos, relaciones objetales, grado de cambios, terminación y valoración general. Las respuestas obtenidas en estas entrevistas proporcionaron los siguientes resultados:

- | | | |
|----|---|---------------|
| a) | analizables con resolución total o parcial de la neurosis de transferencia | 9 casos (41%) |
| b) | analizables con variaciones de la técnica y resolución parcial de la neurosis | 5 casos (23%) |
| c) | no analizables | 8 casos (36%) |

La valoración de la relación entre el beneficio terapéutico obtenido y la calidad de las relaciones objetales mostró, mediante la prueba de la t para correlación de valores medios, un resultado estadísticamente significativo ($t = 3,46$; $p < 0,05$).

Asimismo, según el coeficiente de correlación de Pearson ($r = 0,79$; $p < 0,001$), la información procedente del sujeto y los informes de los analistas acerca de la valoración de los cambios en las relaciones objetales resultaron estadísticamente relacionadas.

El estudio concluyó que el psicoanálisis ejerce un efecto positivo en la intensidad y la calidad de las relaciones objetales del paciente.

El estudio de seguimiento

Entre cinco y diez años más tarde, no fue posible localizar a cuatro de los 22 pacientes del grupo inicial, en tanto que un quinto paciente se encontraba todavía en tratamiento psicoanalítico.⁴ Con ello se dispuso de 17 pacientes que accedieron a participar en una entrevista semiestructurada que tuvo dos objetivos: (a) establecer la magnitud y estabilidad del cambio psicológico y (b) comprobar la percepción del paciente respecto a la labor psicoanalítica. En cuanto al primer apartado, se consideraron tres áreas diferentes: la tolerancia afectiva, la calidad de las relaciones objetales y la comprensión de la realidad; también se valoró la satisfacción derivada del trabajo y el sentimiento general de autoestima. La información obtenida permitió comprobar que:

- a) en 7 pacientes se mantuvo la mejoría del funcionamiento psicológico registrada al terminar el tratamiento;
- b) en 6 pacientes fue posible recuperar la mejoría del funcionamiento psicológico mediante tratamiento adicional, y
- c) en 4 pacientes no fue posible recuperar la mejoría a pesar de haberse reinstaurado el tratamiento psicoanalítico.

Respecto a la tolerancia afectiva y las relaciones objetales, no resultó posible efectuar un juicio general semejante al formulado un año después de la terminación del tratamiento, cuando se comprobó una mejoría de este parámetro en la mayor parte de los pacientes: en la entrevista efectuada entre cinco y diez años después, sólo un paciente había experimentado cierta mejoría en la comprensión de la realidad; en la mayor parte de los pacientes se mantuvo la mejoría experimentada en cuanto a satisfacción en el trabajo, y en casi todos mejoró la autoestima. En resumen: en un número importante de pacientes no fue posible mantener a largo plazo la mejoría alcanzada al terminar el análisis.

Aparte de ello, ni las valoraciones de los analistas al terminar el tratamiento ni las variaciones de las pruebas psicológicas efectuadas antes y después del tratamiento permitieron predecir qué pacientes mejorarían ni cuáles podrían mantener de forma prolongada la mejoría obtenida. Este estudio proporcionó otra observación importante: los analistas fueron más optimistas acerca de los resultados obtenidos por sus pacientes que lo que demostraron las pruebas psicológicas aplicadas por observadores independientes.

Judy L. Kantrowitz, nacida en 1958, es doctora en psicología y analista docente y supervisora del Boston Psychoanalytic Society and Institute. Es autora de numerosos artículos científicos; en 1996 publicó *The patient's impact on the analyst* y en 2005, *Writing about patients: Analysts' attitudes and practices and their effect on patients*.^{5,6}

Comentario

El reducido número de pacientes incluidos en este estudio le resta indudablemente importancia. No parece que sus características demográficas (clase social, nivel educativo, inteligencia)

puedan coincidir con las de la población de pacientes adecuados para tratamiento psicoanalítico. No obstante, el cuidadoso diseño metodológico del estudio y las múltiples medidas de salvaguarda utilizadas hacen que merezca un interés especial.

A largo plazo, la situación de estos pacientes resulta en conjunto decepcionante: sólo 7 de 17 (42%) mantiene el beneficio terapéutico registrado un año después de la terminación del tratamiento, en tanto que en 4 pacientes fue necesario recurrir a un tratamiento adicional. Estas cifras no son satisfactorias si se considera la intensidad y la duración del tratamiento que estos pacientes habían recibido.

La conclusión de que los analistas fueron más optimistas que los resultados de las valoraciones psicológicas es especialmente interesante y debería ser tomada en consideración en cualquier proyecto de investigación acerca de la eficacia terapéutica del psicoanálisis.

Referencias

1. Kantrowitz JL, Katz AL, Paolitto F, Sashin J, Solomon L. Changes in the level and quality of object relations in psychoanalysis: Follow-up of a longitudinal, prospective study. *J Am Psychoanal Ass* 1987;35:23-46
2. Sashin J, Eldred S, Van Amerongen ST. A search for predictive factors in institute supervised cases: A retrospective study of 183 cases from 1959-1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. *Int J Psychoanal* 1975;56:343-59
3. Kernberg OF, Burstein E, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H. Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation psychotherapy research project. *Bull Menninger Clin* 1972;36:3-275
4. Kantrowitz JL, Katz AL, Paolitto F. Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination: I. Stability of change. *J Am Psychoanal Ass* 1990;38:471-96
5. Kantrowitz JL. *The patient's impact on the analyst*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1996
6. Kantrowitz JL. *Writing about patients: Analysts' attitudes and practices and their effect on patients*. Nueva York: The Other Press, 2005.

3.3.13

El estudio de Stuttgart (Teufel, 1988)

Teufel R, Volk W. Erfolg und Indikation stationärer psychotherapeutischer Langzeittherapie. En: W. Ehlers, H.C. Traue, D. Czogalik (editores). *Bio-psycho-soziale Grundlagen für die Medizin*. Berlín: Springer, 1988

La Psychotherapeutische Klinik (Clínica Psicoterapéutica) de Stuttgart fue fundada en 1967 y se dedica exclusivamente al tratamiento psicoanalítico de pacientes ingresados. Dispone de 102 camas y trata unos 300 pacientes al año; la duración de la hospitalización es en promedio de seis meses. En 1986 contaba con la colaboración de 17 terapeutas. Los pacientes internados en esta clínica padecen trastornos de la personalidad o procesos neuróticos o psicosomáticos graves. El tratamiento consiste en psicoanálisis individual o terapia de grupo. No se administra medicación psicotrópica y las intervenciones paramédicas son escasas.

En 1986, en la Forschungsstelle für Psychotherapie (Centro de Investigación para Psicoterapia), asociada a la mencionada clínica y dirigida por Horst Kächele, profesor y director del Departamento de Psicoterapia y Medicina Psicosomática de la Universidad de Ulm, se decidió efectuar un estudio de seguimiento acerca de los resultados terapéuticos obtenidos en 248 pacientes que en promedio habían finalizado el análisis cuatro años antes.¹ De este grupo de pacientes fue posible entrevistar a 147, en los que se valoró:

- a) la consecución de los objetivos del tratamiento, según apreciación del terapeuta,
- b) la reducción de la sintomatología, valorada de acuerdo con los cambios observados en los cuestionarios aplicados al inicio del tratamiento y en el momento del seguimiento,
- c) el bienestar general del paciente, y
- d) su capacidad de trabajo, según la información de la entrevista de seguimiento.

Los resultados de este estudio se expresaron en porcentajes y, a fin de facilitar su comprensión, se clasificaron en tres categorías: pobres, moderados y buenos. La valoración del primer parámetro (consecución de los objetivos del tratamiento) proporcionó los siguientes datos:

<i>% de objetivos alcanzados</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
5%-35% (pobre)	42	29%
45%-65% (moderado)	71	48%
75%-95% (bueno)	34	23%
<i>Total</i>	<i>147</i>	<i>100%</i>

Los resultados correspondientes al segundo parámetro (reducción porcentual del número de síntomas) se encuentran en la siguiente tabla.

% de reducción de síntomas	n	%
5%-35% (pobre)	59	40%
45%-65% (moderado)	55	37%
75%-95% (bueno)	34	23%
	148*	100%

En resumen, respecto a la obtención de objetivos, aproximadamente una cuarta parte de los pacientes logró buenos resultados, mientras que en los restantes éstos fueron moderados o pobres. En cuanto a la reducción de síntomas, la mitad de los pacientes alcanzó resultados satisfactorios.

En la valoración del «bienestar general» expresado en el momento de efectuar la entrevista de seguimiento se distinguieron cuatro grupos: «bueno», «satisfactorio», «moderado» y «deficiente»; estos resultados se encuentran representados en la figura 1. Casi la mitad de los pacientes informó acerca de un grado de bienestar general bueno o satisfactorio y sólo el 20% consideró que su grado de bienestar era deficiente.

Respecto a la capacidad de trabajo, dos tercios de los pacientes informaron que eran plenamente capaces de trabajar, en tanto que el 15% no consiguió un empleo rentable (figura 2).

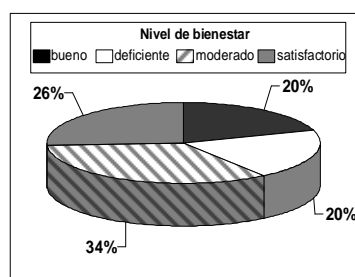


Fig. 1. Escala de bienestar general

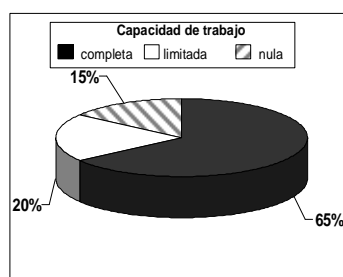


Fig. 2. Capacidad de trabajo

Estos resultados sugieren que la capacidad de trabajo es el criterio que mejor refleja la situación de estos pacientes cuando son dados de alta.

Comentario

El estudio de Stuttgart tiene limitaciones importantes: no se utilizaron medidas estandarizadas y los resultados de las escalas de obtención de objetivos son difíciles de interpretar al no disponerse de un grupo de comparación. No obstante, el hecho de que cuatro años después de la terminación del tratamiento la gran mayoría de este grupo de pacientes severamente discapacitados pudiera responder a la exigencia que representa la necesidad de trabajar, es un argumento a favor de la efectividad del tratamiento psicoanalítico en pacientes hospitalizados.

Referencia

1. Teufel R, Volk W. Erfolg und Indikation stationärer psychotherapeutischer Langzeittherapie. En: W. Ehlers, H.C. Traue, D. Czogalik (editores). *Bio-psycho-soziale Grundlagen für die Medizin*. Berlín: Springer, 1988

* La diferencia respecto al número de casos (147 o 148) no está comentada en el documento original.

3.3.14

Estudio de efectividad latinoamericano (Lancelle, 1996)

Lancelle G, Bernardi R, Epstein R. *Planning a long-term psychotherapy research study. Experience from the pilot phase of the Latin American Multicenter Study*. Stuttgart: Stuttgart Kolleg. Forschungsstelle für Psychotherapie, 1996

En un artículo publicado en 1996, Marina Altmann et al. (Sociedad Psicoanalítica Uruguay y Universidad de la República, Montevideo, Uruguay) se plantean si la frecuencia de las sesiones puede influir en el proceso y en los resultados de la práctica psicoanalítica habitual.¹ A este respecto, citan en primer lugar a Sigmund Freud, quien explicó que trabajaba con sus pacientes seis veces por semana, y tres veces por semana sólo en casos leves:²

í ya que un trabajo menos frecuente corre el riesgo de no estar acompasado con el vivenciar real del paciente y que así la cura pierda contacto con el presente y sea forzada por caminos laterales.

Los mismos autores citan también a Lacan, para quien no hay tiempo preestablecido, sino que la sesión termina cuando el analista lo juzga oportuno, en tanto que las sesiones tampoco están prefijadas y su frecuencia es variable. La conclusión práctica, según Lacan, es «sesiones breves con mayor frecuencia».

Asimismo, los autores mencionan una encuesta efectuada en 1996 entre los miembros de la Sociedad Psicoanalítica Uruguay, en la que se comprobó que el 78% de los pacientes adultos en tratamiento psicoterapéutico eran entrevistados una o dos veces por semana. La misma publicación expone un estudio cualitativo basado en la realización de entrevistas en profundidad con 14 psicoanalistas, en el que se obtuvo un resultado en cierto modo sorprendente:

í dada la disparidad de opiniones de los analistas, no fue posible confirmar ni refutar la hipótesis de que el trabajo de transferencia y el proceso analítico se vean favorecido por una frecuencia elevada de sesiones semanales.¹

Por su parte, Guillermo Lancelle et al. (Asociación Psicoanalítica Argentina y Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, Buenos Aires) trataron de responder a la mencionada pregunta mediante un estudio prospectivo multicéntrico en el que se debía comparar el resultado terapéutico obtenido en dos grupos de pacientes, uno tratado con una frecuencia de tres o más sesiones por semana, y otro tratado una o dos veces por semana.³ El diseño del estudio fue naturalístico: los pacientes no eran asignados a los diferentes grupos experimentales sino que se incorporaban espontáneamente a cada uno de ellos.

El primer autor de dicho artículo, Guillermo Lancelle, es psicoanalista, miembro del Conceptual and Empirical Research Committee de la API y autor de *El self en la teoría y en la práctica*.⁴

En *An open door review* de la Asociación Psicoanalítica Internacional consta que en 2002 se habían incluido en este estudio 18 pacientes, de ellos 10 mujeres y 8 hombres, de 25 a 48 años de edad. De éstos, 14 pacientes habían sido asignados al grupo de baja frecuencia y 4 al de frecuencia elevada. No se mencionan los resultados preliminares del estudio.

Comentario

Un problema importante de este tipo de proyectos es el de reclutar un número suficiente de analistas adecuadamente entrenados para participar en un estudio que implica tratamientos no institucionalizados. Ello tal vez explica el hecho de que mediante una cuidadosa revisión bibliográfica no se haya registrado ninguna publicación sobre la evolución o los resultados de este estudio.

Referencias

1. Altmann M, Garbarino A, de León B, de Barbieri AM, Frioni M, Lamónaca J, Morató R, Ponce de León E, Tellería E, Bernardi R. Alta y baja frecuencia en nuestra práctica analítica habitual. http://www.apuruguay.org/trabajos/tr_001.doc
2. Freud S. La iniciación del análisis (1913). *Obras completas. Tomo III*. Barcelona: RBA, 2006
3. Lancelle G, Bernardi R, Epstein R. *Planning a long-term psychotherapy research study. Experience from the pilot phase of the Latin American Multicenter Study*. Stuttgart: Stuttgart Kolleg. Forschungsstelle für Psychotherapie, 1996
4. Lancelle G. *El self en la teoría y en la práctica*. Buenos Aires: Paidós, 1999

3.3.15

El proyecto AHMOS (Szecsödy, 1997)

Szecsödy I, Varvin S, Amadei G, Stoker J, Beenen F, Klockars L. The European Multi-site Collaborative Study of Psychoanalysis. Comunicación presentada en el simposio Outcomes Research. International Psychoanalytical Association Congress, Barcelona, 1997

Este proyecto se presentó en el simposio Outcome Research que, presidido por Otto Kernberg, tuvo lugar en ocasión del XL Congreso Internacional de la Asociación Psicoanalítica Internacional celebrado en Barcelona en agosto de 1997. Se trataba de un estudio multicéntrico piloto cuyo objetivo era desarrollar los instrumentos adecuados para valorar el proceso analítico y los resultados a largo plazo del tratamiento analítico intensivo. Inicialmente se debían examinar la validez de dos escalas:

- el Manual de Funcionamiento Reflectivo desarrollado por Fonagy, Steele y Target (1997) con el objetivo de estudiar cómo la mentalización está relacionada con el proceso analítico, y
- la Escala de Evaluación Periódica, un formulario semiestructurado que debe ser cumplimentado mensualmente por el analista y que trata de describir el proceso analítico.

Además, se debían registrar:

- las entrevistas clínicas iniciales con los analizandos,
- las entrevistas semiestructuradas con los analistas y
- los cuestionarios que los pacientes debían completar cada 12 meses (la Lista de Comprobación de Síntomas 90, el Inventario de Problemas Interpersonales y el Análisis Estructural del Comportamiento Social).

En el estudio piloto se propuso seguir un número limitado de casos y recoger los datos relativos a la aceptabilidad y aplicabilidad de estos procedimientos. Este estudio se debía desarrollar en las siguientes instituciones:

- Instituto Psicoanalítico de los Países Bajos, Ámsterdam (Folkert Beenen y Jan Stoker),
- Estudio de Psicoterapias de Helsinki, Helsinki (Lena Klockars),
- Sociedad Psicoanalítica Italiana, Milán (Gherardo Amadei),
- Sociedad Psicoanalítica Noruega, Oslo (Sverre Varvin), y
- Sociedad Psicoanalítica Sueca, Estocolmo (Imre Szecsödy).

En una segunda fase se recogerían, en estos mismos centros, datos de un mayor número de tratamientos.

En Oslo, según *An open door review*, en 2002 se habían incluido tres casos, de los cuales dos se habían estudiado durante un año y uno había sido incluido recientemente.

Comentario

No se ha registrado ninguna publicación sobre el desarrollo de este estudio.

Referencias

1. Szecsödy I, Varvin S, Amadei G, Stoker J, Beenen F, Klockars L. The European Multi-site Collaborative Study of Psychoanalysis. Comunicación presentada en el simposio Outcomes Research. International Psychoanalytical Association Congress, Barcelona, 1997
2. Varvin S. The Oslo II Study. En: P. Fonagy (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002

3.3.16

The Penn Psychoanalytic Treatment Collection (Luborsky, 2001)

Luborsky L, Stuart J, Friedman S, Diguier L, Seligman DA, Bucci W, Pulver S, Krause ED, Ermold J, Davison WT, Woody G, Mergenthaler E. The Penn Psychoanalytic Treatment Collection: A set of completed and recorded psychoanalysis as a research resource. *J Am Psychoanal Assoc* 2001;49:217-33

Lester Luborsky nació en Filadelfia en 1920, obtuvo el doctorado en Psicología por la Duke University (Durham, NC) en 1945 y en 1957 la diplomatura en Psicología Clínica. Inició su carrera profesional en la Menniger Clinic y en 1978 fue nombrado profesor adjunto de Psicología de la University of Pennsylvania School of Medicine, donde a lo largo de cuarenta años desarrolló su labor de investigación psicoterapéutica. Es autor de ocho libros y de unos cuatrocientos artículos. Ha recibido numerosos premios profesionales, entre ellos la Medalla de Oro de la American Psychological Foundation.

La Penn Psychoanalytic Treatment Collection [Colección Penn(sylvania) de Tratamientos Psicoanalíticos] reúne un conjunto de cintas de vídeo en las que se registraron una serie de psicoanálisis completos.¹ El proyecto se diseñó como una colección de casos que pudieran utilizarse a modo de referencia en otros proyectos de investigación.

El estudio fue desarrollado por el Analytic Research Group (ARG) del Institute of Pennsylvania Hospital de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) los tratamientos se registraron con el propósito de ser incluidos en una base de datos cuando hubieran finalizado,
- b) se debía disponer de registros de todas las sesiones, y
- c) en todos los casos se debían aplicar los mismos métodos de valoración.

Cada miembro del grupo ARG proporcionó por lo menos un caso registrado mediante cinta de vídeo, lo que permitió completar diez casos; otros casos registrados por dicho grupo no pudieron utilizarse debido a que faltaban sesiones del principio o del final del análisis. La base de datos del Departamento de Psicoterapia de la Universidad de Ulm (Alemania) proporcionó dos casos.² Cinco casos más fueron comunicados por otros psicoanalistas (no detallados). Con ello se dispuso de 17 casos que cumplieron con los criterios de esta colección. Todos los analistas participantes en el proyecto disponían de una amplia experiencia profesional.

Dos psicoanalistas independientes evaluaron tres sesiones iniciales (generalmente, la primera, la tercera y la quinta) y tres de las últimas sesiones, seleccionadas cuando se había alcanzado el 90% del tratamiento. Dichos psicoanalistas utilizaron como criterios de valoración:

- a) la Health Sickness Rating Scale (HSRS),³
- b) el Global Assessment of Functioning (GAF), y
- c) la combinación de «éxito», «satisfacción» y «mejoría» descrita por Lester Luborsky en 1975.⁴

El coeficiente de Spearman acerca de la correlación de la valoración efectuada por dos analistas independientes proporcionó un valor de 0,30 (no significativo) para las sesiones iniciales y de 0,51 (no significativo) para las últimas sesiones. Los autores indicaron que este resultado no es habitual y que probablemente fue debido al pequeño tamaño de la muestra.

La valoración de la diferencia entre los valores GAF iniciales y finales proporcionó una correlación entre ambos evaluadores de 0,70 según el coeficiente de Spearman, lo que indica una correlación positiva.

El resultado del tratamiento se evaluó según la escala de 100 puntos del Global Assessment of Functioning. El valor inicial medio en este grupo de pacientes fue de 57,9 (sintomatología moderada) y el valor final de 63,7 (en general, funcionamiento satisfactorio), lo que representa una ganancia media de 5,8 puntos; esta diferencia se puede interpretar como la evolución desde «síntomas graves» al principiar hasta «síntomas leves» al finalizar el tratamiento.

Al valorar la combinación de «éxito», «satisfacción» y «mejoría» se comprobó que dos casos habían alcanzado una valoración de 7, nueve tenían una valoración de entre 6 y 7, y seis pacientes, una valoración inferior a 6; estos últimos casos pueden considerarse como inmodificados. Por lo tanto, 11 de 17 pacientes, es decir, el 64,7%, habían conseguido un resultado terapéutico satisfactorio.

Los autores indican que en el Menninger Foundation Psychotherapy Research Project se consiguieron unos resultados parecidos [en 13 de 22 pacientes (59%) se obtuvo un resultado terapéutico satisfactorio] y señalan que la diferencia existente entre ambos grupos puede ser debida a que en el proyecto de la Menninger Foundation se trataba en general de casos mucho más graves.⁵

La Penn Collection se ha utilizado en diversos proyectos sobre el valor del psicoanálisis, como estudios sobre la capacidad predictiva de la alianza terapéutica, la comparación de casos mejorados y no mejorados, o las manifestaciones de asombro del paciente ante las observaciones del analista y su evolución en el curso del tratamiento.

Comentario

El Global Assessment of Functioning (GAF), incluido en DSM-IV, es una modificación de la Health Sickness Rating Scale (HSRS); no es sorprendente que en la Penn Collection se encuentre una elevada correlación entre ambas escalas.

En este estudio, para valorar la correlación entre los juicios de los evaluadores se utilizaron los coeficientes de Pearson y de Spearman. El primero se aplica cuando se supone una distribución normal de los datos, en tanto que el coeficiente de Spearman es una prueba no paramétrica. No es lógico utilizar ambos coeficientes para una misma serie de datos. Por otra parte, dado que se trata de una muestra pequeña, en esta revisión se cita sólo el coeficiente de Spearman, aunque según Austin Bradford Hill el coeficiente de Kendall hubiera resultado más adecuado.⁶ Desde luego, la utilización de un coeficiente de correlación presupone que la muestra fue formada al azar, lo que no es el caso.

Atribuir la diferencia de los resultados terapéuticos obtenidos en la Penn Collection (64,7%) y en el estudio de la Menninger Foundation (59%) a la severidad de los casos tratados en esta última, parece que sólo se puede explicar por un hecho básico en investigación clínica: la variabilidad biológica.

La actitud de Erik Cobo, del Departament de Estadística i Investigació Operativa de la Universitat Politècnica de Catalunya, ante este tipo de estudios es más exigente:⁷

...si es cierto que no hay un grupo de control, ni monitorización, ni garantía de calidad, piensa en lo que solicitaría la Food and Drug Administration si se tratara de otro procedimiento terapéutico:

- garantía de que tenían un protocolo previo y lo han seguido;
- garantía de que no han perdido ningún caso;
- garantía de que no hay errores en el registro de casos, etc.;
- etcétera, etcétera.

Sin todo esto, el valor del estudio es por lo menos escaso.

Por lo que parece, en la Penn Collection no se disponía de protocolo previo, ni de monitorización, ni de procedimientos de garantía de calidad.

Referencias

1. Luborsky L, Stuart J, Friedman S, Diguier L, Seligman DA, Bucci W, Pulver S, Krause ED, Ermold J, Davison WT, Woody G, Mergenthaler E. The Penn Psychoanalytic Treatment Collection: A set of completed and recorded psychoanalysis as a research resource. *J Am Psychoanal Assoc* 2001;49:217-33
2. Mergenthaler E, Kächele H. University of Ulm: The Ulm Textbank Research Program. En: L. Beutler, M. Crago (editores). *International Psychotherapy Research Program*. Nueva York: Pergamon, 1991
3. Luborsky L. Clinicians' judgements of mental health: A proposed scale. *Arch Gen Psychiatry* 1962;7:407-17
4. Luborsky L. Assessment of outcome of psychotherapy by independent clinical evaluators: A review of the most highly recommended research measures. En: I.E. Waskow, M.B. Parloff (editores). *Psychotherapy change measures*. NIMH, DHEW Publication No. (ADM) 74-120, 1975
5. Kernberg O, Burstein ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H. Psychotherapy and psychoanalysis: The final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1972;36:1-275
6. Hill AB, Hill ID. *Principles of medical statistics*. Londres: Arnold, 1991
7. Cobo E. Comunicación personal (5 de enero de 2008)

3.3.17

El curso de 253 análisis (Erle, 2003)

Erle JB, Goldberg DA. The course of 253 analyses from selection to outcome. *J Am Psychoanal Assoc* 2003;51:257-93

Joan B. Erle es doctora en Medicina, analista supervisora del New York Psychoanalytic Institute y está especializada en terapia de pareja y tratamiento de adolescentes, y Daniel A. Goldberg, Ph. D. (University of New York, 1981), es también miembro del mismo instituto.

Ambos autores indican inicialmente en su artículo que ha sido difícil organizar estudios sobre casos completados por un número suficiente de analistas experimentados que hayan proporcionado información sobre duración del tratamiento, características de la muestra de pacientes y tipo y magnitud del beneficio terapéutico obtenido.¹ Por este motivo, consideran que los siguientes estudios desarrollados en el New York Psychoanalytic Institute tienen un interés especial:

Estudio I: estudio retrospectivo desarrollado por 16 psicoanalistas entre 1973 y 1977, en el que se incluyeron 161 pacientes.

Estudio II: estudio prospectivo en el que se incluyeron 92 pacientes tratados entre 1984 y 1989 por 20 analistas.

Los psicoanalistas participantes en ambos estudios fueron miembros del New York Psychoanalytic Institute y todos ellos tenían una experiencia profesional de más de cinco años. Doce de los 16 analistas del primer estudio tomaron parte también en el segundo estudio, al que se incorporaron ocho analistas que no habían participado en el primer estudio.

La edad de los pacientes del primer estudio osciló entre 20 y 54 años, y el 61% fueron mujeres; en el 38% de los casos el tratamiento consistió en cinco entrevistas semanales; los restantes pacientes fueron tratados cuatro veces por semana. En el segundo estudio, cinco pacientes fueron niños; la edad de los adultos osciló entre 19 y 52 años y el 56% fueron mujeres; el 21% de los pacientes fue tratado cinco veces por semana y el resto, cuatro veces.

Ni los psicoanalistas ni los pacientes pueden ser considerados como representativos de una determinada población.

En los dos estudios, los psicoanalistas valoraron inicialmente la analizabilidad de sus pacientes. Un paciente fue valorado como «analizable» si el analista consideró posible que se estableciera un proceso analítico hasta la conclusión del tratamiento; si el analista previó dificultades importantes, la calificación fue «analizable con dificultades»; si existían dudas acerca de la posibilidad de llegar a establecer un proceso analítico, el caso se calificó como «dudas sustanciales»; si no se consideró posible establecer un proceso analítico, se recomendó psicoterapia.

El beneficio terapéutico se calificó como (a) excelente o sustancial o (b) mínimo o ausente.

La terminación del tratamiento fue definida como «satisfactoria» (analizable sin modificaciones, analizable de forma limitada, o conversión a psicoterapia) o «insatisfactoria» (abandono, discontinuación por razones externas, o discontinuación por empeoramiento de la sintomatología).

La duración del tratamiento varió ampliamente en ambos estudios. En el estudio I, un paciente abandonó un mes después de haber iniciado el tratamiento, en tanto que otro paciente

fue analizado durante 29 años; en el estudio II, la duración del tratamiento osciló entre algunos meses y 17 años.

Resultados

En la tabla 1 consta el número de pacientes que alcanzaron resultados buenos o excelentes en dependencia con la analizabilidad determinada al iniciar el tratamiento:

TABLA 1. Beneficio terapéutico alcanzado según criterio inicial de analizabilidad

	<i>analizabilidad</i>	<i>n</i>	<i>resultados buenos o excelentes</i>
estudio I	analizables	111	101 (91%)
	no analizables	50	17 (34%)
	total	161	118 (73%)
estudio II	analizables	56	55 (98%)
	no analizable	33	6 (18%)
	total	92	61 (66%)

Beneficio sustancial: en el informe consta que en el estudio I, 102 de 111 casos analizables (92%), y en el estudio II, 55 de 59 casos analizables (93%) alcanzaron un beneficio sustancial

Duración del tratamiento: en el estudio I, el 70% de los casos analizables completaron el análisis entre 5 y 9 años después de su inicio; y en el estudio II, dicho porcentaje fue del 53%. En el estudio I se constató beneficio sustancial en 6 de 28 casos tratados menos de tres años (21%). En el estudio II se alcanzó dicho beneficio en 5 de 26 casos tratados durante menos de dos años (19%). No se constató beneficio terapéutico alguno en 42 casos (26%) del estudio I tratados entre dos y tres años y en 31 casos (34%) del estudio II tratados entre uno y dos años. Los autores concluyen que la duración del tratamiento raramente puede ser inferior a cuatro años.

Terminación del tratamiento: en el estudio I, la terminación fue satisfactoria en 116 pacientes (73%) e insatisfactoria en 44 (27%); de estos últimos, 21 abandonaron antes de que se estableciera el proceso terapéutico, 20 abandonaron por razones externas y en 5 casos el analista decidió interrumpir el tratamiento. En el estudio II, 46 casos (56%) terminaron satisfactoriamente y 36 (44%) terminaron de forma insatisfactoria; 9 pacientes continuaron el tratamiento y uno falleció.

Cambio a psicoterapia: en el estudio I, el tratamiento se cambió a psicoterapia en 18 casos; en el estudio II este cambio tuvo lugar en 13 casos.

Empeoramiento: la proporción de casos que empeoraron fue muy reducida: un 3% en el estudio I y un 7% en el estudio II.

Interrupción del tratamiento: en el estudio I, el 26% de los pacientes (n = 42) decidieron interrumpir el tratamiento y en el estudio II, el 36% (n = 39).

Formulario de registro de casos

En el apéndice I del artículo de Erle y Goldberg se reproduce el formulario de registro de casos (*sample report form*) utilizado en estos estudios. Bajo el subtítulo «Evaluación del analista» se encuentran los siguientes apartados:

Evaluación del analista

1. Tratamiento recomendado inicialmente (incluyendo predicciones, si se han efectuado).
2. Razones para tomar esta decisión (se deben describir en la forma y con el detalle que elija el analista, incluyendo, cuando se considere relevante, datos históricos, dinámicos, estructurales, diagnósticos o cualquier otro criterio).

Asimismo, en el apartado «Beneficio terapéutico» se solicita informar acerca de su tipo y magnitud (como, por ejemplo, modificaciones de los síntomas, funcionalidad satisfactoria, carácter o modelos de defensa). Los tres apartados restantes siguen una tónica semejante:

- Paciente: número correlativo, género, estado civil, ocupación.
- Tratamiento: fecha de inicio, frecuencia, duración de las sesiones, duración del tratamiento.
- Tratamiento: descripción, datos emergentes, analizabilidad y establecimiento del proceso analítico.

En conjunto, se trata de un resumen de la historia clínica del paciente, elaborado según los criterios de los analistas participantes en estos estudios.

Comentario

Los autores dispusieron de resúmenes de historias clínicas de 161 pacientes valorados retrospectivamente y de 92 pacientes estudiados de forma prospectiva. La exactitud con que se registraron en 1978 los datos de pacientes que habían iniciado su tratamiento cinco años antes es dudosa. Por otra parte, la flexibilidad de los resúmenes de historias clínicas hace que la tabulación de la información recogida en 253 formularios presente importantes dificultades. Erle y Goldberg reconocen este hecho al finalizar su informe:

El significado de un cambio depende específicamente de cada paciente; por ejemplo, la estabilización del matrimonio de un paciente puede ser considerado como un beneficio del tratamiento, en tanto que un divorcio puede ser visto como un resultado terapéutico positivo.

Los datos proporcionados en el artículo de Erle y Goldberg no permiten calcular correctamente el número de pacientes que obtuvieron algún tipo de beneficio terapéutico. En la siguiente tabla se detalla el número de pacientes en los que el beneficio terapéutico se valoró como «bueno», «sustancial» o «ausente».

	n	bueno	substantial	sin beneficio
estudio I	161	118 (73%) ^c	19 ^a	42 (26%) ^c + 8 ^d
estudio II	92	61 (66%)	5 ^b	31 (34%)

^a 19 = 6 de 28 tratados menos de tres años + 13 de 28 tratados más de tres años.

^b 5 de 26 tratados menos de dos años. ^c dos a tres años de tratamiento. ^d considerados no analizables

Es evidente que el estudio I, el número de pacientes en los que se valoró el beneficio terapéutico (118 + 19 + 42 + 8 = 187) supera ampliamente al número de pacientes incluidos en el estudio. Lo mismo sucede en el estudio II: 61 + 5 + 31 = 97. Las cifras de esta tabla reproducen exactamente la información proporcionada en el informe de Erle y Goldberg.

En la terminación del tratamiento también se constatan pequeños errores de cálculo: si 116 terminaron de forma satisfactoria y 44 de forma insatisfactoria, falta un paciente, pues inicialmente en el estudio I se incluyeron 161 pacientes. Más difícil es la suma de causas de terminación insatisfactoria: 21 interrupciones tempranas, 20 abandonos por razones externas y 5 decisiones del analista... es decir, sobran 2 casos.

En investigación clínica, los errores de cálculo tienen tanta importancia como pueden tenerla en una entidad bancaria. Decidirse por una alternativa terapéutica o por otra depende simplemente de la proporción de pacientes mejorados o no mejorados. No obstante, si se hubiera tratado de una comparación entre los estudios I y II, los errores mencionados difícilmente habrían llegado a determinar una diferencia estadísticamente significativa: la hipótesis nula se puede aceptar con un probabilidad muy elevada ($\chi^2 = 1,2839; p > 0,25$).

Referencia

1. Erle JB, Goldberg DA. The course of 253 analyses from selection to outcome. *J Am Psychoanal Assoc* 2003;51:257-93

3.3.18

México: un estudio de seguimiento (Rascón, 2004)

Rascón SR, Corona PC, Lartigue T, Ríos JM, Garza DL. A succesful trial utilizing the Leuzinger-Bohleber methodology for evaluation of psychoanalytic treatment: Preliminary report. *Int J Psychoanal* 2005;86:1425-40

Este estudio sigue el modelo del Katamnesestudie desarrollado por Marianne Leuzinger-Bohleber. En un informe preliminar, sus autores, psicoanalistas que ejercen su actividad en México D.F., intentaron comprobar si la metodología utilizada en el Katamnesestudie podía ser útil para valorar la calidad de los tratamientos efectuados por los psicoanalistas mexicanos.^{1,2}

En el estudio se incluyeron seis pacientes (tres psicoanálisis y tres psicoterapias de larga duración) tratados por tres psicoanalistas. Pacientes y analistas fueron elegidos al azar de una muestra de 36 pacientes tratados por nueve analistas y que respondieron a una encuesta dirigida a las sociedades de psicoanálisis de México D.F. y de Monterrey. Uno de los pacientes, que había sido tratado con psicoanálisis, abandonó el estudio debido a dificultades inesperadas. Los cinco pacientes estudiados habían terminado el tratamiento al menos cuatro años antes.

Los pacientes completaron la Lista de Comprobación de Síntomas de Derogatis y Lazarus (1994), la Escala de Ajuste Social de Weissman y Bothwell (1976) y la Escala de Capacidades Psicológicas de Wallerstein (1996). Además, se efectuaron dos entrevistas registradas con medios magnetofónicos en las que se valoraron, mediante una escala de 10 puntos, el nivel de satisfacción con el tratamiento, el nivel de bienestar y la relación entre analizado y analista, tanto desde el punto de vista del paciente como desde el punto de vista del analista.

La edad de los pacientes varió entre 45 y 66 años; cuatro eran mujeres y dos hombres, y todos ellos gozaban de una buena posición social, si bien cuando habían iniciado el tratamiento se encontraban desempleados, desarrollaban actividades por debajo de sus capacidades, o se encontraban estancados en su carrera académica.

Los diagnósticos resultaron imprecisos debido al tiempo transcurrido desde el inicio del análisis y a que los analistas no disponían de un registro detallado de todos sus pacientes, pero retrospectivamente se consideró que todos ellos sufrían trastornos de la personalidad, con ataques de pánico en dos casos, y abuso de alcohol y drogas en otro caso. La duración del tratamiento fue de entre 6 y 9 años en los casos tratados con psicoanálisis y de entre 2,5 y 2,6 años en los tratados con psicoterapia. El paciente tratado durante 2,5 años padecía una grave drogadicción y unos complejos antecedentes familiares.

La Lista de Comprobación de Síntomas proporcionó un valor medio de 0,90, oscilando entre 0,24 y 1,5, lo que se encuentra por debajo de los valores registrados en la población general. La media de la Escala de Ajuste Social fue de 1,80, con márgenes de entre 1,44 y 2,12, superiores a los que se observan al finalizar otros tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos; el pequeño tamaño de la muestra no permite una explicación sobre este hecho. La Escala de Capacidades Psicológicas proporcionó un resultado medio de 0,79 entre 0,17 y 1,88; este valor refleja un funcionamiento psicológico satisfactorio. Las valoraciones efectuadas por pacientes y analistas dieron los siguientes resultados:

- la satisfacción del tratamiento alcanzó una valoración considerablemente elevada, tanto por parte de los pacientes (8,8) como de los analistas (9,4);

- el mismo resultado se aplica a la escala de bienestar, que los pacientes valoraron en promedio como 9,2 y los analistas como 8,8; y
- la relación entre analizado y analista fue valorada por los primeros en 8,8, y por los analistas en 9,6.

Ramonet et al. concluyen que los resultados obtenidos son semejantes a los del Katamnese studie y que el modelo desarrollado por la Deutsche Psychoanalytische Vereinigung es útil para valorar los resultados de tratamientos psicoanalíticos y psicoterapéuticos.

Referencias

1. Ramonet Rascón S, López Garza D, Cuevas P, Lartigue T, Mendoza J, de León R. Resultados del estudio piloto del estudio de seguimiento sobre los efectos a largo plazo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica en pacientes mexicanos. Comunicación presentada en la Reunión Anual de la APM, Querétaro, México, Mayo 2004
2. Rascón SR, Corona PC, Lartigue T, Ríos JM, Garza DL. A successful trial utilizing the Leuzinger-Bohleber methodology for evaluation of psychoanalytic treatment: Preliminary report. *Int J Psychoanal* 2005;86:1425-40

3.3.19

Reflexiones de una psicoanalista (Young, 2007)

Young B. The efficacy of psychoanalysis and the analytic therapies: Reflections of a psychoanalyst and her former patients. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiat* 2007;35:313-34

En 2007, Barbara Young publicó su experiencia como psicoterapeuta y psicoanalista a lo largo de 55 años de vida profesional.¹ Desde su punto de vista, el elemento de mayor importancia al evaluar el resultado de un tratamiento es la calidad de la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta. En dicho artículo, la autora recuerda que inició su especialización como psicoterapeuta en el Perry Point Hospital (Maryland) del Veterans Affairs Department y añade: «Trabajar con un paciente con esquizofrenia es una experiencia terrible: cuando Bob se me aproximó, no sabía si iba a besarme o a matarme». Indica también que su propio psicoanálisis la benefició de forma personal y que añadió una nueva dimensión a los métodos que había utilizado anteriormente. No obstante, el psicoanálisis resultó ser el tratamiento de elección en sólo el 10% de sus pacientes.

En total, durante el mencionado período, Young trató en su consultorio a 231 pacientes. Para valorar el resultado del tratamiento a largo plazo, revisó la correspondencia mantenida con 57 de sus pacientes y contactó con otros 58 con los que había conservado alguna relación. Young es consciente de que esta estadística es informal y de que carece de controles, pero cree que «*the proof of the pudding is in the eating*», es decir, «la calidad del postre se demuestra al comerlo». Los tratamientos se adaptaron a las necesidades de los pacientes, con lo que resultó que:

- el psicoanálisis clásico se utilizó en 22 casos,
- el psicoanálisis modificado (sólo una o dos sesiones por semana), en 19 casos,
- la psicoterapia de orientación psicoanalítica, en 26 casos,
- la psicoterapia de apoyo orientada hacia la realidad interior (introspección, *insight*), en 65 casos, y
- la terapia de apoyo, en 47 casos.

En la siguiente tabla se desglosan los porcentajes de éxitos registrados según las modalidades terapéuticas utilizadas.

<i>Tratamientos non-insight-oriented</i>			<i>Tratamientos insight-oriented</i>		
<i>modalidades</i>	<i>total</i>	<i>éxitos</i>	<i>modalidades</i>	<i>total</i>	<i>Éxitos</i>
terapia breve	21	14 (66,7%)	psicoterapia de apoyo	65	54 (83,1%)
terapia a corto plazo	31	18 (58,0%)	psicoterapia analítica	26	24 (92,3%)
terapia de apoyo	47	19 (40,4%)	psicoanálisis clásico	22	18 (81,8%)
			análisis modificado	19	18 (94,7%)
<i>total</i>	<i>99</i>	<i>51 (51,5%)</i>	<i>total</i>	<i>132</i>	<i>114 (86,4%)</i>

Por lo tanto, el valor de los métodos analíticos y de los métodos orientados al *insight* es evidente: éxito en el 86,4% de los pacientes, en tanto que con otros métodos se obtuvo éxito en sólo el 51,5% de los mismos.

En los pacientes en los que, en opinión de la analista, había sido posible establecer una relación terapéutica sólida, el porcentaje de éxitos fue del 97%. Este porcentaje se redujo a un 91% cuando, a pesar de haber una buena relación terapéutica, el paciente necesitó mantener

ciertas reservas. Cuando el contacto con la analista como persona se mantuvo en un nivel mínimo, el porcentaje de éxitos fue sólo del 54%. Los casos que no se adaptaron al tratamiento (generalmente, trastornos límite de la personalidad) resultaron muy exigentes tanto para el paciente como para la terapeuta, pero se obtuvo un 60% de éxitos. Cuando la relación con la analista fue percibida como peligrosa, el resultado fue sólo un 19% de éxitos.

En los casos de psicosis o de trastornos *borderline*, el objetivo consistió en crear un entorno en el que el paciente pudiera integrarse como una persona completa gracias a la conexión con la terapeuta. En la terapia de apoyo, el objetivo fue la integración del paciente, y en caso de psicoanálisis, que el paciente consiguiera llegar a comprenderse a sí mismo.

En el grupo de 22 pacientes tratados mediante psicoanálisis, se encontraban varios casos de problemas obsesivo-compulsivos graves, cronificados y profundamente integrados en la personalidad del paciente. Uno de estos pacientes fue Ed, tratado cuatro veces por semana durante doce años, y que consiguió una considerable recuperación. En cambio, otra paciente, Kate, se esforzó también mucho y mejoró mucho, pero continuó enojada con la psicoanalista por lo que no le fue posible conseguir. Barbara Young (**BY**) decidió enviar a Kate (**K**) un informe sobre su «caso clínico» y solicitarle que le expresara su opinión sobre el mismo. A continuación, se resumen los aspectos más interesantes de este intercambio de opiniones.

BY: Kate interrumpió sus estudios y regresó a su casa con un grave proceso de depresión y ansiedad que intentó compensar con actitudes de carácter obsesivo-compulsivas. Durante año y medio fue tratada mediante psicoterapia, regresó al instituto y consiguió graduarse, pero se encontraba como impedida para seguir viviendo. Inició un análisis, tres sesiones semanales, que se prolongó seis años.

K: No estoy de acuerdo con esta interpretación, que me presenta como alguien desvalido, cuando en realidad al regresar al instituto conseguí excelentes resultados, tanto desde el punto de vista académico como social.

BY: Kate apenas toleraba estar con sus padres, pero no podía vivir sin ellos.

K: Me irrita esta explicación. Mis padres y mis dos hermanas prescindían de mí y me agredían; nadie me protegía en aquella familia.

BY: La terminación del análisis se decidió con un año de antelación. Los últimos meses fueron muy difíciles, pero yo estaba convencida de que si no se completaba como habíamos acordado, Kate no conseguiría sobrevivir por sus propios medios. Ella luchó valientemente con la ansiedad de una despedida y con la necesidad de ocultar el enojo por no haber recibido lo suficiente, enojo que había transferido de sus padres a mí.

K: Es muy práctico para usted, como analista, atribuir mi malestar a una transferencia, en vez de considerar que usted tal vez me había fallado. ¿Cómo puede usted negar hasta la más mínima posibilidad de que tal vez usted había olvidado algunas cosas importantes, que tal vez hubiera podido hacerlo algo mejor, que quizá la dominó algún tipo de contratransferencia?

Cuando los padres de Kate temieron que su hija se suicidara, Barbara Young se puso en contacto con ella, quien le dijo que ¡lo único que quería era que la dejaran tranquila! Al menos, gracias al largo y difícil proceso del análisis, Kate había conseguido un cierto nivel de independencia.

En cuanto al otro paciente, Ed, éste utilizaba defensas obsesivo-compulsivas para soportar el dolor y la rabia que le habían causado los ataques verbales y corporales de su padre. Durante las sesiones analíticas, Ed permanecía echado en el diván y hablaba de temas intelectuales, demostrando su erudición.

El momento crucial en el análisis de Ed tuvo lugar cuando, un día que nevaba, Ed había dejado su automóvil delante de mi casa, bloqueando el paso de cualquier otro vehículo; interrumpí la sesión, me calcé las botas de goma, tomé una pala y un saco de arena y saqué el coche de la nieve.

Barbara Young explica que «Ed comprendió que yo era una persona real que vivía en un mundo real». Ed entendió que toda su personalidad se ocultaba tras una cubierta protectora pseudo-intelectual, creada cuando era un niño para protegerse de las agresiones de su padre. «Los monólogos obsesivos de los primeros años del análisis tenían como objetivo protegerle de mí misma óimagen de su humillante padre.» Cuarenta años más tarde, Ed escribió:

La forma en que he atendido a mis alumnos de la universidad durante todos estos años de dedicación a la enseñanza tiene su origen en la forma con que usted y mi madre me escucharon, en contraste con mi padre y con las figuras paternas de mi vida [...] Muchas gracias.

De forma semejante, Young expone las historias de otros 16 pacientes, de los que sólo tres eran hombres, y concluye que sus pacientes habían internalizado las dos funciones que ella había desarrollado: la función de soporte que les dio seguridad y la función de plantearse preguntas.

Finalmente, Young expresa su deseo de que su publicación sea un estímulo para que otros psicoterapeutas escriban resúmenes parecidos sobre su actividad profesional, que sirvan para demostrar la validez de su trabajo.

Por dicha revisión, Barbara Young recibió el 27 de enero de 2007 el premio Betty Huse Memorial Lecture de la Baltimore Washington Society for Psycho-analysis.

Nota biográfica. Barbara Young, hija del reverendo William Harvey Young y de su esposa Blanche DeBra Young, nació en 1920 en Brooklyn, Nueva York. Los primeros años de su infancia transcurrieron en diferentes poblaciones de Indiana y de Illinois. Ya de muy joven, al observar cómo su madre, una mujer muy culta, fregaba los suelos, dedicaba su vida al cuidado de su familia y desatendía sus propias necesidades, decidió que no se casaría. Estudió Medicina en la Johns Hopkins University Medical School y completó el internado rotatorio en los hospitales de la Universidad de Iowa. Regresó a Baltimore, fue analizada por Sarah Tower, se incorporó al Baltimore-Washington Psychoanalytic Institute y, en 1951, se estableció en dicha ciudad como psicoanalista, donde desarrolló una activa vida profesional.

Cuando tenía unos cuarenta años sufrió una crisis depresiva, lo que la impulsó dedicarse a la fotografía artística. Sus fotografías están incluidas en la colección permanente del Museum of Modern Art de Nueva York. De hecho, Barbara Young se considera a sí misma como una psicoterapeuta artística, más que teórica.

Comentario

Las cifras de la casuística de Barbara Young resultan poco verosímiles:

- *en el curso de 55 años de actividad profesional trató 231 pacientes;*
- *obtuvo información acerca de la evolución clínica de 115 pacientes (57 al revisar su propia documentación y 58 con los que contactó por escrito);*
- *en el texto desglosa los tipos de tratamiento prescritos a 179 pacientes;*
- *en las tablas constan los resultados de 167 pacientes; y*
- *en las tablas figuran 52 pacientes tratados con terapia breve o con terapia a corto plazo, la cual no se encuentra mencionada en el texto del artículo.*

No cabe duda de que los registros de la actividad de un consultorio particular en el curso de medio siglo deben de ser muy complejos y difíciles de sintetizar, pero cuando se trata de valorar la eficacia de una intervención terapéutica los datos referentes a la muestra estudiada han de ser claros y objetivos.

La autora informa que obtuvo resultados satisfactorios en el 86,4% de los casos tratados con métodos orientados al insight, y en el 51,5% de los casos tratados con otros procedimientos. No matiza esta afirmación, pero es evidente que el resultado terapéutico no depende sólo del tratamiento aplicado: el proceso patológico y el propio paciente desempeñan también un papel que debe tomarse en consideración, lo cual es precisamente lo que intenta demostrar al describir con detalle las historias de sus pacientes. Los mencionados porcentajes tienen por lo tanto un valor muy limitado.

Referencia

1. Young B. The efficacy of psychoanalysis and the analytic therapies: Reflections of a psychoanalyst and her former patients. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiat* 2007;35:313-34

3.4 ESTUDIOS DE COHORTES

Los estudios de cohortes pueden ser prospectivos o retrospectivos. Por ejemplo, el estudio de Peter Fonagy sobre trastornos de la personalidad y el estudio psicológico de Joan Teunis Barendregt son estudios prospectivos: los pacientes fueron incluidos en ambos en el momento en que aceptaron participar en el proyecto, por lo que se desconocía cómo evolucionarían a partir del inicio del tratamiento.

En los estudios de cohortes retrospectivos, denominados por Alvan Feinstein *trohoc studies*¹ (sencillamente el término inglés *cohort* al revés), se identifica un determinado acontecimiento y se buscan sus posibles causas.

En los estudios observacionales, los pacientes no son asignados al azar a un determinado grupo experimental. En el Heidelberger Catamnesis Project, por ejemplo, un grupo fue tratado mediante psicoterapia y otro grupo mediante psicoanálisis, pero los pacientes no fueron asignados de forma aleatoria a dichos grupos de tratamiento. La ausencia de aleatorización, es decir, de asignación al azar, implica sesgos importantes: la edad y el género de los sujetos incluidos arbitrariamente en el estudio, la duración previa de la enfermedad, su nivel económico y social no tienen por qué ser representativos de la población afecta de los procesos patológicos en los que puede estar indicado un psicoanálisis. A causa de ello, no es posible asegurar que los pacientes de un grupo sean comparables con los del otro grupo.

La aleatorización es, por lo tanto, la pieza clave del proceso de inferencia que permite aplicar a futuros pacientes los resultados obtenidos en un estudio clínico; sin embargo, ello no implica que cualquier decisión terapéutica deba basarse en un ensayo clínico. Como concluyen Gordon Smith y Jill Pell,²

í aquellos que defiendan que sólo el ensayo clínico aleatorizado puede dar base suficiente para la adopción de una intervención terapéutica o preventiva, deberían participar como voluntarios en un estudio aleatorizado y con intercambio del tratamiento sobre el efecto del paracaídas en la prevención del politraumatismo en un salto desde 1.000 metros de altura.

Es evidente que existen situaciones en las que la asignación aleatoria resulta difícil de llevar a término. El psicoanálisis constituye un claro ejemplo:

- a) la selección de pacientes es compleja; en el estudio STOPP, de un total de unos 1.500 pacientes se seleccionó una muestra de 756, de los cuales sólo 202 pudieron ser asignados a psicoanálisis o psicoterapia;³
- b) el número de abandonos es elevado: se ha calculado que en un análisis de cinco años de duración sólo concluirán el tratamiento la mitad de los que lo iniciaron;⁴ y
- c) el analista no es seleccionado al azar, sino elegido libremente por el propio paciente, lo que constituye un sesgo importante, pues la experiencia profesional del analista se considera decisiva.

Se acepta por lo tanto que los estudios observacionales (es decir, no aleatorizados) pueden ser necesarios, pero es muy importante tener en cuenta que el fraude en investigación clínica no puede ser considerado en modo alguno una excepción y que no es posible aceptar que los psicoanalistas sean investigadores más honestos que los oncólogos.⁵ Es decir, en psicoanálisis también es necesario disponer de salvaguardas que garanticen la validez de los resultados: todo estudio observacional se debe realizar de acuerdo con unas normas que aseguren la fiabilidad de

los datos obtenidos y la calidad de las conclusiones que se pueden derivar de ellos. Por este motivo, los Centers of Diseases Control han desarrollado con el nombre de Transparent Reporting of Evaluations with Non-Randomized Designs (TREND) una guía que autores, revisores y editores de estudios de intervención no aleatorizados deberían cumplir.⁶ Sin embargo, en los estudios observacionales sobre resultados de la terapia psicoanalítica esta exigencia nunca se ha tomada en consideración.

Referencias

1. Feinstein AR. Clinical biostatistics. XX. The epidemiologic Trohoc, the ablative risk ratio, and «retrospective» research. *Clin Pharmacol Ther* 1973;14:291-307 [Medline]
2. Smith GGS, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 2003;327:1459-61
3. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Rand H. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. *Int J Psychoanal* 2000;81:921-43
4. Doidge N. Empirical evidence for the efficacy of psychoanalytic psychotherapies and psychoanalysis: An overview. *Psychoanal Inq* 1997;17S:102-50
5. Weiss RB, Gill GG, Hudis CA. An on-site audit of the South African trial of high-dose chemotherapy for metastatic breast cancer and associated publications. *J Clin Oncol* 2001;19:2771-7
6. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N, and the TREND Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *Am J Public Health* 2004;94:361-6

3.4.1

Resultados de tres técnicas de psicoterapia (Ellis, 1957)

Ellis A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *J Clin Psychol* 1957;13:344-50

Albert Ellis nació en Pittsburg en 1913 y falleció en Manhattan en 2007. Sobre todo destaca por haber desarrollado en 1955 la Terapia Racional Emotiva Conductual (TECR), siendo considerado por muchos como el padre de las terapias conductuales. Había estudiado Economía, pero tuvo poco éxito profesional y en 1942 decidió estudiar Psicología Clínica en la Universidad de Columbia. Cinco años más tarde inició un psicoanálisis personal con Richard Hulbeck, pero en 1953 rompió con el psicoanálisis y empezó a referirse a sí mismo como terapeuta racional, pues creía que, a través del análisis racional, los pacientes podrían cambiar sus tendencias irracionales. En 1959 fundó en Nueva York el Instituto para la Vida Racional. Publicó 54 libros y más de 600 artículos sobre la TECR. Sus libros de divulgación le proporcionaron una gran popularidad.^{1,2} A finales de 2007 se editó un nuevo libro, en el que Ellis presentó formalmente su teoría de la personalidad.³

Según Albert Ellis, es sorprendente que apenas se encuentren estudios que comparen diferentes técnicas psicoterapéuticas; además, los pocos que existen soslayan el complejo tema de la eficacia terapéutica. ¿Cómo es posible conseguir que los pacientes, los terapeutas y las condiciones de la terapia resulten comparables, de forma que las distintas técnicas tengan la misma oportunidad de demostrar su valor?

Ellis explica que en los últimos años aplicó sucesivamente tres técnicas psicoterapéuticas diferentes acerca de cuya eficacia estaba convencido: el psicoanálisis ortodoxo, la psicoterapia de orientación psicoanalítica y la psicoterapia racional. Esta última se basa en la teoría de que las emociones no son más que un determinado tipo de pensamiento y que los seres humanos pueden aprender a controlar sus sentimientos controlando sus propios pensamientos.

Ellis disponía de un cuidadoso archivo de historias clínicas a partir del cual seleccionó a 16 pacientes tratados mediante psicoanálisis ortodoxo, 78 pacientes tratados con psicoterapia psicoanalítica y otros 78 tratados con psicoterapia racional.⁴ En la tabla 1 se detallan las características de estos tres grupos de pacientes.

TABLA 1. Características de los tres grupos de pacientes

	<i>psicoanálisis</i>	<i>psicoterapia psicoanalítica</i>	<i>Psicoterapia racional</i>
<i>n</i>	16	78	78
neuróticos	12	61	61
psicóticos	4	17	17
edad (valor medio)	26,3	30,5	30,8
número de mujeres	10 (62,5%)	35 (44,8%)	36 (46,1%)
educación superior	13 (72,2%)	63 (80,7%)	65 (83,3%)
número de sesiones	93	35	26

Estos tres grupos, según Ellis, eran comparables, excepto en lo que se refería al tratamiento recibido.

Los resultados terapéuticos fueron valorados por el propio terapeuta al concluir los correspondientes tratamientos. La valoración consideró tres opciones: (a) sin mejoría o mejoría

ligera, (b) mejoría suficiente y (c) mejoría considerable. La tabla 2 resume los resultados obtenidos.

TABLA 2. Resultados obtenidos con tres métodos psicoterapéuticos

	<i>psicoanálisis</i>	<i>psicoterapia psicoanalítica</i>	<i>psicoterapia racional</i>	<i>total</i>
sin mejoría	8	29	8	45
mejoría suficiente	6	35	36	77
mejoría considerable	2	14	34	50
<i>total</i>	<i>16</i>	<i>78</i>	<i>78</i>	<i>172</i>

En los pacientes en los que se obtuvo una mejoría considerable, la diferencia observada entre psicoanálisis ortodoxo y psicoterapia racional favorece de forma estadísticamente significativa a esta última: el valor de χ^2 cuadrado de 4,19 permite rechazar la hipótesis nula con una probabilidad de cometer un error de tipo I menor de 0,05. La comparación entre psicoterapia de orientación psicoanalítica y psicoterapia racional proporciona un resultado semejante: χ^2 cuadrado igual a 12,04 y p menor de 0,01.

Ellis concluye afirmando literalmente que ni el psicoanálisis ortodoxo ni los procedimientos psicoanalíticos tienen la última palabra como técnicas eficaces.

Comentario

No es difícil formular dos objeciones al estudio de Albert Ellis:

1. *Está admitido que, en el caso del tratamiento psicoanalítico, 93 sesiones (menos de 5 meses de tratamiento) son insuficientes para alcanzar un resultado terapéutico satisfactorio.*
2. *La mayor parte de los estudios comparativos entre psicoanálisis y terapia de orientación psicoanalítica llegan a la conclusión de que la primera opción es la que proporciona mejores resultados.*

Con ello, la secuencia de mejorías informadas en este estudio (psicoanálisis 50%, terapia psicoanalítica 63% y terapia racional 89%) resulta difícilmente aceptable.

Valoración metodológica

Al iniciar el estudio, los grupos fueron, según el autor, comparables en cuanto diagnósticos, edad, género y factores sociológicos; de hecho, en pocas ocasiones se obtienen tres grupos experimentales con características basales tan semejantes. El método de valoración de resultados consistió exclusivamente en la opinión del autor del estudio, quien a su vez es el creador del método psicoterapéutico que proporcionó mejores resultados. Estas condiciones exigían la participación de un evaluador externo que hubiera efectuado la valoración de los resultados terapéuticos sin conocer el tratamiento que había recibido cada paciente.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Ellis A. *Cómo vivir con un neurótico en casa o en el trabajo*. Barcelona: Obelisco, 2004
2. Ellis A. *El arte y la técnica del amor*. Madrid: Grijalbo, 1996
3. Ellis A, Abrams M, Abrams L. *Theories of personality*. Nueva York: Sage Press, 2007
4. Ellis A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *J Clin Psychol* 1957;13:344-50

3.4.2

Eficacia del psicoanálisis en la úlcera péptica (Orgel, 1958)

Orgel SZ. Effect of psychoanalysis on the course of peptic ulcer. *Psychosomatic Medicine* 1958;20:117-23

Samuel Z. Orgel, un psiquiatra del Hillside Hospital (Glen Oaks, Nueva York), publicó en 1958 su experiencia con 15 pacientes afectados de úlcera péptica tratados mediante psicoanálisis en su consultorio de Madison Avenue, Nueva York.¹ En todos los casos el diagnóstico se había confirmado radiológicamente. Un paciente (caso n.º 15) rechazó el tratamiento psicoanalítico y dos (casos n.º 14 y n.º 13) sólo aceptaron un número muy limitado de sesiones. Dos pacientes (casos n.º 3 y n.º 7) interrumpieron el tratamiento prematuramente. Los restantes diez pacientes fueron tratados durante un período de tres a cinco años. El tratamiento consistió en cinco sesiones semanales de cincuenta minutos de duración.

Casos que rechazaron el tratamiento

Caso n.º 15. Hombre de 41 años de edad, entrevistado en 1944 tras ocho años de trastornos gástricos. Diagnosticado de neurosis caracterial, rechazó el tratamiento psicoanalítico. Diez años después informó que sus molestias reaparecían una vez al año y que se solucionaban con tratamiento médico.

Caso n.º 14. Hombre de 44 años con historia ulcerosa (melenas, hematemesis) de 12 años de duración. Fue diagnosticado de psiconeurosis mixta e inició un psicoanálisis en 1944, pero lo abandonó tras 21 sesiones. Siete meses después sufrió una perforación gástrica y fue intervenido quirúrgicamente. Transcurridos 11 años, informó que había continuado con trastornos recurrentes que mejoraban con reposo, dieta y alcalinos.

Caso n.º 13. Hombre de 33 años con historia de úlcera gástrica de nueve años de duración. Fue visitado en 1943, inició un psicoanálisis y lo interrumpió tras siete sesiones debido a que no experimentaba mejoría alguna. En 1955 informó que sus síntomas reaparecían periódicamente con intervalos de unos seis meses. Padecía una neurosis caracterial.

Casos que interrumpieron el tratamiento

Caso n.º 3. Hombre de 32 años con síntomas de úlcera péptica durante los seis años precedentes. Visitado en 1933 y diagnosticado de neurosis mixta, inició un psicoanálisis. Sus molestias cedieron durante un período de seis meses y tras 138 sesiones interrumpió su tratamiento. Libre de síntomas durante los tres años siguientes, en 1943 sufrió una perforación gástrica que fue intervenida quirúrgicamente. Veintitrés años después manifestó que sus molestias habían persistido.

Caso n.º 7. Mujer de 27 años que había sufrido una hematemesis y gastralgias graves cuatro años antes. Fue diagnosticada de neurosis obsesiva. Inició tratamiento psicoanalítico en 1934. Interrumpió el análisis tras 77 sesiones. Veintiún años después informó que había sufrido cuatro hemorragias gástricas y una perforación de estómago.

Casos que completaron el tratamiento

Caso n.º 1. Hombre de 30 años con síntomas gástricos que se habían iniciado cinco años antes. Se le diagnosticó neurosis caracterial. Inició un psicoanálisis en 1931 y las molestias gástricas desaparecieron un año más tarde. El análisis se prolongó 3½ años (695 horas). Se produjo una mejoría de su vida matrimonial, de las relaciones sexuales y de las relaciones interpersonales. A los 23 años de haber completado el análisis, los beneficios obtenidos persistían.

Caso n.º 2. Hombre de 25 años visitado en 1931 que había sufrido pirosis y gastralgias durante los ocho años precedentes. Diagnosticado de neurosis obsesiva, inició un tratamiento psicoanalítico. La sintomatología reapareció en dos ocasiones, tras 8 y tras 14 meses de tratamiento. El psicoanálisis se prolongó tres años (592 sesiones). Se produjo una mejoría de la vida matrimonial, de la sexualidad y del rendimiento profesional del paciente, que persistieron hasta la entrevista de seguimiento celebrada 22 años tras la terminación del análisis.

Caso n.º 4. Hombre de 36 años visitado en 1932. Aquejaba molestias gástricas con vómitos una o dos veces por semana en el curso de los ocho años precedentes. Padecía una neurosis obsesiva. La sintomatología cedió tras cuatro meses de tratamiento pero reapareció en el décimo mes, coincidiendo con la elaboración de recuerdos fuertemente emocionales; esta recaída se prolongó cuatro meses. El análisis duró cinco años (942 sesiones) y puso de manifiesto una psicosis esquizofrénica marginal. Se obtuvieron marcados cambios de su personalidad, pero continuó padeciendo ciertas limitaciones en sus relaciones interpersonales. Diecinueve años más tarde comunicó que gozaba de una excelente salud y que no precisaba de cuidados médicos.

Caso n.º 5. Mujer de 33 años que desde hacía diez sufría diariamente pirosis, gastralgias y vómitos matutinos. Diagnóstico psiquiátrico: neurosis caracterial. Se obtuvieron buenos resultados con el tratamiento psicoanalítico hasta que emergieron problemas emocionales, lo que determinó una hematemesis secundaria a úlcera duodenal comprobada radiológicamente. El análisis se prolongó 3½ años (620 sesiones). Las actitudes infantiles de la paciente fueron remplazadas por una actividad adulta aceptable. Veinte años después se comprobó que los síntomas gástricos no habían reaparecido; en el intervalo había concebido dos hijos. Sonriendo indicó que tras el nacimiento del segundo hijo, la niña, había dejado de trabajar y había aceptado ser una esposa y una madre (*sic*).

Caso n.º 6. Hombre de 40 años que durante 15 años había sufrido dolores abdominales que se presentaban generalmente por la noche. Diagnosticado de neurosis caracterial, inició un tratamiento psicoanalítico en 1933. El curso clínico fue lento y los síntomas persistieron durante el primer año de tratamiento, que se prolongó cuatro años (730 sesiones). Al completar el análisis se constató mejoría de la vida matrimonial, de las relaciones sexuales e interpersonales y del rendimiento profesional, lo que se mantuvo de forma satisfactoria hasta la entrevista de seguimiento celebrada 19 años tras la terminación del análisis.

Caso n.º 8. Paciente de 29 años visitado en 1935 y diagnosticado de neurosis obsesiva. Los síntomas gástricos habían comenzado siete años antes de la iniciación del análisis y cedieron gradualmente hasta desaparecer por completo dos años más tarde. El tratamiento se prolongó cuatro años (740 horas). Se apreció una mejoría en todos los ámbitos de la vida psíquica. Dieciocho años más tarde manifestó que había permanecido libre de síntomas, que había contraído matrimonio y que su vida familiar era excelente.

Caso n.º 9. Hombre de 43 años con trastornos ulcerosos durante 10 años, que había sido hospitalizado en dos ocasiones a causa de hemorragias gástricas. Inició un psicoanálisis en 1939 con el diagnóstico de psiconeurosis mixta. Un año y medio después, reaparición de los síntomas coincidente con un problema emocional. Posteriormente, mejoría gradual, habiendo completado el tratamiento tras 615 sesiones psicoanalíticas. Mejoría de las relaciones de pareja e interpersonales. Quince años después se constató que la sintomatología ulcerosa no había reaparecido.

Caso n.º 10. Hombre de 29 años que había sufrido molestias gástricas durante 12 años. En 1938, tras una grave hematemesis, fue diagnosticado de neurosis caracterial e inició un psicoanálisis. Al cabo de seis meses la sintomatología había desaparecido. El análisis se prolongó 3½ años (650 sesiones) y el paciente experimentó una evidente mejoría en su vida

matrimonial y sexual, en las relaciones interpersonales y en el rendimiento profesional. Catorce años después, estos beneficios se habían mantenido inmodificados.

Caso n.º 11. Hombre de 27 años con molestias gástricas de 10 años de duración. Afecto de neurosis obsesiva, inició el tratamiento psicoanalítico en 1944. Quince meses más tarde emergieron ciertos problemas emocionales infantiles de naturaleza agresiva y destructiva, que coincidieron con la reaparición de las molestias gástricas. El análisis se prolongó 3½ años (642 horas) y su vida sexual, su trabajo y sus relaciones interpersonales mejoraron. En la entrevista de seguimiento celebrada en 1956 manifestó que sus molestias no habían reaparecido y que había sido capaz de superar sus dificultades.

Caso n.º 12. Mujer de 34 años con episodios ulcerosos de intensidad creciente en los cinco años precedentes. Diagnosticada de neurosis caracterial, inició un psicoanálisis en 1942. Las molestias persistieron de forma oscilante hasta el final del segundo año de tratamiento, que en total se prolongó 3½ años (657 sesiones). Se comprobó una mejoría en todos los aspectos de su vida emocional. Diez años después continuaba encontrándose bien y manifestó que era feliz y que estaba contenta.

Discusión

En los cinco pacientes que rechazaron o no completaron el tratamiento psicoanalítico, las entrevistas de control se celebraron entre 10 y 23 años después de la primera visita. En dichas entrevistas se comprobó que los síntomas gástricos habían persistido en todos los pacientes, precisando de tratamiento médico (reposo, dieta y alcalinos). Los trastornos neuróticos no se modificaron. Estos pacientes (4 hombres y 1 mujer) tenían en la entrevista inicial de 24 a 42 años de edad, los síntomas gástricos se habían iniciado entre 4 y 12 años antes de ser visitados, todos ellos habían padecido hematemesis y en tres casos había sido preciso intervenirlos quirúrgicamente a causa de una perforación de estómago.

En los otros nueve pacientes, el tratamiento psicoanalítico se completó entre 11 y 22 años antes de la entrevista de control, en la que se comprobó que todos ellos habían permanecido, durante este tiempo, libres de molestias gástricas. La edad de estos pacientes (8 hombres y 2 mujeres) al iniciar el tratamiento osciló entre 25 y 43 años y sus molestias gástricas habían comenzado entre 5 y 15 años antes. Los diagnósticos psiquiátricos consistían en neurosis caracterial (cinco casos), neurosis obsesiva (cuatro casos) y neurosis mixta (un caso). Antes del análisis, 4 de los 10 pacientes habían sufrido hematemesis. La duración de los psicoanálisis osciló entre tres y cinco años (entre 592 y 943 sesiones).

En todos estos pacientes resultaba evidente que la psiconeurosis y la úlcera péptica eran dos partes de una misma enfermedad. Los pacientes aquejaban síntomas somáticos y síntomas emocionales. En todos ellos se encontraron deseos de dependencia pasiva, inaceptables para el paciente, por lo que eran fuertemente reprimidos, lo que coincidía con la formulación de Franz Alexander acerca del conflicto ulceroso.² Dado que consideraba que el psicoanálisis era el tratamiento óptimo de los trastornos emocionales, Orgel decidió que debía ser también el tratamiento de elección en los pacientes con úlcera gástrica. A pesar de que compartía la opinión de Alexander de que el desarrollo de un proceso importante de transferencia podía conducir a un análisis interminable, prefirió correr este riesgo al tomar en consideración la severidad de la enfermedad estudiada.

Alexander opinaba que los pacientes afectados de úlcera gástrica no responderían al tratamiento psicoanalítico de larga duración, pero Orgel comprobó en las entrevistas de seguimiento que los diez casos que completaron el tratamiento psicoanalítico se encontraban bien y que sus molestias ulcerosas no habían reaparecido. Por ello concluyó que la lesión de la mucosa del tracto gastrointestinal superior no es más que una manifestación de una enfermedad emocional que afecta toda la personalidad.

Orgel indicó, para terminar, que esta muestra de pacientes era reducida y que no disponía de controles de sus resultados (*I have no controls*), dado que todos sus pacientes habían sido tratados de forma privada. Por último consideró que estos diez pacientes habían desarrollado también un incremento de su capacidad de enfrentarse con los problemas emocionales, lo que resultó suficiente para solucionar el proceso ulceroso.

Nota biográfica. Samuel Z. Orgel fue un psicoanalista de orientación estrictamente freudiana. Su historia sobre un problema de bisexualidad lo demuestra claramente: su paciente era un comerciante de unos 25 años que sufría fantasías sadísticas polimorfas, resultado de la observación de los órganos sexuales femeninos.³ El nacimiento fue una separación de la madre, en la que ésta perdió el pene. La circuncisión permitió que su prepucio fuera utilizado para reparar dicha pérdida. Su deseo de volver a encontrarse con su madre constituía una reparación de sus respectivas castraciones, lo que le permitiría regresar al vientre materno, recuperar su prepucio y devolver el pene a su madre. El padre era identificado con el médico que practicó la circuncisión. Identificó su pene con los pechos de su madre y esto hizo que él fuera hombre y mujer al mismo tiempo.

Comentario

La erradicación del Helicobacter pylori y la disponibilidad de antihistamínicos H₂ y de inhibidores de la bomba de protones ha modificado de forma evidente el panorama de la enfermedad ulcerosa. No obstante, la mayor crítica que se puede formular al estudio de Samuel Orgel es que, a pesar de sus favorables resultados, ningún otro investigador llegara a confirmarlos. Hay que recordar que en la primera mitad del siglo XX la incidencia de la úlcera duodenal no era despreciable (2 casos por cada 1.000 hombres y 6 cada 10.000 mujeres) y que la mortalidad tras antrectomía alcanzaba un 2%. El curso clínico de esta enfermedad justificaba la utilización de todas las alternativas que pudieran resultar beneficiosas.

Valoración metodológica

Los objetivos del estudio están detallados de forma suficiente. Las características iniciales de los tres grupos de pacientes estudiados son razonablemente semejantes. El método de evaluación de resultados es aceptable. El seguimiento del curso clínico de los pacientes se considera correcto.

Evaluación global: estudio con un reducido riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Orgel SZ. Effect of psychoanalysis on the course of peptic ulcer. *Psychosomatic Medicine* 1958;20:117-23
2. Alexander F. The influence of psychologic factors upon gastrointestinal disturbances: A symposium. *Psychoanalytical Q* 1934;3:501-39
3. Orgel SZ. The problem of bisexuality as reflected in circumcision. *Psychosom Med* 1957;19:375-83

3.4.3

Terapia psicoanalítica: estudio psicológico (Barendregt, 1961)

Barendregt JT, Bastiaans J, Vermeul-Van Mullen AW. A psychological study of psychoanalysis and psychotherapy. En: J.T. Barendregt (editor). *Research in psychodiagnostics*. La Haya: Mouton, 1961

En la introducción del artículo de Barendregt, Bastiaans y Vermeul-Van Mullen se formula la siguiente cuestión:¹

¿Es posible demostrar mediante pruebas psicológicas que existen diferencias en los cambios del comportamiento observados en (a) un grupo de pacientes tratado mediante psicoanálisis, (b) otro grupo tratado con otras formas de psicoterapia y (c) otro grupo no tratado con procedimientos psicoterapéuticos?

Para contestar esta pregunta, en el Instituto de Psicoanálisis de Ámsterdam, entre finales de 1954 y principios de 1957, se aplicó a 315 pacientes la siguiente batería de pruebas psicométricas:

1. Escala de Valoración de la Sensación de Bienestar,
2. Escala de Wechsler-Bellevue de determinación del cociente intelectual,
3. nivel de neuroticismo mediante una escala de evaluación de la personalidad,
4. escala de sinceridad,
5. índice de introversión-extraversión,
6. Test de Apercepción Temática valorado según el sistema de Atkinson,
7. Test de Apercepción Temática valorado según el sistema de Dymond, y
8. prueba de Rorschach.

De dicho grupo de pacientes, 200 aceptaron ser sometidos a una segunda batería de pruebas, que se aplicó 2½ años después de la primera exploración. En el intervalo en cuestión, 47 pacientes fueron tratados mediante psicoanálisis (grupo AN), 79 fueron tratados mediante psicoterapia (grupo PT) y 74 pacientes constituyeron el grupo de control (grupo CN).

El psicoanálisis consistió en una forma de tratamiento definida por el terapeuta como psicoanálisis; la duración del tratamiento fue de unos 24 meses. La psicoterapia fue definida de forma similar. El grupo de control estuvo constituido por pacientes que en el mencionado período no consultaron a ningún psiquiatra.

Los pacientes de los tres grupos pertenecían al mismo nivel de edades (30 años por término medio); no se observaron diferencias importantes en cuanto a la duración del intervalo entre las dos baterías de pruebas psicológicas.

En la valoración de los resultados de este estudio, sus autores plantearon la hipótesis general de que en los grupos AN y PT se constatarían más cambios positivos que en el grupo CN, y de que si existían diferencias entre AN y PT, éstas favorecerían al grupo AN. A partir de esta hipótesis general se formularon ocho predicciones.

Primera predicción: «Al valorar la sensación de bienestar, en los grupos AN y PT se observarían más cambios positivos que en el grupo CN». La sensación de bienestar fue valorada por los propios pacientes mediante una escala de 10 puntos. Se obtuvieron los siguientes resultados:

	<i>N</i>	<i>mejoría</i>	<i>inmodificado</i>	<i>empeoramiento</i>
Psicoanálisis	41	35 (85,4%)	4	2
Psicoterapia	68	58 (85,3%)	7	3
Control	63	50 (79,4%)	7	6

Es evidente que la primera predicción pudo rechazarse.

Segunda predicción: «El cociente intelectual, determinado según la escala de Wechsler-Bellevue, debería mostrar en los grupos AN y PT más diferencias positivas que en el grupo CN». Esta suposición partió de la observación de que en el curso de una neurosis la inteligencia disminuye (la llamada «depresión del IQ»). Se registraron los siguientes resultados:

	<i>N</i>	<i>mejoría</i>	<i>inmodificado</i>	<i>empeoramiento</i>
Psicoanálisis	33	21 (63,3%)	1	11
Psicoterapia	60	42 (70,0%)	4	14
Control	42	28 (66,6%)	6	18

Las diferencias entre los tres grupos de pacientes no son significativas.

Tercera predicción: «En comparación con el grupo CN, el nivel de neuroticismo se reduciría en más pacientes de los grupos AN y PT».

	<i>N</i>	<i>mejoría</i>	<i>inmodificado</i>	<i>empeoramiento</i>
Psicoanálisis	45	25 (55,5%)	2	16
Psicoterapia	75	50 (66,6%)	3	22
Control	68	37 (54,4%)	7	24

La tercera predicción también resultó rechazada.

Cuarta predicción: «Tras el tratamiento, en los grupos AN y PT el índice de mentiras se reduciría más que en el grupo no tratado».

	<i>N</i>	<i>mejoría</i>	<i>inmodificado</i>	<i>empeoramiento</i>
Psicoanálisis	47	25 (53,2%)	13	9
Psicoterapia	78	34 (43,6%)	15	29
Control	68	24 (35,3%)	13	31

En comparación con los grupos PT y CN, en el grupo tratado con psicoanálisis el nivel de sinceridad mejoró de forma significativa.

Quinta predicción: «En los grupos AN y PT, el índice de introversión-extraversión se modificaría de forma más positiva que en el grupo CN».

	<i>N</i>	<i>mejoría</i>	<i>inmodificado</i>	<i>empeoramiento</i>
Psicoanálisis	45	17 (37,8%)	2	26
Psicoterapia	77	43 (55,8%)	6	28
Control	67	36 (53,7%)	3	28

De acuerdo con este resultado, la quinta predicción tuvo que ser rechazada. Aparte de ello, en comparación con los grupos PT y CN, en el grupo AN se observó una tendencia en sentido negativo, pero la diferencia no fue significativa.

Sexta predicción: «Si la psicoterapia resultaba eficaz, el Test de Apercepción Temática (T.A.T.), valorado según el sistema de Atkinson, proporcionaría en los grupos AN y PT más categorías de carácter positivo que en el grupo CN».

El sistema de Atkinson distingue tres necesidades: realización, afiliación y poder, cada una diferenciada en 15 categorías. Las categorías positivas expresan las necesidades en el sentido de esperar obtener una satisfacción, y las negativas, en el sentido del temor a la frustración. En esta exploración se utilizaron sólo las diez primeras escenas del T.A.T. La siguiente tabla proporciona el resultado global de la prueba:

	<i>N</i>	<i>mejoría</i>	<i>inmodificado</i>	<i>empeoramiento</i>
Psicoanálisis	35	14 (40,0%)	3	18
Psicoterapia	55	27 (49,1%)	4	24
Control	47	18 (38,3%)	4	25

Un análisis más detallado de estos resultados permite comprobar que, con la excepción de la necesidad de poder, en el grupo PT se registraron más categorías positivas que en los grupos AN y CN; no obstante, parece que en realidad esta diferencia estuvo condicionada más por una disminución de categorías positivas en los grupos AN y CN que por un incremento de las mismas en el grupo PT. De hecho, pocos valores del T.A.T. mostraron diferencias de carácter significativo. Puede concluirse que, desde un punto de vista práctico, existe una tendencia al incremento de los mecanismos de defensa en el grupo PT y una disminución de estos mecanismos en determinados pacientes del grupo AN. Este resultado precisa ser confirmado en otras investigaciones.

Séptima predicción: La valoración del T.A.T según el sistema de Dymond considera seis categorías (resolver los propios problemas, creatividad, interacción constructiva-destructiva, seguridad en sí mismo, razonamiento y sentimientos generales). «La predicción de resultados consistió en suponer que la mejoría sería superior en el grupo AN e inferior en el grupo CN.»

Los resultados de esta valoración fueron muy deficientes; la predicción no pudo cumplirse.

Octava predicción: Se suponía que todos los pacientes habían recibido el mejor tratamiento posible. Los cambios favorables pudieron ser previstos en la primera prueba de Rorschach. Esta suposición tenía que confirmarse en la segunda prueba. La predicción fue que el mencionado razonamiento resultaría válido con mayor frecuencia en los grupos AN y PT. En la siguiente tabla se encuentra el número de predicciones en los tres grupos de pacientes:

	<i>predicción a partir del primer registro</i>		<i>predicción a partir del segundo registro</i>	
	correcto	incorrecto	correcto	incorrecto
psicoanálisis	72	29	56	32
psicoterapia	162	65	124	60
control	114	54	103	48

Los autores concluyeron que la octava predicción no pudo confirmarse de forma convincente.

Conclusiones. En conjunto, de las ocho predicciones, seis fueron rechazadas y las dos restantes sólo pudieron ser aceptadas de forma parcial. Por lo tanto, no fue posible llegar a una conclusión favorable o desfavorable respecto a los hipotéticos efectos del tratamiento psicoanalítico.

Los autores comentan que quienes acepten la eficacia de la psicoterapia considerarán que el incremento de categorías positivas en el grupo tratado con psicoterapia y el incremento de categorías negativas en el tratado con psicoanálisis coincide con la experiencia clínica: el psicoanálisis reduce los mecanismos de defensa, en tanto que la psicoterapia los incrementa.

En cambio, los que tengan dudas acerca de la eficacia de la psicoterapia indicarán que no se han obtenido cambios positivos en variables tan sensibles como el neuroticismo, a pesar de que deberían haber sido esperados tanto en el grupo AN como en el grupo PT.

Joan Teunis Barendregt (1924-1974) fue profesor de Psicología Clínica en la Universidad de Ámsterdam. Se interesó especialmente por los condicionantes psicológicos del asma bronquial, la utilización de la prueba de Rorschach en procesos psicosomáticos, los aspectos cognitivos de la ansiedad y el análisis de la personalidad basado en la anamnesis biográfica.

Comentario

En el informe original, los grupos AN, PT y CN se subdividieron en dos subgrupos, uno (subgrupo I) constituido por los pacientes cuyos apellidos comenzaban con una letra impar (A, C, E, etc.) y otro (subgrupo II) por los que su apellido comenzaba con una letra par (B, D, F, etc.). El propósito de esta subdivisión era que los subgrupos dependieran menos de los efectos de la aleatorización de las muestras. Esta subdivisión no está apoyada por otros argumentos. Por otra parte, las diferencias entre los subgrupos no resultaron en modo alguno destacables. Por ejemplo, la edad de los pacientes del subgrupo AN-I fue de $29 \pm 5,1$ años y la del subgrupo AN-II, de $29 \pm 5,3$ años. En el subgrupo CN-I, el índice de extraversión-introversión fue de $14,9 \pm 6,7$ y en el subgrupo CN-II, de $15,3 \pm 5,7$. Además, al valorar el Test de Apercepción Temática, tanto según Atkinson como según Dymond, los autores no consideraron estas subdivisiones. Por dichos motivos, en este resumen se ha prescindido de las mismas, lo que por otra parte permite una apreciación más clara de los resultados obtenidos.

Según los autores, no ha sido posible extraer conclusión alguna respecto a la eficacia del psicoanálisis y de la psicoterapia, pero si existiera alguna relación entre la evolución clínica y el comportamiento de las pruebas psicométricas (como lógicamente sería de esperar), resultaría preciso concluir que en este estudio no ha sido posible demostrar que, en comparación con un grupo de pacientes no tratados, el psicoanálisis o la psicoterapia posean un efecto terapéutico beneficioso.

Valoración metodológica

El estudio de Barendregt et al., que trata de definir los efectos psicológicos del psicoanálisis, no puede considerarse adecuado para valorar la eficacia de esta orientación terapéutica.

Referencia

1. Barendregt JT, Bastiaans J, Vermeul-Van Mullen AW. A psychological study of psychoanalysis and psychotherapy. En: J.T. Barendregt (editor). *Research in psychodiagnostics*. La Haya: Mouton, 1961

3.4.4

Tratamiento de la colitis ulcerosa (Weinstock, 1962)

Weinstock HI. Successful treatment of ulcerative colitis by psychoanalysts: A survey of 28 cases, with follow-up. *J Psychosom Research* 1962;6:243-9

En una revisión acerca del tratamiento de la colitis ulcerosa mediante psicoanálisis, Harry Weinstock se refirió en primer lugar a un estudio en el que se había seguido el curso clínico de 125 casos de colitis ulcerosa durante un período de tres años: sólo el 4% de los pacientes permaneció libre de molestias y sólo el 3% experimentó una cierta mejoría; el resto empeoró, fue sometido a colectomía o falleció.¹

Unos años antes, en 1930, se había comunicado que ciertos factores psicológicos podían influir en el curso de la colitis ulcerosa.² Los gastroenterólogos opinaban que los factores emocionales podían desempeñar algún papel en esta enfermedad, pero que la eficacia de la psicoterapia todavía no estaba demostrada. En consecuencia, algunos casos fueron tratados por psiquiatras y psicoanalistas, pero las remisiones espontáneas y las recurrencias de este proceso no permitieron conclusión alguna acerca de los resultados de dichos tratamientos.

A fin de valorar la eficacia del psicoanálisis o la psicoterapia en la enfermedad en cuestión, Weinstock efectuó una encuesta en la que solicitó a los 650 miembros de la American Psychoanalytic Association con más de cinco años de experiencia profesional que le informaran acerca de la evolución clínica, en el curso de los tres años siguientes a la terminación del terapia, de los pacientes con colitis ulcerosa que hubieran tratado mediante psicoanálisis o psicoterapia.³

La encuesta proporcionó la información solicitada respecto a 28 casos tratados por 20 psicoanalistas. Todos estos pacientes (a) habían precisado anteriormente ser hospitalizados, (b) habían solicitado de forma espontánea tratamiento psicoanalítico, (c) el tratamiento psicoterapéutico se había prolongado por lo menos dos años y (d) a todos ellos se les había realizado un seguimiento durante tres años y, en algunos casos, más de tres años.

De los 28 casos, 14 habían sido tratados con psicoterapia y 14 mediante psicoanálisis; con ambos métodos, la frecuencia del tratamiento osciló entre 1 y 4 sesiones a la semana y la duración del mismo, entre un año y medio (cinco casos) y 5 años.

Tras finalizar el tratamiento, de los 14 casos del grupo de psicoterapia, 12 permanecieron totalmente libres de síntomas durante un período de 3 a 18 años, con una mediana de 10 años. En los dos casos en los que el resultado no fue favorable se consideró que el tratamiento había sido insuficiente.

En el grupo de psicoanálisis se obtuvieron resultados parecidos: en 10 de pacientes la remisión se prolongó entre 3 y 16 años, con una mediana de 8½ años.

En la mayor parte de los casos en los que se obtuvo un resultado favorable, el intervalo entre inicio del proceso e inicio del tratamiento psiquiátrico fue de cinco años; en los casos de curso desfavorable, este período fue de unos nueve años.

La mayor parte de los analistas que participaron en la encuesta había tratado sólo un caso: algunos de ellos prefirieron el psicoanálisis; otros, la psicoterapia; otros consideraron que la opción terapéutica dependía de las características del paciente, y unos pocos cuestionaron tanto el psicoanálisis como la psicoterapia como tratamientos de rutina.

Los diagnósticos psiquiátricos en este grupo de pacientes resultaron muy heterogéneos, desde trastornos psicofisiológicos hasta esquizofrenia, incluidas situaciones esquizoides,

paranoicas y depresivas, reacciones obsesivas, histéricas y de ansiedad, y trastornos caracteriales. No se observó correlación alguna entre diagnóstico psiquiátrico, tipo de tratamiento y curso clínico de la colitis ulcerosa.

Según el autor, esta encuesta sugiere que la terapéutica psicoanalítica de la colitis ulcerosa, en cuanto a remisiones prolongadas y tal vez incluso en cuanto a curaciones, ofrece mejores resultados que cualquier otro tipo de tratamiento, con la excepción de la cirugía.

Comentario

Setenta y cinco años después de la publicación de este estudio por parte de Harry Weinstock, la etiología de la colitis ulcerosa sigue sin haber sido aclarada completamente. La hipótesis de que se trata de una enfermedad infecciosa no ha podido ser demostrada. Por otra parte, se han observado diversas anomalías genéticas que podrían explicar el origen de la enfermedad, pero no se ha logrado encontrar marcadores que identifiquen a los individuos susceptibles. Paralelamente, el arsenal terapéutico se ha ampliado de forma considerable con corticoides, aminosalicilatos e inmunosupresores; en cambio, la psicoterapia no se considera un tratamiento adecuado para esta enfermedad, aunque es preciso tener en cuenta que la colitis ulcerosa puede conllevar numerosos trastornos somatopsíquicos.

Se ha calculado que la prevalencia de la colitis ulcerosa oscila entre 50 y 80 casos por 100.000 habitantes: teniendo en cuenta que la población de Estados Unidos en 1930 era de 284 millones, el número de pacientes afectados por dicho proceso debía de oscilar entre 140.000 y 230.000; parece que el número de los que pudieran haber recurrido a tratamientos psicológicos debía superar ampliamente la casuística de la encuesta de Harry Weinstock. Una muestra de 28 casos no seleccionados de forma aleatoria es difícil que puede ser considerada como representativa, y ello sin olvidar que se trata de una enfermedad que cursa con importantes remisiones y exacerbaciones.

Valoración metodológica

Se trata de un estudio retrospectivo de cohortes que estrictamente podría ser calificado como encuesta. En el momento en que se planteó este estudio (1960) podría aceptarse que sus objetivos eran claros y aceptables. Los grupos de pacientes tratados con psicoterapia o con psicoanálisis resultaron inicialmente comparables. El procedimiento clínico de evaluación de resultados es aceptable. El seguimiento de los pacientes fue adecuado.

Evaluación global: estudio con riesgo de sesgos bajo. (+)

Referencias

1. Bockus HL, Roth JL, Buchman E, Kalsner M, Staub WR, Finkelstein A, Valdes-Dapena A. Life story of nonspecific ulcerative colitis: Relation of prognosis to anatomical and clinical varieties. *Gastroenterologia* 1956;86:549-81
2. Murray CD. Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhea. *Am J med Sci* 1930;180:239-48
3. Weinstock HI. Successful treatment of ulcerative colitis by psychoanalysts: A survey of 28 cases, with follow-up. *J Psychosom Research* 1962;6:243-9

3.4.5

Resultados de las terapias psicoanalíticas (Heilbrunn, 1963)

Heilbrunn G. Results with psychoanalytic therapy. Report of 241 cases. *Am J Psychotherapy* 1963;20:89-99

En su informe sobre las terapias psicoanalíticas, Gert Heilbrunn se preguntó qué era lo que se esperaba de la terapéutica en general. La respuesta fue que resultara efectiva, indolora, rápida, fácil de aplicar, económica y de efectos razonablemente permanentes. Según el autor, es difícil afirmar que el psicoanálisis cumpla con estos criterios, pero, en cualquier caso, su aplicación queda justificada por la escasez de otros procedimientos terapéuticos eficaces.

El método utilizado por Heilbrunn fue estrictamente psicoanalítico y acorde con la definición de la American Psychoanalytic Association: más de 300 horas de duración, una frecuencia de por lo menos tres sesiones a la semana y una actitud pasiva por parte del analista. En el curso de los 15 años precedentes, Heilbrunn había tratado mediante psicoanálisis a 34 pacientes.

Heilbrunn también aplicó la denominada «terapia de orientación psicoanalítica» de menos de 300 horas de duración y en la que el terapeuta adopta un papel más activo. Dado que había observado que los puntos de inflexión en el análisis se presentaban tras 20 y tras 100 horas de tratamiento, diferenció entre psicoterapia breve (menos de 20 horas) y psicoterapia prolongada (entre 21 y 100 horas). En el mencionado período trató a 49 pacientes mediante la primera opción y a 158 mediante la segunda. Por lo tanto, su informe se refiere en total a 241 pacientes.

El autor indicó en el informe que la opción de efectuar un tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico se establecía en general según la cronicidad de la indicación, pero que en muchas ocasiones se consideraban también otras circunstancias, como la situación económica del paciente o la disponibilidad de suficiente tiempo para el tratamiento.

Los diagnósticos tuvieron lugar de acuerdo con la clasificación de la American Psychiatric Association.

- a) Trastornos psicóticos y problemas del modelo de personalidad: 18 personalidades esquizoides, 8 esquizofrenias, 1 maníaco-depresivo, 1 inadaptado, en total 28 pacientes.
- b) Trastorno sociopáticos de la personalidad: 43 casos de homosexualidad, promiscuidad sexual, perversiones, abuso de sustancias o alcoholismo.
- c) Trastornos psiconeuróticos: 47 pacientes.
- d) Trastornos de la personalidad: 111 pacientes, entre los que se incluyeron 4 casos de trastornos psicofisiológicos (hipertensión arterial, colitis ulcerosa y úlcera péptica).
- e) Trastornos de adaptación en la adolescencia: 12 pacientes.

La valoración se efectuó inicialmente según la evolución de la sintomatología y las modificaciones de la personalidad, utilizando los criterios de Robert Knight,² aunque Heilbrunn decidió definirlos como «mejorados» o «no mejorados» incluyendo en este último grupo a los pacientes «ligeramente mejorados.»

Por último, Heilbrunn resumió los resultados obtenidos en los 241 pacientes estudiados en una tabla en la que constan los grupos diagnósticos, el tipo de tratamiento, su duración, el número de pacientes incluidos en cada grupo y el porcentaje en los que se observó mejoría clínica. Dado que la tabla está formada por 20 grupos de pacientes, resulta que en cada uno de ellos el tamaño de muestra es muy reducido. Así por ejemplo, el grupo de pacientes

psiconeuróticos tratados con más de 300 horas de psicoanálisis quedó formado por sólo un paciente y como que este paciente mejoró, el porcentaje de mejorías de este grupo resultó ser del 100%. Como es lógico, este porcentaje distorsiona las conclusiones del estudio, por lo que se ha reproducido la mencionada tabla indicando el número de pacientes incluidos en cada grupo y el número y porcentaje de los que mejoraron (tabla 1).

TABLA 1. Resultados de la terapia psicoanalítica

horas	1-20		21-100		101-300		301-1.350		total	
	n	mejor	n	mejor	n	mejor	n	mejor	n	mejor
psicosis	8	0	6	0	7	0	7	0	28	0
personalidad sociopática	16	0	13	2 (15%)	8	2 (25%)	6	0	43	4 (9%)
psiconeurosis	23	16 (65%)	17	12 (70%)	6	1 (17%)	1	1 (100%)	47	30 (64%)
trastornos de la personalidad	25	6 (24%)	38	18 (47%)	28	16 (57%)	20	12 (60%)	111	62 (56%)
inadaptación	6	0	6	5 (83%)	0	-	0	-	12	5 (42%)
total	78	22 (28%)	80	37 (46%)	49	19 (39%)	34	13 (38%)	241	91 (38%)

Al analizar estos resultados, Heilbrunn llegó a las siguientes conclusiones:

1. En los trastornos de carácter psicótico, los resultados fueron negativos independientemente de la duración y de la técnica del tratamiento. No obstante, en estos pacientes, el contacto terapéutico permitió reducir su ansiedad y los problemas del día a día; con ello, el tratamiento se convirtió en una intervención de soporte que podía llegar a ser interminable.
2. En los trastornos sociopáticos de la personalidad, los resultados de la psicoterapia prolongada fueron algo mejores que los de la psicoterapia breve aunque, en ambos casos, sólo algo mejores que los observados en el grupo de psicosis; los resultados no justificaron prolongar el tratamiento psicoanalítico.
3. En los pacientes del grupo de psiconeurosis parece que la psicoterapia breve fue particularmente adecuada: Heilbrunn se refirió a un 65% de resultados favorables con menos de 20 horas de tratamiento y a un 70% con 21 a 100 horas de tratamiento. Así pues, prolongar el tratamiento más de 100 horas ofrece escasas perspectivas de mejoría adicional (sólo un 17%).
4. Los trastornos de la personalidad exigieron tratamientos prolongados, con una mejoría del 60% entre los pacientes tratados por término medio durante 495 horas.
5. Las reacciones de inadaptación en la adolescencia se resolvieron en el 83% de los casos mediante una psicoterapia de entre 21 y 100 horas de duración.

Heilbrunn concluyó que hasta que no se dispusiera de criterios que permitieran una recomendación terapéutica y un pronóstico individualizados, resultaría necesario contentarse con estas estadísticas de carácter descriptivo.

Gert Heilbrunn fue profesor clínico asociado de Psiquiatría en la Universidad de Washington y ejerció en Seattle, estado de Washington. Entre sus publicaciones cabe citar un estudio sobre los aspectos psicodinámicos de la epilepsia, otro sobre el fenómeno de Isakower* y otro acerca de los cambios patológicos en el sistema nervioso central causados por el electroshock experimental.

* Fenómeno de Isakower: experiencia hipnagógica, descrita por primera vez por Otto Isakower en 1938, durante la cual el sujeto imagina masas blanduzcas que se mueven hacia su rostro. Isakower interpretó este fenómeno como una evocación de la experiencia del niño ante el pecho materno.

Comentario

En 1937 se publicó la primera edición de los Principles of medical statistics de Austin Bradford Hill.³ En esta obra Hill se refirió al error de calcular un porcentaje cuando el tamaño de muestra es pequeño, por ejemplo menos de 50. Si no se dan las cifras reales, no es posible llegar a una conclusión válida cuando se comparan dos porcentajes. No obstante, si en un grupo se han registrado 9 recaídas en 23 pacientes y en otro grupo 4 recaídas en 15 pacientes, es difícil cerciorarse de que exista alguna diferencia; en este caso resulta necesario aplicar algo de sentido común y los porcentajes pueden ser útiles: así, en dicho ejemplo se tendrían 39% y 27% de recaídas. Si se tiene en cuenta el reducido tamaño de las muestras, se puede concluir que la diferencia no debe de ser muy importante.

Al prescindir de los números reales, Heilbrunn cayó en el error de comparar tres porcentajes (65%, 70% y 17%) sin tener en cuenta que el primero se refería a 16 mejorías en un grupo de 23 pacientes, el segundo a 12 mejorías en un grupo de 17 pacientes y el tercero a 1 mejoría en un grupo de 6 pacientes. Por lo tanto, no mejoraron 7 pacientes en el primer grupo, 5 pacientes en el segundo y 5 pacientes en el tercero. Si estos 17 pacientes hubieran continuado el tratamiento hasta poder ser incluidos en el grupo de psicoanálisis, tal vez se habría alcanzado un resultado diferente.

Si en la tabla 1 se consideran los totales correspondientes a las filas de diagnósticos y a las columnas de tratamientos (un cálculo que Heilbrunn no efectuó) se puede llegar a tres conclusiones adicionales:

- a) *Los resultados de la terapia psicoanalítica en psiconeurosis y en trastornos de la personalidad son similares, pues se obtienen buenos resultados en aproximadamente el 60% de los pacientes.*
- b) *En conjunto, los resultados obtenidos mediante psicoterapia psicoanalítica en este grupo de 241 pacientes son deficientes, dado que no se registró mejoría más que en el 40% de los mismos.*
- c) *No existen diferencias sustanciales entre la psicoterapia psicoanalítica breve, la psicoterapia prolongada y el psicoanálisis.*

Valoración metodológica

Los objetivos del estudio son claros. Las características de los pacientes tratados con psicoanálisis, terapia psicoanalítica prolongada o terapia psicoanalítica breve están bien definidas y el método de evaluación de resultados en dependencia con la duración del tratamiento y los diagnósticos iniciales están correctamente especificados. Los criterios utilizados para definir el resultado terapéutico son aceptables.

Evaluación global: estudio con un bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Heilbrunn G. Results with psychoanalytic therapy. Report of 241 cases. *Am J Psychotherapy* 1963;20:89-99
2. Knight R. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiat* 1941;98:434-6
3. Hill AB, Hill ID. *Principles of medical statistics*. Londres: Arnold, 1991

3.4.6

La Menninger Foundation (Kernberg, 1972)

Kernberg O, Burstein ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H. Psychotherapy and psychoanalysis: The final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1972;36:1-275

La Menninger Clinic fue fundada en 1919 en Topeka, Kansas, por Karl Augustus Menninger (1893-1990), psiquiatra, y por su padre, el médico internista Charles Frederick Menninger (1862-1953), a los que seis años después se unió William Claire Menninger (1899-1966), también psiquiatra. El objetivo de la clínica era reunir a muchos especialistas en psiquiatría en un solo centro. Más tarde, en 1941, se estableció la Menninger Foundation, destinada a fomentar la investigación, la formación y la educación pública en psiquiatría; esta fundación pronto se convirtió en un centro de referencia del psicoanálisis. La clínica se trasladó el año 2003 a Houston, Texas, donde continúa desarrollando sus actividades en asociación con el Baylor College of Medicine y el Methodist Hospital.

El Menninger Psychotherapy Research Project (MPRP) tiene un significado especial, pues se prolongó de 1954 a 1984 y fue considerado «con mucho, el mayor estudio comprensivo formal del psicoanálisis».^{1,2} En realidad, fue el primer proyecto naturalístico de carácter prospectivo en el que se comparó psicoanálisis y psicoterapia de orientación psicoanalítica. El proyecto se inició bajo la dirección de Richard Siegel y fue continuado por Robert Wallerstein y Otto Kernberg. En él se incluyeron 42 pacientes adultos seleccionados al azar que fueron asignados a tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico. La evaluación inicial precisó 10 entrevistas y una amplia batería de tests psicológicos. Muchos de los pacientes, diagnosticados como casos *borderline*, se habían dirigido a la Menninger Foundation después de haber fracasado en otros tratamientos, y por lo tanto estaban más gravemente enfermos que los pacientes habituales. Se excluyeron los pacientes afectados de psicosis o déficit intelectual. La edad inicial de los participantes osciló entre 17 y 50 años. La mayor parte de las terapias psicoanalíticas fueron realizadas por psicoanalistas en formación, y la mayor parte de psicoterapias, por clínicos con mayor experiencia. Los resultados se valoraron a los dos años de finalizar el tratamiento.

Los resultados de Kernberg et al. En el grupo tratado con psicoanálisis ($n = 22$) se observó mejoría importante en ocho pacientes (36,4%), mejoría moderada en cinco (22,7%), mejoría dudosa (*equivocal results*) en tres (13,6%) y fracaso en seis pacientes (27,3%); estos últimos continuaron con un tratamiento psicoterapéutico. Los pacientes del grupo de psicoterapia ($n = 20$) obtuvieron en ocasiones mejores resultados que los tratados mediante psicoanálisis, pero en conjunto los resultados de ambos tratamientos no se pudieron distinguir entre sí.

Las conclusiones de Stephen Appelbaum. Stephen Appelbaum et al. publicaron en 1977 las conclusiones definitivas de este proyecto:³

- Los pacientes con mayores recursos psicológicos mejoraron más durante el tratamiento que los que tenían recursos más pobres («el fenómeno del rico que se enriquece todavía más»).

- Los pacientes con alteraciones más graves que no evidenciaron *insight* (introspección) ni resolución de conflictos u orientación psicológica expresaron su mejoría mediante cambios en las relaciones interpersonales.
- Las predicciones basadas en pruebas psicológicas fueron más válidas que las basadas en análisis descriptivos.
- Del 50% al 60% de los pacientes mejoraron según los criterios clínicos usuales.
- Las valoraciones efectuadas en el curso del tratamiento no fueron excesivamente útiles para predecir la evolución en años posteriores.
- Un correcto diagnóstico y una selección de pacientes basada en criterios predictivos son aspectos cruciales para la obtención de buenos resultados.

La opinión de Robert Galatzer-Levy. En *Does psychoanalysis work?* Galatzer-Levy et al. indicaron:⁴

- a) que en la evaluación inicial, la severidad de 18 de los 42 pacientes fue infravalorada;
- b) que las variables relativas a la calificación y a las habilidades de los terapeutas no resultaron tan exactas como se esperó;
- c) que los puntos de inflexión del tratamiento fueron escasos y no deseables ócuatro se relacionaron con mejoría y tres con empeoramiento; y
- d) que el cambio terapéutico no se relacionó con el desarrollo de introspección (*insight*) por parte del paciente.

En conjunto, los pronósticos relativos al resultado terapéutico fueron pobres. No obstante, Galatzer-Levy señala también las «admirables características del estudio». De hecho, en el curso de 30 años, el MPRP produjo más de 60 artículos y cinco libros.

La revisión de Robert Wallerstein. Según esta revisión, sólo 9 de los 22 pacientes incluidos en el grupo «psicoanálisis» podían ser considerados aptos para este tipo de intervención, mientras que 5 de estos 22 pacientes se calificaron como «indicaciones heroicas», pues el tratamiento había fracasado en todos ellos.⁵ Este hecho explica, según Wallerstein, los deficientes resultados obtenidos en los pacientes tratados mediante psicoanálisis.

La valoración de Sydney Blatt. Este autor señaló que en el estudio de la Menninger Foundation se prestó poca atención a la respuesta terapéutica registrada en diferentes tipos de pacientes ante distintos tipos de intervención.⁶ Para dilucidar esta cuestión, las historias clínicas de los pacientes incluidos en el MPRP fueron revisadas por dos facultativos independientes que las clasificaron según correspondieran a una tipología anaclítica o a una tipología introyectiva. Mediante la Health Sickness Rating Scale (HSRS) se constataron resultados terapéuticos positivos y significativos en ambos tipos de pacientes, con independencia del tratamiento recibido.⁷ En cambio, cuando se consideró el Mutuality of Autonomy Score de la prueba de Rorschach,⁸ se observó una interacción sustancial paciente-tratamiento, según la que los pacientes anaclíticos tratados mediante psicoterapia mejoraron más que los tratados con psicoanálisis, en tanto que los pacientes introyectivos que recibieron psicoanálisis mejoraron más que los pacientes introyectivos tratados con psicoterapia (tabla 1).

TABLA 1. Evolución del Mutuality of Autonomy Score en 33 pacientes según su tipología

<i>pacientes</i>	<i>anaclíticos</i>		<i>introyectivos</i>	
	<i>psicoanálisis</i>	<i>psicoterapia</i>	<i>psicoanálisis</i>	<i>psicoterapia</i>
<i>n</i>	9	12	6	6
inicio	2,38	2,62	2,70	2,43
final	3,30	2,23	2,41	3,23
diferencia	+ 0,92 (+ 39%)	- 0,39 (-15%)	-0,29 (- 11%)	+ 0,80 (+ 33%)
conclusión	mejor	peor	peor	mejor

Respecto al estudio de Sidney Blatt se debe tener en cuenta que

- a) los pacientes afectos de trastornos anaclíticos muestran una relación de dependencia con otra persona, de la que esperan una gratificación emocional (es el caso de los niños respecto a sus madres o, según Freud, respecto al pecho de la madre); estos pacientes utilizan primordialmente defensas de evitación en caso de conflicto psicológico o de sobrecarga emocional, y
- b) que la psicopatología introyectiva se centra en la definición del propio *self*, en su autonomía y su autoestima; el paciente está más preocupado por proteger y mantener un concepto aceptable de su propio *self* que por la calidad de sus relaciones interpersonales; las actitudes agresivas, dirigidas contra él mismo o contra otros, son un problema importante.

Comentario

En relación al MPRP, parece adecuado plantear los siguientes comentarios críticos:

1. *Cuando se indica que los pacientes se seleccionaron al azar, debería definirse la población de la que procede la muestra. La selección al azar es un criterio experimental trascendente, que nunca debe ser utilizado sin una detallada explicación de la metodología aplicada.*
2. *Se puede aceptar que los pacientes en los que se observó mejoría importante y mejoría moderada obtuvieron, desde el punto de vista de sus analistas, algún tipo de beneficio terapéutico. Con un criterio estricto, éste no es el caso de los pacientes con resultados equívocos. En resumen, en esta pequeña muestra de pacientes tratados mediante psicoanálisis, el beneficio terapéutico sólo parece haber alcanzado a 13 de 22 pacientes (65,0%).*
3. *El hecho de que los tratamientos fueran efectuados por médicos con diferentes niveles de especialización y experiencia constituye un importante factor de desequilibrio entre los grupos experimentales, todavía de mayor trascendencia cuando el resultado terapéutico puede estar condicionado por la calidad de la relación médico-paciente.*
4. *La revisión de Wallerstein tiene escaso interés: en la valoración de los resultados de un estudio sólo se deberían considerar los criterios de inclusión y de exclusión previstos en el protocolo del mismo.*
5. *Lo mismo puede afirmarse de la revisión de Blatt, pero con un hecho agravante: dado que la valoración que proporciona la HSRS de Lester Luborsky no es satisfactoria, el autor recurre a un segundo criterio, el Mutuality of Autonomy Score del test de Rorschach; si este criterio no hubiera proporcionado la deseada diferenciación entre los dos tipos de pacientes, tal vez habría sido necesario recurrir a un tercer criterio diferencial.*
6. *Blatt afirma que la valoración según los protocolos de Rorschach puede aportar una mayor diferenciación de los efectos terapéuticos que las valoraciones clínicas expresadas mediante la HSRS; ésta es una hipótesis interesante que, en todo caso, debería ser valorada mediante un nuevo estudio adecuadamente diseñado.*
7. *Es curioso que los autores de las revisiones del MPRP se refieran repetidamente a las «admirables características del estudio».²*

Valoración metodológica

Los objetivos del estudio se definieron correctamente: comparar psicoanálisis y terapia psicoanalítica prolongada, pero los métodos de valoración de resultados (aparte de no haber sido definidos previamente) se aplicaron de forma aleatoria y según las opiniones de los autores de las diferentes publicaciones sobre este estudio.

Evaluación global: estudio con un elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Kernberg O, Burstein ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H. Psychotherapy and psychoanalysis: The final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1972;36:1-275 (citado por Bachrach, *vide infra*)
2. Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39:871-916
3. Appelbaum SA, Siegel RS, Rosen IC. *The anatomy of change. A Menninger Foundation report on testing the effects of psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press, 1977
4. Galatzer-Levy R, Bachrach HM, Skolnikoff A, Waldron S. *Does psychoanalysis work?* New Haven: Yale University Press, 2000
5. Wallerstein RS. *Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy*. Nueva York: Guilford, 1986
6. Blatt SJ. The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Ass* 1992;40:691-724
7. Luborsky L. Health-sickness rating scales. *Bull Menninger Clin* 1975;39:448-60
8. Urist J, Shill M. Validity of the Rorschach mutuality of autonomy scale: A replication using excerpted responses. *J Personal Assess* 1982;46:450-4

3.4.7

Obesidad y psicoanálisis

(Rand, 1983)

Rand CSW, Stunkard AJ. Psychoanalysis and obesity: Treatment and four-year follow-up. *Am J Psychiatry* 1983;140:1140-4

En el curso del psicoanálisis, los adultos obesos pierden peso de forma significativa, reduciéndose también la intensidad del desagrado de la propia imagen corporal.^{1,2} Estas observaciones, publicadas en 1977 y 1978, indujeron a Colleen Rand (Universidad de Florida) y a Albert Stunkard (Universidad de Pensilvania) a efectuar un estudio de carácter colaborativo acerca del curso clínico de los pacientes obesos tratados mediante psicoanálisis.³

El estudio se inició remitiendo una carta circular a los 572 miembros de la American Academy of Psychoanalysis, en la que se solicitó su colaboración. Ciento cuatro de estos analistas informaron que trataban por lo menos a un paciente obeso, entendiéndose por obesidad un exceso del 20% o superior al 20% del peso ideal. A continuación, se envió a dichos analistas un cuestionario destinado a recoger los datos de sus pacientes obesos y de sus pacientes con peso corporal normal, apareados de acuerdo con edad, género y raza. Se recibió información sobre 84 pacientes obesos y 63 pacientes no obesos.

Se constató que los pacientes no habían solicitado tratamiento psicoanalítico a causa de su obesidad, pues el sobrepeso constituía el problema principal sólo en el 6% de los mismos. Los trastornos predominantes en ambos grupos de pacientes consistieron en depresión, ansiedad o en depresión y ansiedad. Los psicoanalistas proporcionaron información sobre sus pacientes al iniciar el estudio ($n = 84$), tras 18 meses ($n = 81$) y tras 4 años de seguimiento ($n = 80$).

Al iniciar el estudio, la duración previa del tratamiento en los pacientes obesos fue de 33 meses (mediana) y en los no obesos, de 32 meses. A los cuatro años, 27 pacientes obesos se encontraban todavía en tratamiento.

En el grupo de pacientes obesos se comprobó una reducción continuada del peso corporal en el curso del estudio. Al principio, la pérdida había sido de $4,5 \pm 10,0$ kg; tras 18 meses de tratamiento, esta cifra se incrementó a $9,5 \pm 14,1$ kg, y a los 4 años, a $11,6 \pm 15,4$ kg.

Los datos correspondientes a los cuatro años de seguimiento se refieren a sólo 55 pacientes, lo que podría constituir un sesgo evidente en el caso de que en los 25 pacientes restantes la pérdida de peso hubiera sido pequeña. No obstante, a los 18 meses de seguimiento en 20 de estos 25 pacientes se había registrado una pérdida de peso de $4,7 \pm 5,5$ kg, lo que permite suponer que a los cuatro años muchos de ellos habían experimentado una reducción adicional del peso corporal.

Un problema importante en el tratamiento de la obesidad es la recuperación del peso tras la terminación del tratamiento. Las pérdidas de peso mencionadas en el párrafo anterior indican que en los pacientes tratados mediante psicoanálisis dicha reducción se mantuvo de forma satisfactoria. Estos resultados son semejantes a los obtenidos mediante terapia conductual: en un estudio con 147 pacientes obesos tratados con este método durante un año se obtuvo en promedio una reducción ponderal de 4,95 kg.⁴

El desagrado de la propia imagen corporal constituye un trastorno importante en los pacientes afectados de obesidad. Se dispuso de información al respecto en 71 casos. En 28 de ellos (39%), el trastorno se calificó al principio del estudio como grave y en 34 (48%), como leve; en 22 pacientes no se observó este problema. Tras cuatro años de seguimiento, el desagrado de la propia imagen corporal se calificó como grave en sólo 13 pacientes (18%), lo que puede ser

calificado como un resultado muy positivo. En algunos pacientes que obtuvieron reducciones importantes del peso corporal no se observaron cambios en el desagrado de la imagen corporal, en tanto que otros pacientes, en los que la pérdida de peso fue moderada o que incluso no perdieron peso, mostraron una importante mejora de dicha manifestación. Rand y Stunkard concluyeron que entre ambos procesos no existía una relación de causa a efecto.

Los psicoanalistas consideraron que el tratamiento había resultado satisfactorio en el 84% de los pacientes obesos y en el 91% de los pacientes no obesos. En los pacientes obesos se comprobó que entre el resultado psicoanalítico y la reducción de peso corporal existió una relación estadísticamente significativa:

<i>resultado terapéutico</i>	<i>n</i>	<i>reducción ponderal (x ± de)</i>
muy mejorado	24	14,4 ± 1,6 kg
mejorado	38	8,2 ± 14,6 kg
inmodificado	15	4,5 ± 10,2 kg

Mann-Whitney: $Z = 2,86$; $p < 0,05$

Este estudio permite afirmar que los pacientes obesos no sólo pierden peso durante el tratamiento, sino que también mantienen esta pérdida tras completarlo. En la discusión, los autores indican que el 34% de los pacientes obesos fueron tratados en promedio durante 84 meses, lo que implica que para tratar únicamente la obesidad parece que se dispone de opciones más asequibles.

Comentario

La obesidad es un problema de importante alcance social. Los resultados de este estudio tienen un interés indudable, pero no han sido confirmados por ningún otro autor. En cambio, en una revisión sobre el tratamiento psicológico de la obesidad se mencionan la psicoterapia conductual, la terapia de grupo, la terapia individual, la terapia familiar y el hipnotismo, pero no se hace referencia alguna al psicoanálisis.⁵ El factor coste puede ser importante, pero en caso de obesidad mórbida, entendida como un sobrepeso superior al 50% del peso corporal ideal, los costes del tratamiento (y especialmente los costes que conlleva una intervención quirúrgica) pueden ser semejantes a los de un psicoanálisis.

No es preciso recordar que para demostrar la eficacia del psicoanálisis en el tratamiento de la obesidad sólo es preciso disponer de un grupo de pacientes obesos tratados mediante psicoanálisis y de un grupo de pacientes obesos tratados con otra alternativa terapéutica o no tratados; desde luego, distribución aleatoria y valoración por un observador independiente de la reducción del peso corporal.

Valoración metodológica

El objetivo del estudio está especificado claramente. Las características iniciales de los grupos experimentales (pacientes obesos y pacientes con peso normal) fueron comparables. Los criterios de valoración (peso, desagrado de la propia imagen corporal, resultados psicológicos) fueron adecuados a los objetivos del estudio. Valoración estadística de resultados adecuada. Duración del seguimiento bien definida.

Evaluación global: estudio con un bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Rand CSW, Stunkard AJ. Psychoanalysis and obesity. *J Am Acad Psychoanal* 1977;5:459-97
2. Rand CSW, Stunkard AJ. Psychoanalysis and obesity. *Am J Psychiatry* 1978;135:547-51
3. Rand CSW, Stunkard AJ. Psychoanalysis and obesity: Treatment and four-year follow-up. *Am J Psychiatry* 1983;140:1140-4

4. Brownell KD, Heckerman CL, Westlake RJ. The behavioral control of obesity: A descriptive analysis of a large-scale program. *J Clin Psychol* 1979;35:864-9
5. Fawzy FI, Pasnau RO, Wellisch DK, Ellsworth RG, Dornfeld L, Maxwell M. A comprehensive psychological approach to obesity. *Psychiatr Med* 183;1:257-73

3.4.8

Los estudios del Columbia Psychoanalytic Center (Weber, 1985)

- Weber JJ, Elinson J, Moss LM. Psychoanalysis in change. A study of psychoanalytic clinic records utilizing electronic data-processing techniques. *Arch Gen Psychiat* 1967;17:687-709
 - Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). *Int Rev Psycho-Anal* 1985;12:251-62
-

El Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research se encuentra localizado en el New York State Psychiatric Institute. Se fundó en 1945 y su primer director fue Sándor Radó. Los objetivos del centro son formar psicoanalistas, fomentar la investigación en psicoanálisis y proporcionar tratamiento psicoanalítico de alta calidad y bajo coste.

El proyecto de investigación de este centro se puso en marcha en 1959 y se basó en dos muestras de pacientes: la primera, formada por los pacientes tratados entre 1945 y 1962, y la segunda, por los tratados entre 1962 y 1971. En ambas muestras se excluyeron los casos tratados con menos de seis sesiones, así como un pequeño número de niños y de historias clínicas confidenciales.

La primera muestra

Para realizar este estudio retrospectivo, cuyos autores insisten en que sólo era una revisión estadística, se remitió a 154 graduados de la Columbia University's Psychoanalytic Clinic un cuestionario destinado a registrar los resultados de la terapia psicoanalítica de los pacientes tratados antes de julio de 1962.¹ Su objetivo era medir el cambio clínico experimentado por los pacientes, explicar los métodos de selección de los mismos, especificar las áreas conflictivas del psicoanálisis y la psicoterapia, y estudiar la eficiencia de ambos enfoques terapéuticos.

Entre 1945 y 1962 se habían recibido unas 9.000 solicitudes de pacientes que deseaban formalizar análisis de bajo coste; de estas solicitudes, sólo pudieron atenderse el 10%, de forma que la primera muestra quedó constituida por 1.348 pacientes, de los cuales 588 fueron tratados mediante psicoanálisis y 760, con psicoterapia de orientación analítica (434, con psicoterapia reparativa y 326, con terapia psicósomática).

En el informe se indica que el diagnóstico inicial de psiconeurosis (10% de los casos) se cambió frecuentemente al final de tratamiento por el de psicosis (30% de los casos). Los autores opinan que esta modificación se debió a que los analistas en período de formación habían establecido el diagnóstico de psiconeurosis simplemente para disponer de más casos que les permitieran certificar su especialización.

Se registraron los datos demográficos de los pacientes y las áreas de trastorno psicológico más importantes, entre ellas las relaciones familiares, los síntomas neuróticos, las relaciones sociales, las relaciones sexuales, el rendimiento laboral, la sintomatología física, los sentimientos y actitudes, y las relaciones en el mundo del trabajo. También se consideraron los síntomas paranoides o esquizoides, los síntomas neurológicos, los conflictos con la sociedad y los síntomas maníaco-depresivos.

En la tabla 1 se indica la prevalencia de los trastornos psicológicos, así como la diferencia de la prevalencia entre el inicio del psicoanálisis o de la psicoterapia y su terminación, diferencia que fue definida como «cambio neto».

TABLA 1. Cambios en la prevalencia absoluta de las principales áreas de trastorno psicológico
al iniciar el tratamiento *cambio neto al terminar el tratamiento*

	<i>al iniciar el tratamiento</i>	<i>cambio neto al terminar el tratamiento</i>
Relaciones familiares	91,5%	- 7,2%
Síntomas neuróticos	90,9%	- 10,3%
Relaciones sociales	85,2%	- 6,2%
Sexualidad	85,2%	- 4,5%
Rendimiento laboral	68,2%	- 17,3%
Síntomas somáticos	62,3%	- 12,5%
Actitudes y sentimientos	56,9%	- 5,7%
Relaciones en el trabajo	52,9%	- 7,1%
Síntomas paranoides	17,1%	+ 6,3%
Síntomas esquizofrénicos	12,6%	+ 4,2%
Conflictos con la sociedad	3,3%	- 1,6%
Síntomas maníaco-depresivos	1,9%	- 0,2%

En esta muestra, mejoraron todas las áreas conflictivas menos dos: los síntomas paranoides y los esquizoides. Los cambios de mayor importancia se registraron en las áreas de rendimiento laboral y de síntomas neuróticos y somáticos. En las áreas afectivas e interpersonales (como actitudes y sentimientos, sexualidad y relaciones personales), los cambios fueron más reducidos.

Primera muestra: resultados

John Weber, Jack Ellinson y Leonard Moss señalan en la introducción del artículo publicado en *Archives of General Psychiatry* en 1967 que a muchos psicoanalistas les parece que el registro de datos demográficos y clínicos de un gran número de pacientes es innecesario y carente de interés.² En este artículo, Weber et al. proporcionaron los resultados del proyecto Columbia en porcentajes:

TABLA 2. Proyecto Columbia: beneficio terapéutico en la primera muestra de pacientes

<i>beneficio terapéutico</i>	<i>psicoanálisis</i>			<i>psicoterapia</i>	
	pacientes privados (<i>n</i> = 77)	pacientes de clínica (<i>n</i> = 158)	cambio a psicoterapia (<i>n</i> = 28)	psicoterapia reparativa (<i>n</i> = 138)	procesos psicossomáticos (<i>n</i> = 96)
máximo	66%	26%	41%	41%	23%
marcado	21%	17%	23%	23%	17%
mejoría	6%	16%	14%	14%	12%
no mejorados	7%	41%	23%	23%	48%

Según esta tabla, la mejoría en el grupo de psicoanálisis no es fácilmente explicable: en el subgrupo de pacientes privados (*n* = 77), el porcentaje de mejoría terapéutica («máximo beneficio + beneficio marcado + mejoría») alcanza un asombroso 93%, en tanto que en los pacientes de bajo coste (*n* = 158) sólo se obtiene mejoría en el 59% de los mismos. Según la misma tabla, la psicoterapia reparativa (*n* = 138) proporciona un 77% de mejorías y, en el caso de trastornos psicossomáticos (*n* = 96), un discreto 52%.

Segunda valoración de la primera muestra: analizabilidad

En un artículo publicado en 1991, Henry Bachrach et al. informaron que en el estudio del Columbia Psychoanalytic Center se combinaron inicialmente los resultados de los casos que habían completado el tratamiento con los de los que no lo habían completado, y que la valoración estadística fue inadecuada.³ En un esfuerzo para corregir estas deficiencias se procedió a efectuar un nuevo análisis en el que se juzgó la capacidad de los sujetos para someterse a un psicoanálisis («analizabilidad»); uno de los criterios para valorar la analizabilidad fueron las manifestaciones de transferencia durante el tratamiento.⁴

De la muestra antes mencionada, se excluyeron los pacientes que se encontraban todavía en tratamiento y los casos en los que la información resultó incompleta o insatisfactoria. Con ello se dispuso de 295 casos de análisis completado y 286 casos de tratamiento psicoterapéutico completo (172 psicoterapias y 114 casos de psicoterapia psicosomática). De estos casos, 84 (32 análisis y 52 psicoterapias) habían terminado el tratamiento por «motivos externos». Estos 94 casos fueron valorados separadamente;* la valoración se refiere por lo tanto, al grupo de 497 pacientes (263 psicoanálisis y 234 psicoterapias) de la primera muestra.

Los pacientes incluidos en la tercera valoración pertenecían en su mayor parte a la clase media, tenían de 20 a 34 años de edad, y la distribución en cuanto género y situación de pareja resultó bien equilibrada. En conjunto, las características de los pacientes tratados mediante psicoanálisis o psicoterapia fueron semejantes a las de los pacientes incluidos en otros estudios sobre la eficacia del psicoanálisis.

La valoración inicial consideró 38 variables demográficas (familia, ocupación, educación, historia médica y psiquiátrica), 36 variables clínicas (diagnóstico, valoración de relaciones interpersonales, satisfacción laboral, tipo e intensidad de la sintomatología) y 9 escalas sobre fuerza del ego o balance adaptativo. El grado de optimismo sobre la evolución del problema se valoró mediante una escala de cuatro puntos. Todas estas variables se evaluaron de nuevo al finalizar el tratamiento o en el momento en que el analista había completado su período de formación.

Los pacientes habían sido asignados a tratamiento psicoanalítico o a psicoterapia por el jefe de la clínica de acuerdo con el resultado de una entrevista previa efectuada por un analista experimentado. Los tratamientos estuvieron a cargo de psicoanalistas en período de formación (abreviadamente, candidatos) bajo la supervisión de analistas titulados; todos ellos disponían de formación psiquiátrica y en su mayoría fueron hombres. Según los autores, en el grupo tratado mediante psicoanálisis participaron 159 candidatos, de los cuales 98 trataron un caso psicoanalítico, 54 trataron 2 casos y los restantes (lógicamente, 7 analistas) trataron entre 3 y 5 casos.

En la segunda valoración, el beneficio terapéutico se expresó mediante tres criterios diferentes:

- a) las circunstancias de terminación del análisis;
- b) el juicio clínico del analista según una escala de cuatro puntos para el resultado general y para los trastornos primarios y secundarios; y
- c) el «beneficio residual», es decir, la diferencia de puntuación entre las escalas psicométricas (relaciones sociales, gratificación del trabajo, fuerza del ego, etc.) aplicadas antes y después del tratamiento.

La analizabilidad se mostró asociada con el resultado terapéutico de forma limitada. La duración del tratamiento se halló estrechamente relacionada con el resultado terapéutico. En este estudio se comprobó que los casos que mejoraron más fueron los que habían sido seguidos hasta que el analista adquirió la categoría de «graduado», pero no se sabe si la mejoría clínica fue debida (a) a un incremento de la habilidad terapéutica del analista, (b) a que el paciente recibió un tratamiento más prolongado, o (c) a una remisión espontánea del proceso.

Comentario

Un simple cálculo demuestra que 152 candidatos trataron a 206 pacientes [(98 x 1) + (54 x 2) = 206]. Dado que la muestra tratada con psicoanálisis estaba formada por 263 pacientes, es evidente que 57 pacientes (263 ó 206 = 57) tendrían que haber sido tratados por 7 analistas, lo cual no es posible si estos 7 analistas trataron entre 3 y 5 pacientes, lo que da una cifra de 35 pacientes como máximo. La conclusión aritmética es que por lo menos 22 pacientes no fueron tratados por ningún analista.

* 94 casos en el original; probablemente, un error tipográfico, pues según el párrafo precedente se trata de 84 casos.

En el caso de la psicoterapia se de una circunstancia parecida: 140 analistas trataron a 175 pacientes [(105 x 1) + (35 x 2) = 175]. Los restantes analistas trataron entre 3 y 5 pacientes. Dado que el grupo de psicoterapia estuvo constituido por 234 pacientes, quedan 59 pacientes tratados por los «restantes» analistas. Si cada uno de ellos hubiera tratado a 3 pacientes, se habrían precisado 20 analistas para los 59 pacientes, pero si hubieran tratado a 5 pacientes, habría sido suficiente con 12 analistas. En resumen: los 59 pacientes en cuestión fueron tratados por entre 12 y 20 analistas. En el manuscrito de Weber no se menciona la cifra total de analistas que se hicieron cargo de las psicoterapias.

En la revisión de Galatzer-Levy se reproducen las cifras de Weber;³ el error de Weber es grave, pero es grave también que en una revisión destinada a valorar la eficacia del psicoanálisis este error no se comente ni se corrija, cuando además, uno de los autores de la revisión fue coautor 15 años antes del estudio del Columbia Psychoanalytic Center.⁵

Estos errores son importantes: de acuerdo con el cuestionario CONSORT, una exigencia básica para aceptar la publicación de un ensayo clínico es disponer de un adecuado diagrama de flujo de los pacientes incluidos en el estudio.^{6,7} Cuando se trata de demostrar la eficacia de una medida terapéutica, no deben existir diferencias en cuanto a las normas que rigen la forma de valorarla.

Los casos excluidos

Como se ha indicado, 84 pacientes fueron excluidos de la primera muestra por lo que los autores denominaron «razones externas»: cambio de domicilio, cambio de ocupación, servicio militar, embarazo. De estos pacientes, 32 fueron tratados mediante psicoanálisis, 34 mediante psicoterapia psicoanalítica y 18 afectos de trastornos psicosomáticos mediante psicoterapia. En este grupo de pacientes, se consideró que sólo el 59% habían mejorado, en tanto que el 41% habían permanecido inmodificados o habían empeorado.

Según Galatzer-Levy et al., el mérito de este estudio es el elevado número de pacientes que fueron incluidos en el mismo. No obstante, afirman que la utilización de metodología estadística multivariante habría oscurecido las diferencias individuales (*tends to obscure individual differences*), especialmente en lo referido a la relación entre analista y paciente.

La segunda muestra

La segunda muestra estuvo constituida por 237 pacientes tratados entre 1962 y 1971, de ellos 112 mediante psicoanálisis y 125 mediante psicoterapia.⁸ Todos los pacientes habían participado en más de seis sesiones.

Los datos correspondientes a estos pacientes se obtuvieron mediante cuestionarios remitidos a los psicoanalistas al principio y al final del tratamiento. Estos cuestionarios constaban de 54 ítems acerca de la historia clínica y el diagnóstico del paciente. A su vez, cada paciente contestó un cuestionario de 59 ítems (datos demográficos, tipo de molestias, dificultades, etc.) y los candidatos y sus supervisores, un cuestionario de 62 ítems sobre la valoración clínica inicial del paciente.

Al finalizar el tratamiento se repitieron los mismos cuestionarios, en los que se especificaron las circunstancias de la terminación del mismo. Se valoraron únicamente los casos de los que se disponía de información completa y clara sobre las circunstancias de terminación del tratamiento, con lo que quedaron 77 casos, de ellos 36 tratados mediante psicoanálisis y 41 tratados mediante psicoterapia. Las características sociales, educación y ocupación fueron semejantes a las de los pacientes de la primera muestra.

En conjunto, obtuvieron beneficio el 96% de los pacientes del grupo de psicoanálisis y el 79% del grupo de psicoterapia (tabla 3). Los pacientes privados consiguieron mejores resultados que los tratados en la clínica de bajo coste (100% frente a 88%). El tratamiento de los problemas psicosomáticos proporcionó mejores resultados que la psicoterapia de orientación psicoanalítica. Por lo tanto, los resultados obtenidos en este grupo de pacientes son muy semejantes a los obtenidos en la primera muestra de pacientes.

TABLA 3. Segunda muestra: beneficio terapéutico al terminar el tratamiento

	<i>psicoanálisis</i>			<i>psicoterapia</i>		
	privado (n = 16)	clínica (n = 20)	total (n = 36)	reparativa (n = 29)	psicosomática (n = 12)	total (n = 41)
muy mejorados	60%	38%	52%	33%	22%	29%
mejorados	40%	50%	44%	33%	78%	50%
inmodificados	0%	0%	0%	33%	0%	21%
empeorados	0%	13%	4%	0%	0%	0%

El informe final

En el cuarto artículo sobre los estudios del Psychoanalytic Center de la Universidad de Columbia se revisan la metodología y los resultados del proyecto y se presentan nuevos datos que demuestran que existe una relación muy estrecha entre el desarrollo del proceso analítico y el nivel de beneficio terapéutico alcanzado.⁹ También se comprobó que la magnitud de la mejoría clínica juzgada por el analista en el curso del tratamiento no está relacionada con la mejoría registrada en el momento de terminar el tratamiento, lo que sugiere que es necesario esperar a la terminación del mismo para efectuar una valoración adecuada del beneficio obtenido.

Comentarios

1. *Un sencillo cálculo permite comprobar que en el Columbia Psychoanalytic Center se trataron, entre 1945 y 1962, 79 pacientes por año y entre 1962 y 1971, sólo unos 26 pacientes por año. La diferencia es sustancial y merecería una explicación por parte de los autores del artículo.*
2. *Entre 1945 y 1971 se recibieron en el Columbia Psychoanalytic Center unas 9.000 solicitudes de psicoanálisis de bajo coste, de las que sólo fue posible atender un 10%. Se dispuso, por lo tanto, de más de 8.000 pacientes que, al menos en parte, habrían podido servir como controles.*
3. *En la primera muestra de este estudio se incluyó el 15% de los 9.000 pacientes que habían solicitado tratamiento psicoterapéutico, y de la cifra resultante (1.348 pacientes), el 63% quedaron excluidos por diferentes motivos, de forma que la muestra final fue de 497 pacientes. En el grupo tratado mediante psicoterapia las exclusiones alcanzan un 67%. Si se aplicara el principio de intención de tratamiento, este flujo de pacientes constituiría un problema importante al intentar evaluar la eficacia de cualquier método terapéutico.*
4. *La analizabilidad parece un importante criterio de inclusión; valorarla después de terminar el estudio, sin considerar que los resultados terapéuticos conseguidos pueden condicionar el valor que se le conceda, implica la posibilidad de un sesgo metodológico importante.*
5. *La utilización de criterios múltiples para evaluar el beneficio de una medida terapéutica comporta el riesgo de que el investigador elija el criterio que resulte más favorable a sus propios intereses.*
6. *El error aritmético de Galatzer-Levy et al. implicaría el rechazo de este informe por parte de cualquier agencia de regulación de medicamentos. El cuestionario TREND para estudios no aleatorizados incorpora el mismo nivel de exigencia.¹⁰*
7. *En la última evaluación de los resultados de este proyecto se alcanzó un porcentaje de éxitos del 96%. Con una selección de pacientes todavía más arbitraria no sería imposible alcanzar un 100% de éxitos.*
8. *Es arriesgado expresar los resultados en porcentajes cuando el total de la muestra no llega al centenar de pacientes y los subgrupos estudiados oscilan entre 12 y 20 pacientes.*

Valoración metodológica

Los dos estudios de la Columbia Psychoanalytische Center tienen características similares: se trata de estudios retrospectivos en los que los datos clínicos se obtuvieron mediante formularios remitidos a psicoanalistas graduados en el mencionado instituto; estrictamente se podrían calificar como «encuestas». Las indicaciones que motivaron el tratamiento no se encuentran claramente especificadas, lo que impide comprobar que los pacientes tratados con psicoanálisis o con psicoterapia fueran comparables. No es posible asegurar que los tratamientos adicionales fueran semejantes en ambos grupos de pacientes. Las variables utilizadas para valorar los resultados (beneficio terapéutico) se basan en la opinión del terapeuta; los cambios en la prevalencia de los trastornos psicológicos se calcularon sin diferenciar los tipos de tratamiento estudiados. La duración de los tratamientos estudiados (psicoanálisis o psicoterapia) no se encuentra especificada. No se calculó el tamaño de la muestra, no se dispuso de un grupo de control, los resultados no se valoraron estadísticamente.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Weber JJ, Solomon M, Bachrach HM. Characteristics of psychoanalytic clinic patients: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (I). *Int Rev Psycho-Anal* 1985;12:13-26
2. Weber JJ, Elinson J, Moss LM. Psychoanalysis in change. A study of psychoanalytic clinic records utilizing electronic data-processing techniques. *Arch Gen Psychiat* 1967;17:687-709
3. Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39:871-916
4. Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). *Int Rev Psycho-Anal* 1985;12:127-41
5. Galatzer-Levy R, Bachrach H, Skolnikoff A, Waldron Jr. S. *Does psychoanalysis work?* New Haven: Yale University Press, 2000
6. The Standards of Reporting Trials Group. A proposal for structured reporting of randomized controlled trials. *JAMA* 1994;272:1296-31
7. Cobos-Carbó A. Ensayos clínicos aleatorizados (CONSORT). *Med Clin (Barc)* 2005;125 (número extraordinario): 21-7
8. Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). *Int Rev Psycho-Anal* 1985;12:251-62
9. Bachrach HM, Weber JJ, Solomon M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). *Int Rev Psycho-Anal* 1985;12:379-89
10. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N, and the TREND group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions. The TREND statement. *Am J Public Health* 2004;94:361-6

3.4.9

El Estudio de Psicoterapias de Berlín (Rudolf, 1994)

Rudolf G, Manz R, Öri C. Ergebnisse der psychoanalytischen Therapien. *Zsch Psychosom Med* 1994;40:25-40

Este estudio, dirigido por Gerd Rudolf, fue financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de Alemania.¹ Se diseñó a principios de la década de 1980 y se desarrolló hacia el final de la misma década. Inicialmente se registraron 739 pacientes tratados de acuerdo con las condiciones habituales en una gran ciudad: consistió, por lo tanto, en un estudio observacional multicéntrico y retrospectivo, en el que no se introdujeron modificaciones que pudieran afectar a la práctica clínica habitual. Los resultados se valoraron con la información proporcionada por 47 terapeutas que habían tratado mediante psicoanálisis a 44 pacientes y mediante psicoterapia psicodinámica a 56 pacientes ambulatorios, así como por otros 30 terapeutas que habían tratado con psicoterapia psicodinámica a 164 pacientes hospitalizados. En total, participaron 77 terapeutas y 264 pacientes.

Todos los terapeutas disponían de acreditación de la Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT). Aproximadamente la mitad de los pacientes completaron el tratamiento. En la siguiente tabla se especifican el número de sesiones o la duración de cada alternativa terapéutica.

	<i>n</i>	<i>sesiones: media (rango)</i>	<i>abandonos</i>
psicoanálisis	44	265 (160-470)	8%
psicoterapia ambulatoria	56	60 (15-200)	35%
psicoterapia (hospitalización)	164	2,6 (1-12)	12%

El 54% de los pacientes fueron diagnosticados de psiconeurosis, el 20% padecían trastornos de la personalidad, el 13% trastornos psicósomáticos, el 8% trastornos somatopsíquicos y el 5% debilidad yoica. La tasa de abandonos fue del 8% en el caso del psicoanálisis y del 47% en las psicoterapias. Los pacientes hospitalizados se distinguieron de los ambulatorios por las características detalladas en la tabla 1.

TABLA 1. Características de los pacientes hospitalizados en comparación con los ambulatorios

demográficas:	diagnósticos:
○ mayor edad	○ desintegración social más frecuente
○ nivel de escolarización menor	○ síntomas somáticos más frecuentes
○ menor cualificación profesional	○ intentos de suicidio más frecuentes
historia clínica:	motivación:
○ más tratamientos psiquiátricos	○ actitud pasiva más frecuente
○ uso de psicofármacos más frecuente	○ subordinación social más frecuente
○ mayor número de visitas médicas y de hospitalizaciones	○ colaboración terapéutica desfavorable
	○ pronóstico desfavorable

Los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica mostraron actitudes autonómicas y narcisistas y actitudes defensivas compensatorias más marcadas que los pacientes del grupo tratado mediante psicoanálisis, que a su vez se caracterizaron por actitudes temerosas y regresivas y por un marcado comportamiento de búsqueda de ayuda. Los autores consideraron que dado que los pacientes presentaron síntomas, diagnósticos, motivos para ser tratados y

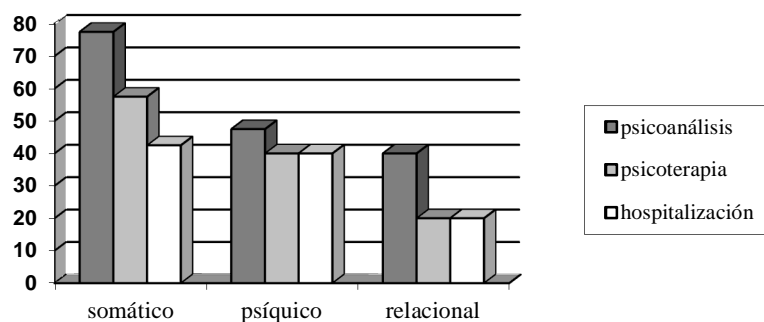
caracteres demográficos muy diversos, la distribución aleatoria constituía un procedimiento experimental inadecuado.

El cambio global fue valorado por los propios analistas, quienes definieron la «mejoría» como reducción de la sintomatología sin cambios estructurales y la «mejoría marcada» como ausencia de síntomas y desarrollo estructural positivo.

tratamiento (pacientes)	n	mejorados	muy mejorados	total
psicoanálisis (ambulatorios)	44	6 (14%)	36 (82%)	42 (95%)
psicoterapia (ambulatorios)	56	17 (30%)	34 (61%)	51 (91%)
psicoterapia (hospitalizados)	164	45 (27%)	50 (30%)	95 (58%)

Según los terapeutas, los pacientes tratados mediante psicoanálisis mejoraron de forma más evidente que los tratados con psicoterapia. Tres años y medio después de la entrevista inicial, el 96% de los pacientes ambulatorios y el 65% de los pacientes hospitalizados juzgaron muy positivo el resultado del tratamiento.

La valoración de los resultados según los propios pacientes se efectuó mediante la escala Psychischer und Sozial-Kommunikativer Befund (PSKB, Resultado psíquico y de comunicación social) desarrollada por el propio Gerd Rudolf,² con la que se compararon los valores iniciales y los valores determinados al final del tratamiento. Se consideró que se había conseguido un resultado terapéutico satisfactorio cuando el 50% de los síntomas calificados inicialmente como graves o moderados se calificaron al terminar el tratamiento como ligeros o ausentes. En la escala PSKB se distinguen tres componentes: somáticos, psíquicos y relacionales. La siguiente gráfica reproduce estos resultados.



Por lo tanto, la opinión de los pacientes también favorece al psicoanálisis.

Discusión

En la discusión de su artículo, los autores efectúan la siguiente afirmación:

...el paciente ha decidido revisar y cambiar algo de importancia capital en su vida, y ha decidido hacerlo en el contexto de este método [el psicoanálisis] y con la ayuda de un determinado o una determinada terapeuta [...] Una asignación al azar de una terapia diferente y de un terapeuta diferente resulta imposible en las condiciones de la atención sanitaria real; obliga a no tomar en consideración la decisión del paciente y a hacerle renunciar a su elección.

Y continúan con este mismo razonamiento:

...debido a la motivación reflexiva [gewachsene Motivation] del paciente a favor de un determinado procedimiento y de una determinada personalidad del terapeuta, asignar al azar un paciente a un procedimiento terapéutico diferente no es realizable; en la situación clínica que exige la atención al paciente, este tipo de «experimento» no es posible ni deseable.

Nota biográfica. Gerd Rudolf se ha dedicado al estudio de la teoría de las personalidades y al tratamiento de trastornos estructurales. Entre sus publicaciones cabe citar el *Lehrbuch der*

Psychotherapeutischen Medizin (Tratado de Medicina psicoterapéutica), que alcanzó el año 2000 su cuarta edición. Es director de la Psychosomatischen Klinik de la Universidad de Heidelberg.

Comentario

Los autores afirman que los pacientes presentaron síntomas, diagnósticos, motivos para ser tratados y caracteres demográficos muy diversos. Esta situación explica, según ellos, que no fuera posible adoptar un diseño experimental aleatorio.

Recurriendo a un ejemplo de la oncología: es evidente que no es posible asignar aleatoriamente a radioterapia o a nitrosourea a un grupo de pacientes afectos de melanoma in situ (estadio IA del American Joint Committee on Cancer) o de melanoma en estadio IV (invasión linfático regional avanzada). Las alternativas terapéuticas para estos pacientes son muy diferentes, desde exéresis quirúrgica con márgenes suficientes, hasta cisplatino, carboplatino a algún otro agente quimioterápico. En este punto, parece imprescindible recordar a Austin Bradford Hill: la distribución aleatoria exige que los pacientes, antes de ser incluidos en un estudio, sean considerados como adecuados para ser tratados con cualquiera de las alternativas terapéuticas propuestas.³ Los individuos no tienen que ser equivalentes; lo que se estudia es la reacción de un grupo.

Respecto a las afirmaciones que efectúan los autores sobre la ética del «experimento terapéutico» y sobre la libertad del paciente de escoger un procedimiento curativo u otro, o un terapeuta u otro terapeuta, es preciso respetar todas las opiniones. Pero resulta asombroso que en Alemania los pacientes afectos de trastornos neuróticos tengan la capacidad de decidir cuál es el procedimiento terapéutico más adecuado para resolver sus problemas.

Valoración metodológica

Los objetivos del estudio y las características de la muestra estudiada están claramente especificados; las características basales de los pacientes fueron comparables; el seguimiento fue correcto y las escalas psicológicas, adecuadas para este tipo de estudios.

Evaluación global: Estudio con un bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Rudolf G, Manz R, Öri C. Ergebnisse der psychoanalytischen Therapien. *Zsch Psychosom Med* 1994;40:25-40
2. Rudolf G. PSKB. Se öein psychoanalytisch fundiertes Instrument zur Patienten Selbsteinschätzung. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1991;37:350-60
3. Hill AB, Hill ID. *Principles of medical statistics*. Londres: Arnold, 1991

3.4.10

El psicoanálisis en la niñez, ¿mejora la vida adulta? (Target, 1998)

Target M, Fonagy P. The long-term follow-up of child psychoanalysis. *Vulnerable Child Symposium*. Toronto, mayo de 1998

Se han publicado numerosos estudios acerca de la relación entre experiencias adversas en la infancia y procesos psicopatológicos en la edad adulta.¹ La interpretación de los resultados de estos estudios exige que se consideren numerosos factores conceptuales y metodológicos: no puede descartarse la posibilidad de efectos derivados de terceras variables, no se conoce qué tipo de experiencias (experiencias negativas o ausencia de experiencias positivas) constituyen factores de riesgo, ni se conocen los mecanismos que determinan la persistencia de dichos factores. Estas reflexiones condujeron a que en el Anna Freud Centre se planteara la pregunta inversa: si el tratamiento psicoanalítico en la infancia podía mejorar el funcionamiento psicológico en la vida adulta.² Para contestarla se estudiaron 64 individuos de entre 24 y 35 años de edad, de los cuales:

- 46 habían recibido en su infancia tratamiento psicoanalítico intensivo;
- 12 eran hermanos de los anteriores, y
- 6 constituían un grupo de control de características semejantes a las de los pacientes del primer grupo y que no habían recibido tratamiento psicoanalítico.

El estudio tropezó con la importante dificultad de encontrar un número suficiente de pacientes que pudieran constituir el grupo de control. Aparte de ello, en el estudio se excluyeron a los pacientes cuyos diagnósticos eran demasiado graves como para poder ser cuantificados mediante las escalas utilizadas habitualmente. Como instrumentos de evaluación se utilizaron:

- entrevistas en profundidad que debían proporcionar (a) medidas objetivas de los acontecimientos vitales, (b) datos sobre el funcionamiento de la personalidad actual y (c) los diagnósticos de eventuales procesos psiquiátricos;
- cuestionarios autoadministrados referentes a la sintomatología (Symptom Checklist-90), a la salud física (SF36 Health Survey) y a la personalidad (EPQ, Eysenck Personality Questionnaire);
- medidas psicodinámicas de apego (entendido como la capacidad de formar y mantener relaciones emocionales) y de capacidad de mentalización.

En las siguientes figuras se encuentran los resultados más significativos.

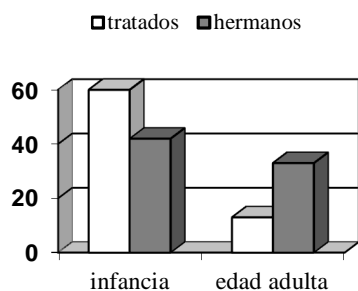


Fig. 1. Adversidades graves

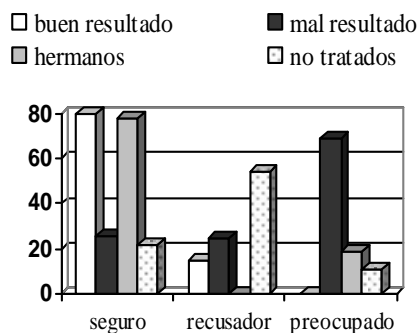


Fig. 2. Clasificación del apego

En la figura 1 se observa que los sujetos tratados sufrieron en la infancia más adversidades que sus hermanos, en tanto que en la edad adulta estos últimos (que no habían sido tratados) experimentaron más adversidades que los hermanos tratados. Este resultado apoya la hipótesis de que el tratamiento psicoanalítico en la infancia mejora el funcionamiento del individuo en la edad adulta.

En cuanto al apego (figura 2), parece que los niños en los que el resultado del tratamiento fue satisfactorio, al alcanzar la edad adulta se manejaron tan bien como sus hermanos, mientras que los que no obtuvieron buenos resultados parece que se encontraban predominantemente preocupados por sus vínculos; los no tratados resultan predominantemente recusadores.

Respecto a la capacidad de mentalización (capacidad reflectiva), el grupo con tratamiento satisfactorio se manejó de forma relativamente mejor que los miembros de los restantes grupos, en tanto que aquellos en los que los resultados terapéuticos fueron deficientes parece que siguieron siendo incapaces de representar los estados mentales de forma exacta (figura 3).

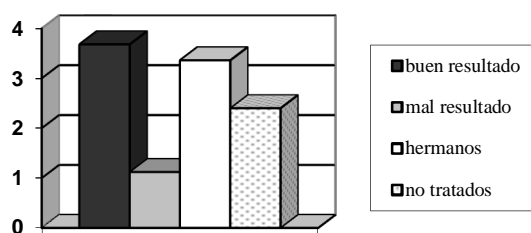


Fig. 3. Valores medios de la función reflectiva

En resumen, el tratamiento psicoanalítico, si finaliza con buenos resultados, funciona al parecer como un factor protector, aunque, según los autores, de forma menos impactante de lo que podría esperarse. Este estudio aportó, además, otras observaciones interesantes:

- las experiencias infantiles, que fueron valoradas como cariñosas, involucradoras, de rechazo o de coacción, son fiables respecto a su relación con los hechos reales;
- parece que el funcionamiento relativamente adecuado en la edad adulta está asociado a la capacidad de olvidar;
- los adultos recordaron traumas sufridos en la infancia que en muchas ocasiones los terapeutas habían interpretado como fantasías infantiles;
- en los niños *borderline*, las intervenciones terapéuticas más eficaces parecen ser las que se enfocan en su vida emocional, sus pensamientos y sus fantasías.

Se trata, en definitiva, de un estudio realmente original, pero los propios autores indicaron que el reducido tamaño de las muestras hace que los resultados obtenidos sólo puedan considerarse como preliminares, es decir, son más sugestivos que concluyentes.

Valoración metodológica

Este estudio no es adecuado para definir la eficacia terapéutica del psicoanálisis.

Referencias

1. Rutter M, Maughan B. Psychosocial adversities in childhood and adult psychopathology. *J Personal Disord* 1997;11:4-18
2. Target M, Fonagy P. The long-term follow-up of child psychoanalysis. *Vulnerable Child Symposium*. Toronto, mayo de 1998

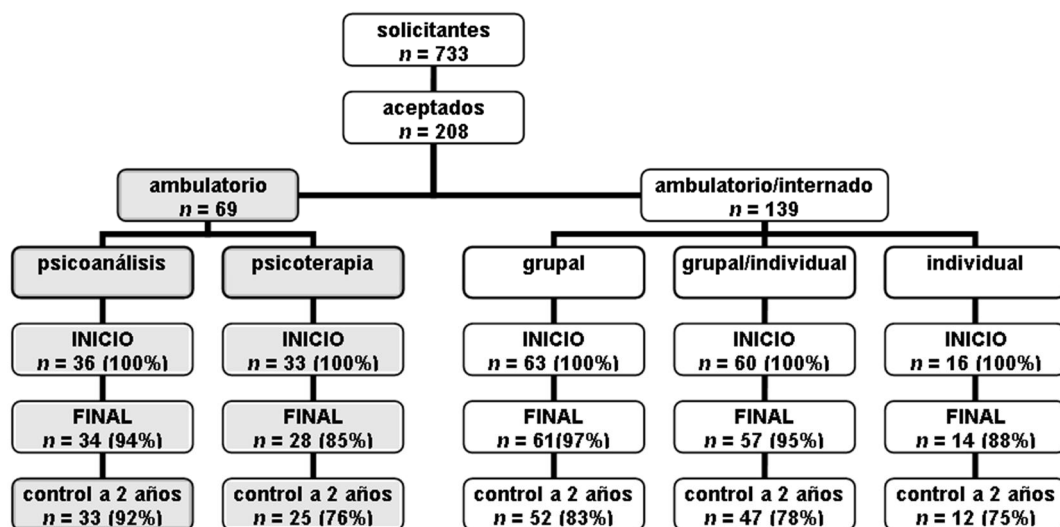
3.4.11

Resultados del Heidelberger Catamnesis Projekt (von Rad, 1998)

Rad M von, Senf W, Bräutigam W. Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Catamnesis Projektes. *Psychotherap Psychosom med Psychol* 1998;48:88-100

El Heidelberger Catamnesis Projekt se desarrolló en la Psychosomatischen Klinik, una clínica integrada actualmente en el Zentrum für Psychosoziale Medizin de la Universidad de Heidelberg. El proyecto se inició en 1976, el registro de datos comenzó en 1978 y en 1992 se completó el último informe clínico final (catamnesis).¹

Se trata de un estudio de seguimiento de psicoterapias prolongadas, en el que se integraron todos los tipos de tratamiento utilizados en dicha clínica (terapias individuales o de grupo en pacientes ambulatorios o ingresados, psicoterapias psicodinámicas y psicoanálisis) y en el que se incluyeron 208 pacientes, de los cuales 36 fueron tratados de forma ambulatoria mediante psicoanálisis y 33, mediante psicoterapia psicodinámica.



En este resumen se consideran únicamente los pacientes ambulatorios tratados mediante psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica (recuadros de fondo gris). Las indicaciones para ambos procedimientos terapéuticos resultaron cuantitativamente muy semejantes:

	número de pacientes con trastornos		
	psíquicos	funcionales	psicosomáticos
psicoanálisis	20	11	5
psicoterapia	20	7	6

Los tratamientos estuvieron a cargo de 23 médicos y 13 psicólogos, todos ellos con formación psicoanalítica completa. La psicoterapia se aplicó de acuerdo con las orientaciones de la

psicología profunda, y la frecuencia y duración de las entrevistas fueron variables; los tratamientos oscilaron entre tres meses y siete años. El psicoanálisis, en general, tuvo lugar tres horas a la semana y su duración osciló entre uno y siete años y medio.

En todos los pacientes se aplicó una escala de obtención de objetivos antes de iniciar el tratamiento, al terminarlo y, por término medio, 3½ años después. Esta escala es una modificación de la Goal Attainment Scaling,² y es aplicada por el terapeuta considerando la forma de expresarse y las circunstancias ambientales del propio paciente. De acuerdo con las diferencias observadas respecto a la escala anterior, los resultados se expresaron según tres categorías: «buen resultado», «resultado moderado» o «resultado desfavorable». En la tabla 1, se proporciona un ejemplo de la escala de objetivos.

TABLA 1. Escala de obtención de objetivos

Fecha de la revisión:			
Nivel del resultado esperado	Objetivo 1: decisiones	Objetivo 2: autoestima	Objetivo 3: aislamiento
Mucho más de lo esperado (+2)	Hace planes, sigue su desarrollo, los modifica y alcanza el objetivo	Expresa sentimientos realistas positivos respecto a sí mismo	Participa en actividades sociales o grupales
Más de lo esperado (+1)	Hace planes, los sigue sin ayuda excepto si precisan cambios	Más sentimientos positivos que negativos sobre de sí mismo	Participa en actividades, en ocasiones inicia el contacto con otros
Resultado probable (0)	Hace planes y los sigue sin ayudas ni recordatorios	Tanto sentimientos positivos como negativos acerca de sí mismo	Acude al centro de su comunidad; participa si le es solicitado
Menos de lo esperado (-1)	Hace planes, pero no realiza acción alguna para desarrollarlos	Más sentimientos negativos que positivos	Sale en ocasiones, no desarrolla contactos
Mucho menos de lo esperado (-2)	Puede considerar alternativas, pero no se decide por un plan	Sólo expresa sentimientos negativos sobre sí mismo	No sale de su casa, excepto para compromisos

En la tabla 2 se encuentran los resultados de los cambios registrados en los pacientes tratados con ambos procedimientos terapéuticos.

TABLA 2. Resultados del psicoanálisis y de la psicoterapia dinámica

	<i>inicio ó terminación</i>		<i>terminación - seguimiento</i>	
	<i>análisis</i> <i>n = 23</i>	<i>terapia</i> <i>n = 20</i>	<i>análisis</i> <i>n = 27</i>	<i>terapia</i> <i>n = 18</i>
resultado favorable	13 (57%)	6 (30%)	8 (30%)	10 (56%)
resultado moderado	7 (30%)	13 (65%)	13 (48%)	6 (33%)
resultado desfavorable	3 (13%)	1 (5%)	6 (22%)	2 (11%)

Los autores concluyen que la comparación entre el principio y el final del tratamiento mostró un alto nivel de éxito en la mitad de los pacientes del grupo de psicoanálisis y sólo en un tercio de los del grupo de psicoterapia. A largo plazo (en promedio, 3½ años) esta diferencia se redujo, aunque ello pudo ser debido, según los autores, a la inclusión de nuevos sujetos en los que se habían registrado resultados más moderados.

En cuanto a los objetivos individuales del tratamiento, los resultados fueron más favorables para el psicoanálisis: casi el 75% de estos pacientes alcanzó sus objetivos, en tanto que esta cifra fue sólo del 50% en el grupo tratado con psicoterapia. Los autores consideran que la escala de obtención de objetivos individualizados es una herramienta poderosa para la medición del impacto terapéutico del psicoanálisis.

Los autores de este informe son Michael von Rad, director del Departamento de Medicina Psicosomática del Hospital Municipal de Munich-Harlaching, Wolfgang Senf, profesor de Medicina Psicosomática y Psicoterapia en la Universidad de Tübingen, y Walter Bräutigam, profesor de la misma especialidad en la Universidad de Heidelberg.

El segundo estudio

En el año 2000 se publicó un segundo estudio del Heidelberger Catamnesis Projekt:³ aproximadamente a los dos años de terminar su tratamiento fue posible contactar con 63 de los 69 pacientes que habían participado en el primer estudio y, de ellos, 53 (33 psicoanálisis y 20 psicoterapias psicoanalíticas) aceptaron (a) participar en una entrevista en la que se exploró el estado de su sintomatología inicial y (b) completar un formulario semejante al de obtención de objetivos. Asimismo, se efectuó un análisis del contenido textual y, con los datos obtenidos, se valoró el resultado terapéutico mediante una escala de cinco puntos.

El análisis del contenido textual es una interesante y original aproximación a la valoración del resultado terapéutico. La entrevista con el paciente se registró mediante cinta magnética (1½ horas por término medio) y se copió por escrito. En ésta se consideró el desarrollo del tratamiento y la valoración del mismo por parte del paciente, al que además se le preguntó por los cambios observados y por las consecuencias de estos cambios. Las copias de las 53 entrevistas (1.243 páginas) fueron analizadas por dos expertos, los cuales consideraron las modificaciones observadas «durante el tratamiento», «tras el tratamiento» y «mediante el tratamiento». Este análisis proporcionó un «protocolo selectivo» que en cierta forma constituyó un resumen de la entrevista inicial y que sólo abarcaba 461 páginas. Mediante este análisis se definieron también 16 categorías (desde «1. Imagen propia», «2. Terapia/terapeuta» y «3. Compañero/a» hasta «15. Amigos» y «16. Parientes») que se cuantificaron según el número de veces que se mencionaban en las «unidades de texto» referidas por el paciente. Las «unidades de texto» estaban constituidas por las frases o por las partes de una frase registradas en el «protocolo selectivo».

En el análisis del contenido textual se comprobó que los pacientes se refirieron, en la mayor parte de ocasiones (33%), a los cambios experimentados en su propia imagen. Los diferentes aspectos de la terapia fueron considerados en un 14% de las unidades de texto, y las relaciones de pareja, en aproximadamente el 10% de las mismas. Curiosamente, la vida sexual mereció sólo un 3% de menciones. En este análisis no se observó diferencia alguna entre las dos modalidades de tratamiento estudiadas.

Mediante dichos datos y la valoración de la Escala de Obtención de Objetivos, se estableció el resultado terapéutico con una gradación de 5 puntos, que iba desde «empeorado» hasta «muy bueno» (tabla 3). Según esta valoración, 29 de los 53 pacientes (54,7%) habían alcanzado un resultado «bueno» o «muy bueno»; de estos pacientes, 18 pertenecían al grupo de psicoanálisis ($n = 33$) y 11 al de psicoterapia ($n = 20$).

Si se acepta que los resultados «muy bueno», «bueno» y «moderado» implican un determinado beneficio terapéutico, se puede concluir que este objetivo se alcanzó en el 88% de los pacientes tratados mediante psicoanálisis y en el 80% de los tratados con psicoterapia psicodinámica.

TABLA 3. Resultados a los dos años de terminación del tratamiento

<i>resultado</i>	<i>psicoanálisis</i>		<i>psicoterapia psicoanalítica</i>	
muy bueno	4	12,1%	2	10,0%
bueno	14	42,4%	9	45,0%
moderado	11	33,3%	5	25,0%
inmodificado	3	9,1%	4	20,0%
empeorado	1	3,0%	0	0,0%
<i>total</i>	<i>33</i>	<i>100,0%</i>	<i>20</i>	<i>100,0%</i>

Los autores de este estudio son el Prof. Gereon Heuft, director de la Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie de la Westfälische Wilhelms-Universität (Münster); Heidrun Seibüchler-Engeç que se doctoró en 1997 en la Universidad de Duisburg (Essen); la Dra. Martina Taschke, quien ejerce desde el año 2003 la homeopatía en la ciudad de Bochum (Cuenca del Ruhr), y el Prof. Wolfgang Senf, director de la Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie de la Universidad de Duisburg (Essen).

Comentarios

1. Es importante que en el artículo de Heuft et al. se incluya el diagrama de flujo exigido en el cuestionario CONSORT (Consolidation of Standards Of Reporting Trials).³ Respecto a este cuestionario se ha afirmado que «un estudio clínico sólo puede determinar cambios adecuados de la práctica clínica si sus resultados se publican de forma completa, sistemática y con suficiente detalle».⁴
2. Para aceptar que los resultados obtenidos en el primer estudio del Heidelberg Catamnesis Projekt al terminar el tratamiento son estadísticamente significativos, es decir, si es válido aplicarlos a la población de pacientes susceptibles de ser tratados con dichos métodos terapéuticos, es imprescindible someterlos a una prueba de significación estadística. Una prueba de significación estadística trata de demostrar que la hipótesis nula (es decir, que las diferencias existentes entre ambos grupos de pacientes no son atribuibles a los tratamientos administrados) es falsa (es decir, que las mencionadas diferencias son atribuibles a los tratamientos administrados). En la tabla 4 se resumen los resultados favorables o desfavorables registrados mediante psicoanálisis o psicoterapia.

TABLA 4. Tabla de 2 x 2

resultado	análisis	terapia	total
favorable	20	19	39
desfavorable	3	1	4
total	23	20	43

Al aplicar la prueba de χ^2 a estos datos, la fórmula resultante es:

$$\chi^2 = \frac{43 [(20 \times 1) \text{ ó } (19 \times 3) \text{ ó } (43/2)]^2}{(20+19)(3+1)(20+3)(19+1)} = 2,0506$$

En la tabla de distribución de χ^2 , el valor calculado para 2,0506 y un grado de libertad [(número de columnas ó 1) x (número de filas ó 1)] corresponde a una probabilidad (p) superior a 0,10, es decir, no es posible rechazar la hipótesis nula. Para rechazarla, es necesario que el valor de p sea igual o inferior a 0,05. Con ello, la afirmación de que «la comparación entre el principio y el final del tratamiento mostró un alto nivel de éxito en la mitad de los pacientes del grupo de psicoanálisis y sólo en un tercio de los del grupo de psicoterapia» no es significativa, incluso aunque los datos se hubieran obtenido al azar.

3. En el segundo estudio del proyecto de Heidelberg no es ni siquiera necesario aplicar una prueba estadística para constatar que no existe diferencia alguna entre los resultados obtenidos en los grupos de psicoanálisis y de psicoterapia. Lo que resulta más difícil de comprender es que en el resumen del artículo se afirme textualmente que «... se comprobó que en el 55% de la muestra [se refiere al conjunto de pacientes tratados con psicoanálisis o con psicoterapia] se obtuvo un resultado \bar{o} bueno \bar{o} o \bar{o} muy bueno. \bar{o} Aplicando la Escala de Obtención de Objetivos de forma aislada se obtuvieron resultados \bar{o} buenos \bar{o} o \bar{o} muy buenos \bar{o} en el 72% de los psicoanálisis». Es decir, en el primer párrafo no se distingue entre psicoanálisis y psicoterapia, y en el segundo se destaca una de las variables estudiadas para resaltar los buenos resultados del psicoanálisis. De hecho, los resúmenes de los artículos científicos han de contener toda la información básica que se debe proporcionar a los clínicos para seleccionar artículos relevantes y de calidad elevada.⁶
4. Flujo de pacientes: según el diagrama inicial, 55 pacientes llegaron a la entrevista de control efectuada a los dos años de concluido el tratamiento, pero en la tabla 2 (que corresponde a la tabla 6b del original) sólo constan datos de 45 pacientes, lo que podría explicarse por el conocido problema de los datos ausentes que afecta a la mayor parte de los estudios clínicos. Pero queda por explicar por qué en el segundo estudio se dispone en la mencionada entrevista de seguimiento de 53 pacientes y por qué los resultados obtenidos en ambos estudios difieren de forma tan considerable:

	psicoanálisis		psicoterapia	
	1 ^{er} estudio	2 ^o estudio	1 ^{er} estudio	2 ^o estudio
resultado favorable	8	18	10	11
resultado moderado	13	11	6	5
resultado desfavorable	6	4	2	4
	27	33	18	20

5. Como se deduce del diagrama de flujo reproducido al principio de este capítulo, el *Heidelberger Catamnesis Projekt* fue mucho más amplio de lo que se ha resumido aquí, pues se refirió tanto a pacientes ambulatorios como a pacientes internados, y a estos últimos se los trató, además, con psicoterapia individual, grupal o mixta. Asimismo, en el artículo se detallan no sólo los trastornos de estos pacientes, sino también sus síntomas y sus datos demográficos de forma casi exhaustiva. En los pacientes ambulatorios se utilizó la Escala de Obtención de Objetivos como variable principal, pero en el conjunto del estudio los pacientes completaron en diversas ocasiones hasta ocho cuestionarios y tres pruebas psicológicas. Por su parte, los terapeutas contestaron a tres cuestionarios diferentes y proporcionaron seis informes sobre el curso de sus pacientes. Una crítica de toda esta información es ajena al propósito de una revisión centrada en la eficacia terapéutica del psicoanálisis.
6. En la discusión de la primera publicación se indica que:

...un proyecto que se ha desarrollado en el curso de veinte años debe ser analizado de acuerdo con las condiciones en que se desarrolló, antes de poder ser discutido y juzgado según los criterios actuales.

Es cierto que la historia (la historia de veinte años) no produce acontecimientos inútiles, pero ello no exime de analizar todo lo que se refiere al cuidado de la salud mental con toda la rigidez y la objetividad posibles.

Valoración metodológica

Objetivos del estudio claramente especificados. Características basales de los dos grupos de pacientes, comparables. Escala de valoración de resultados adecuada. Duración del tratamiento y del seguimiento semejante en ambos grupos. La valoración estadística de los resultados no muestra diferencias entre los resultados obtenidos mediante psicoanálisis o mediante terapia psicodinámica.

Evaluación global: estudio con un bajo nivel de sesgos. (+)

Referencias

1. Rad M von, Senf W, Bräutigam W. Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Catamnesis Projektes. *Psychotherap Psychosom Med Psychol* 1998;48:88-100
2. Kordy H, Scheibler D. Individuumsorientierte Erfolgsforschung: Erfassung und Bewertung von Therapieeffekten anhand individueller Therapieziele. *Z Klin Psychol Psychother* 1984;32:218-32/309-18
3. Heuft G, Seibüchler-Engeç H, Taschke M, Senf W. Langzeitoutcome ambulanter psychoanalytischer Psychotherapien und Psychoanalysen. *Forum Psychoanal* 1996;12:342-355
4. Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I, Pitkin R, Rennie D, Schulz KF, Simel D, Stroup DF. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *JAMA* 1996;276:637-9
5. Altman DG. Better reporting of randomised controlled trials: the CONSORT statement. *Br Med J* 1996;313:570-1
6. Ad Hoc Working Group for the Critical Appraisal of the Medical Literature. A proposal for more informative abstracts of medical studies. *Ann Intern Med* 1987;106:598-604

3.4.12

El estudio STOPP

(Sandell, 2000)

Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Rand H. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings of the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 2000;81:921-43

En Suecia, el sistema nacional de salud se hace cargo del tratamiento de un proceso patológico sólo si ha sido prescrito y aplicado por un médico, pero dado que la mayor parte de los psicoterapeutas no son médicos, esta situación conlleva largas listas de espera de pacientes que precisan ser tratados por médicos y una infrautilización de las posibilidades terapéuticas por parte de terapeutas que no son médicos. Por otra parte, para obtener la subvención necesaria para realizar un tratamiento, el paciente debe haber contactado con un médico especialista en psicoterapia interesado en tratarle y debe disponer del informe de otro facultativo que justifique la necesidad de dicho tratamiento. El subsidio cubre todos los costes del tratamiento durante un período de tres años.

Con el propósito de comprobar en qué circunstancias se solicitaba psicoanálisis o psicoterapia y cuáles eran los beneficios que podían aportar ambas orientaciones terapéuticas,¹ las autoridades sanitarias de Suecia subvencionaron el estudio Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP).

Sandell considera que las exigencias del ensayo clínico (prospectivo, distribución aleatoria, a doble ciegas, etc.) impiden aplicarlo a la valoración de la terapia psicoanalítica y cita, en este contexto, el problema de la confidencialidad de la información.

En el estudio participaron 209 facultativos. La muestra inicial constó de 756 personas del área de Estocolmo, de las cuales 202 ya habían iniciado psicoterapia o psicoanálisis y 554 se encontraban en 1994 en lista de espera. Muchos pacientes habían comenzado el tratamiento cuando recibieron la subvención para realizarlo, lo que implicó que muchos diagnósticos se tuvieran que efectuar de forma retrospectiva.

En los meses de mayo de 1994, 1995 y 1996 se envió a todos los pacientes el Well-Being Questionnaire (WbQ, Cuestionario de Bienestar). El primer cuestionario lo recibieron en diferentes momentos del proceso terapéutico (antes, al iniciarlo, a mitad del tratamiento, al finalizarlo, después de finalizarlo, al principio del seguimiento y a la mitad o al final del seguimiento), algo que los autores del estudio interpretan como un «factor de randomización». Con ello afirman que el diseño del estudio podría calificarse como «cuasi experimental», en parte longitudinal y en parte transversal.

El Cuestionario de Bienestar consta de 24 páginas y contiene información de carácter demográfico, la Symptom Checklist-90, la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (1987) y la Escala de Ajuste Social de Weissman y Bothwell (1976).

Tras enviar tres recordatorios, el 60% de los pacientes proporcionaron la información solicitada, lo que se tradujo en 331 personas tratadas mediante psicoterapia a largo plazo y 74 personas tratadas mediante psicoanálisis. De la muestra inicial (n = 450) se excluyeron 20 casos debido a que la información facilitada resultó incompleta, 12 casos que nunca iniciaron su tratamiento y 13 pacientes que habían efectuado tratamientos breves o psicoterapia de grupo. Con ello, el número de pacientes incluidos en la muestra valorable resultó ser de 405.

En la primavera de 1996 se remitió a los 316 psicoterapeutas o psicoanalistas que habían tratado por lo menos un paciente (rango entre 1 y 11), así como a una muestra elegida al azar de

325 terapeutas pertenecientes al colectivo sueco de esta especialidad, un cuestionario denominado Therapeutic Identity (ThID, Identidad Terapéutica), en el que se formularon 150 preguntas divididas en diferentes secciones:

- educación básica y formación profesional,
- experiencia profesional,
- psicoanálisis o psicoterapia personal.

Tras cuatro recordatorios se obtuvieron 209 formularios de los participantes en el proyecto (66%) y 227 formularios de la muestra nacional (69%).

Según la publicación del año 2000, los pacientes se valoraron como significativamente sintomáticos («caso clínico» o «caso psiquiátrico») cuando los resultados de tres escalas psicométricas (Symptom Checklist-90, Escala de Sentido de Coherencia y Escala de Adaptación Social) coincidieron con los del 10% de casos de mayor severidad de un grupo de control. Los porcentajes de «casos clínicos» fueron los siguientes:

	<i>n</i>	<i>inicio</i>	<i>3 años</i>
Grupo psicoanalítico	331	88%	30%
Grupo psicoterapéutico	74	67%	45%

Si se efectúa un sencillo cálculo aritmético se deduce que, en el grupo psicoanalítico, 290 pacientes fueron diagnosticados inicialmente como «casos clínicos» y que, a los tres años, 99 de ellos (67,4%) experimentaron un beneficio terapéutico sustancial. En el grupo psicoterapéutico, las cifras correspondientes fueron 50 «casos clínicos» al iniciar el estudio y 33 pacientes (32,6%) que a los 3 años lograron un beneficio terapéutico sustancial.

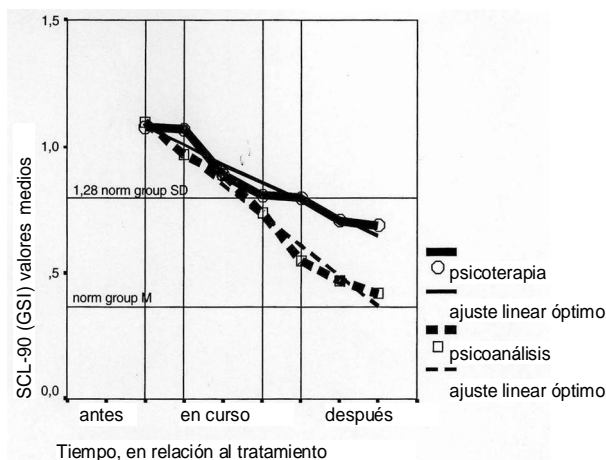


Fig. 1. Curso del índice SCL-90 en los grupos de psicoanálisis y de psicoterapia, en relación con el valor medio (M) del grupo de control («norm group»)*.

En la figura 1 se representa la evolución de la Symptom Checklist-90 (SCL-90). La línea horizontal superior divide el grupo del 10% de pacientes con puntuaciones de mayor severidad; se trata de un valor arbitrario, propuesto por los autores de dicha escala para establecer el diagnóstico de «caso psiquiátrico». Según esta gráfica, la superioridad del psicoanálisis resulta evidente.

El segundo informe

En 2004 se publicó un nuevo informe sobre los resultados de este estudio.² En esta publicación se consideró únicamente la evolución de la SCL-90 a lo largo del proceso terapéutico (figura 2). A partir de estos resultados, los autores consideran:

* Figura reproducida con autorización de *The International Journal of Psychoanalysis*.

- que ambos grupos de pacientes iniciaron el tratamiento con el mismo nivel de trastorno sintomático;
- que la mejoría se produjo en ambos grupos con una secuencia casi idéntica;
- que una vez concluido el tratamiento, los pacientes del grupo de psicoanálisis continuaron mejorando, pero que
- los pacientes del grupo de psicoterapia permanecieron en el mismo nivel que habían alcanzado al terminar el tratamiento.

Las diferencias entre los valores iniciales y los valores finales fueron de 0,59 para psicoterapia y de 1,55 para psicoanálisis. Habitualmente, una diferencia de entre 0,50 y 0,75 se califica como «moderada», en tanto que una diferencia superior a 1,00 es «grande». Por lo tanto, de acuerdo con estos datos, la diferencia entre la eficacia del psicoanálisis y la eficacia de la psicoterapia puede ser calificada como «muy grande».

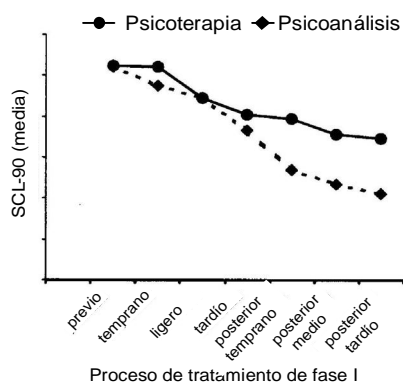


Fig. 2. SCL-90 en los pacientes tratados con psicoterapia o con psicoanálisis. Valores antes de iniciar el tratamiento, al iniciarlo, en la mitad del mismo, al finalizarlo, después de finalizarlo y en las fases media y tardía tras la finalización.*

Los autores del segundo informe comentaron que esta diferencia podía haber estado condicionada por la intensidad del tratamiento en ambos grupos de pacientes. La duración media del tratamiento psicoanalítico fue de 4½ años y la de las psicoterapias, de casi 4 años. Los psicoanálisis exigieron en promedio 642 sesiones, en tanto que las psicoterapias sólo precisaron de 233 sesiones. Sin embargo, los autores indican que, mediante un procedimiento estadístico muy sofisticado denominado «modelo de ecuación estructural», es posible afirmar que los factores temporales por sí solos no pueden explicar las diferencias en los resultados obtenidos con ambos procedimientos terapéuticos.

En este segundo informe, los autores analizaron las escalas TASC (una parte de la escala de Therapeutic Identity) completadas por los facultativos, en las que se consideraba un «factor curativo» (33 ítems), un «estilo terapéutico» (31 ítems) y 16 ítems relacionados con los «supuestos básicos». Este análisis concluía que el 95% de los terapeutas participantes en el estudio tenían una orientación psicoanalítica, lo que tiende a reducir las diferencias entre ambas opciones terapéuticas.

La tercera publicación

Veinte de los pacientes que habían participado en este estudio fueron entrevistados de nuevo transcurridos un año y dos años de la terminación del mismo, comprobándose que la variabilidad en cada grupo terapéutico era considerable y que el desarrollo psicológico podía continuar por distintas vías.⁴ La diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia no estriba, como era de esperar, en la capacidad de autoanálisis, sino, según los analistas, en diversos tipos de estrategias adaptativas; no obstante, se demostró que sólo el autoanálisis se encontraba significativamente relacionado con la mejoría observada tras la finalización de ambos tratamientos.

* Figura reproducida con autorización de *The International Journal of Psychoanalysis*.

Rolf Sandell, primer firmante de este estudio, se licenció en Psicología por la Universidad de Estocolmo en 1966 y en 1977 obtuvo el título de doctor en dicha disciplina. En 1986, el Consejo Nacional de Salud y Bienestar Social le concedió el certificado de psicoterapeuta y, en el mismo año, obtuvo el título de psicoanalista por el Instituto Psicoanalítico de Suecia. Entre 1971 y 1989 fue colaborador del Departamento de Psicología de la Universidad de Estocolmo y, a partir de 1977, profesor de Psicología clínica de la Universidad de Linköping, situada unos 150 kilómetros al sur de Estocolmo; en 2004 fue nombrado profesor emérito de dicha disciplina.

Comentarios

1. *Muchas de las dificultades que, según los autores, impiden valorar la eficacia del psicoanálisis mediante ensayos clínicos pudieron ser soslayadas en este estudio prospectivo, randomizado (según los autores) y de larga duración; únicamente no se cumplió la exigencia de evaluación a doble ciegas, que en realidad no parece el mayor obstáculo metodológico. La confidencialidad de los datos se debe asegurar tanto en un ensayo clínico como en cualquier estudio de carácter empírico.*
2. *Sandell afirma que el hecho de elegir al azar diferentes momentos en el curso del tratamiento puede considerarse un «factor de randomización», pero cualquier maniobra que afecte la asignación de los tratamientos implica la posibilidad de introducir en el estudio, consciente o inconscientemente, un sesgo importante.*
3. *La metodología empleada es muy compleja: en el primer informe, los autores no especifican los motivos que les llevan a valorar los resultados según el número de «casos psiquiátricos», en lugar de proporcionar, sencillamente, los resultados de las escalas psicométricas utilizadas.*
4. *Resulta poco explicable que los resultados de un mismo estudio fueran publicados en dos ocasiones desde orientaciones diferentes: «casos psiquiátricos» o evolución de la SCL-90. El curso terapéutico es idéntico, pero las interpretaciones difieren de forma considerable.*
5. *Evaluar la influencia de la dosis (número de sesiones, duración del tratamiento, etc.) en el resultado terapéutico mediante una ecuación estadística «muy sofisticada» es infrecuente. Analizar el resultado terapéutico según las «actitudes básicas» de los terapeutas es un modelo excesivamente teórico. Para valorar la eficacia de una intervención, la enfermedad mental debe disponer de parámetros más objetivos.*
6. *La frecuencia semanal de los tratamientos puede calcularse a partir de los datos que proporcionan los autores: en el grupo de psicoanálisis, 642 sesiones en 4½ años equivale a unas 3,5 sesiones semanales; en el grupo de psicoterapia, 233 sesiones en 4 años representan 1,4 sesiones semanales. Parece que la frecuencia semanal del tratamiento constituye un importante elemento diferenciador de las terapias psicodinámicas.*
7. *En An open door review se afirma que el estudio STOPP proporcionó «...resultados fascinantes, aunque la metodología y el análisis de datos son todavía nuevos y de dudosa validez».³ «Fascinante» y «de dudosa validez» son calificaciones difícilmente compatibles.*
8. *Las conclusiones son interesantes: (a) psicoanálisis y psicoterapia son intervenciones eficaces en el tratamiento de las enfermedades mentales, y (b) el psicoanálisis proporciona mejores resultados que la psicoterapia. Pero el diseño del estudio no permite aceptar estas conclusiones sin mayor discusión.*

Valoración metodológica

Los objetivos de este estudio están claramente especificados. Las características basales de los dos grupos de pacientes son similares. Los tratamientos adicionales no fueron especificados. Duración de los tratamientos y del seguimiento de los pacientes son comparables. Los métodos de valoración son excesivamente complejos, por lo que el riesgo de sesgos debe ser valorado como elevado.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Rand H. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings of the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 2000;81:921-43
2. Grant J, Sandell R. Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. En: P. Richardson, H. Kächele, C. Reinlund (editores). *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults*. Londres: Karnac, 2004
3. Fonagy P (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2.^a edición revisada. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002
4. Falkenström F, Grant J, Broberg J, Sandell R. Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 2007;55:629-74

3.4.13

Sigmund Freud Institut: el estudio de catamnesis (Leuzinger-Bohleber, 2001)

Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel ME. Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche* 2001;55:193-276

Katamnese, en castellano «catamnesis», es una historia clínica y *Katamnesestudie*, un estudio de historias clínicas, y también el nombre de un proyecto de la Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) dirigido por Marianne Leuzinger-Bohleber.¹

Marianne Leuzinger-Bohleber es doctora en Filosofía, profesora de Psicoanálisis en la Universidad de Kassel y directora administrativa del Instituto Sigmund Freud de Frankfurt am Main (Alemania). En dicho instituto dirige también el grupo de investigación básica teórica, empírica y experimental sobre psicoanálisis. El Instituto Sigmund Freud, fundado en 1960, dispone de una importante clínica orientada al tratamiento de pacientes ambulatorios, pero en los últimos años ha dado preferencia a los proyectos de investigación relacionados con los problemas con los que se enfrenta el psicoanálisis. El listado de las publicaciones de la Dra. Leuzinger-Bohleber es extraordinariamente extenso, de más de doce páginas.*

En el Katamnesestudie colaboraron el Privatdozent Dr. Ulrich Stuhr, del Hospital Universitario de Eppendorf, Hamburgo, el Prof. Bernard Rüger, del Instituto de Estadística, Universidad de Múnich, y el Prof Manfred E. Beutel, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Giessen.

En este estudio se registraron 401 pacientes tratados con terapia psicodinámica (psicoanálisis o terapia psicoanalítica prolongada) durante más de un año, entre enero de 1990 y diciembre de 1993. Es, por lo tanto, un estudio retrospectivo. Los resultados a largo plazo (más de seis años tras finalización del análisis) fueron valorados desde diferentes puntos de vista por el propio paciente, su analista y por otros especialistas en psicoanálisis u otras ciencias de salud (fig. 1). La información necesaria sobre los 401 pacientes fue proporcionada por 154 psicoanalistas miembros de la Deutsche Psychoanalytische Vereinigung. En la valoración se consideró la capacidad de los pacientes de enfrentarse a los problemas vitales y la evolución de la autoestima, el humor, la satisfacción de vivir y la capacidad de rendimiento.

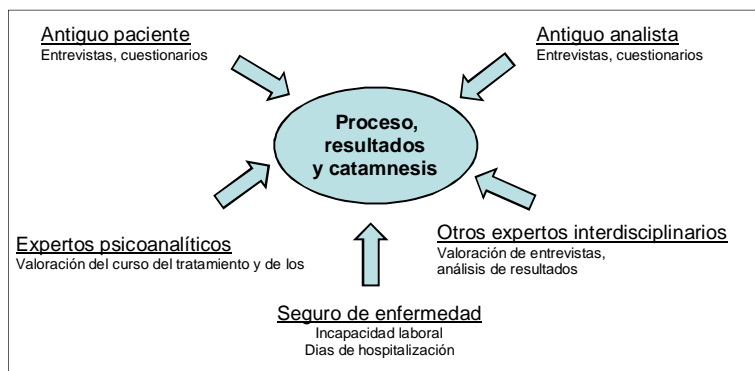


Fig. 1. Diseño de perspectivas múltiples para registro e integración de datos^Å

* <http://www.sfi-frankfurt.de/Publikationsverzeichnis>

Å Figura reproducida con autorización de la Dra. Marianne Leuzinger-Bohleber.

En la tabla 1 se detallan los resultados globales obtenidos con los dos procedimientos psicoterapéuticos según las valoraciones efectuadas por el analista y por el propio paciente. En resumen:

- según los pacientes, se obtuvo algún beneficio terapéutico (resultado *õmuy bueno*õ, *õbueno*õ o *õregular*õ) en el 95,2% de los tratados mediante psicoanálisis y en el 93,8% de los tratados con psicoterapia;
- los psicoanalistas consideraron que el resultado terapéutico fue *õmuy bueno*õ en 25 de 207 análisis (12,1%) y en 36 de 194 psicoterapias (18,6%),
- y se registró *õbeneficio terapéutico*õ en el 89,8% de los psicoanálisis y en el 87,6% de las psicoterapias.

TABLA 1. Valoración del resultado terapéutico en el Katamnesestudie

	<i>psicoanálisis</i>		<i>psicoterapia</i>	
	<i>analista</i>	<i>paciente</i>	<i>analista</i>	<i>paciente</i>
<i>muy bueno</i>	25 (12,1%)	53 (25,6%)	36 (18,6%)	43 (22,2%)
<i>bueno</i>	99 (47,8%)	99 (47,8%)	94 (48,5%)	82 (42,3%)
<i>regular</i>	62 (30,0%)	45 (21,7%)	40 (20,6%)	57 (29,4%)
<i>malo</i>	13 (6,3%)	7 (3,4%)	12 (6,2%)	9 (4,6%)
<i>ns/nc</i>	8 (3,9%)	3 (1,4%)	12 (6,2%)	3 (1,5%)
<i>total</i>	207 (100,0%)		194 (100,0%)	

En la Universidad de Giessen se valoraron los resultados económicos de estas intervenciones: los pacientes informaron acerca de una reducción de los días de baja por enfermedad, del número de visitas al médico y de la toma de medicamentos; los datos de las cajas del seguro de enfermedad contrastaron la información proporcionada por los pacientes.²

Michael von Rad et al., refiriéndose al estudio de catamnesis de la Deutsche Psychanalytische Vereinigung, indicaron que los autores del mismo lo habían conducido como la mítica nave de Ulises, evitando los peligros representados por la Escala de los datos que inducen a confusión, y el Caribdis de los estándares médicos internacionales. Dichos autores consideran que este estudio representa un paso más en la dirección correcta.³

Comentarios

- El interés básico en un estudio epidemiológico no radica en conocer si un determinado número de pacientes mejora cuando es tratado con una determinada intervención; el interés radica en saber si dicha intervención es el método de elección para el conjunto de pacientes que padecen la enfermedad en cuestión. Por lo tanto, es preciso analizar muy cuidadosamente si la muestra es representativa de este conjunto de pacientes, lo que sólo queda asegurado si la muestra se obtiene al azar.*
- En los estudios de este tipo es necesario descartar la existencia de sesgos. Algunos sesgos son conocidos: si en un estudio en oncología se incluyen pacientes sin metástasis, estos pacientes no son representativos de todos los pacientes afectados de la misma forma de cáncer. Pero existen además sesgos desconocidos: en los estudios retrospectivos, los pacientes que han desarrollado una relación negativa con sus facultativos se excluyen de cualquier tipo de seguimiento, en tanto que los que han desarrollado una relación positiva acceden a participar. La muestra incluida en el Katamnesestudie no se obtuvo al azar y no se consideró la posibilidad de un sesgo de autoselección.*
- En las encuestas se designa como «lip service» (literalmente, «servicio de labios») la situación en la que el sujeto entrevistado cumple con una cierta solicitud, pero con el menor esfuerzo posible: las respuestas pueden ser positivas o negativas, simplemente para evitar entrar en una discusión con el entrevistador.*
- El valor de la opinión del médico acerca de los resultados que obtiene queda explicada en la siguiente frase de Benjamin Rush (1746-1813):*

Empecé extrayendo cada vez una pequeña cantidad. La aparición de sangre y sus efectos sobre el sistema me satisfizo por su seguridad y su eficacia. Jamás había experimentado yo una alegría tan sublime como la que sentí al contemplar el éxito de mis remedios.⁴

El doctor Rush se refería a la eficacia de sangría en el tratamiento de los pacientes afectados de fiebre amarilla en ocasión de la epidemia de Filadelfia de 1793.

Valoración metodológica

Las características de este estudio corresponden más a las de una encuesta que a las de un estudio de cohortes, un problema que se constata en la mayor parte de los informes revisados. Los objetivos del estudio están bien especificados, la valoración de resultados es exclusivamente subjetiva, en el estudio económico no se consideraron los factores que podían interferir con los resultados registrados.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel ME. Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese studie. *Psyche* 2001;55:193-276
2. Beutel M, Rasting M. Assessing the impact of long-term psychoanalytic and psychotherapeutic treatment on direct and indirect health costs. 31st Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Chicago, 21-25/06/2000
3. Rad M, Klug G, Huber D. Unterwegs zum Wirksamkeitsnachweis von Psychoanalysen und Psychotherapien: Sisyphos zwischen therapeutischer Scylla und methodischer Charybdis. Ein Kommentar aus der Sicht der empirischen Psychotherapieforschung. *Psyche* 2001; 55:311-9
4. Rush B. *An account of the bilious remitting yellow fever as it appeared in the city of Philadelphia in 1793*. Filadelfia: Dobson, 1794

3.4.14

Tratamiento de los trastornos de la personalidad (Fonagy, 2002)

Fonagy P, Gerber A, Higgitt AS, Bateman A. The comparison of intensive (5 times weekly) and non-intensive (once weekly) treatment of young adults (in preparation). En: Fonagy P. (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2.^a edición. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002

Este estudio se encuentra descrito en *An open door review*, de la International Psychoanalytical Association, bajo el nombre Anna Freud Centre Studies 4.¹ Se trata de un estudio prospectivo en el que dos grupos de pacientes apareados por edad, situación socioeconómica y diagnóstico clínico fueron asignados de forma secuencial a tratamiento psicoanalítico cinco veces a la semana o bien una vez a la semana. En ambos casos, los tratamientos estaban a cargo de psicoanalistas con amplia experiencia profesional.

La diagnósticos fueron establecidos por dos psiquiatras experimentados a partir de la Schedule for Affective Disorders and SchizophreniaóLifetime version (SADS-L)³ y el Structured Clinical Interview (SCID-II)⁴ para trastornos de la personalidad definidos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*.²

En el estudio se incluyeron 30 adultos de entre 18 y 24 años de edad diagnosticados, en la mayoría de los casos, de trastornos límite de la personalidad y trastornos narcisistas; no había ningún caso de psicosis. Menos de la mitad de los pacientes estaban tomando medicación psicotrópica; seis habían sido hospitalizados previamente y un número significativo de ellos tenía antecedentes de episodios violentos o de autoagresiones.

El tratamiento de estos pacientes estuvo a cargo de psicoanalistas de la British Psychoanalytical Society, que seguían los planteamientos de Joseph Sandler, fuertemente focalizados en la transferencia. Los terapeutas proporcionaron mensualmente una descripción completa de una sesión analítica, la cual era sometida a la consideración de un grupo de revisión; también completaron cada semana un cuestionario de quinientos ítems referido a los temas principales del tratamiento y de su trabajo interpretativo.

A los pacientes se les aplicó al inicio del tratamiento la Symptom Checklist-90, el cuestionario de depresión de Beck, el cuestionario de ansiedad del Spielberger State and Trait Inventory, la Escala de Ajuste Social y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck. Esta batería de pruebas psicológicas se repitió cada año y medio.

En una evaluación preliminar, los resultados obtenidos indican que, en cuanto a mejoría clínica, el tratamiento analítico intensivo es significativamente superior (figura 1).

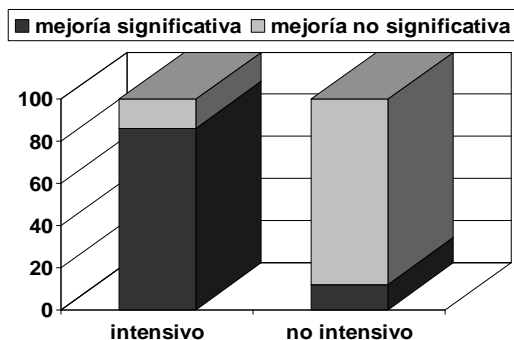


Fig. 1. Mejoría significativa y no significativa en los pacientes que completaron el tratamiento intensivo y el tratamiento no intensivo

En los tratamientos en los que se obtuvieron buenos resultados, la transferencia se caracterizó por angustia, miedo al rechazo, idealización y agresión proyectada. En los fracasos se registró vergüenza, humillación, angustia existencial y, por parte del analista, tedio y desapego. La frecuencia de abandonos fue elevada, especialmente en el grupo de tratamiento no intensivo.

Los resultados de este estudio todavía no se han publicado. En *An open door review* se indica que era todavía preciso completar el número de casos del grupo de tratamiento no intensivo.

Comentario

Este estudio encierra un indudable interés, especialmente por la severidad de los diagnósticos estudiados y por la importancia práctica de aplicar tratamientos de baja frecuencia. En este sentido parece necesario revisar de forma breve las principales características de los trastornos de conducta y de los instrumentos empleados para delimitar su diagnóstico.

- *Los trastornos de la personalidad son un grupo de condiciones psiquiátricas caracterizadas por patrones de comportamiento crónico que causan serios problemas en las relaciones interpersonales y en el trabajo. Se inician en la adolescencia o al principio de la edad adulta, no varían con el tiempo y producen malestar en el sujeto y prejuicios contra él. De acuerdo con la DSM-IV, se clasifican como sigue:*
 - *Trastorno paranoide*
 - *Trastorno esquizoide*
 - *Trastorno esquizotípico*
 - *Trastorno antisocial*
 - *Trastorno límite*
 - *Trastorno histriónico*
 - *Trastorno narcisista*
 - *Trastorno por evitación*
 - *Trastorno por dependencia*
 - *Trastorno obsesivo-compulsivo*
 - *Trastorno no especificado*
- *Las personas con trastornos graves de la personalidad tienen un riesgo elevado de desarrollar conductas que pueden determinar adicción al alcohol o a las drogas, acciones autodestructivas o comportamientos sexuales de riesgo; estas personas son propensas a padecer procesos psiquiátricos como depresión, ansiedad o angustia; difícilmente siguen los tratamientos que se les prescriben; tienen una relación deficiente con sus médicos y no buscan habitualmente tratamiento por su cuenta. No hay ningún tipo de medicamento o terapia que por sí solo haya mostrado efectividad consistente en el tratamiento de estos procesos. El pronóstico es variable: algunos trastornos de la personalidad pueden mejorar sin tratamiento, mientras que otros persisten a lo largo de toda la vida a pesar del tratamiento.*
- *El DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), de la American Psychiatric Association, constituye una clasificación de los trastornos mentales cuyo propósito es proporcionar descripciones claras de las diferentes categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información sobre los distintos tipos de enfermedad mental. El DSM-IV, con*

el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento, propone una descripción diagnóstica a partir de cinco «ejes»:

Eje I: trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente.

Eje II: trastornos de la personalidad, trastornos del desarrollo o retraso mental.

Eje III: afecciones médicas que presenta el paciente, si es que existen.

Eje IV: tensiones psicosociales en la vida del paciente.

Eje V: evaluación del funcionamiento global del paciente.

- *El SADS-L (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Lifetime Version) es un cuestionario semiestructurado que establece criterios operacionales para definir los diagnósticos del DSM-III y que proporciona:*
 - a) una descripción detallada de los episodios severos de la enfermedad;*
 - b) una descripción del nivel de severidad determinado una semana antes de la evaluación;*
 - c) una serie de criterios necesarios para establecer el diagnóstico, y*
 - d) una descripción detallada de los antecedentes psicopatológicos y del funcionamiento psíquico general.*
- *El SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) es el componente de SADS-L usado específicamente para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad.*

Los autores de este estudio no se refieren a un aspecto importante del mismo: la cuestión ética. Teniendo en cuenta que los trastornos de personalidad son procesos por definición graves,

- *¿fueron informados los pacientes de las alternativas terapéuticas que estaban a su disposición?*
- *¿otorgaron su consentimiento una vez informados acerca de los riesgos y de las ventajas de participar en este estudio?*
- *¿fue sometido el protocolo previamente a la consideración de un Comité Ético?*

Son preguntas importantes, ineludibles en cualquier proyecto de carácter prospectivo. Hay que tener presente que el Informe Belmont sobre principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos en investigación había sido publicado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos en abril de 1979.

A pesar de los interesantes resultados obtenidos en este estudio, Peter Fonagy y sus colaboradores han descartado el tratamiento psicoanalítico de los trastornos de la personalidad a favor de otras intervenciones terapéuticas más específicas: hospitalización parcial y tratamiento basado en la mentalización; en un estudio de seguimiento de 41 pacientes tratados durante dieciocho meses con dicho procedimiento comprobaron, a los cinco años de la terminación del mismo y en comparación con el tratamiento psiquiátrico habitual, una reducción estadísticamente significativa del riesgo de suicidio, de la utilización de servicios médicos y del consumo de medicación, así como un incremento del funcionamiento global y de la situación vocacional.⁵

Valoración metodológica

Dado que sólo se dispone de una valoración preliminar de resultados, este estudio no se considera adecuado para definir el valor terapéutico del psicoanálisis.

Referencias

1. Fonagy P, Gerber A, Higgitt AS, Bateman A. The comparison of intensive (5 times weekly) and non-intensive (once weekly) treatment of young adults (in preparation). En: P. Fonagy (editor). *An open*

- door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2.^a edición. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002
2. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson, 1995
 3. Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:837-44
 4. Dreessen L, Hildebrand M, Arntz A. Patient-informant concordance on the Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). *J Personal Disord* 1998;12:149-61
 5. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165:631-8

3.4.15

Psicoanálisis y psicoterapia en adultos jóvenes (Gerber, 2004)

Gerber AJ, Fonagy P, Bateman A, Higgitt A. Structural and symptomatic change in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy of young adults: A quantitative study of process and outcome. *J Am Psychoanal Ass* 2004; 52:1235-6

«Cambio estructural y sintomático en psicoanálisis y psicoterapia psicodinámica en adultos jóvenes» es un estudio de Andrew Gerber et al. en el que se incluyeron 25 sujetos de entre 18 y 25 años de edad que fueron asignados de forma secuencial a psicoanálisis ($n = 14$) o psicoterapia psicodinámica ($n = 11$) en el Anna Freud Centre de Londres.¹ Los pacientes fueron valorados al inicio del tratamiento y cada 18 meses en el curso del mismo, así como a los 18 y 36 meses tras terminarlo. Esta valoración fue efectuada por un clínico independiente y comprendió la batería de escalas diagnósticas y sintomáticas detalladas en la tabla 1.

TABLA 1. Escalas utilizadas en el estudio de Gerber et al.

- Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia
- Structured Clinical Interview
- Diagnostic Interview for Borderlines
- Escala de Depresión de Beck
- State-trait Anxiety Inventory
- Escala de Ajuste Social
- General Psychiatric Symptomatology
- Adult Attachment Interview

El tratamiento estuvo a cargo de 13 miembros de la British Psychoanalytical Society y se prolongó entre 1 y 8 años en el caso de psicoanálisis y entre 2 meses y 3½ años en el grupo tratado una vez a la semana con psicoterapia psicodinámica.

Los diagnósticos consistieron predominantemente en depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad. En el curso del tratamiento mejoraron 12 de 19 pacientes, y 10 de los 12 pacientes mejorados pertenecían al grupo tratado con psicoanálisis, lo que sugiere que éste es el tratamiento más efectivo. Como conclusión de este estudio, los autores afirman:

- a) que un ensayo clínico controlado, que es claramente adecuado en este caso, habría resultado mucho más complicado y habría requerido más recursos;
- b) que el psicoanálisis es un tratamiento eficaz en adultos jóvenes y
- c) que el psicoanálisis es más eficaz que la psicoterapia, a pesar de que esta conclusión también puede ser debida a diferencias en la intensidad del tratamiento, en su duración o a otros factores que no se pueden descartar debido a que no se trata de un estudio aleatorizado.

Valoración metodológica

Estudio de carácter prospectivo, con objetivos claramente definidos y métodos objetivos de valoración de resultados, pero dado que no proporciona resultados cuantitativos no se considera adecuado para ser incluido en una valoración de la eficacia de las terapias psicodinámicas.

Referencia

1. Gerber AJ, Fonagy P, Bateman A, Higgitt A. Structural and symptomatic change in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy of young adults: A quantitative study of process and outcome. *J Am Psychoanal Ass* 2004; 52:1235-6

3.4.16

Un estudio de la Sociedad Psicoanalítica de Milán (Amadei, 2004)

Amadei G, Landoni G. Measuring clinical assessments with an empirical instrument: A pilot study by the Milanese Psychoanalysis Centre.

<http://www.ipa.org.uk/research/amadei.asp>

En el estudio piloto de Gherardo Amadei y Giorgio Landoni (Centro de Psicoanálisis de Milán) de agosto de 2004 se incluyeron 47 pacientes afectados de trastornos de la personalidad, de los cuales ocho fueron tratados con psicoanálisis y 39 mediante psicoterapia.¹ Uno de los objetivos del estudio consistió en determinar los cambios en la personalidad de los pacientes a lo largo del tratamiento y un año y dos años después de la primera visita. Para ello fueron valorados mediante el Shedler-Westen Assessment Procedure; éste cuestionario de 200 ítems está destinado a definir 11 dimensiones de la personalidad, cuantificadas cada una mediante una escala de cinco puntos, en la que «5 = coincidencia muy importante» (un caso prototípico) y «1 = no existe coincidencia» (es decir, la descripción no es aplicable a este paciente).

De los 47 pacientes, 9 fueron valorados un año tras la primera entrevista. En la visita inicial, el diagnóstico más frecuente fue depresión. Los autores indican que mediante la prueba de la *t* no se encontraron diferencias significativas entre la visita inicial y la de seguimiento, aunque el descenso de las dimensiones «depresivo» y «disfórico» se acercó mucho a los niveles de significación estadística; este nivel de significación se encontró también en el incremento de la dimensión «masoquista», lo que puede explicarse por el desarrollo de la fijación del analizado respecto al analista en el curso del tratamiento.

A	antisocial
S	esquizoide
P	paranoide
O	obsesiva
H	histriónico
N	narcisista
AD	disfórico
HD	depresivo
ED	desequilibrio emocional
DM	masoquista
HE	hostil
Escala de Shedler-Westen	

En la visita de seguimiento, en tres de los nueve pacientes que habían sido tratados mediante psicoanálisis se comprobó un descenso general de los valores patológicos. De los 47 pacientes, cuatro abandonaron el tratamiento.

Los autores concluyen que este estudio demuestra que los métodos de investigación empírica pueden ser utilizados en una institución de orientación psicoanalítica.

Valoración metodológica

Dado que no se proporcionan resultados cuantitativos, este estudio no se considera adecuado para ser incluido en una valoración sobre la eficacia del psicoanálisis.

Referencia

1. Amadei G, Landoni G. Measuring clinical assessments with an empirical instrument: A pilot study by the Milanese Psychoanalysis Centre.
<http://www.ipa.org.uk/research/amadei.asp>

3.4.17

Cambio estructural y psicoanálisis (Cogan, 2005)

Cogan R, Porcerelli JH. Clinical reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychol Psychother* 2005;78:235-48

Rosemary Cogan (Texas Tech University, Lubbock, Texas) y John Porcerelli (Wayne State University School of Medicine, Detroit, Michigan) efectuaron un estudio transversal en el que se comparó un grupo de pacientes que iniciaban un tratamiento psicoanalítico con un grupo de pacientes que lo habían terminado.¹

El psicoanálisis siempre se ha mostrado preocupado con los cambios de personalidad, que han sido denominados «cambios estructurales». Según Otto Kernberg, el objetivo del tratamiento psicoanalítico es el cambio estructural, es decir, la integración del conflicto reprimido, inconsciente o disociado del ego consciente.²

Por otra parte, Drew Westen y Jonathan Shedler han desarrollado una prueba diagnóstica sensible, fiable y válida de (a) los trastornos, (b) de las características y (c) de la fortaleza de la personalidad, que se puede utilizar para establecer juicios clínicos sobre los pacientes; además es compatible con las categorías del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV).^{3,4} El Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200) permite al clínico describir a sus pacientes mediante la valoración de doscientas afirmaciones de acuerdo con ocho categorías que van de «no aplicable» a «altamente descriptivo». Incluye, asimismo, una escala de funcionamiento psicológico elevado y una valoración dimensional de la capacidad psicológica y del funcionamiento adaptativo.

El estudio se inició invitando a participar en el mismo a una muestra aleatoria de los 1.200 psicoanalistas de la American Psychoanalytic Association, de los cuales 66 aceptaron la propuesta. De éstos, 12 analistas no proporcionaron la información solicitada, con lo que sólo se consiguió la participación de 54 analistas. Cada uno de ellos aportó datos sobre un paciente que en el curso de los dos meses anteriores había iniciado el tratamiento psicoanalítico, o bien sobre un paciente que lo había finalizado de mutuo acuerdo con el terapeuta. Dos de estos pacientes fueron excluidos de la valoración debido a que el tratamiento se había interrumpido por otros motivos. Con ello, en el estudio participaron 52 psicoanalistas, de los cuales 26 describieron a uno de sus pacientes en el momento de iniciar el psicoanálisis y los otros 26, a uno de sus pacientes tras terminar el psicoanálisis.

Los clínicos completaron un cuestionario sobre sus propias características (edad, género, raza, experiencia clínica y profesión) y proporcionaron la información requerida sobre sus pacientes (diagnóstico según DSM-IV, utilización de psicofármacos, procedimientos previos y SWAP-200).

Resultados

No se encontraron diferencias entre los pacientes del grupo que iniciaba del tratamiento (grupo I) y los del grupo que lo había terminado (grupo II) en cuanto género, edad, raza, nivel de educación, diagnóstico según DSM-IV al iniciar el tratamiento, medicación psicotrópica y características del tratamiento (frecuencia de las sesiones, utilización del diván). Tampoco se hallaron diferencias entre los psicoanalistas del grupo I y del grupo II en cuanto género, profesión, raza, años de experiencia profesional y años de experiencia psicoanalítica.

En la tabla 1 se detallan los resultados de la escala SWAP-200, de la escala SWAP-200 de nivel elevado de funcionamiento psicológico y de la escala GAF (Global Assessment of Functioning o Valoración Global de Funcionamiento) del DSM-IV, correspondientes a los pacientes de los dos grupos estudiados. Los resultados se expresan según valor medio y desviación estándar; la significación estadística unilateral de la diferencia se efectuó según la prueba de Wilcoxon corregida mediante el ajuste de Bonferroni.

TABLA 1. Escalas SWAP-200 y SWAP-200 de nivel de funcionamiento y valoración global de funcionamiento según escala GAF de DSM-IV (media \pm desviación estándar)

<i>Escalas</i>	<i>grupo I (inicio)</i>	<i>grupo II (terminación)</i>	<i>test exacto de Wilcoxon</i>
trastornos de la personalidad:			
paranoide	43,22 \pm 7,36	37,29 \pm 5,96	0,001
esquizoide	44,81 \pm 7,94	40,13 \pm 5,26	0,009
esquizotípica	42,82 \pm 6,87	35,49 \pm 4,80	0,0001
antisocial	46,31 \pm 6,41	42,65 \pm 3,86	0,002
límite	46,40 \pm 9,72	34,89 \pm 5,36	0,0001
histriónica	47,79 \pm 9,27	39,67 \pm 4,97	0,0005
narcisista	46,93 \pm 7,68	43,03 \pm 5,46	0,05
por evitación	48,92 \pm 6,96	44,31 \pm 4,82	0,009
dependiente	50,87 \pm 6,50	43,92 \pm 4,85	0,0001
obsesiva	49,15 \pm 7,91	50,17 \pm 5,06	0,30
SWAP-200 de funcionamiento elevado	59,42 \pm 9,07	71,54 \pm 6,14	0,0001
escala GAF de DSM-IV	59,81 \pm 19,79	86,96 \pm 8,38	0,0001

Según estos resultados, los trastornos de personalidad fueron menos frecuentes tras la terminación del psicoanálisis. De los 26 pacientes que iniciaron el tratamiento, en 11 se comprobó la presencia de los criterios de SWAP-200 para uno o más trastornos de la personalidad y en otros 10 pacientes se observaron algunas de las características propias de un trastorno de la personalidad. En cambio, en ninguno de los pacientes que completaron el tratamiento se comprobó la presencia de criterios correspondientes a un trastorno de la personalidad y sólo ocho presentaban determinadas características de un trastorno de la personalidad, indicativas de cierto grado de patología residual.

La valoración de SWAP-200 de nivel elevado de funcionalidad y la escala GAF, que constituye una medida de la capacidad psicológica, resultó más favorable en el grupo II.

La escala SWAP-200 proporciona, asimismo, las quince características más sobresalientes de un determinado paciente, lo que permite diseñar una imagen representativa de los pacientes al inicio del tratamiento y una vez completado. Las características de los pacientes según SWAP-200 del grupo I y del grupo II se hallan detalladas respectivamente en las tablas 2 y 3.

TABLA 2. Descripción de 26 pacientes al iniciar el psicoanálisis

<i>Ítem</i>	<i>media</i>
Puede expresarse bien de palabra	5,77
Tiende a temer ser rechazado o abandonado por los que más estima	4,42
Tiende a sentirse culpable	4,38
Entiende y responde a las intervenciones humorísticas	4,31
Tiende a sentirse fuera de lugar, inferior o fracasado	4,31
Tiende a sentirse desgraciado, deprimido o abatido	4,27
Tiende a la autocrítica; establece objetivos irreales; no tolera sus defectos	4,23
Tiende a ser ansioso	4,12
Tiende a competir con los otros (consciente o inconscientemente)	4,04
Tiende a sentirse avergonzado	4,00
Tiende a ser complaciente o sumiso (p.ej., consiente acciones con las que no está de acuerdo, esperando ser ayudado o aceptado)	3,77
Tiene principios morales y éticos y trata de vivir de acuerdo con ellos	3,77
Psicológicamente comprensivo; capaz de comprenderse a sí mismo y a los otros de forma sutil y sofisticada	3,73
Tiende a ser consciente y responsable; evita ocasiones de placer y gratificación	3,73
Parece que desea castigarse a sí mismo; crea situaciones de infelicidad	3,54

Puede comprobarse que al principio del análisis, 10 de los 15 ítems se refieren a conflictos internos: temor al rechazo, culpabilidad, inadaptación, infelicidad, autocrítica, ansiedad, competitividad, vergüenza, sumisión y tendencia a crear problemas que conducen a situaciones desdichadas.

TABLA 3. Descripción de 26 pacientes al terminar el psicoanálisis

<i>Ítem</i>	<i>media</i>
Tendencia a ser consciente y responsable	5,96
Puede expresarse bien al hablar	5,88
Tiene niveles éticos y morales y procura vivir de acuerdo con ellos	5,7
Psicológicamente comprensivo; capaz de comprenderse a sí mismo y a los otros de forma sutil y sofisticada	5,69
Capaz de encontrar significado y satisfacción en el seguimiento de objetivos a largo plazo y de ambiciones	5,65
Le agradan los desafíos; le complace conseguir cosas	5,58
Entiende y responde a las intervenciones humorísticas	5,50
Parece que acepta las experiencias dolorosas; encuentra un significado en las mismas, y las aprovecha	5,38
Es capaz de utilizar sus habilidades y posee energía suficiente para aplicarlas con eficacia	5,27
Es capaz de encontrar significado y agrado al ayudar, enseñar o cuidar de otros individuos	5,23
Tiene empatía; es sensitivo y responde a las necesidades y sentimientos de otras personas	5,15
Es capaz de implicarse de forma eficaz y apropiada cuando es necesario	5,15
Es capaz de escuchar información emocionalmente amenazadora y puede utilizarla y obtener beneficios de ella	5,15
Tiene la capacidad de reconocer puntos de vista alternativos, incluso en asuntos que provocan emociones intensas	5,04
Generalmente encuentra satisfacción y felicidad en las actividades diarias	4,96

En conclusión, al final del análisis,

- cuatro de los 15 ítems se refieren a aspectos positivos del trabajo (seguimiento de objetivos a largo plazo, satisfacción por la labor realizada, capacidad de utilizar las habilidades de forma eficaz, agrado con las actividades diarias),
- tres ítems se refieren a aspectos positivos de la relación con otras personas (satisfacción en la enseñanza, empatía, capacidad de participar de forma adecuada), y
- tres ítems se refieren a la capacidad de aguante (aceptación de experiencias negativas del pasado, aceptación de información emocionalmente amenazadora y capacidad de reconocer puntos de vista alternativos incluso cuando afectan a emociones importantes).

La escala SWAP-200 demuestra que en el curso del psicoanálisis se desarrolla una mejor capacidad de modular los afectos, y que aparecen mayores posibilidades de introspección y de experimentar placer ante los desafíos que implica la vida diaria.

Discusión

Una de las dificultades de los estudios transversales en psicoanálisis estriba en que los pacientes con problemas psicopatológicos más graves abandonan el tratamiento con mayor frecuencia, con lo que la muestra obtenida una vez finalizado el estudio puede estar compuesta por pacientes que inicialmente tenían un mejor nivel de funcionamiento. Para solucionarlo, se solicitó a los clínicos participantes en el estudio que proporcionaran los diagnósticos de sus

pacientes de acuerdo con los ejes I y II del DSM-IV. Entre ambos grupos no se encontraron diferencias al respecto.

Otro problema puede consistir en que, al terminar el tratamiento, los clínicos valoren a sus pacientes de forma optimista, es decir, de acuerdo con lo que consideran que debe ser su estado al finalizar el tratamiento. Pero se ha demostrado que las valoraciones de los psicoanalistas no difieren de las de observadores independientes.⁵ Los autores se refieren también a otras limitaciones metodológicas:

- un estudio transversal no proporciona información acerca de los cambios que puede experimentar un paciente a lo largo del tiempo;
- es posible que los psicoanalistas participantes en el estudio no constituyan una muestra representativa de este grupo profesional;
- pueden existir sesgos por parte de los analistas en cuanto a la selección de los pacientes y de las respuestas al cuestionario SWAP-200.

No obstante, no se encontraron diferencias entre los analistas que trataron a sus pacientes durante períodos prolongados y los que los trataron de forma más breve. Con todo ello, este estudio sugiere que SWAP-200 es un instrumento adecuado para detectar cambios en la personalidad de los pacientes tratados mediante psicoanálisis.

Por último, si este método ha resultado adecuado para comprobar las diferencias entre dos grupos de pacientes, es posible que pueda utilizarse en un estudio longitudinal para comprobar los cambios que se producen en el curso de tratamientos prolongados, como es el caso del psicoanálisis.

Valoración metodológica

Los objetivos del estudio son claros, las características basales de los pacientes son comparables y la técnica de valoración, adecuada.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Cogan R, Porcerelli JH. Clinical reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychol Psychother* 2005;78:235-48
2. Kernberg OF. The therapeutic action of psychoanalysis: Controversies and challenges. *Psychoanal Q* 2007;76 Suppl:1689-723.
3. Westen D, Shedler J. Revising and assessing Axis II Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiat* 1999;156:258-72
4. Westen D, Shedler J. Revising and assessing Axis II Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiat* 1999;156:273-85
5. Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Belays MD, Bait MR, Mooney MA. Short term psychodynamic psychotherapy for depression: An examination of statistical, clinically significant, and technic specific change. *J Nervous Mental Dis* 2002;191:349-57

3.5 ESTUDIOS EXPERIMENTALES

En 1997, en un artículo firmado junto con Robert Emde, Peter Fonagy hizo una sorprendente declaración:

La investigación en psicoanálisis exige un importante viraje: escoger entre teorías útiles de acuerdo con la fuerza de los argumentos o escoger entre teorías útiles de acuerdo con la demostración de su eficacia.¹

En *The Psychologist*, Fonagy preguntó si era posible que el psicoanálisis demostrase su «efectividad» (*effectiveness*) o incluso que llegase a demostrar su «eficiencia»* (*cost-effectiveness*).² Como respuesta afirmó que el ensayo clínico controlado es el patrón áureo de la investigación en terapéutica y mencionó el Sheffield Psychotherapy Project, que demostró que 16 sesiones de tratamiento psicodinámico eran eficaces en el tratamiento de la depresión grave. También se refirió a otros estudios que demuestran la eficacia de la psicoterapia de corta duración, y reprodujo la conclusión del Comité de Investigación de la International Psychoanalytical Association efectuada a raíz de la publicación de *An open door review*:³

í los estudios existentes no han sido capaces de demostrar de forma inequívoca la efectividad del psicoanálisis en comparación con un tratamiento alternativo o en comparación con un placebo activo.

Por último, en un informe presentado ante la British Psychoanalytical Society con el título *Grasping the nettle* (que se puede traducir algo así como «Cogiendo el toro por los cuernos»), Fonagy hizo una declaración todavía más asombrosa:

La sociedad espera que el tratamiento de la salud mental proporcione una reducción marcada de los síntomas del paciente y de su sobrecarga emocional. Nuestros pacientes probablemente comparten esta esperanza.⁴

Peter Fonagy es una excepción en el mundo del psicoanálisis: no sólo ha reconocido la necesidad de demostrar científicamente la eficacia terapéutica del psicoanálisis, sino que además ha insistido en que esta demostración es imprescindible para asegurar el futuro desarrollo de este método terapéutico. Sin embargo, no se ha limitado a escribir editoriales o a pronunciar conferencias insistiendo en la necesidad de valorar la eficacia terapéutica del psicoanálisis mediante procedimientos de carácter experimental; también se ha implicado en el desarrollo de proyectos que intentan cumplir con las exigencias del ensayo clínico controlado.

Nota biográfica. Peter Fonagy nació en 1952 y entre 1971 y 1973 estudió en el University College de Londres y obtuvo el título de Bachelor of Sciences (BSc). En 1980, se graduó como Doctor of Philosophy (Ph. D.). Es Freud Memorial Professor of Psychoanalysis del University

* Eficacia: grado con el que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en las condiciones exigidas por el ensayo clínico controlado. Efectividad: grado con el que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en una determinada población, en las condiciones de la práctica habitual. Eficiencia: efecto o resultados alcanzados con una determinada intervención, en relación con el esfuerzo empleado para aplicarla en términos de recursos humanos, recursos materiales y tiempo.

College, director ejecutivo de The Anna Freud Centre, director del Centro de Infancia y Familia de la Menninger Foundation y miembro de la British Academy.* Sus intereses clínicos se han centrado en el estudio de la personalidad psicopática, la violencia y las relaciones tempranas de dependencia. Es autor de más de doscientos artículos y de numerosos libros y editó *An open door review*, una revisión de los estudios sobre la eficacia terapéutica del psicoanálisis, cuya primera edición se publicó en 1999.³

Referencias

1. Emde RN, Fonagy P. An emerging culture for psychoanalytic research? *Int J Psycho-Anal* 1997;78:643-51
2. Fonagy P. The outcome of psychoanalysis. The hope of a future. *The Psychologist* 2000;13:620-3
3. Peter Fonagy (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002
4. Peter Fonagy. Grasping the nettle: Or why psychoanalytic research is such an irritant. <http://www.pschoanalysis.org.uk/fonagy1.htm>

* The British Academy, establecida en 1902 por una cédula real, es una organización independiente que consta de unos ochocientos miembros elegidos por sus logros en una o más ramas de las disciplinas académicas de humanidades o ciencias sociales.

3.5.1

Terapias dinámica y analítica y psicoanálisis (Dührssen, 1986)

Dührssen A. Dynamische Psychotherapie, Psychoanalyse und analytische Gruppenpsychotherapie im Vergleich. *Zschr Psychosom Med* 1986;32:161-80

En la base de datos de la Colaboración Cochrane (*The Cochrane Central Register of Controlled Trials*) este estudio se encuentra registrado como «ensayo clínico controlado». Se trata de una comparación de tres grupos de 30 pacientes cada uno, tratados entre 1981 y 1984 mediante psicoanálisis, psicoterapia dinámica o psicoterapia analítica grupal, y de un grupo de control formado por 30 pacientes que no completaron el tratamiento de psicoterapia grupal que se les había prescrito. Los terapeutas que participaron en el estudio disponían de la misma formación y la misma experiencia en la aplicación de las tres formas de terapia mencionadas. La Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin (Mutua General de Enfermedad de Berlín) se hizo cargo de los costes de estas intervenciones. Antes de iniciar el tratamiento y tras su terminación, todos los pacientes cumplimentaron el Freiburg Personality Inventory (Cuestionario de Personalidad de Friburgo), el Giessen-Test y el Giessener Beschwerdebogen (Cuestionario de Molestias de Giessen).

A fin de delimitar las características iniciales de los pacientes incluidos en cada uno de los grupos, se utilizó una *suma de riesgos* y un *índice de riesgos* definidos de acuerdo con los factores de sobrecarga en la niñez y en la juventud que comportaban la posibilidad de un trastorno neurótico. La *suma de riesgos* del grupo de pacientes incluidos en este estudio ($\bar{x} = 11,6$) fue mucho mayor que la *suma de riesgos* de un grupo de 120 voluntarios sanos con las mismas características demográficas ($\bar{x} = 5,5$). Por otra parte, dicho parámetro demostró que el grupo tratado mediante psicoterapia dinámica estuvo constituido por los casos más graves, en tanto que los casos menos graves se incluyeron en el grupo de psicoanálisis estándar (tabla 1).

El *índice de riesgos* proporcionó resultados completamente comparables a los de la *suma de riesgos*.

TABLA 1. Valores medios de la suma de riesgos

<i>grupos terapéuticos</i>	<i>suma de riesgos (\bar{x})</i>
psicoanálisis estándar	8,1
psicoterapia dinámica	15,6
terapia grupal analítica	10,0
interrupciones del tratamiento	12,7

En el informe se analizaron los valores medios de las escalas correspondientes al Test de Giessen (6 ítems), al Cuestionario de Personalidad de Friburgo (12 ítems) y al Cuestionario de molestias de Giessen (73 ítems) y, según las diferencias encontradas, se definieron las características de los pacientes incluidos en cada grupo terapéutico. Así, por ejemplo, los pacientes que interrumpieron el tratamiento grupal se caracterizan por presentar en su biografía sucesos socialmente vergonzosos; estos pacientes no fueron capaces de soportar las exigencias de una psicoterapia de grupo. Asimismo, los pacientes del grupo de psicoanálisis destacan por un elevado nivel depresivo, mayor nerviosismo y un valor relativamente favorable respecto a la «sinceridad». (Se trata, en todo caso, de descripciones de carácter narrativo que no quedan explicadas por los valores representados en las correspondientes tablas de resultados).

Al valorar los resultados globales, la autora afirma que «*muss man wohl ausserordentlich vorsichtig sein*» («uno debe ser desde luego extraordinariamente cuidadoso») y que hay que tomar en consideración la personalidad de los terapeutas. De forma resumida, dichos resultados son los siguientes:

- En el grupo de pacientes tratados con terapia analítica, la resonancia social, así como la potencia social, mejoraron significativamente.
- Con psicoterapia dinámica se consiguió un cambio importante respecto a la situación depresiva basal; en estos pacientes, los sentimientos de inferioridad, los sentimientos de culpa, el temor a la vida y las situaciones de angustia inmotivada mejoraron más que en los pacientes tratados con el procedimiento psicoanalítico estándar. La diferencia respecto a sentimientos de inferioridad y de culpa resultó significativa, con un valor de $p < 0,001$.

Pero, según la autora, queda por esclarecer la forma como se quiere interpretar estos resultados: en el caso del psicoanálisis pueden existir problemas no resueltos de transición, con enemistades y sentimientos de duelo secundarios a la terminación del tratamiento.

La autora cree que las diferencias en la situación de sobrecarga del paciente al iniciar y al terminar el tratamiento son mucho más patentes que las diferencias entre los grupos terapéuticos estudiados. Cuando la indicación resultó ser afortunada (*glücklicher Indikation*), los resultados terapéuticos conseguidos con cada uno de los métodos terapéuticos estudiados proporcionaron resultados terapéuticos suficientemente favorables (*ausreichend günstige*).

Adicionalmente, en 62 de los 120 pacientes estudiados fue posible determinar los días de hospitalización y los días de incapacidad laboral registrados en un período de cinco años antes de iniciar el tratamiento y en un período de cinco años tras la finalización del mismo (tabla 2).

TABLA 2. Días de hospitalización y días de incapacidad laboral (\bar{x})

	<i>hospitalización</i>	<i>incapacidad laboral</i>
5 años antes del inicio del tratamiento	10,0 días	32,4 días
5 años tras terminación del tratamiento	1,9 días	8,0 días

Dado que, según la prueba de la t de Student, la diferencia entre los valores del período previo y del período posterior al tratamiento es estadísticamente significativa, la autora concluye que las reducciones de los días de hospitalización y de incapacidad laboral deben ser referidas causalmente al tratamiento efectuado.

Comentario

La estructura del artículo de Annemarie Dührssen es confusa, tal vez porque no sigue ninguna de las recomendaciones existentes para redactar artículos científicos. A ello se suman otros problemas: las características de los pacientes incluidos en el estudio quedan sin detallar y no se consideran los criterios diagnósticos. Además, la selección de variables es arbitraria: no se dan datos ni referencias acerca de cómo se constituyen las sumas ni los índices de riesgo, ni cuáles son los valores de sobrecarga en la infancia y la juventud que comportan un mayor riesgo de neurosis en la edad adulta. Tampoco se explican las diferencias entre ambos parámetros (suma e índice). Las conclusiones acerca del valor terapéutico de las intervenciones estudiadas no tienen aparentemente relación alguna con los resultados de las escalas aplicadas antes y después del tratamiento. Se dan valores de p y de t , pero no se indican ni desviaciones estándar ni intervalos de confianza. En resumen: se trata de un estudio que no contribuye a definir el valor terapéutico ni del psicoanálisis estándar, ni de la psicoterapia dinámica, ni de la psicoterapia analítica grupal, procedimientos que, por otra parte, no se encuentran definidos en ningún apartado de este informe.

La valoración de este estudio no consideró el problema de las pruebas repetidas de significación estadística. Además, no se tuvo en cuenta que las diferencias entre el antes y el

después de un tratamiento no pueden ser referidas a los efectos del mismo si el estudio no se ha efectuado de acuerdo con los principios básicos de la investigación clínica.

Por último, parece que hubiera sido necesario descartar otras causas que pudieran explicar las diferencias entre ambos períodos respecto a los días de hospitalización de los pacientes estudiados. Los pacientes fueron tratados desde 1981 hasta 1984 (al parecer, tres años, aunque en el informe esto no queda claramente definido): es posible que en 1979 o en 1980 hubiera incidido en Berlín una epidemia de gripe que habría determinado un importante incremento de hospitalizaciones y de incapacidad laboral... Además, pueden existir otras explicaciones, como que uno de los 64 pacientes hubiera sido hospitalizado durante tres meses a causa de un grave accidente de tráfico. En todo caso, establecer una relación de causalidad no es tan simple como se supone en este informe.

Valoración metodológica

Los objetivos del estudio son confusos, las características basales de los pacientes no fueron comparables, el resultado clínico esperado no quedó definido con precisión, la valoración de los resultados no consideró el problema de las pruebas repetidas de significación estadística, no se consideraron las posibles causas alternativas que explicarían la reducción de los días de hospitalización de los pacientes estudiados.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencia

1. Dührssen A. Dynamische Psychotherapie, Psychoanalyse und analytische Gruppenpsychotherapie im Vergleich. *Zschr Psychosom Med* 1986;32:161-80

3.5.2

Psicoanálisis en diabetes inestable

(Moran, 1991)

Moran GS, Fonagy P, Kurtzon A, Bolton A, Brook C. A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiat* 1991;30:926-35

Se ha afirmado que el paciente afecto de diabetes inestable desarrolla a menudo un comportamiento peligroso que le resulta compensatorio, en el sentido de que así satisface otras necesidades, como amor, protección, aprobación o huida de un conflicto.¹ Se supone que la psicoterapia puede ayudar a que estos pacientes lleguen a comprender los antecedentes subconscientes de sus transgresiones mediante la percepción de sus conflictos (*insight*, introspección), de sus ansiedades y de sus erróneos mecanismos de defensa.

En 1987, en el Anna Freud Centre se realizó un estudio de caso único en diabetes inestable.² Cuatro años más tarde, Peter Fonagy et al. publicaron un interesante ensayo clínico sobre la misma indicación: 22 pacientes de 6 a 18 años de edad afectados de diabetes mellitus insulino-dependiente de carácter inestable (*brittle diabetes*), de más de dos años de evolución y que exigía repetidas hospitalizaciones, se distribuyeron en:

- a) un grupo de 11 pacientes hospitalizados (edad: $13,4 \pm 3,2$ años) que recibió el tratamiento médico habitual y tratamiento psicoanalítico intensivo, y
- b) otro grupo con el mismo número de pacientes (edad: $14,0 \pm 4,3$ años), tratados en el mismo hospital, pero en clínicas diferentes, que recibió sólo el tratamiento médico habitual.²

La asignación a los grupos experimentales se efectuó de acuerdo con el lugar de residencia de los pacientes. La presencia de síntomas de carácter psicótico fue un criterio de exclusión.

El tratamiento psicoanalítico fue realizado por dos analistas especializados en psicoanálisis pediátrico y consistió en tres a cinco sesiones por semana de 45 minutos de duración, que se prolongaron entre 5 y 28 semanas. La técnica psicoanalítica empleada se encuentra detallada en otra publicación de Fonagy et al.³ Como hipótesis de trabajo, se supuso que la terapia psicológica aportaría cambios positivos en la calidad del cumplimiento del tratamiento y, en consecuencia, un mejor control glucémico. Se consideró que la concentración de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) era el parámetro más adecuado para valorar los cambios en el control de la diabetes.* La duración total del estudio fue de tres años.

Resultados

En la tabla 1 se reflejan los valores de hemoglobina glucosilada determinados antes de iniciar el tratamiento y a los 4 y 12 meses del mismo. En el grupo tratado con psicoanálisis, a los cuatro meses los niveles de glucosa se redujeron sustancialmente respecto a sus valores iniciales; esta reducción se mantuvo a lo largo de todo el período de seguimiento. A fin de controlar la pequeña diferencia de los valores medios de HbA_{1c} observados al principio del estudio, se

* La eficacia del tratamiento de la diabetes se determina mediante control de la glucosa en sangre. La hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) se forma por adición de glucosa a la cadena beta de la hemoglobina y sus niveles hemáticos dependen de los niveles hemáticos de glucosa. La HbA_{1c} refleja la glucemia total del paciente diabético durante las ocho semanas previas a su determinación.

efectuó un análisis de covarianza que proporcionó una diferencia significativa entre ambos grupos de pacientes, con una probabilidad p inferior a 0,004 a los 4 meses e inferior a 0,05 a los 12 meses.

TABLA 1. Valores porcentuales de hemoglobina glucosilada (media aritmética \pm desviación estándar) en 22 niños y adolescentes afectos de diabetes inestable

<i>tratamiento</i>	<i>n</i>	<i>inicio</i>	<i>4 meses</i>	<i>12 meses</i>
psicoanálisis	11	14,3 \pm 2,5	11,1 \pm 2,6	11,5 \pm 2,4
control	11	13,6 \pm 2,3	13,5 \pm 3,0	13,7 \pm 2,7

La reducción de los valores de HbA_{1c} pudo comprobarse en 10 de los 11 pacientes del grupo de psicoanálisis; en el grupo de control, esta reducción sólo se constató en 4 pacientes; la diferencia es estadísticamente significativa.

Durante el período de hospitalización, los requerimientos de insulina se redujeron en ambos grupos experimentales, pero no de forma significativa. En el curso del año siguiente a la terminación del estudio, el número de ingresos hospitalarios debidos a descompensación diabética fue más elevado en el grupo de control (0,9 \pm 0,9) que en el grupo de tratamiento psicoanalítico (0,3 \pm 0,5); estadísticamente, la diferencia resultó significativa ($p < 0,05$).

Estos resultados permiten concluir que la psicoterapia psicoanalítica puede ser una ayuda eficaz en individuos jóvenes incapacitados de forma crónica a causa de su imposibilidad de ajustarse a su trastorno metabólico.

Los autores indican que el estudio tiene algunas limitaciones importantes: los pacientes del grupo de control eran comparables con los del grupo de tratamiento experimental en cuanto a la severidad de la enfermedad y en cuanto a los cuidados médicos, pero no en cuanto al grado de la atención personal que recibieron; por lo tanto, la mejoría clínica podría ser simplemente debida al resultado de dicha atención; es necesario mejorar el método experimental para asegurar que la técnica psicoterapéutica está relacionada de forma causal con la mejoría observada.

Comentario

Los resultados del ensayo clínico en individuos jóvenes afectos de diabetes inestable son sumamente interesantes, pues éste es quizás el único estudio experimental que demuestra la eficacia clínica del psicoanálisis. No obstante, la generalización de los resultados tropieza con dos inconvenientes graves: la asignación de los pacientes a los grupos experimentales no tuvo lugar estrictamente al azar y en la evaluación de los resultados no se aplicó ningún tipo de enmascaramiento ni de garantía de calidad.

Por otra parte, es preciso tener en cuenta que los resultados obtenidos se alejan mucho de los valores normales de la hemoglobina glucosilada:

<i>adultos normales:</i>	<i>2,2 a 4,8%</i>	<i>diabéticos bien controlados:</i>	<i>2,5 a 5,9%</i>
<i>niños normales:</i>	<i>1,8 a 4,0%</i>	<i>diabéticos mal controlados:</i>	<i>6,0 a 8,0%</i>

Es decir, en el grupo tratado con psicoanálisis, la hemoglobina glucosilada descendió ligeramente, pero la compensación de la diabetes continuó siendo muy deficiente.

Valoración metodológica

Procedimiento de asignación aleatoria aceptable, características basales semejantes, seguimiento del curso clínico comparable, métodos de valoración válidos y fiables.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Tattershall RB, Walford S. Brittle diabetes in response to life stress: "Cheating and manipulation". En: J.C. Pickup (editor). *Brittle diabetes*. Oxford: Blackwell, 1985
2. Moran GS, Fonagy P, Kurtzon A, Bolton A, Brook C. A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiat* 1991;30:926-35
3. Fonagy P, Moran G, Higgitt A. Insulin-dependent diabetes mellitus in children and adolescents. En: J. Wardle, S. Pearce (editores). *The practice of behavioral medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1989

3.5.3

¿Es posible la investigación de resultados? (Vaughan, 2000)

Vaughan S, Marshall RD, Mackinnon RA, Vaughan R, Mellman L, Roose SP. Can we do psychoanalytical outcome research? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000;81:513-27

Susan Vaughan *et al.* plantearon si la metodología desarrollada para el ensayo clínico de medicamentos y aplicada con éxito en ensayos de psicoterapia de corta duración podía utilizarse en la valoración de tratamientos psicodinámicos prolongados, incluido el psicoanálisis.¹

TABLA 1. **Cuestionarios**

1. Basic demographic data
2. Structured Clinical Interview for DSM-II-R, Axis I
3. Symptom Checklist90
4. Beck Depression Inventory
5. Spielberger State-trait Anxiety Inventory
6. Golumbach Rust inventory of sexual satisfaction
7. Structured Clinical Interview (DSM-III-R)
8. Neuroticism, extraversion and openness self-report questionnaire
9. Social adjustment scale
10. Psychological mindedness scale
11. Locus of control of behaviour
12. Structural Analysis of Social Behaviour
13. Inventory of interpersonal problems
14. California Psychotherapy Alliance Scale

A fin de responder a esta cuestión, estudiaron 15 pacientes tratados mediante psicoanálisis y 15 pacientes tratados dos veces a la semana con psicoterapia psicodinámica. Para definir la muestra que se iba a estudiar y valorar los resultados del tratamiento se propusieron 14 cuestionarios (tabla 1), desde el Basic Demographic Data hasta la California Psychotherapy Alliance Scale. El cuestionario de neuroticismo constaba de 240 ítems; debido al tiempo exigido para completarlo se sustituyó por una versión de 60 ítems. Otro de los cuestionarios, el Structural Analysis of Social Behaviour, fue rechazado por los pacientes debido a que les resultaba difícil comprender el lenguaje utilizado: fue sustituido por otro con 127 preguntas.

El período de reclutamiento se prolongó un año y medio, y sólo nueve de los 34 pacientes considerados adecuados aceptaron participar en el grupo de psicoanálisis; de ellos, dos dejaron este tratamiento en el primer mes y otro paciente lo dejó en el segundo. Así, sólo seis pacientes completaron un año de psicoanálisis. En el grupo de psicoterapia, seis pacientes abandonaron el tratamiento en el curso de los cuatro primeros meses, con lo que sólo nueve completaron un año de psicoterapia.

Ante esta situación, los autores decidieron, «a causa del pequeño tamaño de las muestras, combinar los grupos de psicoanálisis y de psicoterapia psicodinámica a fin de poder proceder al análisis de los datos».

En la tabla 5* del artículo se muestran, en la primera columna, los 14 cuestionarios utilizados en el estudio, y en las columnas siguientes (aunque no se indica en los encabezados), los valores medios y la desviación estándar registrados al iniciar el estudio (*baseline*) y al terminarlo (*one year*) y el correspondiente valor *p*.

* Reproducción autorizada por el *International Journal of Psychoanalysis*.

Table 5
Baseline and one-year results

Symptom measures:			
SCL-90 (GSI)	2.1 (0.61)	1.3 (.88)	0.34
BDI	19.2 (12.32)	8.6 (7.73)	0.01
STAI	55.8 (11.91)	42.67 (10.93)	0.007
Function measures:			
SAS	3.7 (1.81)	2.2 (0.68)	0.0001
GRISS-Male	4.2 (3.11)	3.80 (3.27)	0.42
GRISS-Female	3.18 (2.83)	2.50 (1.35)	0.15
Interpersonal problems			
IIP	2.0 (.5)	1.3 (.5)	0.01
Dimensional personality: NEO			
1. Neuroticism	32.2 (7.2)	30.5 (7.4)	0.56
2. Extraversion	22.0 (8.3)	25.0 (8.9)	0.42
3. Openness	32.3 (5.6)	32.2 (5.7)	0.87
4. Agreeableness	29.1 (5.9)	30.7 (4.0)	0.69
5. Conscientiousness	24.7 (8.3)	25.7 (10.2)	0.46
Psychodynamic measure:			
PM	133.8 (16.50)	143.0 (15.83)	0.03
LCB	32.0 (10.67)	31.4 (13.9)	0.83
Therapeutic alliance:			
CALPAS - Patient	5.7 (1.05)	5.9 (0.88)	0.94
CALPAS - Therapist	3.8 (1.2)	5.5 (0.76)	0.04

La diferencia entre valores iniciales y finales resultó significativa en cinco escalas: la de depresión de Beck, la de ansiedad de Spielberger y las de adaptación social (SAS), de problemas interpersonales (IIP) y de estado de ánimo (PM). Cabe destacar que el valor basal de la Escala de Depresión de Beck fue igual a $19,20 \pm 12,32$ y que después de un año se redujo a $8,60 \pm 7,73$ ($p = ,01$), una diferencia con considerable significación clínica.

En la mencionada tabla 5 se encuentra también la valoración de la relación terapéutica entre paciente y analista (California Psychotherapy Alliance Scale, CALPAS): esta escala demostró que dicha relación había mejorado en el curso de un año de forma significativa.

Los autores de este estudio son Susan C. Vaughan, profesora de Psiquiatría en el Columbia University College of Physicians and Surgeons de Nueva York y autora de varios libros sobre psicoanálisis,^{2,3} Lisa Mellman, vinculada a la misma institución y Roger A. Makinnon, miembro de la International Psychoanalytical Association.

Comentarios

1. Tanto el hecho de someter a los pacientes a una batería de catorce escalas psicométricas como el complejo planteamiento del proyecto (sesiones registradas mediante magnetófono, entrevistas con formularios semiestructurados efectuadas por analistas desconocidos por el paciente, etc.) explican suficientemente los abandonos del estudio y ponen en cuestión la metodología del ensayo y la representatividad de los resultados. El que se produjeran menos abandonos en el grupo tratado con psicoterapia se explica probablemente porque estos pacientes tenían que dedicar a su tratamiento menos tiempo (sólo participaron en dos sesiones a la semana) que el exigido a los del grupo de psicoanálisis (cinco sesiones semanales).
2. En la discusión del artículo, el problema de reclutamiento es tratado de forma extensa, y los autores llegan a la conclusión de que «también es posible que los procedimientos del propio estudio fueran un obstáculo demasiado grande para los clínicos y para los pacientes». En este contexto, añaden dos frases que tienen un interés especial:

- Creemos que todavía existe entre los psicoanalistas una gran resistencia a la investigación, que es comunicada a sus pacientes.
 - Ciertamente, algunos analistas argumentan que cada psicoanálisis es una experiencia única, lo que impide que el propio procedimiento pueda ser estudiado de forma significativa. Creemos que esta posición es insostenible si se pretende que el psicoanálisis sea considerado como un tratamiento.
3. *Valorar conjuntamente los resultados obtenidos mediante psicoanálisis y mediante psicoterapia es una decisión difícil de comprender, porque ello impide que los resultados sean atribuidos a alguno de los dos procedimientos terapéuticos estudiados. De forma estricta, tampoco puede negarse la posibilidad de una mejoría espontánea, ni la posibilidad de que en realidad se hubiera registrado un efecto Hawthorne.**
 4. *Es raro que este equipo de investigadores, vinculado a una importante institución académica, no se planteara la posibilidad de buscar la colaboración de profesionales con experiencia en la metodología desarrollada para ensayos farmacológicos, un modelo que, como indican al iniciar el artículo, puede servir para demostrar la eficacia del psicoanálisis.*

Valoración metodológica

Métodos de valoración inadecuados; seguimiento del curso clínico irregular.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Vaughan S, Marshall RD, Mackinnon RA, Vaughan R, Mellman L, Roose SP. Can we do psychoanalytical outcome research? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000;81:513-27
2. Vaughan SC. *La psicología del optimismo. El vaso medio vacío o medio lleno*. Buenos Aires: Paidós, 2004
3. Vaughan SC. *The talking cure: The science behind psychotherapy*. York: Henry Holt, 1997

* El efecto Hawthorne se refiere a la tendencia de las personas a modificar sus hábitos cuando son objeto de interés y atención especial, independientemente de la naturaleza de la intervención que reciban. La denominación de este efecto se originó en un estudio realizado por la Western Electric en Hawthorne (Illinois): los trabajadores, expuestos a niveles variables de la intensidad de la luz, incrementaban su producción con independencia de que la intensidad de la iluminación hubiera aumentado, disminuido o no hubiera variado.

3.5.4

El Estudio de Psicoterapias de Múnich (Huber, 2001)

Huber D, Klug G, von Rad M. Münchner Psychotherapie-Studie. En: M. Leuzinger-Bohleber, U. Stuhr (editores). *Psychoanalysen im Rückblick*. Giessen: Psychosozial Verlag, 2001

En la introducción del artículo que describe el protocolo del Estudio de Psicoterapias de Múnich se indica que, según Henry Bachrach et al., los estudios acerca de la eficacia del psicoanálisis efectuados antes de 1991 adolecían de importantes defectos: muestras de pequeño tamaño, falta de grupo de control, ausencia de criterios de valoración definidos antes del inicio del proyecto.^{1,2} En la mayor parte de esos estudios, la efectividad del psicoanálisis se determinaba sólo mediante una comparación con diferentes métodos psicoterapéuticos. Pero, de hecho, no se dispone de comparaciones entre psicoanálisis y psicoterapias conductuales. Esta situación justifica la realización de un estudio comparativo entre ambos procedimientos psicoterapéuticos que, por una parte, respete las exigencias del método experimental y que, por otra, pueda realizarse en las condiciones habituales de la clínica psicoterapéutica.

Este estudio propone comparar la eficacia de (a) el psicoanálisis, (b) la psicoterapia basada en la psicología profunda y (c) la terapia conductual. Cada grupo experimental deberá incluir 30 pacientes. Como criterios de inclusión se especifican: (a) edad entre 25 y 45 años, (b) diagnóstico de depresión según la *International Clasification of Diseases-10*, y (c) severidad media o grave del proceso patológico. Los pacientes deberán vivir en Múnich, hablar alemán y no tomar medicación antidepresiva. Los tres procedimientos terapéuticos serán asignados al azar y de forma estratificada de acuerdo con la severidad del proceso depresivo y considerando (si fuera posible) edad, género y situación social de los pacientes. En cada grupo experimental deberán participar diez psicoterapeutas con experiencia en los procedimientos estudiados. La valoración de los resultados tendrá lugar de acuerdo con las opiniones del paciente, del terapeuta y de un profesional externo. Los investigadores externos entrevistarán a los pacientes antes y después del tratamiento con el objetivo de controlar efectos de memoria y de expectativas. Se utilizarán las escalas psicométricas detalladas en la tabla 1.

Los cuestionarios, una vez cumplimentados, serán remitidos al centro coordinador mediante correo electrónico. Las valoraciones se efectuarán antes de iniciar el tratamiento y al terminarlo. Las entrevistas de seguimiento tendrán lugar un año después de terminar el tratamiento y posteriormente, si es posible, de forma anual. El análisis de los datos y su valoración se realizará mediante los programas utilizados habitualmente para la evaluación estadística de resultados (Statistical Product and Service Solutions, SPSS).

En este estudio, la inclusión de pacientes se inició en 1996. En 2005 se dispuso de los resultados preliminares de 42 pacientes que habían completado su tratamiento y a los que se examinó tras un año de seguimiento.³ Al concluir el tratamiento, se obtuvieron resultados claramente positivos en las siguientes escalas: Symptom Checklist, Índice de Severidad del Trastorno (Global Severity Index) e Inventario de Problemas Interpersonales (Inventory of Interpersonal Problems). Un año más tarde no se comprobaron cambios adicionales significativos. No se encontró correlación alguna entre los resultados obtenidos y la duración o la intensidad de la terapéutica. El reducido tamaño muestral no permitió una comparación válida entre los procedimientos terapéuticos estudiados.

TABLA 1. Escalas psicométricas

paciente

- o Lista de Comprobación de Síntomas (Symptom Checklist)
- o Escala de Depresión de Beck
- o Inventario de Problemas Interpersonales
- o Cuestionario de introyección
- o Cuestionario de estrategias de solución de conflictos
- o Inventario de Personalidad de Friburgo
- o Cuestionario sobre satisfacción vital
- o Documentación básica
- o Cuestionario de protección social
- o Cuestionario de la alianza terapéutica
- o Cuestionario de modificaciones de vivencias y comportamientos

profesional externo

- o Índice de severidad del trastorno
- o Clasificación Internacional de Enfermedades ICD-10
- o Valoración global de la escala de funcionamiento
- o Escala de capacidades psicológicas
- o Escala de consecución de objetivos
- o Documentación básica
- o Hoja de documentación de la entrevista inicial

terapeuta

- o Cuestionario sobre la relación terapéutica
- o Cuestionario del curso del tratamiento
- o Valoración del proceso terapéutico

El estudio fue coordinado por Dorothea Huber, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Klinikum rechts der Isar, de Múnich; Dorothea Huber estudió Psicología y Medicina en las universidades de Kiel, Friburgo, Hamburgo y Múnich.

Comentario

Se trata de un estudio en el que se aplican los principios básicos de la investigación clínica experimental: diseño prospectivo, comparación de grupos paralelos tratados con diferentes alternativas terapéuticas, aleatorización. Lamentablemente, encierra un problema importante: hay un exceso de variables para valorar los resultados terapéuticos. Los pacientes incluidos en el estudio deben cumplimentar 11 cuestionarios diferentes; los colaboradores externos, 7 cuestionarios y los terapeutas, 3. Se espera que dicha labor se repita en tres ocasiones. Esta exigencia implica, al menos por parte de los pacientes, un evidente sobreesfuerzo que difícilmente puede ser compensado. La consecuencia más probable será un importante porcentaje de abandonos. Por otra parte, el exceso de variables comporta un grave problema estadístico: se admite que una diferencia es estadísticamente significativa cuando la hipótesis nula («no existen diferencias entre las intervenciones estudiadas») es refutada por el 95% de las observaciones. Por lo tanto, cuando se utilizan múltiples variables, la probabilidad de cometer un error de primer orden (rechazar la hipótesis nula cuando es cierta) depende directamente del número de las variables empleadas. En otras palabras, si se aplica un centenar de variables, cinco de las mismas demostrarán que entre los tratamientos existe una diferencia, aunque ello sea falso. El investigador, que espera publicar resultados positivos, estará muy tentado a referirse a las variables que coinciden con sus intereses. La solución a este problema es muy simple: debe distinguirse entre variables primarias y variables secundarias. La variable primaria es la que nos da la respuesta al problema planteado: ¿es más eficaz el psicoanálisis que las otras dos formas de psicoterapia estudiadas? En este caso específico, tal vez la respuesta la debe dar la escala de Beck. Las escalas restantes pueden servir para delimitar este resultado: «pero ello no ha mejorado las relaciones interpersonales de los pacientes incluidos en el estudio», por ejemplo. Esta diferenciación es importante.

Valoración metodológica

Objetivos bien definidos. Características basales comparables. Asignación al azar adecuada. Criterios de evaluación de resultados aceptables.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Huber D, Klug G, von Rad M. Münchner Psychotherapie-Studie. En: M. Leuzinger-Bohleber, U. Stuhr (editores). *Psychoanalysen im Rückblick*. Giessen: Psychosozial Verlag, 2001
2. Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron Jr. S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychol Assoc* 1991;39:871-916
3. Huber D, Klug G. Munich Psychotherapy Study (MPS): Preliminary results on process and outcome of psychoanalytic psychotherapy. óA prospective psychotherapy study with depressed patients. *Psychother Psychosom Psych Med* 2005;55:101

3.5.5

Estudio controlado y aleatorizado de Montreal (Perry, 2004)

Perry JC y el Grupo de Investigación de Terapia de Largo Plazo y Psicoanálisis. Un estudio controlado al azar en psicoanálisis y otras terapias: consideraciones y diseño. *Rev Chil Psicoanal* 2004;21:35-44

Sólo se ha localizado un ensayo clínico controlado en preparación: el Estudio Controlado al Azar en Psicoanálisis y otras Psicoterapias.¹ Se trata del proyecto de un estudio multicéntrico coordinado por el Instituto de Psiquiatría Familiar y Comunitaria del Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital (Montreal), en el que participan instituciones de Filadelfia, Oslo, Ámsterdam, Rotterdam y Lausana. El Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital tiene importantes relaciones académicas con la McGill University.

El director de este proyecto es Christopher Perry, colaborador del Departamento de Psiquiatría de dicho hospital y autor de numerosas escalas psicométricas: la Defense Mechanism Rating Scale, la Standardized Wish and Fear List, la Psychodynamic Conflict Rating Scale y la Borderline Personality Disorder Scale.

El ensayo deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) asignación aleatoria de las intervenciones terapéuticas,
- b) comparación con otros tratamientos y con un grupo de control,
- c) valoraciones independientes (valoración a ciegas) con múltiples puntos de seguimiento, y
- d) registro de datos económicos para establecer la relación costo-eficacia.

En este estudio se incluirán pacientes con trastorno depresivo mayor crónico y con trastornos de la personalidad.

La propuesta consiste en examinar la eficacia y la efectividad del psicoanálisis, la psicoterapia dinámica y la psicoterapia cognitiva en comparación con un grupo de control que recibirá el tratamiento psiquiátrico de soporte habitual. Todos los pacientes podrán ser tratados con los medicamentos psicotrópicos que precisen. El diseño del estudio incluirá pruebas psicológicas aplicadas con intervalos regulares de seis meses, de las que se han seleccionado diez escalas, entre las que figuran el Inventario Breve de Síntomas (BSI), la Escala de Depresión de Beck, la Escala de Ajuste Social (SAS) y el EuroQoL 5D, este último para la valoración de la calidad de vida.

El tamaño de la muestra se definirá en un estudio piloto, en el que se incluirán tres pacientes en cada grupo experimental, con un total de 60 pacientes en los cinco países participantes. El número definitivo de pacientes puede oscilar entre 400 y 600. Idealmente, el estudio se prolongará hasta que el 50% de los sujetos hayan conseguido una recuperación estable, lo cual puede significar entre cuatro y ocho años. Tras la finalización del tratamiento, se requerirá un mínimo de dos años para comprobar si se ha alcanzado un funcionamiento saludable.

Este proyecto se presentó en ocasión del XLIII Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional (Nueva Orleans, 10-14 marzo, 2004) en la 5th Joseph Sandler Research Conference, moderada por Guillermo de la Parra, quien señaló que el congreso contó aproximadamente con novecientos inscritos, pero que a dicha reunión sólo asistieron cincuenta o sesenta personas.²

La complejidad del protocolo de este ensayo hace temer que su desarrollo no diferirá del desarrollo del ensayo de Susan Vaughan.

Valoración metodológica

Se trata de un proyecto de ensayo clínico, por lo tanto no adecuado para valorar la eficacia del psicoanálisis.

Referencias

1. Perry JC y el Grupo de Investigación en Terapia de Largo Plazo y Psicoanálisis. Un estudio controlado al azar en psicoanálisis y otras psicoterapias: consideraciones y diseño. *Rev Chil Psicoanal* 2004;21:35-44
2. Parra G de la. ¿Pueden trabajar juntos productivamente el psicoanálisis y la investigación sistemática? *Rev Chil Psicoanal* 2004;21:26

3.6 PSICOANÁLISIS: VALORACIÓN GLOBAL DE LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS

Revisiones de conjunto

Se han considerado en total ocho revisiones de conjunto. En la siguiente lista se indica el correspondiente número del capítulo de esta monografía, el nombre del primer autor, el año de la publicación y se resumen sus resultados principales.

- 3.1.1 Robert Knight (1941) incluyó en su revisión 952 pacientes tratados entre 1920 y 1941 en seis instituciones diferentes y concluyó (a) que los resultados fueron más favorables en el caso de psiconeurosis ($n = 534$), con curación o mejoría en el 65,9% de los pacientes, y (b) que en 151 pacientes afectos de psicosis se obtuvo mejoría o curación en sólo 60 de ellos (39,7%).
- 3.1.2 La revisión de Hans Eysenck (1952) se limitó a matizar los resultados de Robert Knight: al considerar que los casos «ligeramente mejorados» eran en realidad fracasos, redujo el porcentaje de resultados satisfactorios en las psiconeurosis a un 44%; la fiabilidad de los datos de Eysenck es escasa.
- 3.1.3 Henry Bachrach *et al.* (1991) incluyeron en su revisión los informes de cuatro instituciones publicados entre 1972 y 1984 referentes a 550 pacientes tratados por 370 psicoanalistas en período de formación y a 139 pacientes tratados por 23 psicoanalistas cualificados: en los pacientes considerados adecuados para ser analizados se consiguió mejoría entre el 60% y el 90% de los casos. En la revisión no se llegó a definir lo que se considera como «adecuación para el psicoanálisis»; tampoco se informó acerca de los resultados registrados en los casos «no adecuados», ni acerca de la proporción de estos últimos.
- 3.1.4 Fisher y Greenberg (1996) indican que en seis estudios en los que se comparó un grupo tratado con psicoanálisis con un grupo que no recibió tratamiento alguno se obtuvieron resultados positivos a favor del psicoanálisis; en diez estudios comparativos con otras alternativas terapéuticas, las diferencias resultan poco consistentes. Dichos autores concluyen que «existe muy poca evidencia que sugiera que los resultados del psicoanálisis sean diferentes de los obtenidos con otros tratamientos.»
- 3.1.5 En *Does psychoanalysis work?* (2000) Robert Galatzer-Levy *et al.* revisaron de nuevo los estudios incluidos en las revisiones de Robert Knight y de Fisher y Greenberg (en total, 5.954 pacientes) y concluyeron que en los pacientes en los que el psicoanálisis es adecuado se obtienen beneficios terapéuticos sustanciales.
- 3.1.6 La *Revisión de Puertas Abiertas* de los estudios de resultados del psicoanálisis (Fonagy, 2002) fue un ambicioso proyecto de la Asociación Psicoanalítica Internacional en el que se revisaron 69 estudios sobre los resultados terapéuticos obtenidos mediante algún tipo de psicoterapia. De hecho, el psicoanálisis fue objeto de únicamente 20 estudios, y sólo en 8 de ellos se proporcionaron datos cuantitativos: algún tipo de beneficio entre el 59,9% y el 96,0% de los casos tratados mediante psicoanálisis ($n = 724$) y entre el 33,1% y el 73,9% de los casos tratados mediante psicoterapia ($n = 299$). En esta revisión se concluye que no existen dudas sobre la superioridad del psicoanálisis en el tratamiento de los trastornos mentales.

- 3.1.7 En el *Libro Negro del Psicoanálisis* (Mayer, 2005) se concluye que los resultados del informe del INSERM (Canceil et al, 2004) no difieren de los de la *Revisión de Puertas Abiertas* y se cita la conclusión de la primera de estas monografías: «No hay ningún estudio que permita concluir sin equívocos que el psicoanálisis sea eficaz en comparación con un placebo o con otras formas de tratamiento.»
- 3.1.8 Simone Isabel Jung *et al.*, de la Universidade do Rio Grande do Sul, publicaron en 2006 una cuidadosa revisión bibliográfica en la que se registraron 21 artículos sobre los resultados de la terapia psicoanalítica, constatándose que los abandonos fueron considerables (entre el 12% y el 45%) y que el índice de falta de respuesta o de respuesta inadecuada varió entre el 47% y el 66% (es decir, resultados positivos entre el 34% y el 53%); sólo 15 de estos estudios se refieren estrictamente a los resultados del psicoanálisis.

Comentario. Los resultados de Knight (1941) y de Jung (2006) son coincidentes: eficacia terapéutica del psicoanálisis en aproximadamente el 60% de las neurosis y el 30% de las psicosis. Una de las revisiones (Fisher y Greenberg, 1996) concluye que existe poca evidencia de que los resultados del psicoanálisis sean superiores a los de otros tratamientos, en tanto que en la *Open Door Review* (Fonagy, 2002) se afirma que, en comparación con otras psicoterapias, no existen dudas de la superioridad del psicoanálisis; según *Le livre noir*, el informe del INSERM llega a una conclusión contrapuesta. Desde el punto de vista de su metodología, estos estudios no cumplen con los requisitos correspondientes a una revisión de carácter objetivo. Los contrapuestos resultados de los mismos justifican una nueva revisión de conjunto en la que se debería seguir un procedimiento acorde con las actuales exigencias metodológicas.

Casos clínicos

Se han valorado los resultados de 56 casos de psicoanálisis, de los cuales diez (seis casos de Freud, dos de Nacht, uno de Socarides y uno de Moran y Fonagy), debido a su extensión, pueden ser calificados como «historias de casos».

- 3.2.1 En las obras completas de Sigmund Freud se registran 208 pacientes tratados psicoanalíticamente. Siete de estos casos fueron relatados de forma exhaustiva («historias de casos»), uno de ellos [el caso Schreber (Freud, 1911)] fue en realidad un ensayo autobiográfico, en otro (el pequeño Hans) se trató de un niño analizado por su padre y en los cinco restantes el resultado terapéutico fue claramente negativo. Freud dejó constancia del resultado del tratamiento psicoanalítico en sólo 21 de los restantes 201 casos: completamente satisfactorio en 9, parcialmente satisfactorio en 3, resolución del problema en 4 y fracaso en 5 casos; resultados satisfactorios en el 57,1% de los casos.
- 3.2.3 Sacha Nacht (1932) expuso dos casos de curación rápida sin comentar la validez de sus observaciones.
- 3.2.4 La curación de un homosexual descrita por Charles Socarides (1969) carece de todos los elementos de garantía de calidad exigibles.
- 3.2.5 Los autores del ensayo n = 1 de un caso de diabetes inestable (Moran y Fonagy, 1987) estiman la validez de sus conclusiones de forma restrictiva.
- 3.2.6 Con los términos «psychoanalysis» y «case report» se localizaron en PubMed 712 artículos publicados entre 1964 y 2010. En la tabla 1 se detallan los diagnósticos de los 25 casos clínicos. En 22 de estos casos se detalla el resultado terapéutico: «satisfactorio» en tres casos de trastorno de la personalidad, «curación» en tres casos de psicosis, «mejoría» en una paciente con esquizofrenia y en seis casos de neurosis; cuatro casos con diversos trastornos mejoraron con la administración adicional de psicofármacos, un caso de cáncer vaginal resultó curado mediante psicoanálisis (Calogeras, 1991) y en ocho pacientes se valoró el proceso de la neurosis de transferencia.

TABLA 1. Autor, año y diagnóstico de 25 casos registrados en PubMed

Pfeffer, 1959	homosexualidad	McGlashan, 1988	esquizofrenia
Pfeffer, 1959	depresión	Roth, 1990	somatización
Pfeffer, 1961	psicosis	Kobayashi, 1991	fibromiositis
Dolto, 1971	psicosis	Johnson, 1992	alcoholismo
Dewald, 1972	neurosis	Levander, 1993	esquizofrenia
Schlessinger, 1974	homosexualidad	Kernberg, 1999	impotencia
Oremland, 1974	angustia	Aisenstein, 2003	neurosis
Oremland, 1974	problemas de pareja	Lombardi, 2003	psicosis
Norman, 1976	problemas de pareja	Wright, 2006	shda
Hamilton, 1977	neurosis	Wright, 2006	shda
Freedman, 1983	neurosis	Chessik, 2007	psicosis
Calogeras, 1987	cáncer vaginal	Ginieri, 2008	neurosis
Wylie, 1987	depresión		

Comentario. Está admitido que los seis estudios de casos de Sigmund Freud, publicados entre 1905 y 1920, no fueron escritos con el propósito de demostrar la eficacia del psicoanálisis; de hecho, la finalidad de los estudios de casos consistió, en primer término, en definir el origen y la patogenia de los trastornos mentales y, secundariamente, en exponer los problemas de comunicación entre paciente y terapeuta. El nivel de certeza que proporciona los casos clínicos evaluados corresponde a un grado III (opiniones basadas en experiencias clínicas) y por lo tanto, «no resulta posible recomendar ni desaconsejar la intervención.»

Series de casos

Se localizaron en total de 19 series de casos, de cuya valoración se han excluido:

- los resultados de Kessel y Hyman (1933), dado que se encuentran incluidos en Hyman (1936),
- el informe de Fred P. Robbins (1965), en el que no se contabilizaron los casos considerados como fracasos,
- el Estudio de efectividad latinoamericano (Lancelle, 1996) y el Proyecto AHMOS (Szecsödy, 1997), por no disponerse de sus resultados, y
- el estudio de seguimiento de Ramonet (2004), efectuado en seis pacientes, que no proporcionó datos sobre los resultados del tratamiento.

Por lo tanto, se dispone de 14 series de casos valorables.

- 3.3.1 Isador Coriat (1917) constató 90% de curaciones o mejorías en una muestra de 93 pacientes afectos de diversos trastornos emocionales tratados entre uno y cuatro meses.
- 3.3.2 Otto Fenichel (1930): en 534 pacientes con trastornos emocionales, curación o mejoría en el 58,8% de los casos; duración media del tratamiento 15 meses; en 70 casos de trastornos psicóticos, curación o mejoría en el 18,6%.
- 3.3.4 Ernest Jones (1936): en 71 adultos tratados entre 1926 y 1936, resultado satisfactorio en 30 de 31 casos de histeria, en 17 de 17 casos de neurosis obsesiva y en 14 de 23 casos con diagnósticos misceláneos; en total, resultado positivo en 47 casos (66,2%).
- 3.3.5 Harold Hyman (1936): en 13 de 24 pacientes se constató cierto beneficio terapéutico (54,2%).
- 3.3.6 Harald Schjelderup (1955) observó en un grupo de 28 pacientes, mejoría clínica en 22 (78,6%) y fracaso en 6.
- 3.3.7 Henriette R. Klein (1960), en una encuesta en la que participaron 57 pacientes tratados más de 200 sesiones, comprobó resultado satisfactorio en 23 de 30 pacientes de los que dispuso de información suficiente (76,6%).
- 3.3.9 Fred Feldman (1968): valoración subjetiva de 99 casos de psicoanálisis tratados en promedio entre 300 y 400 horas; los analistas titulados valoraron el resultado terapéutico como bueno o muy bueno en 63 ocasiones (64,0%).

- 3.3.10 Jerome Sashin (1974): en 89 de 148 pacientes se observó reducción satisfactoria de la sintomatología (60,1%).
- 3.3.11 Joan Erle (1984): en un primer estudio, algún tipo de beneficio en el 80% de 40 procesos de carácter neurótico tratados durante más de cuatro años; en el segundo estudio, efectuado en 160 pacientes, algún tipo de beneficio en el 55% de ellos.
- 3.3.12 Judy Kantowitz (1987) efectuó un estudio de seguimiento en 17 pacientes que habían concluido un psicoanálisis entre 5 y 10 años antes: en 7 de ellos se mantuvo la mejoría del funcionamiento psicológico registrada al terminar el tratamiento.
- 3.3.13 Ruth Teufel (1984): a los cuatro años de la terminación del psicoanálisis se comprobó que 104 de 147 pacientes (71%) severamente discapacitados habían alcanzado entre el 45% y el 95% de sus objetivos terapéuticos.
- 3.3.14 Lester Luborsky (2001): en un grupo de 17 pacientes cuyo psicoanálisis había sido registrado mediante video se constató en 11 (64,7%) un resultado satisfactorio.
- 3.3.17 Joan Erle (2003): en el New York Psychoanalytic Institute se efectuaron dos estudios prospectivos en los que se determinó la analizabilidad de cada paciente antes de iniciar el tratamiento; en el primer estudio (n = 161) se alcanzó un resultado satisfactorio en 102 de 111 casos (91,9%) y en el segundo estudio (n = 92), en 55 de 56 pacientes analizables (98,2%).
- 3.3.18 Barbara Young (2007) obtuvo éxito terapéutico en el 81,8% de los casos tratados con psicoanálisis clásico (n = 22) y en el 92,3% de los tratados con psicoterapia analítica (n = 26) y concluyó que el valor de los métodos analíticos y de los métodos orientados al insight es evidente.

Comentario. Aunque 11 de estos 14 estudios pueden ser valorados como metodológicamente aceptables, las limitaciones de las series de casos en cuanto instrumentos válidos para definir la eficacia de una intervención terapéutica exigen establecer un «nivel de certeza» de grado III y concluir que «no resulta posible recomendar ni desaconsejar la intervención.» Aparte de ello, los siguientes resultados tienen un interés adicional:

- en estos estudios, en los que se incluyeron 1.093 pacientes, se obtuvieron resultados favorables en 672 pacientes (61,4%);
- en un estudio, en el que los pacientes habían sido tratados más de 200 horas (Klein, 1960), este resultado se incrementó hasta un 76,6%;
- en el estudio de Erle (2003), en el que se incluyeron sólo pacientes que previamente habían sido considerados como aptos para un psicoanálisis (n = 166), el porcentaje de resultados favorables llegó al 94,6%.

Estudios de cohortes

Se dispone de 17 estudios de cohortes, de los cuales se excluyen de esta valoración (a) el estudio acerca de la repercusión en la edad adulta del psicoanálisis en la niñez (capítulo 3.4.10) debido a que no se refiere de forma estricta al resultado terapéutico de dicha intervención, (b) los estudios de Peter Fonagy (capítulo 3.4.14), de Andrew Gerber (capítulo 3.4.15) y de Gherardo Amadei (capítulo 3.4.16) por no proporcionar resultados cuantitativos y (c) el estudio de Joan Teunis Barendregt (capítulo 3.4.3), en el que no fue posible demostrar que, en comparación con un grupo de pacientes no tratados, el psicoanálisis o la psicoterapia posean un efecto terapéutico beneficioso, pero que no se refirió estrictamente a sus resultados

- 3.4.1 Albert Ellis (1957) comparó en 172 pacientes los resultados obtenidos mediante la psicoterapia racional con los registrados tras psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica: mejoraron 70 de 78 tratados con la primera opción, 49 de 78 tratados con psicoterapia analítica y 8 de 16 tratados mediante psicoanálisis; la psicoterapia racional había sido desarrollada por el propio autor del estudio.

Valoración: 6

- 3.4.2 Samuel Orgel (1958): diez pacientes afectos de úlcera péptica fueron tratados mediante psicoanálisis durante periodos de tres a cinco años; en las entrevistas de seguimiento, efectuadas entre 11 y 22 años después, se comprobó que todos ellos habían permanecido libres de molestias gástricas. Un grupo de cinco pacientes que rechazaron o no completaron el psicoanálisis fueron entrevistados entre 10 y 23 años después de la primera entrevista: los trastornos gástricos habían persistido en todos ellos.
Valoración: +
- 3.4.4 Harry Weinstock (1962) trató 14 casos de colitis ulcerosa con psicoterapia y 14 con psicoanálisis; con ambos métodos, la frecuencia del tratamiento osciló entre 1 y 4 sesiones a la semana y la duración del mismo, entre un 1½ y 5 años; en el grupo de psicoterapia, 12 pacientes permanecieron totalmente libres de síntomas durante un período de 3 a 18 años, con una mediana de 10 años; en el de psicoanálisis, en 10 pacientes la remisión se prolongó entre 3 y 16 años, con una mediana de 8½ años.
Valoración: +
- 3.4.5 Gert Heilbrunn (1963): mediante terapia psicoanalítica de más de 300 horas de duración («psicoanálisis» en sentido estricto según la American Psychoanalytic Association), en 7 pacientes psicóticos y en 6 casos de personalidad psicopática ninguna mejoría y mejoría en 12 de 20 casos (60%) de trastorno de la personalidad.
Valoración: +
- 3.4.6 Otto Kernberg (1972): en el proyecto de la Menninger Foundation se constató mejoría en 13 de 22 pacientes (59,1%) tratados mediante psicoanálisis; la mayor parte de terapias psicoanalíticas fueron efectuadas por analistas en formación; en conjunto, los resultados tras psicoanálisis no se diferenciaron de los obtenidos mediante psicoterapia.
Valoración: **6**
- 3.4.7 Colleen Rand (1983): los psicoanalistas consideraron que el tratamiento había resultado satisfactorio en el 84% de los pacientes obesos (n = 84) y en el 91% de los pacientes no obesos (n = 63). Se considera que para apreciar la eficacia de una intervención es preciso comparar sus resultados con los obtenidos mediante otra alternativa terapéutica en otro grupo de pacientes afectos del mismo proceso patológico, en este caso obesidad.
Valoración: **6**
- 3.4.8 John J. Weber: en la primera muestra del estudio de Columbia Psychoanalytic Center (1967) mejoró el 68,5% de los pacientes tratados con psicoanálisis (n = 235) y el 66,6% de los tratados con psicoterapia (n = 234); en la segunda muestra (1985), mejoraron el 91,0% de los tratados con psicoanálisis (n = 36) y el 79% de los tratados mediante psicoterapia (n = 41). Los sesgos registrados en ambos estudios no permiten la extrapolación de sus resultados
Valoración: **6**
- 3.4.9 Gert Rudolf (1994): en el Estudio de Psicoterapias de Berlín se compararon 44 pacientes tratados con psicoanálisis y 220 tratados con psicoterapia ambulatoria o institucional; mejoraron el 95,4% de los primeros y el 66,4% de los segundos.
Valoración: +
- 3.4.11 Manfred von Rad (1998): en el Heidelberger Catamnesis Project, 36 pacientes fueron tratados con psicoanálisis (resultado favorable: 56,5%) y 33 con terapia psicoanalítica prolongada (resultado favorable: 30,0%); la diferencia no es estadísticamente significativa. Dos años después, resultado muy bueno o bueno en el 54,5% de los psicoanálisis y en el 55,0% de las psicoterapias.
Valoración: +
- 3.4.12 Rolf Sandell (2000): el estudio STOPP, en el que se incluyeron 331 personas tratadas mediante psicoanálisis y 74 tratadas mediante psicoterapia a largo plazo, es calificado en la *Open door review* (Asociación Psicoanalítica Internacional) como «fascinante» pero de «dudosa validez.»
Valoración: **6**

- 3.4.13 Marianne Leuzinger-Bohleber (2001): según los analistas, resultados «muy buenos» o «buenos» en el 59,9% de los psicoanálisis (n = 207) y en el 67,1% de las psicoterapias (n = 194).

Valoración: ó

- 3.4.17 Patricia Cogan (2005): comparación de un grupo de pacientes (n = 54) que habían iniciado un psicoanálisis con un grupo que lo había terminado; la Escala de Valoración Global de Funcionamiento (GAF) proporcionó al iniciar el tratamiento un índice igual a $59,81 \pm 19,79$ y al terminarlo, un índice de $86,96 \pm 8,38$; la diferencia es estadísticamente significativa.

Valoración: +

Comentario. Seis estudios han sido valorados como *óó*; en cuatro de ellos (Rand 1983, Ellis 1957, Sandell 2000 y Leuzinger-Bohleber 2001) no resulta posible descartar sesgos importantes; en otro (Kernberg 1972) no se constatan diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia prolongada y en el sexto (Weber 1967, 1985), el psicoanálisis proporciona resultados mucho más favorables que la psicoterapia prolongada (91% versus 79%). Otros cinco estudios han sido valorados como *õ+õ*:

- En los casos de psicosis y de esquizofrenia, según Heilbrunn (1963) el psicoanálisis es ineficaz, en cambio el porcentaje de resultados satisfactorios en caso de trastorno de la personalidad llega a un 60%.
- Coincidiendo con Weber, Rudolf (1994) observó un porcentaje de pacientes mejorados del 95,4% con psicoanálisis y del 66,4% con psicoterapia.
- Manfred von Rad (1998) encontró asimismo resultados similares: respectivamente, 54,5% para los psicoanálisis y 55,0% para las psicoterapias.
- Orgel (1958) en úlcera péptica y Weinstock (1962) en colitis ulcerosa informaron acerca de resultados del psicoanálisis claramente favorables: en comparación con un grupo de control no tratado o tratado con psicoterapia, los pacientes permanecieron libres de molestias durante periodos de hasta 20 años; estos resultados no han sido confirmados por ningún otro estudio.

En conjunto, en dos estudios no se encontraron diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia, en otros dos, el porcentaje de resultados satisfactorios es aproximadamente del 69% y en otros dos estudios este valor alcanza el 95%. Los favorables resultados en trastornos psicósomáticos abogan asimismo por la eficacia del psicoanálisis. El psicoanálisis se ha mostrado ineficaz en caso de esquizofrenia. Todo ello permite valorar el nivel de certeza como de grado II-2 («prueba proporcionada por estudios de cohortes bien diseñados, realizados en más de un centro») y concluir que «existen ciertas pruebas científicas que permiten recomendar la intervención».

Estudios experimentales

Se localizaron cinco artículos sobre estudios experimentales, uno de ellos se trata sólo de un proyecto de ensayo clínico que se ha resumido en el capítulo 7.5 (Christofer Perry, 2004), por lo que no se incluye en esta valoración.

- 3.5.1 Annemarie Dührssen (1986): comparación de tres grupos de 30 pacientes cada uno tratados con psicoanálisis, psicoterapia dinámica o psicoterapia analítica grupal, concluyendo que, en los pacientes tratados con terapia analítica, la resonancia social mejoró significativamente. La estructura del artículo es confusa y las conclusiones sobre el valor terapéutico de las intervenciones estudiadas no se encuentran relacionadas con las variables utilizadas para su valoración.

Valoración: ó

3.5.2 George Moran (1991): 11 pacientes diabéticos hospitalizados recibieron el tratamiento habitual más psicoanálisis y otro grupo de las mismas características, sólo el tratamiento habitual. En el primer grupo, evolución más favorable de la hemoglobina glucosilada y menor número de reingresos hospitalarios secundarios a descompensación diabética; ambas diferencias son estadísticamente significativas.

Valoración: +

3.5.3 Susan Vaughan (2000): 15 pacientes debían ser asignados a psicoanálisis y 15 a psicoterapia psicodinámica. Sólo 6 pacientes completaron un año de psicoanálisis y sólo 9 un año de psicoterapia. Los resultados de ambos grupos se valoraron conjuntamente, lo que no permitió conclusión alguna.

Valoración: 0

3.5.4 Dorothea Huber (2001): 42 pacientes completaron un año de tratamiento con psicoanálisis, terapia basada en la psicología profunda o terapia conductual; el reducido tamaño muestral no permitió una comparación válida entre dichas opciones terapéuticas.

Valoración: +

Comentario: Sólo un ensayo clínico demuestra la eficacia terapéutica del psicoanálisis, pero al tratarse de variables subrogadas (hemoglobina glucosilada, reingresos hospitalarios), el nivel de certeza que proporciona sólo permite concluir que «existen ciertas pruebas científicas que permiten recomendar la intervención»; en otro ensayo clínico no se encontraron diferencias entre psicoanálisis, terapia psicodinámica y terapia conductual.

Metodología

Entre 1917 y 2005 se publicaron 41 estudios sobre la eficacia del psicoanálisis, de los que 31 (14 series de casos, 13 estudios de cohortes y 4 ensayos clínicos) han sido considerados como valorables.

Número de pacientes. En ocho de los estudios revisados consta el número de pacientes con problemas psiquiátricos que habían solicitado tratamiento y el número que completaron un psicoanálisis (tabla 1). Según estas cifras, menos de la mitad de los pacientes que solicitaron tratamiento fueron considerados aptos para un psicoanálisis y de éstos, sólo una tercera parte completó el tratamiento.

TABLA 1. Número de consultas y de pacientes que completaron el psicoanálisis

<i>autor (año)</i>	<i>consultas</i>	<i>adecuados para psicoanálisis</i>		<i>tratamiento completado</i>	
Fenichel, 1930	1.955	1.838	(94,0%)	480	(26,1%)
Jones, 1936	738	488	(66,1%)	91	(18,6%)
Klein, 1960	500	288	(57,6%)	57	(19,8%)
Feldman, 1968	960	120	(12,5%)	86	(71,7%)
Weber 1, 1985a	1.348	588	(43,6%)	295	(50,2%)
Weber 2, 1985b	237	112	(47,3%)	36	(32,1%)
Rudolf, 1994	739	44	(6,0%)	42	(95,4%)
Sandell, 2000	756	74	(9,8%)	43	(58,1%)
	7.233	3.552	(49,1%)	1.130	(31,8%)

Tamaño muestral. En la tabla 2 se detalla el número de pacientes incluidos en 31 estudios valorables.

TABLA 2. Número de pacientes incluidos en los estudios valorables

<i>series de casos</i>	<i>n</i>	<i>estudios de cohortes</i>	<i>n</i>	<i>ensayos clínicos</i>	<i>n</i>
Coriat, 1917	93	Ellis, 1957	172	Dührssen, 1986	90
Fenichel, 1930	534	Orgel, 1958	15	Moran, 1991	22
Jones, 1936	71	Weinstock, 1962	28	Vaughan, 2000	15
Hyman, 1936	24	Heilbrunn, 1963	25	Huber, 2001	42
Schjelderup, 1955	28	Kernberg, 1972	42		
Klein, 1960	57	Rand, 1983	147		
Feldman, 1968	99	Weber, 1985	469		
Sashin, 1974	148	Rudolf, 1994	264		
Erle, 1984	160	von Rad, 1998	69		
Kantowitz, 1984	22	Sandell, 2000	405		
Teufel, 1988	147	Leuzinger, 2001	401		
Luborsky, 2001	17	Gerber, 2004	25		
Erle, 2003	253	Cogan, 2005	54		
Young, 2007	22				
<i>Total</i>	<i>1.675</i>	<i>total</i>	<i>2.227</i>	<i>total</i>	<i>169</i>

En estos estudios se incluyeron en total 4.121 pacientes, es decir, en promedio, 133 pacientes por estudio.

Diagnósticos. El número y los diagnósticos de los pacientes incluidos en los estudios retrospectivos se encuentran resumidos en las tablas 3, 4 y 5.

TABLA 3. Autor, año y diagnósticos de 14 series de casos

Coriat, 1917	histeria, neurosis compulsiva, alcoholismo, demencia precoz, paranoia
Fenichel, 1930	ansiedad, depresión, claustrofobia, neurosis
Jones, 1936	neurosis, histeria, neurosis obsesiva
Hyman, 1936	trastorno bipolar, esquizofrenia, homosexualidad, alcoholismo, depresión, fobias, frigidez, impotencia, trastornos somatoformes
Schjelderup, 1955	psiconeurosis
Klein, 1960	trastornos del comportamiento
Feldman, 1968	no detallados
Sashin, 1974	histeria, neurosis obsesivo-compulsiva, otros trastornos neuróticos
Erle, 1974	neurosis
Kantowitz, 1984	no detallados
Teufel, 1988	no detallados
Luborsky, 2001	no detallados
Erle, 2003	no detallados
Young, 2007	no detallados

TABLA 4. Autor, año y diagnósticos de 13 estudios de cohortes

Ellis, 1957	psiconeurosis, psicosis
Orgel, 1958	úlceras pépticas
Weinstock, 1962	colitis ulcerosa
Heilbrunn, 1963	psicosis, personalidad sociopática, psiconeurosis, trastornos de la personalidad
Kernberg, 1972	abuso de sustancias y de alcohol, psicopatología límite
Rand, 1983	obesidad
Weber, 1985	depresión, estados de ansiedad, neurosis obsesivo-compulsiva, fobias, histeria, neurosis de conversión
Rudolf, 1994	psiconeurosis y trastornos de la personalidad, psicósomáticos y somatopsíquicos
von Rad, 1998	no detallados
Sandell, 2000	no detallados
Leuzinger, 2001	no detallados
Gerber, 2004	no detallados
Cogan, 2005	trastornos de la personalidad

TABLA 5. Autor, año y diagnósticos de cuatro ensayos clínicos

Dührssen, 1986	no detallados
Moran, 1991	diabetes
Vaughan, 2000	no detallados
Huber, 2001	no detallados

No se dispone de información acerca del número de pacientes según los diferentes diagnósticos estudiados, pero el mencionado con mayor frecuencia es la neurosis o psiconeurosis (7 estudios), seguido de los trastornos de la personalidad (5 estudios); la depresión sólo se menciona en 3 estudios.

Criterios de inclusión. Los criterios de inclusión de los pacientes varían considerablemente. Así, por ejemplo:

- Coriat (1917) estudió pacientes en los que habían fracasado otros métodos;
- Hyman (1936) distinguió los resultados según fueran casos graves o leves;
- Orgel (1958) y Weinstock (1962) trataron pacientes afectados de úlcera péptica o colitis ulcerosa;
- en 1963, Heilbrunn introdujo la clasificación de la American Psychiatric Association como criterio de admisión;
- Cogan (2005) incluyó en su estudio casos diagnosticados como trastorno de la personalidad.

Duración del tratamiento. La duración del tratamiento se especificó claramente en 16 estudios (tabla 6).

TABLA 6. Duración del psicoanálisis según los estudios en los que consta este dato

<i>series de casos</i>			
Feldman, 1968	8 meses a 4 años	Fenichel, 1930	15½ meses
Erle, 1984	hasta 17 años	Jones, 1936	19 meses
Kantrowitz, 1987	4½ años	Schjelderup, 1955	1 a 5 años
Erle, 2003	> 4 años	Klein, 1960	> 10 meses
Coriat, 1917	1-6 meses		
<i>estudios de cohortes</i>			
Orgel, 1958	3 a 5 años	Rudolf, 1994	10-30 meses
Weinstock, 1962	entre 1½ y 5 años	Sandell, 2000	4½ años
Heilbrunn, 1963	5½ años	Leuzinger, 2001	> 12 meses
Kernberg, 1972	33 meses	Gerber, 2004	1 a 8 años
Rand, 1983	2 años		
<i>ensayos clínicos</i>			
Moran, 1991	de 5 a 28 semanas	Vaughan, 2000	12 meses

El tratamiento más breve fue de un mes (Coriat, 1917) y el más prolongado, de 5½ años (Heilbrunn, 1963). Entre 1917 y 1941 (Coriat, Fenichel, Jones, Knight, Schjelderup), la duración de un psicoanálisis no excedía generalmente de 2 años, en tanto que a partir de 1955, los tratamientos llegan a cinco años y en ocasiones los superan.

Variables. Las variables utilizadas para la valoración de los resultados terapéuticos se encuentran resumidas en la tabla 7.

En resumen, la valoración terapéutica se basó en 14 estudios en la opinión del psicoanalista, y en otros 13 se utilizaron escalas psicológicas; los estudios sobre la eficacia del psicoanálisis en el tratamiento de la úlcera péptica y de la colitis ulcerosa aplicaron, como es lógico, una valoración sintomática.

TABLA 7. Variables utilizadas para la evaluación de los resultados terapéuticos

<i>variables</i>	<i>autor (año)</i>		
opinión del psicoanalista	Coriat, 1917	Ellis, 1957	Weber, 1985
	Fenichel, 1930	Heilbrunn, 1963	Teufel, 1988
	Jones, 1936	Feldman, 1968	Leuzinger, 2001
	Hyman, 1936	Kernberg, 1972	Erle, 2003
	Schjelderup, 1955	Erle, 1979	
tests psicológicos	Klein, 1960	von Rad, 1998	Huber, 2001
	Sashin, 1974	Freedman, 1999	Gerber, 2004
	Dührssen, 1986	Sandell, 2000	Cogan, 2005
	Kantrowitz, 1987	Luborsky, 2001	Vaughan, 2000
	Rudolf, 1994		
sintomatología	Orgel, 1958	Rand, 1983	
	Weinstock, 1962	Moran, 1991	

Escalas psicológicas. En 14 estudios se aplicaron 26 escalas psicométricas diferentes; la utilizada con mayor frecuencia fue la Symptom Checklist-90 (5 estudios); el resto de las escalas se aplicaron en sólo un estudio o, como máximo, en dos estudios. En la tabla 8 se detallan los estudios en los que se utilizó una o dos escalas psicológicas para definir los criterios de inclusión y los criterios de eficacia, y en la tabla 9, los estudios en los que, con los mismos objetivos, se utilizaron múltiples escalas.

TABLA 8. Escalas psicológicas: estudios que utilizaron una o dos escalas

<i>autor (año)</i>	<i>escalas psicológicas</i>
Klein, 1960	cuestionarios de autoevaluación
Dührssen, 1986	suma de riesgos y un índice de riesgos
Kantrowitz, 1987	Escala de Wechsler-Bellevue, T.A.T., Test de Rorschach
Rudolf, 1994	Psychischer und Sozial-Kommunikativer Befund (PSKB)
von Rad, 1998	Goal Attainment Scaling
Freedman, 1999	Cuestionario de Seligman
Luborsky, 2001	Health Sickness Rating Scale, Global Assessment of Functioning
Cogan, 2005	Shedler-Westen Assessment Procedure-200

TABLA 9. Escalas psicológicas: estudios que utilizaron múltiples escalas psicológicas

<i>autor (año)</i>	<i>escalas psicológicas</i>
Sandell, 2000	Well-Being Questionnaire, SCL 90, Sentido de Coherencia de Antonovsky, Escala de Ajuste Social (Weissman y Bothwell).
Huber, 2001	Lista de Comprobación de Síntomas (Symptom Checklist), Escala de Depresión de Beck, Inventario de Problemas Interpersonales, Cuestionario de introyección, Cuestionario de estrategias de solución de conflictos, Inventario de Personalidad de Friburgo, Cuestionario sobre satisfacción vital, Documentación básica, Cuestionario de protección social, Cuestionario de la alianza terapéutica, Cuestionario de modificaciones de vivencias y comportamientos.
Gerber, 2004	Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia, Structured Clinical Interview, Diagnostic Interview for Borderlines, Cuestionario de Depresión de Beck, State-trait Anxiety Inventory, Escala de Adaptación Social, General Psychiatric Symptomatology, Adult Attachment Interview.
Vaughan, 2000	Basic demographic data, Structured Clinical Interview for DSM-II-R Axis I, Symptom Checklist 90, Beck Depression Inventory, Spielberger State-trait Anxiety Inventory, Golumbach Rust inventory of sexual satisfaction, Structured Clinical Interview (DSM-III-R), Neuroticism, extraversion and openness self-report questionnaire, Social adjustment scale, Psychological mindedness scale, Locus of control of behaviour, Structural Analysis of Social Behaviour, Inventory of interpersonal problems, California Psychotherapy Alliance Scale.

Resultados

Los casos clínicos de Sigmund Freud y la revisión efectuada en PubMed proporcionan un nivel de certeza de grado III: «no resulta posible recomendar ni desaconsejar la intervención». En contraposición, 14 series de casos han permitido concluir que «existen pruebas científicas que permiten recomendar la intervención»; esta conclusión queda reforzada con la valoración de 13 estudios de cohortes; sólo un ensayo clínico ha proporcionado resultados favorables, pero al tratarse de una variable subrogada es preciso limitar la significación del mismo. Por lo tanto, la conclusión de que «existen pruebas científicas que permiten recomendar la intervención» parece completamente aceptable.

Respecto a los aspectos metodológicos de los estudios revisados, se debe mencionar en primer lugar que el reducido número de pacientes que pueden acceder a un tratamiento psicoanalítico y el elevado número de abandonos son aspectos importantes desde un punto de vista sociosanitario, pero no deberían ser tomados en consideración cuando de lo que se trata es de definir el valor terapéutico de esta intervención.

El tamaño muestral medio de los estudios valorados (140 pacientes por estudio) debería ser suficiente para alcanzar resultados estadísticamente consistentes, pero el hecho de que en sólo siete de dichos estudios se incluyeran 2.641 pacientes (media: 377 pacientes por estudio) implica rechazar esta suposición: en los 24 estudios restantes el tamaño muestral es mucho más reducido.

Respecto a los criterios de inclusión, en 1963 Heilbrunn introdujo en estos estudios la clasificación de la American Psychiatric Association y en 2002 Fonagy utilizó una compleja batería de pruebas psicológicas para establecer el diagnóstico de trastorno de la personalidad, pero, en la mayor parte de estudios, la inclusión de los pacientes en un estudio de eficacia terapéutica depende de la subjetividad del psicoanalista.

En 14 de los 31 estudios valorados no constan los diagnósticos de los pacientes incluidos en los mismos; en otros estudios se incluyen pacientes con diagnósticos muy diversos (trastorno bipolar, esquizofrenia, homosexualidad e impotencia, por ejemplo): un trastorno de la personalidad puede exigir un abordaje terapéutico muy diferente al de un síndrome depresivo.

La misma reflexión es válida en cuanto a la duración del tratamiento: no consta en 10 de los mencionados estudios; es de suponer que, especialmente en el caso del psicoanálisis, el resultado terapéutico se halla estrechamente relacionado con la duración del tratamiento.

En 14 estudios, el resultado terapéutico fue definido de acuerdo con la opinión del analista, que sin duda alguna es el principal responsable de dicho resultado: el sesgo incluido en estas valoraciones es evidente. Por otra parte, la utilización de tests psicológicos es heterogénea (relaciones interpersonales, funcionalidad y autoestima, objetivos alcanzados, nivel de bienestar, capacidad de rendimiento) y parece depender sólo de la opinión del investigador... en algún caso, el exceso de estas pruebas puede ser el factor que explica el fracaso del proyecto de investigación clínica. Por otra parte, excepto para la Symptom Checklist (SCL-90), no se dispone de estudios que permitan confrontar los resultados obtenidos con dichas variables.

A pesar de las mencionadas deficiencias, de acuerdo con los resultados de los 31 estudios valorados puede concluirse que:

- a) el psicoanálisis es una alternativa terapéutica que puede recomendarse para el tratamiento de un determinado número de trastornos mentales (trastornos de la personalidad, síndromes de ansiedad y de depresión, fobias, neurosis obsesivo-compulsiva);
- b) sólo una tercera parte de los pacientes afectados de los mencionados trastornos resultan adecuados para el tratamiento psicoanalítico y sólo la mitad de ellos llega a completarlo;
- c) el tratamiento psicoanalítico puede determinar mejoría clínica en aproximadamente el 60% de los pacientes que completan el tratamiento;
- d) no existen datos que permitan suponer la superioridad del psicoanálisis respecto a la terapia psicoanalítica prolongada; y
- e) que el psicoanálisis no se encuentra indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

El esfuerzo personal implicado en un psicoanálisis, tanto por parte del paciente como del terapeuta, limita de forma considerable el valor de los mencionados resultados.

Referencias

- o Alexander F. *Five year report of the Chicago Institute of Psychoanalysis, 1932-1937*, 1954
- o Aisenstein M. Does the cure come as a byproduct of psychoanalytic treatment? *Psychoanal Q* 2003;72:263-74
- o Amadei G, Landoni G. Measuring clinical assessments with an empirical instrument: A pilot study by the Milanese Psychoanalysis Centre.
<http://www.ipa.org.uk/research/amadei.asp>
- o Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39:871-916
- o Barendregt JT, Bastiaans J, Vermeul-van Mullen AW. A psychological study of the effect of psychoanalysis and psychotherapy. En: J.T. Barendregt (editor). *Research in psychodiagnostics*. La Haya: Mouton, 1961
- o Calogeras RC, Berti LA. Psychoanalysis and cancer. A case report and a hypothesis. *Psyche* 1991;45:228-64
- o Chessick RD. Long-term psychoanalytic therapy as a life-saving procedure. *Am J Psychoanal* 2007;67:334-58
- o Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin M. *Psychotherapie: trois approches évaluées*. París: Les Editions INSERM, 2004
- o Cogan R, Porcerelli JH. Clinical reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychol Psychother* 2005;78:235-48
- o Coriat I. Some statistical results of the psychoanalytical treatment of the psychoneuroses. *Psychoanal Rev* 1917;4:209-16
- o Crombie IK. *The pocket guide to critical appraisal*. Londres: BMJ Publishing Group, 1998
- o Dewald PA. *The psychoanalytic process. A case illustration*. Nueva York: Basic Books, 1972
- o Dührssen A, Jorswieck E. An empirical-statistical investigation into the efficacy of psychoanalytic therapy. *Nervenarzt* 1965;36:166-9
- o Ellis A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *J Clin Psychol* 1957;13:344-50
- o Erle JB. An approach to the study of analyzability and the analysis: The course of forty consecutive cases selected for supervised analysis. *Psychoanal Quart* 1979;48:198-228
- o Erle JB, Goldberg DA. Observations on assessment of analyzability by experienced analysts. *J Am Psychoanalytic Ass* 1984;32:715-37
- o Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *J Consult Psychol* 1952;16:319-24
- o Eysenck HJ. *Decadencia y caída del imperio freudiano*. Edición original: 1985.
http://www.laeditorialvirtual.com.ar/Pages/Eysenck/EysenkFreud_08.htm
- o Fava E, Ferrari A, Masserini C, Camarda P, Cossa M, Freni S. Esiti e predittori di esiti nelle psicoterapie psicoanaliticamente orientate: uno studio di efficacia reale in un contesto tipico di trattamento. *Ricerca in Psicoterapia* 2002; 5:153-185
- o Feldman F. Results of psychoanalysis in clinic case assignments. *J Am Psychoanal Ass* 1968;16:274-300
- o Fenichel O. *Ten years of the Berlin Psychoanalytic Institute*. Viena: International Psychoanalytic Publishers, 1930
- o Fisher S, Greenberg RP. *Freud scientifically reappraised. Testing the theory and therapy*. Nueva York: Wiley, 1996
- o Fonagy P, Gerber A, Higgitt AS, Bateman A. The comparison of intensive (5 times weekly) and non-intensive (once weekly) treatment of young adults (in preparation). En: P. Fonagy (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2.^a edición. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002
- o Fonagy P (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2.^a edición revisada. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002
- o Freedman N, Hoffenberg JD, Vorus N, Frosh A. The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *J Am Psychoanal Assoc* 1999;47:741-72
- o Freud S. Análisis de la fobia de un niño de cinco años. (1909). *Obras completas*. Volumen 10. Buenos Aires: Amorrortu
- o Freud S. Análisis de un caso de neurosis obsesiva. *Obras completas II*. Barcelona: RBA, 2006

- o Freud S. Análisis fragmentario de una histeria. *Obras completas II*. Barcelona: RBA, 2006
- o Freud S. De la historia de una neurosis infantil. (1918). *Obras completas*. Volumen 17. Buenos Aires: Amorrortu
- o Freud S. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. (1911). *Obras completas*. Volumen 7. Buenos Aires: Amorrortu
- o Freud S. The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman. En: *Case histories II*. Harmondsworth: Pelikan, 1984
- o Galatzer-Levy R, Bachrach H, Skolnikoff A, Waldron S. *Does psychoanalysis work?* New Haven: Yale University Press, 2000
- o Gerber AJ, Fonagy P, Bateman A, Higgitt A. Structural and symptomatic change in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy of young adults: A quantitative study of process and outcome. *J Am Psychoanal Ass* 2004; 52:1235-6
- o Gibbs PL. The primacy of psychoanalytic intervention in recovery from the psychosis and schizophrenias. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiat* 2007;35:287-312
- o Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (short GRADE) Working Group, 2005: <http://www.gradeworkinggroup.org>
- o Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*: Göttingen, Hogrefe, 1994
- o Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Alonso J. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)* 2006;126:455-51
- o Heilbrunn G. Results with psychoanalytic therapy: Report of 241 cases. *Am J Psychotherapy* 1963;20:89-99
- o Heuft G, Seibüchle-Engeç H, Taschke M, Senf W. Langzeitoutcome ambulanter psychoanalytischer Psychotherapien und Psychoanalysen: eine textinhaltanalytische Untersuchung von 53 Katamneseinterviews. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für Klinische Theorie und Praxis* 1996;12:342-55
- o Hyman HT. The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure. *JAMA* 1936;107:326-9
- o IPA Research Database. http://www.ipa.org.uk/research/research_toc.asp
- o Jones E. Report of the clinic work. *The life and work of Sigmund Freud*. Nueva York: Basic Books, 1953-7
- o Jung SI, Mezacaza Fillippon AP, Tiellet Nunes ML, Eizirik C. História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. *Rev Psiquiatr Rio Gde Sul* 2006;28:298-312
- o Kächele H. Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Jahrbuch der Psychoanalyse* 1981;12:118-78
- o Kantrowitz J, Katz A, Paolitto F. Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination: III. The relation between the resolution of the transference and the patient-analyst match. *J Am Psychoanal Assoc* 1990;38:655-78
- o Keller W, Westhoff G, Dilg R, Rohner R, Studt HH und die Arbeitsgruppe empirische Psychotherapieforschung in der analytische Psychologie. Wirksamkeit und Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen bei Langzeitanalysen: Ergebnisse einer empirischen Follow-up Studie zur Effectivität der (Jungianischen) Psychoanalyse und Psychotherapie. *Analytische Psychologie* 2001;32:202-29
- o Kernberg OF, Burstein ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H. Psychotherapy and psychoanalysis. *Bull Menninger Clinic* 1972;36:1-178
- o Kessel L, Hyman HT. The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure. *J Am Psychoanal Ass* 1933;101:1612-5
- o Knight RP. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiat* 1941;98:434-46
- o Klein H. A study of changes occurring in patients during and after psychoanalytic treatment. En: P.H. Hoch, J. Zubin (editores). *Current approaches to psychoanalysis*. Nueva York: Grune & Straton, 1960
- o Lamb WK. A meta-analysis of outcome studies in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2005;66:117
- o Lancelle G, Bernardi R, Epstein R. *Planning a long-term psychotherapy research study. Experience from the pilot phase of the Latin American Multicenter Study*. Stuttgart: Stuttgart Kolleg. Forschungsstelle für Psychotherapie, 1996

- o Leichsenring F. Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. *Z Psychosom Med Psychother* 2007;53:87-110
- o Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel ME. Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese studie. *Psyche* 2001;55:193-276
- o Levander S, Cullberg J. Sandra: Successful psychotherapeutic work with a schizophrenic woman. *Psychiatry* 1993;56:284-93
- o Luborsky L, Spence DP. Quantitative research on psychoanalytic therapy. En: LS Garfield, A.E. Bergin (editores). *Handbook of psychotherapy and behavioral change: An empirical analysis*. Nueva York: Wiley, 1978
- o Mayer C (directora). *Le livre noir de la psychanalyse*. Paris: Les Arènes, 2005
- o McGlashan T, Nayfack B. Psychotherapeutic models and the treatment of schizophrenia: The records of three successive psychotherapists with one patient at Chesnut Lodge for 18 years. *Psychiatry* 1988;51:340-62
- o Moran GS, Fonagy P, Kurtzon A, Bolton A, Brook C. A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiat* 1991;30:926-35
- o Nacht S. Sur deux cas de traitement psychoanalytique suivi de guérisons rapides. *Revue Francaise de Psychoanalyse* 1932;5:441-4
- o National Institute for Health and Clinical Excellence. *The guidelines manual 2009*. <http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual>
- o National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Guideline Development Methods - Chapter 11. Creating guideline recommendations*. Londres: NICE, 2008: <http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual>
- o Norman HF, Blacker KH, Oremland JD, Barret WG. The fate of the transference neurosis after termination of a satisfactory analysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1976;24:471-98
- o O'Connor JF, Daniels G, Karush A, Moses L, Flood C, Stern O. The effects of psychotherapy on the course of ulcerative colitis: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1964;20:738-42
- o Oremland JD, Blaker KH, Norman HF. Incompleteness in "successful" psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1975;23:819-44
- o Orgel SZ. Effect of psychoanalysis on the course of peptic ulcer. *Psychosomatic Medicine* 1958;20:117-23
- o Pfeffer AZ. A procedure for evaluating the results of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1959;7:418-44
- o Pfeffer AZ. Follow-study of a satisfactory analysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1961;9:698-718
- o Ramonet Rascón S, López Garza D, Cuevas P, Lartigue T, Mendoza J, de León R. Resultados del estudio piloto del estudio de seguimiento sobre los efectos a largo plazo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica en pacientes mexicanos. Comunicación presentada en la Reunión Anual de la APM, Querétaro, México, Mayo 2004
- o Rand CSW, Stunkard AJ. Psychoanalysis and obesity: Treatment and four-year follow-up. *Am J Psychiatry* 1983;140:1140-4
- o Rawlins M. Harveian Oration. *De testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions*. *Lancet* 2008; 372: 2152661
- o Renik O. *Practical psychoanalysis for therapists and for patients*. Nueva York: Other Press, 2006, citado por Silverman MA. Psychoanalytic ethics and psychoanalytic competence: Lessons from the biographies of Masud Khan. *Psychoanal Q* 2007;76:1019-26
- o Robbins FP. *Results of first control case assignments*. Report to the Committee on Membership of the American Psychoanalytic Association. December, 1965
- o Rudolf G, Manz R, Öri C. Ergebnisse der psychoanalytischen Therapien. *Zsch Psychosom Med* 1994;40:25-40
- o Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Rand H. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings of the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 2000;81:921-43
- o Sashin J, Eldred S, Van Amerongen ST. A search for predictive factors in institute supervised cases: A retrospective study of 183 cases from 1959-1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. *Int J Psychoanal* 1975;56:343-59
- o Schjelderup H. Lasting effects of psychoanalytic treatment. *Psychiatry* 1955;18:103-33
- o Schlessinger N, Robbins FP. The psychoanalytic process: Recurrent patterns of conflict and changes in ego functions. *J Am Psychoanal Assoc* 1974;22:542-67

- o Schlessinger N, Robbins FP. Assessment and follow-up in psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1975;23:761-82
- o Singh S, Loke YK, Furberg CD. Thiazolidinediones and heart failure: A teleanalysis. *Diabetes Care*, published online May 29, 2007
- o Socarides CW. Psychoanalytic therapy of a male homosexual. *Psychoanal Quarterly* 1969;38:173-90
- o Target M, Fonagy P. The long-term follow-up of child psychoanalysis. *Vulnerable Child Symposium*. Toronto, mayo 1998
- o Teufel R, Volk W. Erfolg und Indikation stationärer psychotherapeutischer Langzeittherapie. En: W. Ehlers, H.C. Traue, D. Czogalik (editores). *Bio-psycho-soziale Grundlagen für die Medizin*. Berlin: Springer, 1988
- o Varvin S. The Oslo II Study. En: P. Fonagy (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002
- o Vaughan SC, Marshall RD, Mackinnon RA, Vaughan R, Mellman L, Roose SP. Can we do psychoanalytical outcome research? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000;81:513-27
- o Wald NJ, Morris JK. Teleanalysis: combining data from different types of study. *BMJ* 2003;327:616618
- o Weber JJ, Ellinson J, Moss LM. Psychoanalysis and change: A study of psychoanalytic clinic records utilizing electronic data-processing techniques. *Arch Gen Psychiatry* 1967;17:687-709
- o Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). *Int Rev Psycho-Anal* 1985b;12:251-62
- o Weinstock HI. Successful treatment of ulcerative colitis by psychoanalysts: A survey of 28 cases, with follow-up. *J Psychosom Research* 1962;6:243-9
- o Wright JL. Psychoanalysis in conjunction with medication: A clinical research opportunity. *J Am Psychoanal Assoc* 2006;54:833-55
- o Wylie HW, Wylie ML. An effect of pharmacotherapy on the psychoanalytic process: Case report of a modified analysis. *Am J Psychiatry* 1987;144:489-92
- o Young B. The efficacy of psychoanalysis and the analytic therapies: Reflections of a psychoanalyst and her former patients. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiat* 2007;35:313-34

4. LA TERAPIA PSICOANALÍTICA PROLONGADA

Merton Gill definió en 1954 el psicoanálisis como la facilitación del desarrollo de una neurosis de transferencia regresiva y su resolución por medio de la interpretación, llevada a cabo por un psicoanalista desde una posición de neutralidad técnica.¹ El objetivo del psicoanálisis es el cambio estructural, la integración en el Yo consciente del conflicto inconsciente, reprimido o disociado. Constituye el tratamiento de elección para pacientes con una organización neurótica de la personalidad; se considera que es, asimismo, la mejor opción si la gravedad del caso es suficiente como para asegurar el cumplimiento del tratamiento.

A partir del psicoanálisis se ha desarrollado un amplio espectro de psicoterapias que en ocasiones parecen competir con las teorías y técnicas que se enseñan en los institutos de psicoanálisis. En este sentido, Otto Kernberg diferenció de forma estricta entre el psicoanálisis clásico, la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia de apoyo basada psicoanalíticamente,¹⁷ mientras que Sándor Ferenczi y Otto Rank ya distinguieron claramente en 1924 los objetivos del psicoanálisis y los de las psicoterapias psicoanalíticas:²

No se trata sólo de hacer desaparecer los síntomas, lo que por otra parte cualquier otro método sugestivo puede conseguir sin dificultades, sino de impedir su retorno, de aumentar la capacidad de resistencia del Ego.

En 1960 se calculó que se disponía de 60 procedimientos psicoterapéuticos,³ en 1976 y 1980 esta cifra se incrementó respectivamente a 130 y 250,^{4,5} y en 1986 Alan Kazdin estimó que hasta aquel momento se habían desarrollado unos 400 métodos psicoterapéuticos.⁶ Estas cifras exceden con seguridad el número de terapias aplicadas de forma habitual en el tratamiento de los trastornos mentales. En *The benefits of psychotherapy* se utilizó un sistema de categorías que distingue 16 diferentes intervenciones psicoterapéuticas, al parecer las utilizadas con mayor frecuencia.⁷ Entre estas intervenciones cabe citar las terapias psicodinámicas, desarrolladas por Sigmund Freud y sus seguidores, la terapia adleriana (Alfred Adler, 1920)⁸, la terapia *Gestalt* propuesta por Fritz Perls, Laura Perls y Paul Goodman en las décadas de 1940 y 1950,⁹ la psicoterapia centrada en el cliente (Carl Rogers, 1951),¹⁰ las terapias del comportamiento (Burrhus Skinner, 1957),¹¹ el análisis transaccional (Eric Berne, 1961),¹² la psicoterapia racional emotiva de Albert Ellis (1962),¹³ la desensibilización sistemática de Joseph Wolpe (1974),¹⁴ y la terapia cognitivo-conductual de Donald Meichelbaum (1977).¹⁵

Todos estos datos ponen de manifiesto que tal vez sea posible hablar genéricamente de «las psicoterapias» pero, dadas las diferencias epistemológicas existentes, es difícil equiparar los resultados terapéuticos obtenidos con un determinado procedimiento con los obtenidos con otros procedimientos. En otras palabras: hablar de los resultados terapéuticos de las psicoterapias en su conjunto resulta tan impreciso como hablar de los resultados del tratamiento antihipertensor, que incluye desde el alcaloide de la *Rauwolfia serpentina* hasta los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Por motivos históricos y por la amplia difusión que ha alcanzado resulta adecuado centrar la atención en la primera de estas alternativas terapéuticas: la «terapia psicodinámica.»

El término «psicodinámico» se originó con la publicación en 1874 de las *Lecciones sobre fisiología* de Ernst von Brücke (1819-1892), para quien todos los organismos son sistemas energéticos que siguen las leyes de la termodinámica, en particular la de la conservación de la

energía.¹⁶ Ernst von Brücke fue profesor de Sigmund Freud y de Josef Breuer, quienes en 1895 publicaron los *Estudios sobre la histeria*, la obra inaugural de la teoría psicoanalítica, en la que las propuestas de su maestro resultan evidentes.¹⁷

Las terapias psicodinámicas incluyen conceptos como motivación inconsciente, relación de transferencia, mecanismos de defensa, elementos estructurales de la personalidad (ello, yo, superyó), desarrollo del yo y análisis. Los tratamientos de este tipo tienden a ser prolongados, de carácter verbal, emocionalmente evocativos y de contenido biográfico. El psicoanálisis constituye el paradigma de la terapia psicodinámica, pero su elevado coste, tanto personal como económico, y el hecho de que los análisis muy prolongados, que llegaban a la clarificación del complejo de Edipo, no tenían mucho más éxito que las intervenciones más breves en cuanto a resultados clínicos tangibles, indujeron a desarrollar nuevas técnicas, en las que adicionalmente se dieron más alternativas a la relativa pasividad del analista.

La terapia psicodinámica, ha recibido también los nombres de terapia psicoanalítica, psicoterapia exploratoria o psicoterapia descubridora. Dado que se funda tanto en su estructura conceptual y teórica como en su metodología en el cuerpo de la doctrina psicoanalítica, la denominación «psicoanalítica» parece más adecuada.

De acuerdo con Joan Coderch, la terapia psicoanalítica:¹⁸

...tiene su propio campo de acción, su técnica específica y sus objetivos propios, y que estos últimos, si bien no tan amplios y ambiciosos como los que se pueden alcanzar en un tratamiento psicoanalítico, poseen unas características que le son peculiares, logran modificaciones significativas en la estructura psíquica y en la conducta, admiten cierto grado de validación y no deben ser confundidos con los efectos de la simple y pura sugestión.

Por lo tanto, la terapia psicoanalítica está indicada en aquellos casos en los que la falta de tiempo o de medios por parte del paciente, la falta de psicoanalistas disponibles, la urgencia de la situación o la carencia de adecuada motivación por parte del paciente, hacen que un psicoanálisis no sea posible, aun cuando ésta fuera la opción preferible.

La búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica destinada a estimar el valor de la terapia psicoanalítica prolongada se efectuó con un procedimiento semejante al descrito para la valoración de la eficacia del psicoanálisis (capítulo 3) y proporcionó en primer lugar 8 revisiones de conjunto (la última publicada en 2011) y 6 metaanálisis. Aparte de ello, 65 estudios específicos: 6 encuestas, 19 series de casos, 21 estudios de cohortes, 2 estudios de evaluación económica y 17 ensayos clínicos. La primera de estas publicaciones data de 1958 y la última de 2010. Resulta interesante constatar el progresivo incremento del número de publicaciones, que pasa de 36 entre 1958 y 2000 (es decir, una publicación cada 17 meses), a 28 entre 2001 y 2010 (que equivale a una publicación cada cuatro meses); este simple cálculo demuestra el creciente interés en la valoración de la eficacia de esta intervención terapéutica.

Referencias

1. Gill MM. Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J Am Psychoanal Ass* 1954;2:771-97
2. Ferenczi S, Rank O. *Entwicklungsziele der Psychoanalyse: zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis*. Viena: Intern. Psychoanalyt. Verlag, 1924. Citado en: Talarn A. *Sándor Ferenczi: el mejor discípulo de Freud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2003
3. Garfield S, Bergin A, Dahlstrom M, Welsh G. (eds). *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 2ª edición. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1960
4. Parloff MB, Wolfe B, Hadley S, Waskow IE. *Assessment of psychosocial treatment of mental health disorders: Current status and prospects*. Report to the National Academy of Sciences, Institute of Medicine, Washington D.C., 1978
5. Herink R. *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to psychotherapy and behavior change*. 3ª edición. Nueva York: Wiley, 1980

6. Kazdin AE Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:95-105
7. Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1980
8. Adler A. *Praxis und Theorie der Individual Psychologie*. Munich: Verlag von JF Bergmann, 1920
9. Perls F, Hefferline R, Goodman P. *Gestalt Therapy: Excitement and growth in the human personality*. Nueva York: Julian, 1951
10. Rogers C. *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Londres: Constable, 1951
11. Skinner BF. *Verbal behavior*. Acton, Massachusetts: Copley Publishing Group, 1957
12. Berne E. *Juegos en que participamos: Sicología de las relaciones humanas*. México: Editorial Diana, 1974
13. Ellis A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *J Clin Psychol* 1957;13:344-50
14. Wolpe J. *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1981
15. Meichenbaum D. *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press, 1977
16. Brücke EW von. *Vorlesungen über Physiologie*. Viena: Wilhelm Braumüller, 1874
17. Freud S, Breuer J. *Studien über Hysterie*. Leipzig: Franz Deuticke, 1895
18. Coderch J. *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder, 1987

4.1

REVISIONES DE CONJUNTO

En 1803, Thomas Percival afirmó que cuando un médico desea probar nuevos remedios o tratamientos quirúrgicos, antes de hacerlo debe consultar a otros compañeros sobre el caso en cuestión.¹ Esta actitud ha persistido de hecho hasta nuestros días: se aconseja que en la introducción de un artículo científico se resuma de forma breve los estudios previos que definen el problema, es decir, recabar la experiencia clínica disponible.²

No hay duda de que la única forma de tomar decisiones terapéuticas correctas es recurrir a las publicaciones sobre la eficacia o la eficiencia de las intervenciones que se pretende utilizar, pero no se debe olvidar que hay muchos estudios de baja calidad cuyas conclusiones deben ser desechadas y que existen estudios que contienen información de valor mezclada con conclusiones sin valor alguno. Cuando se trata de procedimientos terapéuticos acerca de cuya eficacia se dispone únicamente de un número limitado de valoraciones científicas, una revisión bien realizada permite evaluar el alcance del problema y ponderar la conveniencia de proponer o no nuevos programas de investigación.

Se ha afirmado que en una revisión, las búsquedas computarizadas son esenciales, pero en ocasiones no son suficientes, lo que obliga a efectuar búsquedas manuales en las publicaciones relacionadas con el tópico estudiado. La calidad de los estudios incluidos en la revisión se debe evaluar preferiblemente mediante listas de comprobación, pero ello no siempre es viable. La opción preferible consiste en valorar los resultados de una revisión mediante las técnicas estadísticas propias del metaanálisis, aunque es preciso recordar que ello presupone disponer de un número suficiente de ensayos clínicos bien diseñados y bien realizados, lo que no siempre es el caso.

Según Ian Crombie, las preguntas esenciales que se deben formular cuando se valora una revisión son las siguientes:³

- ¿Cómo se identificaron los estudios?
- ¿Cómo se valoró su calidad?
- ¿Cómo se resumieron sus resultados?

Si en una revisión falta información importante, se debe hacer todo lo posible para conseguirla, por ejemplo, mediante contactos con los autores de dicha revisión. Es preciso también tener presente que si no se ha intentado encontrar los estudios no publicados, los resultados de la revisión pueden estar influidos por sesgos importantes. Es tan fácil cometer errores al interpretar los resultados de una revisión como al interpretar los resultados de cualquier otro método de valoración: en todo caso, se debe rechazar la idea de que son infalibles.

Referencias

1. Percival T. Medical ethics: A code of institutes and precepts adapted to the professional conduct of physicians and surgeons. En: Baker R (editor). *The codification of medical morality*. Dordrecht: Kluwer, 1993
2. Alfaro V. Principales apartados de un artículo científico. En: Mabrouki K, Bosch F (coordinadores). *Redacción científica: lo que hay que saber*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve, 2007
3. Crombie IK. *The pocket guide to critical appraisal*. Londres: BMJ Publishing Group, 1998

4.1.1

La guía del Departamento de Salud del Reino Unido (Parry, 2001)

Treatment choice in psychological therapies and counseling. Evidence based practice guideline. Londres: Department of Health, 2001.

<http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline>

El Gobierno de Gran Bretaña está constituido por 22 departamentos. El Departamento de Salud (Health Department) es responsable de la sanidad y del sistema de atención social, estableciendo prioridades y objetivos, como el adecuado tratamiento del cáncer y de las enfermedades cardíacas o la reducción de las listas de espera; también es responsable de la salud mental y de la atención a las personas afectas de enfermedades psicológicas. En el marco de esta última responsabilidad, el Departamento de Salud publicó en 2001 una guía sobre la utilización de los tratamientos psicológicos y de la orientación psicológica.¹ El objetivo de esta guía consistió en determinar cuales eran las formas de terapia más adecuadas para determinados tipos de pacientes; de su desarrollo se ocupó el Centre for Outcomes Research and Effectiveness de la British Psychological Society bajo la dirección de Glenys Parry, profesora de Terapias Psicológicas Aplicadas (School of Health and Related Research, Sheffield). En la elaboración de esta guía terapéutica participaron las siguientes instituciones:

- British Association for Counselling
- British Confederation of Psychotherapists
- British Psychological Society
- Royal College of General Practitioners
- Depression Alliance
- Royal College of Psychiatrists
- UK Advocacy Network
- UK Council for Psychotherapy

En la introducción de la guía se indica que las terapias psicológicas juegan un papel importante en la atención a personas con problemas de salud mental que precisan de un tratamiento eficaz, tanto farmacológico como psicológico. No hay duda de que es posible demostrar los beneficios de estos tratamientos, tanto en cuanto reducción de la sobrecarga emocional, de la sintomatología o del riesgo de lesionarse a sí mismos o a otros, como en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, o en cuanto a la recuperación de la actividad laboral. No obstante, no todos estos tratamientos son eficaces para todos los pacientes.

En la guía se resumen las principales formas de terapia psicológica utilizadas en el National Health Service:

La *terapia cognitivo-conductual* es una combinación pragmática de conceptos y técnicas de las terapias conductuales y cognitivas. Las primeras se basan en la teoría del aprendizaje, y se proponen resolver los problemas y mejorar la sintomatología mediante modificación del comportamiento y de los factores ambientales que lo condicionan. La terapia cognitiva se deriva de las teorías del conocimiento. Las técnicas cognitivas (como evitar pensamientos negativos automáticos) y las técnicas conductuales (como programación de actividades y experimentos sobre el comportamiento) se utilizan con el objetivo de aliviar la sintomatología y de modificar pensamientos y creencias.

Entre las terapias psicoanalíticas, la guía distingue la *terapia psicodinámica focal*, que identifica un conflicto central derivado de experiencias tempranas que se reproducen en la vida adulta dando lugar a problemas de salud mental, y la *terapia psicoanalítica*, un proceso prolongado (habitualmente, un año o más) que ofrece la oportunidad de que los conflictos

inconscientes sean revividos en la relación con el psicoterapeuta y sean interpretados mediante un proceso de elaboración.

En las terapias *sistémicas* y de *familia* se valoran los problemas individuales considerando la importancia de las relaciones familiares y el impacto del contexto social y económico en las vidas de las personas, en su bienestar y en su salud mental.

En las *terapias eclécticas*, las dificultades del paciente se formulan utilizando más de un modelo teórico, y se utiliza una combinación de técnicas derivadas de más de una orientación terapéutica.

La *terapia integral* difiere de las orientaciones eclécticas en que se trata de la combinación formal y metodológica de diferentes orientaciones, por ejemplo, conductual, cognitiva, humanística o psicodinámica.

Esta lista no es en forma alguna exhaustiva: en el National Health Service se utilizan orientaciones existenciales, humanísticas, centradas en el cliente, feministas, constructivistas, terapias por el arte, análisis transaccional y terapias de grupo.

Aparte de este amplio espectro de terapias psicológicas se debe mencionar el asesoramiento psicológico (*counselling*), definido como «una relación en la que alguien trata de ayudar a otro a que entienda y a que solucione los problemas que tiene que enfrentar», pero que en realidad debe entenderse como una extensión de las mencionadas terapias: existe por ejemplo un *counselling* psicodinámico y un *counselling* cognitivo-conductual.

Las fuentes bibliográficas de los estudios realizados para valorar la eficacia de las orientaciones psicoterapéuticas utilizadas en el NHS consistieron en las revisiones de la Colaboración Cochrane (que incluyeron tres estudios) y en revisiones bibliográficas de elevada calidad publicadas entre 1990 y 1998 [en total 26 estudios, de los cuales tres referidos a la terapia psicodinámica breve: Crits Christoph (1992),² Svartberg et Stiles (1993)³ y Anderson et Lambert (1995)⁴]. Las pruebas (o evidencias) acerca de la eficacia terapéutica aportadas por estos estudios se ponderaron según la metodología de los mismos. Las recomendaciones derivadas de las diferentes categorías de evidencia se ponderaron según las pruebas aportadas por los estudios valorados.

<i>tipos de estudios valorados</i>	<i>niveles de evidencia</i>	<i>niveles de la recomendación</i>
Metaanálisis de ensayos controlados y aleatorizados	Ia	A
Un ensayo clínico controlado y aleatorizado	Ib	
Un estudio controlado sin randomización	IIa	B
Un estudio cuasi-experimental	IIb	
Un estudio descriptivo	III	C
Informes u opiniones de comités de expertos o experiencia clínica de organismos reguladores solventes	IV	D

Adicionalmente, se revisaron otros 188 estudios. En esta revisión no se encuentra ningún estudio acerca de la eficacia de la terapia psicodinámica de larga duración.

Resultados

- **Trastornos depresivos.** El tratamiento psicológico ha resultado eficaz en el tratamiento de la depresión en el adulto y en personas de edad avanzada, incluidos los pacientes hospitalizados (Ia). La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal se mostraron particularmente eficaces en el tratamiento de la depresión, con una evidencia más favorable en el caso de la primera de estas orientaciones (Ia). Con terapia conductual, terapia centrada en problemas, terapia grupal, terapia de parejas o terapia familiar se observó un cierto nivel de evidencia (Ib). Los estudios comparativos no aportaron diferencias significativas entre las diferentes orientaciones terapéuticas.
- **Trastorno de pánico y/o agorafobia.** El tratamiento basado en la exposición y la terapia cognitivo-conductual han mostrado eficacia en el tratamiento de la agorafobia, aunque la exposición resultó en las situaciones de pánico menos efectiva (Ia). La relajación aplicada

- también puede ser eficaz (Ia). Otras orientaciones psicoterapéuticas no han sido evaluadas de forma sistemática.
- **Fobia social.** La exposición y la terapia cognitiva son eficaces en el tratamiento de la fobia social (Ia). Otras orientaciones psicoterapéuticas no han sido evaluadas de forma sistemática
 - **Trastorno de ansiedad generalizado.** Las terapias cognitivas y conductuales son eficaces en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.
 - **Trastorno de estrés post-traumático.** El tratamiento psicológico puede influir en la evolución del trastorno de estrés post-traumático; las pruebas disponibles sugieren que este efecto es limitado, reduciendo los síntomas de depresión y ansiedad más que los síntomas primarios del estrés (Ia). No se ha comprobado que existan diferencias entre los diferentes tratamientos, dado que se dispone de pocos estudios sobre este problema. La mejor evidencia se refiere a la terapia expositiva y otros métodos cognitivo-conductuales (Ib), con cierta evidencia a favor de la hipnoterapia y la terapia psicodinámica² (II).
 - **Trastorno obsesivo compulsivo.** La terapia conductual (o la exposición con prevención de la respuesta) y la terapia cognitiva parecen ser eficaces en el tratamiento de este trastorno (Ia), aunque existe desacuerdo acerca de cual es más efectiva. Supuestamente, estos tratamientos psicológicos proporcionan resultados semejantes a los registrados con la administración de psicofármacos (Ia).
 - **Trastornos alimentarios.** En caso de bulimia, la evidencia disponible sugiere que el tratamiento psicológico es eficaz (Ia). La eficacia de la terapia cognitiva y de la terapia cognitivo-conductual está bien establecida (Ia), pero otras formas de tratamiento no han sido estudiadas con la misma intensidad; a pesar de ello, existen indicios de que la terapia familiar y las orientaciones interpersonales pueden ser eficaces (II).
 - **Trastornos somáticos.** Existe cierta evidencia acerca de la eficacia de las terapias familiares y de pareja en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos generales y de las enfermedades orgánicas (II). En caso de colon irritable, los tratamientos psicológicos pueden ser útiles (Ib). Existen pocos estudios bien realizados en la fatiga crónica; una revisión Cochrane indicó que con terapia cognitivo-conductual se obtuvieron mejores resultados que con el tratamiento de control en cuanto mejoría de la funcionalidad física y la sensación de fatiga, pero el tamaño de la muestra fue muy reducido (Ia) Las terapias cognitivo-conductuales, incluyendo procedimientos de retroalimentación, se han mostrado eficaces en el tratamiento del dolor crónico. No se han identificado estudios sobre la eficacia de las terapias psicológicas en procesos ginecológicos.
 - **Trastornos de la personalidad.** Existen pocos estudios comparativos acerca del tratamiento de los trastornos de la personalidad mediante psicoterapia; no fue posible identificar revisiones de suficiente calidad.
 - **Autolesiones.** Una revisión de la Colaboración Cochrane encontró cierta evidencia acerca de la reducción de las autolesiones mediante la terapia centrada en la resolución de problemas o mediante la utilización de tarjetas de emergencia; un único estudio avala la eficacia de la terapia dialéctica conductual (Ib). No obstante, los autores concluyen que el reducido número de estudios disponibles no permite efectuar ninguna recomendación sólida.

Recomendaciones

1. En los problemas de salud mental, el tratamiento psicológico debe ser considerado como una opción de rutina (B).
2. En caso de problemas mentales graves o complejos, la utilización de terapias psicológicas deben ser valorada por un especialista (D).
3. La eficacia de los diferentes tipos de tratamiento depende de que entre paciente y terapeuta se establezca una buena relación terapéutica (B).
4. Los tratamientos de menos de ocho sesiones es improbable que resulten efectivos en los trastornos de salud mental moderados o graves (B).

5. Frecuentemente se precisan 16 sesiones o más de 16 sesiones para conseguir mejoría sintomática, pero para conseguir cambios estables en el funcionamiento social y personal puede ser necesario aplicar tratamientos más prolongados (C).
6. Las fobias específicas y el trastorno de pánico sin síntomas agorafóbicos pueden responder a intervenciones breves (B).
7. En general, la edad, el género, la clase social o el grupo étnico no son factores importantes en cuanto selección del tipo de tratamiento ni en cuanto acceso al tratamiento (C).
8. La identidad étnica se debe tomar en consideración, recomendando terapeutas conscientes de las diferencias culturales (C).
9. Las preferencias del paciente se deben considerar al elegir el tipo de tratamiento, especialmente cuando las evidencias disponibles no exijan un determinado tipo de terapia (D).
10. También se deben tener en cuenta la habilidad y la experiencia del terapeuta. Los problemas más complejos y los pacientes con deficiente motivación exigen terapeutas con mayor nivel profesional (D).

Características de los pacientes

1. En comparación con las terapias de soporte, el interés en el conocimiento del sí mismo y la capacidad de tolerar frustraciones en las relaciones interpersonales pueden ser particularmente importantes para los resultados de las terapias interpretativas (psicoanalíticas y psicodinámicas) (C).
2. El tratamiento psicológico está indicado en los casos de estrés post-traumático, habiéndose obtenido los mejores resultados con métodos cognitivo-conductuales (A).
3. Los trastornos depresivos pueden ser tratados eficazmente con terapia psicológica, habiéndose registrado las mejores evidencias con la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal; se dispone de cierta evidencia con algunas otros tratamientos estructurados, incluyendo la terapia psicodinámica breve (A).
4. Los trastornos con marcada ansiedad sintomática (trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, trastornos obsesivos compulsivos, fobias simples y trastornos de ansiedad generalizada) es probable que se beneficien de un tratamiento cognitivo-conductual (A).
5. La bulimia nerviosa puede ser tratada con terapia psicológica: la terapia interpersonal y la terapia cognitivo-cognitivo-conductual ofrecen las mejores evidencias (A).
6. La terapia psicológica individual en caso de anorexia nerviosa puede resultar beneficiosa; no se dispone de evidencias fuertes para ninguno de los tipos de tratamiento estudiados (B).
7. Un diagnóstico coexistente de trastorno de la personalidad puede hacer que el tratamiento de los problemas de salud mental resulte más difícil y posiblemente menos efectivo; las indicaciones en caso de trastorno de la personalidad incluyen antecedentes delictivos, dificultades graves de comunicación y problemas complejos recurrentes (D).
8. Los tratamientos psicológicos estructurados aplicados por terapeutas con buen nivel profesional pueden contribuir a la resolución prolongada de los trastornos de la personalidad. (C).
9. La terapia cognitivo-conductual debe ser considerada como un tratamiento psicológico en caso de fatiga crónica y de dolor crónico (B).
10. Las intervenciones psicológicas deben ser tomadas en consideración en caso de otras molestias somáticas con componente psicológico, como el síndrome de colon irritable y las molestias ginecológicas (síndrome premenstrual, dolor pélvico).

Limitaciones y uso de estas recomendaciones

Estas recomendaciones se basan en las mejores evidencias disponibles, utilizando un proceso de evaluación sólido, diseñado para minimizar los sesgos. No obstante, al utilizarlas se debe tener en cuenta que las recomendaciones encierran un cierto grado de inseguridad, a causa de deficiencias en la valoración de las evidencias científicas, de limitaciones metodológicas de los

ensayos valorados, de los problemas involucrados al extrapolar los resultados experimentales a una población clínica y a causa de la heterogeneidad de los pacientes.

Glenys Parry es psicóloga clínica, miembro de la British Psychological Society y consultora del National Health Service. Se ha dedicado a estudiar la utilidad de la investigación para mejorar la práctica clínica (y viceversa) y en el curso de los últimos 20 años ha participado en la mayor parte de las iniciativas políticas relacionadas con la psicología clínica y las terapias psicológicas. Sus áreas de investigación han consistido en estudios sobre la salud mental, la sobrecarga por acontecimientos vitales, la ayuda social, las desigualdades sanitarias y las terapias psicológicas.

Comentario

El Centre for Outcomes Research and Effectiveness de la British Psychological Society ha excluido de esta guía la terapia psicodinámica prolongada, lo que sería aceptable si el título de la misma fuera Treatment choice in short-term psychological therapies; en todo caso, también parecería necesario explicar los motivos por los que no hay ninguna referencia a las psicoterapias de larga duración; es evidente que entre 1990 y 1998 sólo se publicó un estudio de cohortes acerca de la eficacia de ésta orientación terapéutica,⁵ pero en 2001 se disponía de no menos de 13 estudios de cohortes, 11 ensayos clínicos y un metaanálisis; en conclusión, la guía del Department of Health debe considerarse como obsoleta. Por otra parte, un lapso de ocho años no parece suficiente para reflejar los resultados de los estudios efectuados sobre la eficacia de un determinado procedimiento terapéutico en el campo de la salud mental.

Al tratar de las evidencias terapéuticas (entendidas como demostraciones de eficacia) se considera habitualmente que sólo los ensayos clínicos controlados proporcionan evidencia científica suficiente sobre la eficacia de una intervención. En dependencia de la calidad de los ensayos clínicos, la evidencia es calificada como fuerte, moderada, limitada o incongruente. Los metaanálisis proporcionan asimismo evidencia terapéutica, pero esta depende de la calidad de los ensayos incluidos en los mismos y de si se han seguido o no las normativas internacionales que rigen su elaboración (QUORUM o MOOSE). En este sentido la siguiente reflexión de David Sackett et al. es claramente instructiva:⁶

Cuando se hacen preguntas sobre un tratamiento es cuando debemos tratar de evitar los enfoques no experimentales, puesto que éstos llevan por regla general a conclusiones sobre eficacia falsamente positivas. Ya que el ensayo clínico aleatorizado, y sobre todo la revisión sistemática de varios ensayos clínicos aleatorizados, es más probable que nos informe y menos probable que nos confunda, es por lo que se ha convertido en el «estándar de oro» para juzgar si un tratamiento proporciona más beneficio que daño. Sin embargo, algunas cuestiones sobre tratamientos no requieren ensayos aleatorizados (como por ejemplo intervenciones con éxito para procesos de otro modo fatales) o no permiten esperar a que se realicen esos ensayos.

En consecuencia, los estudios descriptivos y los informes de expertos no proporcionan evidencia terapéutica, aunque se acepta que permiten expresar recomendaciones, en todo caso de limitado peso específico.

Referencias

1. *Treatment choice in psychological therapies and counseling. Evidence based practice guideline.* Londres: Department of Health, 2001.
<http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline>
2. Crits-Cristoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992;49:15168
3. Svartberg M, Stiles TC. Efficacy of brief dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1993;150: 68465
4. Anderson EM, Lambert MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 1995;15: 503-14

5. Holm-Hadulla R, Kiefer L, Sessar W. Zur Effectivität tiefenpsychologisch fundierte Kurz- und Psychotherapien. *Psychother Psychosom med Psychol* 1997;47:271-8
6. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2

4.1.2

Psicoterapia y psicoanálisis en la esquizofrenia (Malmberg, 2001)

Malmberg L, Fenton M. Psicoterapia psicodinámica individual y psicoanálisis para la esquizofrenia y enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007

Las personas con esquizofrenia u otras enfermedades mentales graves y sus familiares suelen precisar de ayuda psicológica por parte de los profesionales de la salud. Esta ayuda puede consistir en intervenciones a nivel familiar, en enfoques terapéuticos cognitivo-conductuales o en terapias psicodinámicas. Las dos últimas alternativas han sido objeto de una revisión de la Colaboración Cochrane titulada «Terapia psicodinámica individual y psicoanálisis para la esquizofrenia y enfermedades mentales graves».¹ De hecho, es la única revisión localizada en la Biblioteca Cochrane Plus con la palabra clave «psicoanálisis». Como contraste, debe mencionarse que en dicha base de datos se encuentran 64 documentos en cuyo título figura la palabra clave «depresión» y 24 en los que figura la palabra «acupuntura».

En la mencionada revisión se indica que si bien las intervenciones farmacológicas son el tratamiento de elección para los pacientes con esquizofrenia, resulta interesante considerar los efectos de métodos de tratamiento basados en los factores psicosociales que afectan dicha enfermedad. La efectividad de las técnicas psicoanalíticas en personas con esquizofrenia y enfermedades mentales graves ha sido muy discutida.

En la introducción, Lena Malmberg y Mark Felton señalan que el psicoanálisis no es un sistema integrado y sistemático de pensamiento y que está considerado en la actualidad como un método para evocar las experiencias emocionales de los pacientes y determinar su influencia en la vida mental; el psicoanálisis emplea la asociación libre, el recuerdo y la interpretación de los sueños, así como la valoración de los fenómenos de transferencia y resistencia. El psicoanálisis exige sesiones individuales de una duración mínima de 30 minutos, aplicadas de tres a cinco veces por semana durante un año por lo menos.

En esta revisión, la terapia psicodinámica se definió como sesiones de terapia basadas en un modelo psicodinámico o psicoanalítico, cuya estrategia incluye introspección exploratoria y actividades de apoyo o de dirección aplicadas de forma flexible.

La revisión se efectuó en las siguientes bases de datos: Biological Abstracts, CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), Cochrane Library-Central, Registro del Grupo Cochrane de Esquizofrenia, Dissertation Abstracts on Disc, EMBASE, MEDLINE, National Research Register, PsycLIT y Sociofile. En la revisión se consideraron exclusivamente los ensayos con asignación aleatoria adecuada.

El objetivo de la revisión consistió en comprobar los efectos de la terapia psicodinámica individual o el psicoanálisis, con o sin atención personal, en comparación con (a) tratamiento estándar mediante antipsicóticos y atención personal, (b) otras intervenciones psicosociales y (c) ausencia de tratamiento.

No se encontraron ensayos en los que se evaluara la importancia de un enfoque psicoanalítico para las personas afectas de esquizofrenia. Únicamente se localizaron tres estudios en los que se valoró la terapia psicodinámica individual mediante asignación aleatoria de las intervenciones terapéuticas a pacientes hospitalizados:

- En el estudio de Charles P. O'Brien et al. se incluyeron 100 pacientes (61 mujeres y 39 hombres), la mitad de los cuales recibieron psicoterapia individual y la otra mitad, psicoterapia de grupo; la intervención se prolongó unos 20 meses.²
- En 1976, Philip May et al. estudiaron 228 pacientes de ambos géneros, de los cuales 46 recibieron psicoterapia individual, 48 fueron tratados con trifluoperazina, 44 con psicoterapia individual más trifluoperazina, 47 con tratamiento electroconvulsivo y 43 con trifluoperazina y terapia de apoyo. La duración del tratamiento fue de seis meses y el seguimiento, de cinco años, aunque sólo se dispuso de casos de hasta tres años de seguimiento.^{3,4}
- John Gunderson (1984), a partir de una población de unos 2000 sujetos afectados de esquizofrenia, seleccionó 164 en los que el diagnóstico pudo ser definido de acuerdo con las normas de la DSM III. Ochenta y ocho pacientes fueron tratados mediante psicoterapia introspectiva y 76 mediante psicoterapia de adaptación a la realidad. Abandonaron el tratamiento prematuramente 69 pacientes, de forma que sólo se informó acerca de 95 pacientes de ambos géneros que continuaron el tratamiento durante más de seis meses. La edad osciló entre 18 y 35 años y la duración del tratamiento fue de dos años.⁵

En estos tres estudios la definición de mejoría fue de carácter pragmático: días de hospitalización, aptitud para ser dado de alta, asunción de roles, capacidad de autoayuda. En uno de estos estudios se consideró la posibilidad de reacciones adversas. Los valores de *p* se utilizaron como una medida de asociación entre intervención y resultados en lugar de mostrar la fuerza de la asociación. No se proporcionaron las desviaciones estándar de las medias. May aportó los resultados de la Escala de Salud y Enfermedad de la Fundación Menninger.⁶

No fue claro como se efectuó la asignación al azar, de forma que fue calificada como de tipo B, es decir «métodos utilizados inciertos». Las valoraciones no se realizaron a ciegas: May y Gunderson utilizaron evaluadores independientes, en tanto que en el estudio de O'Brien, los pacientes fueron evaluados de forma cruzada por los terapeutas participantes en el proyecto, es decir, el terapeuta A valoró a los pacientes del terapeuta B, y éste a los pacientes del terapeuta A.

El hecho de que el método de asignación al azar fuera poco adecuado y la ausencia de doble ciego sugieren que las estimaciones del efecto de las intervenciones resultaron propensas a la exageración.⁷ En estos estudios se obtuvieron los siguientes resultados:

- los pacientes que recibieron medicación presentaron más probabilidades de haber sido tratados con éxito que los que recibieron terapia psicodinámica individual;
- no se encontraron diferencias significativas entre los que fueron tratados con terapia psicodinámica individual más medicación y los que fueron tratados sólo con medicación;
- respecto al reingreso en el hospital, no se encontraron diferencias entre el enfoque psicodinámico de orientación introspectiva y la psicoterapia de adaptación a la realidad;
- considerando el mismo parámetro, no se encontraron diferencias entre terapia psicodinámica individual y psicoterapia de grupo.

En la discusión se menciona que la calidad de los estudios y la de la obtención de los datos son decepcionantes.

Los autores concluyeron que los pacientes que recibieron medicación tuvieron más probabilidades de alcanzar un resultado satisfactorio que los que recibieron solamente tratamiento psicoterapéutico; la pregunta de si el tratamiento psicodinámico mejoró los resultados de la atención farmacológica estándar no pudo ser contestada debido al pequeño tamaño de la muestra ($n = 92$); la medicación resultó más eficaz que la psicoterapia para que un paciente fuera dado de alta del hospital; no se encontraron datos que sugirieran que la terapia psicodinámica proporcionara efecto beneficioso alguno; comparada con un tratamiento cognitivo, la terapia psicodinámica resultó más aceptable.

Entre los estudios excluidos de la revisión, los autores citan el de Bertram P. Karon y Paul O'Grady, en el que se compararon el tratamiento psicoanalítico individual, la terapia analítica del ego y la psicoterapia de soporte asignados al azar a 38 pacientes claramente esquizofrénicos;

este estudio concluyó que el tratamiento psicoanalítico sin medicación y la terapia psicoanalítica del ego más medicación proporcionaron mejores resultados que el tratamiento medicamentoso más psicoterapia de soporte.⁸ El limitado tamaño de la muestra resta todo interés a estos resultados.

Lena Malmberg es doctora en Medicina y colaboradora del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Porvoo (Finlandia); se dedica a la rehabilitación de orientación psicodinámica de los pacientes con esquizofrenia que viven en dicha comunidad.

La Colaboración Cochrane

Desde su fundación en 1993, la Colaboración Cochrane tiene una importancia muy especial en lo que se denomina Medicina Basada en la Evidencia. En la década de 1970, Archie Cochrane, un clínico y epidemiólogo británico, llamó la atención sobre la poca evidencia científica que existía acerca de muchos de los tratamientos utilizados por el National Health Service.⁹ A partir de esta reflexión se desarrolló la Colaboración Cochrane, una entidad sin ánimo de lucro cuyo objetivo es realizar, actualizar y divulgar revisiones sistemáticas de las pruebas científicas existentes acerca de los efectos de las intervenciones sobre la salud. El resultado de estas revisiones se encuentra en un módulo conocido como Biblioteca Cochrane, que dispone de referencias completas de más de 250.000 ensayos clínicos.

Resulta por lo tanto necesario recurrir a la Colaboración Cochrane cuando se trata de definir el valor terapéutico de una intervención sanitaria. Es preciso tener en cuenta que las revisiones sistemáticas de la Colaboración Cochrane exigen disponer de resultados de ensayos clínicos validados mediante criterios explícitos y previamente definidos.

Alexander L. Cochrane nació en 1909 en Galashiels (Escocia). Entre 1931 y 1934 fue psicoanalizado en Berlín y Viena por Theodor Reik. Estudió Medicina en el University College Hospital (Londres) y en 1939 se incorporó a las Brigadas Internacionales que lucharon en la guerra civil española. Participó en la Segunda Guerra Mundial como capitán del Royal Army Medical Corps. Entre 1948 y 1960 colaboró con la unidad de investigación sobre neumoconiosis del Medical Research Council y en 1960 fue nombrado director de la Unidad de Investigación Epidemiológica de la misma institución. Falleció en 1988.

Referencias

1. Malmberg L, Fenton M. Psicoterapia psicodinámica individual y psicoanálisis para la esquizofrenia y enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, Número 4. Oxford Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
2. O'Brien CP, Hamm KB, Ray BA, Pierce JF. Group versus individual psychotherapy with schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1972;27: 474-8
3. May PR, Tuma AH, Dixon WJ. Schizophrenia: A follow-up study of results of treatment. I. Design and other problems. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:474-8
4. May PR, Tuma AH, Dixon WJ, Yale C, Theile DA, Kraude WH. Schizophrenia: A follow-up study of results of treatment. II. Hospital stay over two to five years. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:481-6
5. Gunderson JG, Frank AF. Effects of psychotherapy in schizophrenia. *Yale Journal of Biological Medicine* 1985;58:373-81
6. Luborsky L. Clinician's judgements of mental health: A proposed scale. *Arch Gen Psychiatry* 1962;7:407-17
7. Moher D, Pham B, Jones A, Jadad AR, Tugwell P, Klassen TP. Does quality of reports of randomized trials affect estimates of intervention efficacy reported in meta-analysis? *Lancet* 1998;352:609-13
8. Karon BP, O'Grady P. Intellectual test changes in schizophrenic patients in the first six months of treatment. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1969;6:88-96
9. Cochrane AL. *Eficacia y evidencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*. Barcelona: Salvat, 1985

4.1.3

The Open Door Review (Fonagy, 2002)

Fonagy P (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2.^a edición. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002

La segunda edición de *An open door review of outcome studies in psychoanalysis* fue preparada por el Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional.¹ Se trata de un documento importante en el que Peter Fonagy, profesor de Psicoanálisis en el University College, Londres (Reino Unido), figura como editor; esta publicación además cuenta con contribuciones de:

- Enrico Jones, profesor de Psicología, Universidad de California, Berkeley (Estados Unidos);
- Horst Kächele, director del Departamento de Psicoterapia, Universidad de Ulm (Alemania);
- Rainer Krause, profesor de Psicología Clínica, Universidad del Sarre (Alemania);
- John Clarkin, profesor de Psicología Clínica, Weill Medical School, Cornell University (Estados Unidos);
- Roger Perron, director de Investigación, Centre National de la Recherche Scientifique, París (Francia);
- Andrew Berger, Cambridge Hospital, Massachusetts (Estados Unidos), y
- Elisabeth Allison, editora de publicaciones, Unidad de Psicoanálisis, University College, Londres (Reino Unido).

Número de estudios revisados

En la introducción se señala que «excluyendo los estudios de psicoterapia [...] se describen 66 estudios...». En realidad, el número de dichos estudios no es 66 sino 69. Si se incluyen los estudios de psicoterapia, en *An open door review* se resumen 74 estudios que se distribuyen en siete capítulos:

	<i>n</i>
I Case record studies	4
II Naturalistic, quasi-experimental studies	12
III Follow-up studies	13
IV Experimental studies	8
V Process studies	20
VI Process-outcome studies	12
VII Studies of psychotherapy with implications for psychoanalysis	5
Total	74

Dado que no se proporcionan definiciones de los diferentes tipos de estudios descritos, la distinción entre *case record studies* («estudios de registro de casos»), *naturalistic, quasi-experimental studies* («estudios naturalísticos, cuasi-experimentales») y *follow-up studies* («estudios de seguimiento») no siempre resulta evidente. Así, por ejemplo:

- en el New York Psychoanalytic Institute Study (un *case record study*) se estudiaron 40 casos de trastornos neuróticos, en los que se valoró el resultado terapéutico según la opinión del analista, en tanto que

- en el Menninger Psychotherapy Research Project (un «estudio naturalístico, cuasi-experimental») se incluyeron 42 pacientes tratados entre 1954 y 1984 con psicoterapia o con psicoanálisis, y
- en el estudio de Schjelderup (un «follow-up study») se valoraron las opiniones de los pacientes tratados por un psicoanalista en el curso de 17 años.

Siguiendo la terminología utilizada habitualmente en investigación clínica, estos tres estudios son estudios observacionales retrospectivos (el estudio del New York Psychoanalytic Institute y el de Harald Schjelderup) o prospectivos (el estudio de la Menninger Foundation). Si en un estudio observacional prospectivo se incluyen pacientes tratados con diferentes opciones, se tratará de un estudio de cohortes.

Otra expresión pendiente de definición es «outcome studies». En *An open door review* se han incluido 20 *process-outcome studies*, es decir, estudios sobre el resultado del proceso analítico, proceso que sin duda se relaciona con la eficacia terapéutica, pero que no se puede identificar con ésta.

Resultados de la terapia psicoanalítica

En la tabla 1 se encuentran de forma resumida los resultados de 15 de los 20 estudios dedicados a valorar la eficacia del psicoanálisis en comparación con la terapia psicoanalítica; 5 de estos estudios (The Heidelberg-Berlin Study, The Latin-American Study, The Munich Therapy of Depression Study, The AHMOS Project y The Oslo II Study) no habían concluido en el momento de editar la mencionada revisión.

TABLA 1. *An open door review*: resumen de los resultados

Estudios observacionales retrospectivos no comparativos

1. The Berlin I Study (Fenichel, 1930)
363 casos: beneficio en 316 pacientes (87,1%), fracaso en 47 pacientes (12,9%).
 2. The Oslo I Study (Schjelderup, 1955)
En 4/28 casos, curación prolongada; en 14/28 casos, mejoría sustancial.
-

Estudios observacionales retrospectivos comparativos

1. The Columbia University Research Project (Weber, 1985)
Mediante psicoanálisis, mejoría terapéutica en el 91% de los pacientes privados (n = 77) y con psicoterapia reparativa, mejoría en el 61% (n = 138).
 2. The Anna Freud Centre Studies 2 (Fonagy, 1994)
En trastornos disruptivos, resultados deficientes con psicoanálisis y psicoterapia; en trastornos emocionales, resultados positivos con ambas opciones (n = 765).
 3. The Berlin III Study (Rudolf, 1994)
Con psicoanálisis (n = 44), mejoría en el 96%; con psicoterapia (n = 56), mejoría en el 64%..
 4. The Heidelberg Study C (Heuft, 1996)
Con psicoanálisis (n = 33) mejoría en el 72%; con psicoterapia (n = 33), mejoría en el 56%.
-

Estudios observacionales prospectivos no comparativos

1. The Boston Psychoanalytic Institute Study (Sashin, 1975)
La gran mayoría fue calificada como mejoría.
 2. The NY Psychoanalytic Institut Study (Erle, 1979)
(n = 40 + 60). Mejoría significativa en el 55-60%.
 3. The Anna Freud Centre Studies 4 (Gerber, 2004)
Se estudiaron 14 psicoanálisis y 11 casos de psicoterapia psicodinámica: 12 de 19 pacientes mejoraron, 10 de ellos tratados mediante psicoanálisis.
-

Estudios observacionales prospectivos comparativos

1. The Menninger Psychotherapy Research Project (Kernberg, 1972)
42 pacientes adultos: en el grupo de psicoanálisis, mejoría importante en 8 pacientes y moderada en 5; con psicoterapia se obtuvieron mejores resultados.
 2. The Heidelberg Study A,B (von Rad, 1998)
En 36 pacientes, con psicoanálisis mejores resultados que con psicoterapia.
 3. STOPP (Sandell, 2000)
Beneficio terapéutico sustancial: 67,4% con psicoanálisis (n=65); 32,6% con psicoterapias (n=72).
 4. The Katamnesestudie (Leuzinger-Bohleber, 2000)
Resultado muy bueno: 12,1% con psicoanálisis (n=207); 18,6% con psicoterapias (n=194).
-

Estudios experimentales

1. The Anna Freud Centre Studies 1 (Moran, 1991)
En 22 pacientes con diabetes inestable, el psicoanálisis se asoció con mejor control metabólico.
2. The London Partial Hospital Study (Bateman, 2001)
Con hospitalización parcial (n = 38), reducción significativa de todas las variables (actos de automutilación) en comparación con los controles.

En ocho de estos 15 estudios se proporcionan resultados cuantitativos:

- En los estudios retrospectivos (5 estudios), el psicoanálisis proporcionó algún tipo de beneficio terapéutico entre el 72% y el 96% de los pacientes (n = 545), en tanto que con psicoterapia se constató beneficio terapéutico entre el 56% y el 64% de los mismos (n = 227).
- En tres estudios prospectivos, mediante psicoanálisis obtuvieron beneficio terapéutico entre el 60% y el 67% de los pacientes (n = 179) y mediante psicoterapia, sólo el 33% de un grupo de 72 pacientes.

Según *An open door review* no existen dudas acerca de la superioridad del psicoanálisis en el tratamiento de los trastornos mentales.

Comentario

De hecho, An open door review fue el intento más importante de sintetizar la investigación clínica efectuada en psicoanálisis. Dado que el título de la revisión se refiere a «outcome studies in psychoanalysis», es decir «estudios de resultados con psicoanálisis», resulta algo sorprendente comprobar que de estos 69 estudios, sólo 20 se refieren al psicoanálisis, en tanto que los 49 restantes consisten en encuestas sobre las terapias psicológicas (n = 1), revisiones de carácter clínico (n = 2), estudios sobre las características del proceso analítico (n = 20) o sobre otros métodos psicoterapéuticos (n = 26). El esfuerzo que implicó esta revisión fue considerable, pero el panorama que ofrece no es, en cierto modo, satisfactorio.

Referencias

1. Fonagy P (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2.^a edición. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002
2. Schjelderup H. Lasting effects of psychoanalytic treatments. *Psychiatry* 1955;18:109-33
3. Breier F, Heinzl R, Klein Th. Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 1997;2:59-73
4. Ávila Espada A, Mitjavila M. The therapist latent action plan inference method (TLAP). A new method to predict therapist contribution to outcome. Comunicación presentada en el Society for Psychotherapy Research EU & UK Chapters Meeting. Leiden, 2001
5. Szecsödy I, Varvin S, Beenen F, Stoker J, Klockars L, Amadei G. Multicenter collaboration of research on process and outcome of psychoanalysis. Comunicación presentada al Congreso Psicoanalítico Internacional, Santiago, 1999
6. Luborsky L. Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo Bird verdict that "Everyone Has Won So All Shall Have Prizes"? *Clinical Psychology: Science and Practice* 1995;2:10669
7. Ablon JS. Books reviews: Research. The open door review of outcome studies in psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 2004;52:605-9
8. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company, 1966

4.1.4

El informe INSERM (Canceil, 2004)

Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM. *Psychotherapie: trois approches évalués*. París: Les Editions INSERM, 2004.

El Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) fue creado en 1964 y se halla tutelado por el Ministère de la Santé y el Ministère de la Recherche. Es el único organismo público francés de investigación dedicado completamente a la salud humana.

La mayoría de las 318 unidades de investigación del INSERM están localizadas en hospitales universitarios, en el Centre National de la Recherche Scientifique y en los institutos Pasteur y Curie. La coordinación de la investigación es responsabilidad de la Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé. El INSERM dispone de la colaboración de 10 institutos temáticos:

- Neurociencias, ciencias cognitivas, neurología, psiquiatría
- Cáncer
- Microbiología, enfermedades infecciosas
- Circulación, metabolismo, nutrición
- Inmunología, sangre, neumología
- Salud pública
- Tecnologías para la salud
- Bases moleculares y estructurales del ser viviente
- Biología celular, desarrollo y evolución
- Genética, genómica y bioinformática

El Instituto de Neurociencias, ciencias cognitivas, neurología y psiquiatría se ocupa de todos los aspectos científicos y médicos relacionados con el sistema nervioso central y periférico, su estructura, su desarrollo, sus funciones y su envejecimiento normal y patológico. Los objetivos de las neurociencias clínicas consisten en comprender, predecir, diagnosticar y curar los trastornos neurológicos, los trastornos psiquiátricos y las patologías de los órganos de los sentidos

El año 2001, el Ministerio de la Salud solicitó al INSERM una evaluación de los diferentes métodos psicoterapéuticos utilizados en el tratamiento de los trastornos mentales. El INSERM reunió un grupo de expertos que consideraron tres diferentes orientaciones:

- la orientación psicodinámica,
- la orientación cognitivo-conductual, y
- la orientación familiar y de pareja.

En el informe del INSERM, publicado en enero de 2004, se evaluaron estas orientaciones psicoterapéuticas respecto a su eficacia en los siguientes trastornos mentales: ansiedad, trastornos emocionales, esquizofrenia, trastornos alimentarios, trastornos de la personalidad y alcoholismo.¹ En los estudios revisados, los diagnósticos se debían haber establecido de acuerdo con la Clasificación de Trastornos Mentales (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud. Los criterios de evaluación se centraron en la evolución de la sintomatología y, ocasionalmente, en escalas de calidad de vida o de adaptación social. La calidad metodológica de los ensayos clínicos se basó en los criterios de Edna B. Foa y Elisabeth Meadows:²

- | | |
|--|---|
| 1. síntomas claramente definidos | 6. aleatorización |
| 2. criterios validados | 7. fidelidad al tratamiento |
| 3. valoración independiente y a ciegas | 8. ausencia de tratamientos concomitantes |
| 4. arbitro fiable y adecuado | 9. valoración multivariante |
| 5. tratamiento manualizado | 10. duración óptima del tratamiento |

Los criterios para valorar la calidad de los metaanálisis fueron los siguientes:

1. inclusión de todos los ensayos sobre la indicación estudiada correctamente realizados;
2. criterios de valoración claramente definidos;
3. utilización de métodos estadísticos adecuados;
4. valoración del poder estadístico;
5. comparación de magnitudes de efecto;
6. prueba de homogeneidad de los estudios;
7. estimación del número de estudios no publicados.

La eficacia de las orientaciones psicoterapéuticas estudiadas se estableció de acuerdo con dos niveles:

- a) demostración de eficacia: uno o varios metaanálisis o ensayos clínicos controlados y aleatorizados coincidentes y de poder estadístico satisfactorio;
- b) presunción de eficacia: uno o varios metaanálisis o ensayos clínicos controlados y aleatorizados con resultados contradictorios que precisan confirmación.

El informe se basó en la valoración de un millar de artículos científicos internacionales y confirmó la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales, a las que se atribuyó un porcentaje de éxitos de entre el 80% y el 90%.

Resultados de la evaluación de los tratamientos psicodinámicos

Según el informe del INSERM, los tratamientos psicodinámicos se han centrado en historias de casos y estudios del proceso analítico, no disponiéndose de suficientes estudios de carácter poblacional. En la orientación psicodinámica se distinguen el psicoanálisis, la terapia psicodinámica prolongada, la terapia psicodinámica breve y la terapia psicodinámica interpersonal. En el sexto capítulo del informe INSERM [Études d'évaluation de l'approche psychodynamique (psychoanalytique)] se resumen los resultados de 21 estudios sobre la eficacia de la terapia psicoanalítica prolongada en el adulto.

Neurosis

- Andrews y Harvey (1981), en un metaanálisis sobre la eficacia de las psicoterapias en pacientes neuróticos que espontáneamente habían solicitado tratamiento, concluyen que su revisión aporta resultados demasiado generales, de forma que no es posible responder a la pregunta «¿Qué tratamiento para qué paciente?»³

Esquizofrenia

- La valoración de Malmberg y Fenton (2002) pone de manifiesto la falta de ensayos clínicos controlados que permitan definir la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia: sólo un estudio cumple con las exigencias de la Colaboración Cochrane.⁴ El informe INSERM concluye que «es difícil saber hasta que punto los participantes en el estudio de May et al. se parecen a los que habitualmente se encuentran en la práctica clínica.»⁵
- El metaanálisis de Mojtabei et al. (1998) incluye 106 estudios en los que se combinó un tratamiento psicoterapéutico verbal y un tratamiento farmacológico.⁶ Parece que los estudios con mayor número de pacientes proporcionan resultados de menor envergadura; en los pacientes crónicos, el resultado terapéutico es mejor que en los casos agudos.

Depresión

- El metaanálisis de Robinson et al. (1990) trata de la eficacia de diferentes formas de intervención psicoterapéutica en caso de depresión; en general, en comparación con pacientes en lista de espera, la magnitud de efecto es de 0,84 y, en comparación con la administración de un placebo, es de 0,28.⁷ En conjunto, no se encuentran diferencias significativas entre los diferentes intervenciones terapéuticas. En el informe se resalta la falta de diferenciación entre las psicoterapias individuales y las psicoterapias de grupo. Mencionan que es difícil creer que las poblaciones de pacientes deprimidos sean idénticas si se han formado a raíz de una campaña de prensa, si están constituida por estudiantes universitarios o si proceden de un servicio de psiquiatría hospitalaria o ambulatoria.
- McCusker et al. (1998) efectuaron un metaanálisis acerca de la eficacia de la terapia psicodinámica en el anciano afecto de depresión, no constatando diferencias respecto a un grupo de control.⁸ «Una parte importante del tratamiento psicológico podría ser atribuido a los efectos no específicos de la atención que recibe el paciente.»
- En 74 pacientes afectos de depresión mayor, tratados de forma ambulatoria durante 10 semanas, Burnand et al. (2002) comprobaron que la combinación de psicoterapia dinámica con un fármaco antidepressor (clorimipramina) se asocia con una reducción del número de fracasos terapéuticos, un mejor funcionamiento global y una reducción del número de hospitalizaciones durante el período de seguimiento.⁹

Trastorno de pánico

- En la revisión de Milrod y Shear (1991) se identificaron 35 pacientes con trastorno de pánico, concluyéndose que la sintomatología había resultado más fácil de manejar, que las familias estaban más calmadas, y que resultó más fácil establecer una relación terapéutica.¹⁰ En resumen, tras un período de tratamiento relativamente corto, la mayor parte de casos mejoraron de forma importante; no obstante, «la ausencia de un grupo de control no permite conclusiones definitivas sobre la eficacia del tratamiento.»
- Milrod et al. (2000) efectuaron el primer estudio sistemático sobre la terapia psicodinámica como monoterapia del trastorno de pánico:¹¹ en 16 de 21 pacientes se consiguió una remisión del trastorno de pánico y de la agorafobia; la mejoría sintomática persistió al cabo de seis meses.

Trastornos alimentarios

- El estudio de cohortes de Kächele et al. (2001) se prolongó 10 años y en él participaron 43 hospitales en los que fueron hospitalizadas 1.171 pacientes anoréxicas y bulímicas tratadas mediante terapia psicoanalítica durante dos a tres meses y cuyo curso clínico se siguió durante dos años y medio.¹² A los dos años, supresión completa de la sintomatología en el 33% de los casos de anorexia y en el 25% de los de bulimia. «La ausencia de un grupo de control no permite distinguir la eficacia del tratamiento de la remisión espontánea.»

Trastornos de la personalidad

- En el metaanálisis de Leichsenring y Leibing (2003) se valoraron 14 estudios controlados sobre la eficacia de la terapia psicodinámica (exceptuando el psicoanálisis) en los que se habían incluido 417 pacientes con trastornos de la personalidad.¹³ En ocho estudios se obtuvo una magnitud de efecto de 1,31, en 3 estudios se constató desaparición de la sintomatología en el 59% de los pacientes y en otro estudio se comprobó la superioridad de la terapia psicodinámica interpersonal en comparación con el tratamiento habitual; en el informe del INSERM no constan los resultados obtenidos en los dos estudios restantes.
- Bateman y Fonagy (2000) efectuaron una revisión crítica de 30 estudios sobre la eficacia de la psicoterapia en los trastornos de la personalidad, constatando mejoría de la funcionalidad global, reducción del comportamiento autodestructor y de las tentativas de suicidio, disminución del número de reingresos hospitalarios y desarrollo de relaciones más constructivas.¹⁴

- En los estudios de Stevenson et al. (1999)^{15,16} y de Clarkin et al. (1999)¹⁷ se incluyeron pacientes con trastorno límite de la personalidad, y en el de Krawitz (1999),¹⁸ pacientes con trastorno límite de la personalidad y pacientes ansiosos y evitadores. En los tres estudios se constataron resultados significativos en los registros de automutilación y de violencia, en la sintomatología global y en las escalas de adaptación global, y una reducción muy importante de los criterios diagnósticos de la personalidad límite.
- Yeomans et al. (1994) indicaron que en caso de trastornos de la personalidad, los abandonos del tratamiento (debidos a un estilo de vida caótico y a una elevada movilidad social) constituyen un grave problema en el caso de intentar valorar la eficacia de una intervención terapéutica mediante ensayos clínicos controlados y consideran que la actitud y la técnica del terapeuta juegan un papel importante cuando se trata de conseguir que el paciente continúe siendo tratado.¹⁹ Por otra parte, Ogronniczuk et al. estudiaron también las diferentes actitudes respecto a la interpretación de la transferencia, actitudes que pueden influir de forma determinante en los resultados terapéuticos.²⁰
- En 1999, Bateman y Fonagy (2000) valoraron la terapia psicodinámica aplicada en un programa de hospitalización parcial en comparación con los cuidados psiquiátricos habituales, constatando con la primera opción una reducción estadísticamente significativa de todos los criterios de valoración analizados (síntomas depresivos, intentos de suicidio y automutilación, días de hospitalización).²¹

Trastorno límite de la personalidad

- En 30 casos de personalidad límite, al finalizar el tratamiento y un año después de su terminación Stevenson et al. (1992) constataron reducción significativa del número de criterios diagnósticos (DSM-III) y a los dos años reducción de la puntuación del Cornell Index (valor inicial 42,63; valor final 28,63) y disminución del número de problemas de comportamiento y de la utilización de los servicios sanitarios.²²
- En un grupo de 25 pacientes, afectos de trastorno límite de la personalidad, la terapia psicodinámica proporcionó cambios significativos de la capacidad de establecer relaciones íntimas y de mantenerlas; mejoró el contacto relacional, el nivel socioeconómico y disminuyó la utilización de los servicios sanitarios (Monsen et al. 1995a, Monsen et al. 1995b).^{23,24}
- John F. Clarkin (2001) desarrolló una terapia psicodinámica específica para el trastorno límite de la personalidad: la «psicoterapia centrada en la transferencia».²⁵ En 23 pacientes, valorados al inicio y tras completar un tratamiento de 12 meses de duración, se constató, en comparación con el año precedente, una reducción significativa de los intentos de suicidio y de las consecuencias médicas de los comportamientos autoagresivos; también disminuyó significativamente el número de hospitalizaciones.

Trastorno de personalidad evitadora, dependiente, obsesivo-compulsiva

- Krawitz (1997) estudió los resultados de la terapia psicodinámica en 31 pacientes con trastorno de la personalidad de tipo B (límite) y C (evitador, dependiente, obsesivo-compulsivo) tratados en un programa de carácter residencial y semi-residencial.²⁶ El tratamiento se prolongó por término medio cuatro meses. Todas las variables clínicas (Symptom Checklist 90, Goal Attainment Scale, escala de funcionamiento global) mejoraron, acompañándose de una reducción en la utilización de servicios sanitarios; la mejoría persistió tras 18 meses.
- Comparación de tres tratamientos: aconsejamiento, psicoterapia expresiva y de soporte más aconsejamiento, psicoterapia cognitivo-conductual más aconsejamiento (Woody et al. 1985).²⁷ En los pacientes ambulatorios sometidos a tratamiento con metadona y con diagnóstico de comportamiento antisocial y depresión, la psicoterapia determinó mejoría significativa respecto a utilización de drogas, situación legal y funcionamiento psiquiátrico, no habiéndose observado diferencias entre las dos orientaciones psicoterapéuticas estudiadas.

Resultados según métodos terapéuticos

En el capítulo 12 del Informe INSERM («Bilan des études d'évaluation par pathologie») se resumen los resultados de los estudios según proceso patológico. A continuación, los datos relacionados directa o indirectamente con la terapia psicoanalítica de larga duración.

- En la esquizofrenia en fase aguda y en esquizofrénicos hospitalizados tratados con antipsicóticos se constató eficacia de la terapia familiar, eficacia moderada de la terapia cognitivo-conductual y falta de eficacia de la terapia psicoanalítica.
- En el trastorno bipolar (maníaco depresivo), eficacia de la orientación psíco-educacional de pareja asociada a tratamiento medicamentoso.
- En la depresión mayor en pacientes hospitalizados tratados con antidepresivos, superioridad de las terapias cognitivo-conductuales; las terapias psicodinámicas ofrecen buenos resultados en adaptación social y duración de la hospitalización.
- En trastornos depresivos de intensidad media o ligera tratados de forma ambulatoria, la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que los fármacos antidepresivos.
- Las terapias cognitivo-conductuales son eficaces en caso de ansiedad, trastorno de pánico, trastorno generalizado de ansiedad, trastorno de estrés post-traumático, trastornos obsesivo compulsivos, fobias sociales y fobias específicas.
- Las diferentes orientaciones psicoterapéuticas resultan eficaces en los trastornos alimentarios, no constatándose la superioridad de ninguna de ellas.
- En la bulimia, eficacia de la terapia cognitivo-conductual, asociada o no a farmacoterapia.
- Las terapias familiares han demostrado su eficacia en la anorexia nerviosa.
- En los trastornos límite de la personalidad, la terapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual han demostrado ser eficaces.
- En caso de personalidad antisocial, eficacia de la terapia psicodinámica y de la terapia cognitivo-conductual.
- Las terapias familiares y las terapias cognitivo-conductuales son eficaces en caso de dependencia al alcohol.

La reacción del Ministro de la Salud

El 11 de febrero de 2005, en una reunión con psicoanalistas, Philippe Douste-Blazy, anunció que había ordenado retirar del sitio web del Ministerio de la Salud el informe del Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale sobre las psicoterapias, informe que intentaba demostrar la escasa eficacia del psicoanálisis como intervención terapéutica. El ministro se comprometió solemnemente a enterrarlo, prometiendo a los participantes que «n'en entendraient plus parler.»²⁸

En una entrevista publicada en *Le Quotidien* el 17 de marzo de 2007, el Dr. Jean Cottraux, uno de los autores del Rapport INSERM, manifestó que este informe había sido objeto de una campaña de prensa muy violenta auspiciada por los psicoanalistas de orientación lacaniana. Se había afirmado que el informe era una máquina de guerra contra el psicoanálisis, cuando en realidad el informe no trata en ningún momento del psicoanálisis desarrollado por Freud. El Dr. Cottraux añadió que de hecho, el Ministerio de Salud de Gran Bretaña había llegado a conclusiones parecidas a las del informe del INSERM; asimismo dijo que «es interesante leer los trabajos relacionados con el psicoanálisis de larga duración: uno se cerciora de que verdaderamente no se ha demostrado nada y que los estudios clínicos han constituido un fracaso cruel (*font cruellement défaut*)» y que el INSERM, responsable de su misión de informar a los pacientes, mantendría el informe en su sitio web (www.inserm.fr).

En el Informe INSERM participaron los siguientes autores:

- Olivier Canceil, Servicio de Salud Mental y Terapéutica, Centro Hospitalario Sainte-Anne, París.
- Jean Cottraux, Unidad de Tratamiento de la Ansiedad, Hospital Neurológico Pierre Wertheimer, Centro Hospitalario Universitario, Lyon.

- Bruno Falissard, Laboratorio de Innovación Metodológica en Salud Mental, Universidad de París XI, Villejuif.
- Martine Flament, Instituto de Investigaciones en Salud Mental, Universidad de Ottawa, Canadá.
- Jacques Miermont, Federación de Servicios de Terapia Familiar, Centro Hospitalario Paul Guiraud, Villejuif.
- Joel Swendsen, Laboratorio de Psicología Clínica y Psicopatología, Universidad Victor Segalen, Bordeaux.
- Mardjane Teherani, Servicio de Psiquiatría, Centro Hospitalario Bichat-Claude-Bernard, París.
- Jean Michel Thurin, psiquiatra, París.

Comentario

El informe INSERM no tiene carácter exhaustivo. Los siguientes estudios sobre la eficacia de la terapia psicoanalítica prolongada (estudios de cohortes, ensayos clínicos y metaanálisis), publicados antes de 2004, no fueron considerados en la mencionada revisión bibliográfica.

Estudios de cohortes

1. O'Connor JF, Daniels G, Karush A, Moses L, Flood C, Stern O. The effects of psychotherapy on the course of ulcerative colitis: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1964;20:738-42.
2. Siassi I, Thomas M, Vanov SK. Evaluation of the safety and therapeutic effects of lorazepam on long-term use. *Current Therapeutic Research* 1975;18:163-71.
3. Manos N, Vasilopoulou E. Evaluation of psychoanalytic therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand* 1984;70:28-35.
4. Holm-Hadulla R, Kiefer L, Sessar W. Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. *Psychother Psychosom med Psychol* 1997;47:271-8.
5. Schulz H, Lotz-Rambaldi W, Koch U, Jürgensen F, Rüdell H. 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltens-therapeutisch orientierter Behandlung. *Psychother Psychosom med Psychol* 1999;49:114-30.
6. Freedman N, Hoffenberg JD, Vorus N, Frosh A. The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *J Am Psychoanal Assoc* 1999;47:741-72.
7. Chiesa M, Fonagy P, Holmes J. When less is more: An exploration of psychoanalytically oriented hospital-based treatment for severe personality disorder. *Int J Psychoanal* 2003;84:637-50.
8. Brockmann J, Schlüter T, Eckert J. Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytische orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeit-therapie. *Psychother Psych Med* 2003;53:163-70

Ensayos clínicos y metaanálisis

1. Karon BP, VandenBos GR. The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychother Theory Res Pract* 1972;9:111-9.
2. Piper WE, Debbane EG, Bienvenu JP, Garant J. A comparative study of four forms of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:268-279.
3. Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM. Empirical comparison of two psychological therapies: Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1999;8:115-128.
4. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-9.
5. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21.

Se trata en total de 13 estudios, pero cuando la valoración de un procedimiento terapéutico se ha basado en 21 publicaciones, este hecho puede tener una importancia decisoria; por otra parte, en caso de que los mencionados estudios no se hubieran considerado adecuados para ser incluidos en la revisión del INSERM, lo correcto es mencionarlos indicando las razones de su exclusión.

*Tiene interés mencionar que el Rapport INSERM reconoce taxativamente que la EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), es un tratamiento validado y eficaz (Bilan des études). Según una Revisión Cochrane, la EMDR resulta más eficaz que la ausencia de tratamiento o el tratamiento habitual, pero no se diferencia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma ni del stress management.*²⁹

Referencias

1. Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM. *Psychotherapie: trois approches évaluées*. París: Les Editions INSERM, 2004
2. Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology* 1997;48:449-80
3. Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients? *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1203-08
4. Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software
5. May PR, Tuma AH, Dixon WJ. Schizophrenia: A follow up of results of treatment. I. Design and other problems. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:474-8
6. Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998;24:569-87
7. Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 1990;108:30-49
8. McCusker J, Cole M, Keller E, Bellavance F, Berard A. Effectiveness of treatments of depression in older patients. *Arch Intern Med* 1998;158:705-12
9. Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 2002;53:585-90
10. Milrod B, Shear MK. Dynamic treatment of panic disorder: A review. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:741-43.
11. Milrod B, Busch F, Leon AC, Shapiro T, Aronson A. Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: A pilot study. *Am J Psychiatry* 2000;157:1878-80
12. Kächele H, Kordy H, Richard M, Research Groupe TR-EAT. Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study. *Psychother Res* 2001;11:239-57
13. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1223-32
14. Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000;177:138-43
15. Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:358-62
16. Stevenson J, Meares R. Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary cost benefit study. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:473-7
17. Clarkin JF, Kernberg OF, Yeomans F. *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder patients*. Nueva York: Guilford, 1999
18. Krawitz R. A prospective psychotherapy outcome study. *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31:465-73
19. Yeomans FE, Gutfreund J, Selzer MA, Clarkin JF, Hull JW, Smith TE. Factors related to drop-outs by borderline patients: Treatment contract and therapeutic alliance. *J Psychother Pract Res* 1994;3:16-24
20. Ogrodniczuk JS, Piper WE. Use of transference interpretations in dynamically oriented individual psychotherapy for patients with personality disorders. *J Personal Disord* 1999;13:297-311
21. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-69
22. Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:358-62
23. Monsen JT, Odland T, Faugli A, Dare E, Eilertsen DE. Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychother Res* 1995a;5:33-48

24. Monsen J, Odland T, Faugli A, Dare E, Eilertsen DE. Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scand J Psychol* 1995b;36:256-68
25. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline disorder: A preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 2001;15:487-95
26. Krawitz R. A prospective psychotherapy outcome study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997;31:465-473
27. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1081-6
28. André C. L'affront à l'Inserm. *Le Monde*, 11 de febrero de 2005
29. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;18:CD003388

4.1.5

La posición de la Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse (Brandl, 2006)

Brandl Y, Bruns G, Gerlach A, Hau S, Janssen PL, Kächele H, Leichsenring F, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W, Rudolf G, Schlösser A-M, Springer A, Stuhr U, E. Windaus E. Psychoanalytic therapy. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse* 2004;20:5-128

La Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT, Sociedad Alemana de Psicoanálisis, Psicoterapia, Psicósomática y Psicología Profunda) se fundó en 1949 con el objetivo de disponer de un foro científico y profesional en el que participaran todos los psicoanalistas de Alemania, y quedó constituida mediante la agrupación de:

- la Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP),
- la Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP),
- la Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) y
- la Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV).

Desde su fundación, la DGPT ha desarrollado un programa común para la formación de psicoterapeutas, ha elaborado una normativa para el tratamiento psicoterapéutico, ha conseguido el reconocimiento de los trastornos neuróticos como proceso patológico según las disposiciones de la Reichsversicherungs-ordnung (Reglamento Jurídico de Seguros) y ha logrado que los psicoterapeutas no médicos fueran aceptados por las organizaciones de atención sanitaria.

En 1998, el Bundesministerium für Gesundheit (Ministerio Federal de la Salud), de acuerdo con la Psychotherapeutengesetz (Ley de Psicoterapeutas), cuyo párrafo 11 exige la demostración científica de las técnicas psicoterapéuticas, creó el Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (Comité Científico Asesor en Psicoterapia) que estableció, entre otras exigencias, que los estudios sobre la eficacia de los procedimientos psicoterapéuticos

...deben disponer de un control que, al ser comparado con la intervención, permita estimar si el curso espontáneo o el curso bajo otro tratamiento puede haber sido diferente en un determinado período de tiempo.

Estas exigencias, a pesar de que no pudieron aplicarse a los procedimientos psicoanalíticos y conductuales que la Asociación Federal de Médicos y Organizaciones de Seguros Sanitarios había aprobado previamente, originaron acerbos reacciones:

En tanto que sólo los estudios controlados y randomizados sean los admitidos como demostración de eficacia, las terapias psicodinámicas prolongadas serán excluidas automáticamente de la valoración empírica. Esto es política, no investigación científica.¹

El proceso se complicó cuando, en noviembre de 2001, la Deutsche Gesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Asociación Alemana para la Psicoterapia basada en la Psicología Profunda) presentó al Comité Asesor un documento que sugería que esta orientación era, en realidad, un nuevo procedimiento terapéutico. Esta declaración entrañaba el riesgo de que la psicoterapia basada en la psicología profunda debiera cumplir con las exigencias del

Comité Asesor. Ante esta situación, la DGPT convocó en mayo de 2003 una reunión científica que tuvo lugar en el Sigmund Freud Institut de Frankfurt am Main. El año siguiente, la DGPT publicó las actas de dicha reunión, en las que se definió la posición científica de la teoría psicoanalítica y se revisaron los estudios efectuados para demostrar su eficacia.² En 2006, este documento fue revisado y actualizado por Stephan Hau y Marianne Leuzinger-Bohleber y se tradujo al inglés con el título de *Position paper on psychoanalytic therapy*.³ En la primera sección de este documento se indica que la terapia psicoanalítica se propone:

...elaborar los conflictos inconscientes patológicos basados en la biografía del sujeto y los trastornos patológicos del desarrollo de la personalidad mediante una relación terapéutica en la que se da una consideración particular a los procesos de transferencia, contratransferencia y resistencia.

La eficacia de la terapia psicoanalítica

La séptima sección del *Position paper*, titulada «Estudios sobre la eficacia de la terapia psicoanalítica en adultos», distingue los «estudios de casos clínicos» (apartado 7.0) y los «estudios sobre la eficacia de la terapia psicoanalítica en adultos» (apartado 7.1).

Respecto a los estudios de casos clínicos, en el *Position paper* se discute ampliamente el valor de los mismos partiendo de la idea de que, al referirse a la díada terapéutica, comprender esta interacción y su proceso psíquico es el objetivo crucial de la terapia y de la investigación.

En cuanto a los estudios sobre eficacia terapéutica se indica que, desde el punto de vista de la American Psychological Association, la demostración de eficacia sólo puede ser válida mediante la realización de ensayos clínicos controlados. Pero el ensayo clínico controlado ha sido objeto de discusión por parte de numerosos autores y el *Position paper* considera que las técnicas psicoterapéuticas aplicadas en un estudio de este tipo deberían describirse en realidad como formas de laboratorio de la terapia psicoanalítica.

En el *Position paper* se revisan 60 publicaciones sobre terapia psicoanalítica, que comprende las aplicaciones detalladas en la tabla 1.

TABLA 1. Aplicaciones de la terapia psicoanalítica

-
- psicoterapia analítica individual
 - psicoterapia analítica grupal
 - psicoterapia dinámica individual basada en la psicología profunda
 - psicoterapia dinámica grupal basada en la psicología profunda
 - terapia analítica de pareja o de familia
 - terapia psicodinámica en pacientes internados
-

TABLA 2. Distribución según tipo de intervención

grupo experimental	n	grupo de control	n
<i>terapia psicodinámica breve</i>	28	<i>placebo, lista de espera</i>	13
<i>terapia psicodinámica prolongada</i>	7	<i>terapia cognitivo-conductual</i>	13
<i>terapia psicodinámica interpersonal</i>	3	<i>tratamiento habitual</i>	10
<i>psicoterapia de soporte</i>	5	<i>consejo psicológico y dietético</i>	7
<i>terapia breve provocadora de ansiedad</i>	3	<i>terapia cognitiva</i>	5
<i>terapia psicodinámica corporal</i>	1	<i>terapia conductual</i>	4
<i>psicoterapia familiar, terapia de pareja</i>	3	<i>hipnoterapia, relajación</i>	3
<i>psicoterapia centrada en la transferencia</i>	1	<i>terapia de soporte</i>	3
<i>psicoterapia centrada en el pánico</i>	1	<i>terapia familiar, terapia de pareja</i>	3
<i>tratamiento psicológico autoaplicado</i>	1	<i>desensibilización jerárquica</i>	2
<i>terapia. dinámica corporal, o psicósomática</i>	2	<i>desensibilización traumática</i>	1
<i>terapia cognitivo-conductual</i>	1	<i>terapia adaptativa breve</i>	1
<i>terapia conductual</i>	1	<i>terapia del trastorno límite personalidad</i>	1
<i>hospitalización parcial psicoanalítica</i>	1	<i>terapia dialéctica conductual</i>	1
<i>tratamiento psicósomático</i>	1	<i>tratamiento sintomático</i>	1
<i>terapia psicodinámica focal</i>	1	<i>terapia analítica cognitiva</i>	1

De estos 60 estudios, 28 se refieren a la eficacia de la terapia psicoanalítica breve, 7 a la de la terapia psicoanalítica prolongada y 25 a la de otros métodos de orientación psicoanalítica. En la tabla 2 se detallan los procedimientos psicoterapéuticos utilizados en dichos estudios, el número (*n*) de estos estudios y los procedimientos terapéuticos utilizados en los grupos de control. (Dado que en un mismo estudio se pudieron aplicar diferentes métodos de control, en este caso el número de estudios supera al de los estudios sobre la eficacia de las diferentes opciones terapéuticas).

En la sección séptima, los estudios revisados se distribuyen según las indicaciones terapéuticas detalladas a continuación.

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. Trastornos depresivos | 6. Trastornos de la ingestión de alimentos |
| 2. Trastornos de ansiedad | 7. Trastornos psicológicos en procesos somáticos |
| 3. Reacción al estrés | 8. Trastornos de la personalidad |
| 4. Trastornos somatomorfos | 9. Esquizofrenia |
| 5. Abuso de sustancias | 10. Estudios en grupos con diagnósticos heterogéneos. |

A continuación se considerarán los estudios sobre la terapia psicoanalítica prolongada, indicándose en cursivas las afirmaciones del *Position paper* correspondientes a los mismos.

Reacción al estrés. *Varios ensayos clínicos controlados han demostrado que la psicoterapia proporciona una mejoría significativa en este trastorno.*

El *Position paper* aporta cinco estudios observacionales sobre terapia psicoanalítica breve y el ensayo clínico de Rainer Holm-Hadulla, acerca del cual afirma que *en pacientes con trastornos adaptativos se obtuvieron resultados superiores a los observados en el grupo de control*. En realidad, en el ensayo de Holm-Hadulla et al. se compararon las terapias psicoanalíticas prolongada y breve, concluyendo la superioridad de la primera (remisión en el 94% de los casos) dado que con la segunda el porcentaje de remisiones fue sólo del 85%.⁴

Trastornos de la ingestión de alimentos. En este apartado se afirma que *una serie de ensayos clínicos controlados han demostrado una mejoría significativa y estable en la bulimia*. Esta afirmación es difícilmente sostenible.

En el caso de la bulimia se trata de dos estudios observacionales (Fairburn, 1986, 1995 y Garner, 1993)^{5,6,7} y un ensayo clínico controlado (Bachar, 1999),⁸ este último sobre la viabilidad de un tratamiento psicológico autoaplicado (self psychological treatment) y la de una terapia de orientación cognitiva en el tratamiento de la anorexia y la bulimia.

En dos estudios sobre anorexia nerviosa (Hall et Crisp 1987, Cowers 1994)^{9,10} se aplicó la psicoterapia individual y familiar combinada; en el primero no se observaron diferencias respecto al asesoramiento dietético y en el segundo se obtuvieron mejores resultados en el grupo de control.

En el ensayo clínico de Chris Dare sobre el mismo proceso patológico no se constataron diferencias entre los pacientes no tratados y los tres métodos psicoterapéuticos valorados: (a) un año de psicoterapia psicoanalítica focal, (b) siete meses de terapia analítica cognitiva o (c) terapia familiar durante un año.¹¹

Trastornos de la personalidad. *En un determinado número de ensayos clínicos se ha constatado mejoría significativa en casos de trastornos de la personalidad y del comportamiento.*

El *Position paper* hace especial referencia al metaanálisis de Falk Leichsenring y Eric Leibing (2003), en el que se incluyeron 14 estudios sobre la eficacia de la terapia psicodinámica y 11 estudios sobre la de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos de la personalidad, concluyéndose que ambas alternativas son eficaces y que, dado el limitado número de estudios que fue posible incluir, los resultados deben considerarse sólo como preliminares.¹² En la tabla 3 se detallan las características de los estudios incluidos en este metaanálisis.

TABLA 3. Estudios incluidos en el metaanálisis de Leichsenring y Leibing

<i>tipo de intervención</i>	<i>duración del tratamiento</i>
terapia de día institucional psicodinámica	media: 171 días
terapia psicológica psicodinámica autoaplicada	12 meses
terapia focal psicodinámica	media: 27,5 sesiones
psicoterapia adaptativa breve	40 sesiones semanales
terapia psicodinámica de Luborsky	16 sesiones
terapia psicológica psicodinámica autoaplicada	media: 25,4 meses
terapia interpersonal de grupo	17 sesiones
terapia psicodinámica institucional	11 meses
hospitalización parcial de orientación psicoanalítica	media: 1,45 años
terapia psicodinámica institucional	media: 8,4 meses
terapia psicodinámica en trastorno de personalidad	91 días
terapia orientada introspectivamente	32 sesiones
terapia psicodinámica interpersonal	16 sesiones
terapia psicodinámica expresiva de soporte	24 semanas

Parece difícil que un metaanálisis, en el que se evaluaron 14 intervenciones diferentes aplicadas durante períodos que oscilaron entre 91 días y 21 meses, constituya una medida válida de la efectividad de la terapia psicodinámica en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.

En esta sección se incluye también el ensayo clínico de Anthony Bateman y Peter Fonagy, en el que se valoró la hospitalización parcial de orientación psicoanalítica en el tratamiento del trastorno límite de personalidad;^{13,14} los autores concluyen que sus resultados sugieren (*suggest*) que dicho procedimiento terapéutico es adecuado para pacientes hospitalizados afectos de trastornos de la personalidad.

Esquizofrenia. El *Position paper* cita una sola publicación sobre el tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia. Bertram Karon y Gary VandenBos asignaron aleatoriamente 36 pacientes esquizofrénicos a terapia psicoanalítica sola o asociada con medicación.^{15,16} Los resultados, que incluyen un seguimiento de dos años, permitieron concluir que el tratamiento psicoterapéutico determina de forma significativa mayores cambios que la medicación y que resulta particularmente eficaz en la modificación del trastorno de pensamiento.

A pesar de haber sido objeto de numerosas publicaciones, los planteamientos de Bertram Karon y Gary VandenBos no han encontrado aceptación ni entre psiquiatras ni entre psicólogos. Es preciso tomar en consideración que, a pesar del tiempo transcurrido, sus resultados no han sido confirmados por otros autores.¹⁶

Estudios en grupos con diagnósticos heterogéneos. El *Position paper* asegura que *un cierto número de ensayos clínicos randomizados han demostrado la eficacia de la terapia psicoanalítica en muestras con diagnósticos heterogéneos*. Esta afirmación se justifica con los siguientes resultados:

- *En el estudio de Dührssen y Jorswieck (1965), una muestra aleatoria de pacientes tratados con terapia analítica mostró una reducción significativa de los días de hospitalización en comparación con una muestra de pacientes no tratados.*¹⁷
- *En los estudios de Rudolf et al. (1994)¹⁸ y de Sandell et al. (1999, 2001),¹⁹ la terapia psicoanalítica prolongada produjo mayores efectos que la terapia breve.*

Annemarie Dührssen y Eduard Jorswieck efectuaron un estudio observacional retrospectivo en el que incluyeron 125 pacientes elegidos al azar a partir de un archivo de la AOK Berlin de los pacientes que habían completado su tratamiento psicoanalítico en 1958, y 100 pacientes que se encontraban en lista de espera. Los días de hospitalización son una variable subrogada que sólo de forma limitada se puede identificar con la eficacia terapéutica.

Gerd Rudolf et al. efectuaron un estudio observacional multicéntrico y retrospectivo, en el que concluyeron que los pacientes tratados mediante psicoanálisis mejoraron de forma más evidente que los tratados con psicoterapia.

Rolf Sandell comprobó en un estudio de carácter observacional que una vez concluido el tratamiento, los pacientes del grupo de psicoanálisis continuaron mejorando, en tanto que los del grupo de psicoterapia permanecieron en el nivel alcanzado al terminar el tratamiento.

Conclusión: ni Gerd Rudolf ni Rolf Sandell efectuaron ensayo clínico alguno.

Comentario general

En el *Position paper* se afirma que en los ensayos clínicos controlados (ECC) se estudia «una forma de laboratorio de la terapia psicoanalítica». En general se admite que el ECC es un experimento que tiene lugar en «condiciones de laboratorio», con lo cual sus resultados no tienen por qué coincidir con los obtenidos en las condiciones de la práctica clínica, pero en un ECC se estudia la «terapia psicoanalítica», no una forma especial de terapia psicoanalítica. El que los resultados coincidan o no con los registrados en condiciones diferentes es otro aspecto de la cuestión.

Los siete estudios sobre terapia psicoanalítica prolongada citados en el *Position paper* proporcionaron en realidad resultados considerablemente diferentes a los que les atribuye en la mencionada revisión.

Por otra parte, de acuerdo con el *Position paper*, los resultados obtenidos mediante terapia psicoanalítica breve y mediante otras derivaciones de la terapia psicoanalítica pueden resumirse como sigue:

- en 26 estudios, las derivaciones de la terapia psicoanalítica proporcionaron resultados en conjunto satisfactorios,
- en 24 estudios no se constataron diferencias entre las derivaciones de la terapia psicoanalítica estudiadas y las terapias aplicadas en los grupos de control; estos resultados se confirmaron en dos estudios de carácter metaanalítico, y
- en 3 estudios, los tratamientos de comparación resultaron más eficaces que las derivaciones de la terapia psicoanalítica.

Los estudios incluidos en el *Position paper* se refieren principalmente a los resultados obtenidos mediante terapia psicoanalítica breve o mediante otras derivaciones de la terapia psicoanalítica. Respecto a la información proporcionada en la séptima sección de dicho documento sobre la terapia psicoanalítica prolongada puede concluirse que es inexacta, tanto desde el punto de vista terminológico como conceptual.

Referencias

1. Leichsenring F. Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psycho-dynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-based medicine. *Ztschr Psychosom Med Psychother* 2002;48:139-62
2. Brandl Y, Bruns G, Gerlach A, Hau S, Janssen PL, Kächele H, Leichsenring F, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W, Rudolf G, Schlösser A-M, Springer A, Stuhr U, E. Windaus E. Psychoanalytic therapy. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse* 2004;20:5-128
3. German Society for Psychoanalysis, Psychotherapy, Psychosomatics and Depth Psychology. *Psychoanalytic Therapy*. Editado por S. Hau y M. Leuzinger-Bohleber. Enero de 2006 <http://www.dgpt.de/dokumente/Position%20paper%20on%20psychoanalytic%20therapy.pdf>
4. Holm-Hadulla R, Kiefer L, Sessar W. Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997;47:271-8
5. Fairburn C, Kirk J, O'Connor M, Cooper PJ. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Res Ther* 1986;24:629-43

6. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiat* 1995;52:304-12
7. Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993;150:37-46
8. Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM. Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1999;8:115-28
9. Hall A, Crisp AH. Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: Outcome at one year. *Br J Psychiatry* 1987;151:185-91
10. Cowers D, Norton K, Halek C, Vrisp AH. Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *Int J Eating Dis* 1994;15:165-77
11. Dare C, Eisler I, Russel G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiat* 2001;178:216-21
12. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic psycho-therapy and cognitive-behavioral therapy in personality disorders: A meta-analysis. *Am J Psychiat* 2003;160:1223-1232
13. Bateman A, Fonagy, P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiat* 1999;156:1563-9
14. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Am J Psychiat* 2001;158:36-42
15. Karon BP, VandenBos GR. The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychother Theor Res Pract* 1972;9:111-9
16. Karon BP, VandenBos GR. *Psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice*. Nueva York: Aronson, 1981
17. Dührssen A, Jorswieck E. Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 1965;36:166-9
18. Rudolf G, Manz R, Öri C. Ergebnisse der psychoanalytischen Therapien. *Ztsch Psychosom med Psychol* 1994;40:25-40
19. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. *Psyche- Z Psychoanal* 2001;55:273-310

4.1.6

Revisión sistemática de estudios empíricos (de Maat, 2009)

de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17:1-23

El objetivo del estudio de Saschia de Maat et al. consistió en efectuar una revisión sistemática de todos los estudios sobre la efectividad de la terapia psicoanalítica de larga duración en el paciente adulto publicados a partir de 1970.¹

La terapia psicoanalítica de larga duración se define arbitrariamente como un tratamiento consistente por lo menos en 50 sesiones que se prolonga por lo menos durante un año. Esta definición incluye por lo tanto el psicoanálisis y la terapia psicoanalítica de larga duración. La diferencia básica consiste en utilización del diván y un número mínimo de tres sesiones semanales en el caso del psicoanálisis, en tanto que en la psicoterapia el paciente está sentado frente al terapeuta y el número de sesiones no supera a dos por semana. La interpretación es la característica principal del psicoanálisis, en tanto que la terapia psicoanalítica recurre tanto a la interpretación como al soporte emocional.

La búsqueda bibliográfica consideró los siguientes criterios de inclusión:

- estudios de intervención y resultados;
- ensayos clínicos aleatorizados o estudios de cohortes;
- pacientes ambulatorios de 18 a 65 años de edad;
- indicaciones habituales de las terapias psicoanalíticas, y
- tratamientos de por lo menos de un año de duración y 50 sesiones.

La calidad de los estudios fue valorada mediante un Índice de Calidad Científica desarrollado por los autores del estudio, basado en los criterios de la Colaboración Cochrane y referido a diseño experimental, inclusión de pacientes, intervenciones, resultados, valoración estadística, abandonos y seguimiento.

Los datos primarios de eficacia consistieron en las diferencias entre las magnitudes de efecto iniciales y finales y las diferencias entre las iniciales y las de seguimiento. Las magnitudes de efecto inferiores a 0,5 se consideraron pequeñas, entre 0,5 y 0,8, medianas y las superiores a 0,8, grandes.²

La frecuencia de éxito terapéutico se utilizó como criterio secundario. Los resultados se refirieron bien a la sintomatología, bien a las valoraciones relacionadas con la personalidad.

Resultados

Inicialmente se localizaron 742 estudios, de los cuales se excluyeron 672 mediante revisión de los títulos y de los resúmenes. Los 70 estudios resultantes fueron depurados de forma sucesiva hasta disponer de 27 estudios: 1 ensayo clínico, 5 encuestas y 21 estudios de cohortes, de los cuales 16 prospectivos y 5 retrospectivos. Ocho de estos 27 estudios (5 encuestas y 3 estudios de cohortes retrospectivos) no cumplían con las exigencias de calidad antes mencionadas. Resumidamente, se constataron los siguientes resultados:

- En caso de trastornos moderados, entre el 50% y el 80% de los estudios sobre la efectividad del psicoanálisis aportaron magnitudes de efecto grandes.
- Solo un estudio trató de los resultados del psicoanálisis en procesos graves: éxito terapéutico en el 59% de los casos al terminar el tratamiento.³
- La mayor parte de estudios sobre la terapia psicoanalítica en trastornos de intensidad moderada mostraron magnitudes de efecto grandes, tanto al terminar el tratamiento como en el seguimiento.
- Aproximadamente, en la mitad de los estudios en los que se valoró la terapia psicoanalítica en caso de trastornos graves se obtuvieron magnitudes de efecto grandes.
- Mediante psicoanálisis se registró éxito terapéutico en el 70% de los casos moderados al terminar el tratamiento y en el 54% de los mismos en el seguimiento.
- Mediante psicoterapia, en caso de trastornos moderados, se registró éxito terapéutico en el 67% de los casos al terminar el tratamiento y en el 55% de los casos en la entrevista de seguimiento.
- En casos graves, la psicoterapia proporcionó éxito terapéutico en el 61% de los pacientes, tanto al terminar el tratamiento como en la entrevista de seguimiento.

En los ocho estudios de baja calidad, la psicoterapia proporcionó un porcentaje de éxitos entre el 55% y el 69%; en caso de psicoanálisis, este margen osciló en dichos estudios entre el 45% y el 75%.

Discusión

En opinión de los autores, estos resultados no permiten una comparación válida entre terapia psicoanalítica y psicoanálisis: dado que no se dispuso de grupos aleatorizados, es muy probable que las personalidades de los pacientes tratados con ambas opciones difirieran de forma importante.

La mayor parte de estudios incluyeron pacientes con diferentes diagnósticos y diferentes grados de comorbilidad.

Los estudios incluidos en esta revisión fueron efectuados en diferentes países, en instituciones de diversas características, en diferentes momentos y con diferentes pacientes; los resultados deben ser interpretados por lo tanto con precaución.

La revisión está basada casi exclusivamente en estudios de cohortes; no hay duda de que el ensayo clínico constituye el estándar óptimo para demostrar la eficacia de un tratamiento pero en este caso es preciso aceptar que los estudios de cohortes son los únicos que permiten definir los niveles de certeza de las terapias psicodinámicas.

La calidad científica de los estudios revisados es limitada. Es evidente que la calidad de una revisión depende de la de los estudios que se incluyen en ella, pero no resultó posible aumentar las exigencias de la búsqueda bibliográfica: en general, criterios de inclusión de pacientes poco definidos, escasez de diagnósticos estandarizados, información deficiente sobre las opciones terapéuticas utilizadas, falta de información sobre número de sesiones o duración del tratamiento, ausencia de valoraciones a ciegas, falta de información sobre abandonos.

Los autores concluyen que (a) la terapia psicoanalítica de larga duración ha sido valorada generalmente mediante estudios de cohortes de calidad variable, y que (b) en conjunto, los resultados disponibles sugieren que se trata de una modalidad terapéutica efectiva, con efectos moderados o grandes, tanto en cuanto sintomatología como en cuanto cambios de la personalidad.

Referencias

1. de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17:1-23
2. Cohen J. *Statistical power analysis for behavioural sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1988
3. Wallerstein R. *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press, 1989

4.1.7

L'evaluation des psychothérapies et de la psychoanalyse (Fishman, 2009)

Fishman G (editor). *L'evaluation des psychothérapies et de la psychoanalyse. Fondements et enjeux*. Paris: Elsevier Masson, 2009

L'evaluation des psychothérapies et de la psychoanalyse se publicó a raíz del debate desencadenado por el rapport INSERM como un intento de analizar la lógica y la metodología de las valoraciones sobre las psicoterapias y el psicoanálisis.¹ En el prólogo, Daniel Widlöcher, afirma que es preciso discutir tanto las premisas científicas como las características de los métodos de investigación y pregunta: ¿qué es lo que se debe valorar? ¿el proceso del conocimiento del yo o, más modestamente, los resultados de un tratamiento? No da una respuesta y concluye que los psicoanalistas tienen el deber de aportar los resultados de su experiencia.

En el primer capítulo, **Georges Fischman**, psiquiatra y psicoanalista vinculado al Centre Hospitalier Sainte-Anne, París, afirma que *existe una discrepancia entre los estudios naturalísticos con validez interna reducida y los estudios experimentales, cuya validez externa se encuentra comprometida por criterios demasiados restrictivos, que los alejan, a causa de su artificiosidad, de la práctica psicoterapéutica real* (página 7). Y continúa en la página 10: *La noción de eficacia potencial de los ensayos clínicos no es una verdadera garantía de eficacia real en la clínica habitual para un paciente que es tratado individualmente*. Una última pregunta: *¿Es posible deducir a partir de la media estadística de una muestra supuestamente homogénea la eficacia de un modelo terapéutico en el caso de un sujeto singular complejo?* (ver Comentario 1).

En cambio **Bernat Brusset**, también psiquiatra, psicoanalista y profesor emérito de la Universidad Paris-Descartes, indica en la página 40 que *con frecuencia las terapias conductuales y cognitivas están indicadas a causa de la imposibilidad de aplicar tratamientos psicoanalíticos* y, en la página 55, afirma que *de acuerdo con la experiencia de los últimos 30 años en Francia y de acuerdo con estudios recientes efectuados en Estados Unidos, las terapias cognitivo-conductuales ya no son creíbles*.

En la página 72, **Daniel Widlöcher**, profesor emérito de Psiquiatría, Universidad Pierre et Marie Curie, y ex-presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional, afirma que *la piedra de toque es, en definitiva, la calidad clínica, la competencia del terapeuta. El grado de libertad de que dispone cada terapeuta inspirará menos dudas acerca de la validez de cierta estandarización de la atención clínica si se confía en la competencia, la experiencia y el tacto de los terapeutas*. (ver Comentario 2).

Bruno Falissard, paidopsiquiatra, profesor de bioestadística de la Universidad de Paris-Sud, indica que (páginas 87-88) *afirmar que «el sufrimiento psíquico no se puede medir» es un malentendido, incrementado en ocasiones por una actitud defensiva frente a las valoraciones numéricas. Siempre es posible intentar expresar numéricamente la mejoría o el empeoramiento de un paciente. Estas valoraciones tienen la ventaja de que facilitan las comparaciones entre grupos de pacientes; tienen el inconveniente de que no son congruentes con las*

representaciones habituales del estado psíquico de un paciente. Por ello, se impone la prudencia al elegir el tipo de representación numérica y la forma de interpretarla... si las cifras se consideran incompatibles con la problemática de la salud mental, no existe inconveniente alguno en utilizar como criterios de evaluación la aparición de una recaída, una tentativa de suicidio o una hospitalización (ver Comentario 3). Pero añade que los estudios de casos clínicos no pueden sustituir a la comparación de grupos de pacientes tratados con orientaciones terapéuticas diferentes, concluyendo que es preciso disponer de protocolos de valoración compatibles con las prácticas psicoterapéuticas francesas para demostrar su valor en la colectividad y para poder tomar conclusiones políticas en cuanto a la necesidad de incluirlas como una alternativa terapéutica comunitaria.

Julien Daniel Guelfi, profesor de Psiquiatría, Universidad Paris-Descartes, afirma que *las psicoterapias tienen hoy en su conjunto una eficacia bien demostrada, y la magnitud de sus efectos puede ser considerada como importante. En contraste, cuando se comparan las diversas orientaciones psicoterapéuticas, se comprueba que las diferencias son inexistentes o mínimas (página 96)... Las cualidades personales del terapeuta y la alianza terapéutica son los factores más importantes en cuanto a los resultados obtenidos... Los estudios aleatorizados que comparan la eficiencia o la eficacia de diferentes orientaciones psicoterapéuticas son poco útiles y no generalizables... El saber psiquiátrico se encuentra todavía en un estadio precientífico; frecuentemente es más fácil mostrar el efecto de un tratamiento que demostrarlo de forma científica. Y en la página 97 concluye que el psicoanálisis es y será una aventura singular entre el analista y el sujeto. (ver Comentario 4).*

Jean Michel Thurin, psiquiatra-psicoanalista, expone los problemas a los que se enfrenta el ensayo clínico randomizado (ECR):

- a) *los pacientes incluidos en un ECR son diferentes de los del «mundo real de pacientes»;*
- b) *los tratamientos «manualizados» no poseen la necesaria flexibilidad de las intervenciones;*
- c) *los objetivos se centran en la sintomatología y desconocen aspectos como relaciones interpersonales y funcionalidad general;*
- d) *el paciente no tiene la posibilidad de elegir el tratamiento y el terapeuta que considera más adecuados;*
- e) *no consideran el desarrollo de los tratamientos ni la forma de solucionar situaciones difíciles o dilemas clínicos.*

Según Thurin, a lo largo de 20 años se han desarrollado dos alternativas interesantes: los «ensayos clínicos prácticos» y los «estudios intensivos de casos». Los ensayos clínicos prácticos deben cumplir, según March et al.,² las siguientes condiciones:

1. *existencia de una relación causal con las consecuencias del trastorno;*
2. *ser considerados como pertinentes por los clínicos participantes;*
3. *incluir resultados conductuales, sintomáticos y funcionales;*
4. *ser psicométricamente potentes en relación con sus objetivos;*
5. *ser realizados y valorados de forma precisa y sencilla;*
6. *ser adecuados para los pacientes de las edades consideradas;*
7. *ser aptos para constatar diferencias entre los grupos estudiados.*

En cuanto a los «estudios intensivos de casos», Fischman (2000) considera las referencias teóricas y la dimensión psicopatológica del diagnóstico, comprendiendo cinco grandes ejes:³

1. *bases teóricas y de investigación;*
2. *introducción del caso, descripción de las quejas, historia, evaluación y formulación;*
3. *desarrollo del tratamiento;*
4. *valoración de su desarrollo, factores contextuales, seguimiento;*
5. *aplicación terapéutica del caso y recomendaciones para clínicos y estudiantes.*

Los estudios clínicos prácticos y los estudios intensivos de casos se complementan. Cuando se valoran sus resultados conjuntamente, puede hablarse de intervenciones clínicas basadas empíricamente. (ver Comentario 5).

Roger Perron, director honorario de investigación del CNRS, concluye que *los estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos son necesarios, pero es preciso evitar errores que los conviertan en inútiles y que paradójicamente desprestigien al psicoanálisis.*

Jean-Pierre Chartier, psicoanalista, considera que para juzgar la complejidad de los fenómenos psíquicos, los criterios subjetivos parecen los más adecuados... *el inconsciente será, según Freud, siempre un desconocido... Nunca tendremos certidumbres, excepto la expresada por el aforismo socrático: «sólo sé que no sé nada».*

Marianne Robert, psiquiatra y psicoanalista, intenta mostrar *los estudios de resultados y de procesos efectuados desde la época de Freud hasta nuestros días de la forma más exhaustiva posible* y afirma que *si uno se interesa en estos estudios y los juzga de acuerdo con los límites establecidos por diferentes grupos de investigadores, le resultará evidente que se encuentran en un estadio balbuceante (balbutiements) y que los progresos metodológicos seguramente permitirán afinar los resultados.* (páginas 158-159).

1ª generación 1917-1968	2ª generación 1952- final siglo XX	3ª generación época actual	4ª generación naciente
<ul style="list-style-type: none"> ○ Coriat 1917 ○ Fenichel 1930 ○ Jones 1936 ○ Alexander 1937 ○ Knight 1941 ○ Comité Central APS ○ Rapport Societé de Californie du Sud 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Centro Anne Freud: revisión ○ Knapp et al 1960 ○ Pfeffer 1961⁵ ○ Rangell 1966⁷ ○ Schlessinger et Robbins 1974, 1975, 1983 ○ Sashin 1975 ○ Oremland 1975 ○ Norman et al. 1976⁶ ○ Erle 1979, Erle et Goldberg 1984 ○ Bachrach 1985 ○ Leuzinger-Bohleber 1997 ○ Szecsödy et al 1997⁴ ○ Sandell 2000 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kernberg 1972 ○ Erle 1979, ○ Weber et al. 1985a, 1985b, 1985c ○ Wallerstein 1986 ○ Kantrowitz 1986, 1987a, 1987b, 1990a, 1990b, 1990c ○ Wallerstein 1988 ○ Kantrowitz 1989, 1990a, 1990b, 1990c ○ Erle et Goldberg 2003 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Programme analytique de collaboration multi-sites (CAMP)⁸

Clarisse Baruch, profesora emérita de Psicología Clínica, Universidad de Reims, dirige el equipo del Centro E.&J. Kestenberg, XIII^{ème} Arrondissement, Paris, constituido con el propósito de desarrollar un instrumento capaz de apreciar la evolución del funcionamiento psíquico mediante hétero-observación.⁹

Cinco psicoanalistas valoran el desarrollo de las entrevistas psicoanalíticas grabadas (con la autorización previa del paciente) mediante cámara de video. La valoración se efectúa utilizando una lista de 144 ítems elaborada con el propósito de explorar los principales aspectos del funcionalismo mental. Los 144 ítems se distribuyen en dos grupos: (a) las relaciones del sujeto con la realidad y con sus conflictos internos, y (b) el funcionamiento mental específico. Cada ítem se pondera mediante una escala de cinco puntos. Se han recogido nueve protocolos que permiten suponer que es posible representar la organización psíquica de los pacientes. No obstante, el método tiene todavía problemas que resolver: por ejemplo, el porcentaje de desacuerdo entre los psicoanalistas que valoran dichos protocolos es del 16%.

Según **Jean-Nicholas Despland**, psiquiatra y psicoterapeuta, profesor de la Universidad de Lausanne, y **Yves de Roten**, doctor en Psicología, profesor auxiliar (privat-Doцент) en la

Universidad de Lausanne, uno de los grandes problemas de la investigación psicoanalítica es su falta de contacto con la práctica clínica. Esto es debido a que tradicionalmente, se utiliza un modelo médico de investigación acerca de una intervención o de un método de tratamiento cuyos mecanismos de acción son conocidos, como sucede por ejemplo en el caso de la investigación en farmacología. Los autores proponen en la página 180 un modelo basado en la colaboración entre investigador y clínico: «dos descripciones valen más que una sola descripción». (ver Comentario 6).

Jean-Michel Thurin, psiquiatra psicoanalista y **Monique Thurin**, psicóloga clínica y doctora en Ciencias del Lenguaje, consideran que los estudios de grupos no responden a los criterios de variabilidad individual y de flexibilidad que caracterizan a la psicoterapia de casos complejos. El estudio de casos bien construido representa la posibilidad de estudiar la evolución de un paciente considerándolo como su propio control (Kazdin, 1982).¹⁰ La metodología experimental no constituye un modelo de la práctica clínica desarrollada en condiciones naturales. Los autores proponen un modelo observacional, longitudinal, de carácter intensivo, sistemático o pragmático de estudios de casos (páginas 189-193). Se trata de una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa, que integra el análisis del proceso y la observación de los resultados. Tiene importancia el diagnóstico inicial, el contenido, y el estilo de las sesiones, la técnica y la interacción paciente-terapeuta, y el resultado tras un año de tratamiento. Este método permite estudios comparativos de casos semejantes. Los grupos de colaboradores integran varios psicoterapeutas que trabajan de acuerdo con un protocolo bien definido.¹¹

Philippe Grosbois, doctor en Psicología, afirma que *los estudios sobre las psicoterapias se han centrado más en la valoración de sus efectos que en la valoración de los resultados de los diversos métodos utilizados* (página 209). Por otra parte, parece que el efecto terapéutico del conjunto de psicoterapias en caso de neurosis consiste en efectos inespecíficos que participan en el 30% del resultado terapéutico, y en efectos específicos que participan sólo en el 15% de dicho resultado, en el que las mejorías espontáneas participan en un 40% y el efecto de estar en lista de espera en un 15%.¹²

Éric Laurent, psicólogo y doctor en psicoanálisis, se propone demostrar los fracasos de las técnicas de valoración.

- a) A partir de la página 225 explica que *desde 1985, los National Institutes of Mental Health (NIMH) aceptan sólo un método muy especial: los ensayos clínicos controlados, utilizados para obtener la autorización de comercialización de productos farmacéuticos. Este método supone la identidad entre psicoterapia y medicamentos. En el caso de los ensayos clínicos, la afirmación de que un método es científico, y la dificultad de que proporcione orientaciones adecuadas para la comunidad de terapeutas es un constante dilema. A este respecto, los resultados del estudio del NIMH sobre los efectos de los antidepresivos es particularmente interesante: la farmacoterapia sola no es eficaz mas que en el 60% de los casos.*¹³ *Según este estudio, la terapia cognitivo-conductual no es más eficaz que el placebo... la psicoterapia queda descalificada como tratamiento preventivo del suicidio, [...] aunque la psicoterapia fue eficaz en el 43% de los pacientes, algo más que el 35% de los que mejoraron con placebo.*
- b) Un metaanálisis de 2007 basado en 27 ensayos clínicos concluye que «existe un incremento del riesgo de suicidio entre los niños y adolescentes tratados con un antidepresivo.» Carey afirma que el riesgo de suicidio es casi del doble entre los adultos tratados con antidepresivos.¹⁴ Otros dos estudios ingleses concluyen que no hay riesgo de que dichos fármacos incrementen el riesgo de suicidio.
- c) Respecto a los grupos de control, afirma que utilizar como grupo de comparación a los pacientes en lista de espera representa únicamente una medida sobre su decepción.¹⁵

Concluye citando a John PA Ioannidis (página 228) y afirmando en la página 235 que financiar estudios de carácter experimental constituye *una vía de perdición para el movimiento psicoanalítico en su conjunto*.¹⁶ (ver Comentario 7).

Roland Gori, profesor de Psicopatología Clínica de la Universidad de Aix-Marseille, trata de las *terapias suaves y las patologías flexibles...* considera también *las virtualidades antropológicas y los paradigmas psiquiátricos* (página 245), la *medicalización de la existencia* (página 247) y el *retorno del animismo* (página 252). Concluye que *no existe una immaculada concepción de la ciencia. No nos confundamos, el valor eto-poético de la palabra se plantea en contraposición de la evaluación médico-económica que nuestra cultura nos impone «libremente»*. (página 256).

Nicolas Duruz es psicoterapeuta y profesor emérito de Psicología Clínica, Universidad de Lausanne, y trata del interés de la sociedad de disponer de un modelo único de psicoterapia y de los riesgos de un modelo de este tipo, que puede crear una ilusión de unidad y un empobrecimiento de las formas de ejercer su humanidad. Plantea algunas preguntas: *¿Cuales son las formas de psicoterapia serias, aceptables, científicas? ¿Quién será reconocido como terapeuta competente? ¿Quién conseguirá que sus prestaciones sean reconocidas por la Seguridad Social? ¿Quién se beneficiará de los subsidios de investigación concedidos por alguna universidad?* (página 262).

Los intentos de unificación (el eclecticismo pragmático, la corriente integracionista, la corriente de los factores comunes inespecíficos y el «pensamiento de escuela») han proporcionado resultados poco convincentes. Por otra parte, Nicolas Duruz considera que las escuelas psicoterapéuticas deben clarificar su posición y propone cinco criterios para definir si un método es científico. (página 265):

- *valorar el contexto sociocultural en el que se ha desarrollado;*
- *presentar una teoría coherente de la personalidad;*
- *diferenciar entre factores curativos y proceso terapéutico;*
- *demostrar la eficacia del método en base a los criterios que le son propios;*
- *demostrar su inserción social en la comunidad científica.*

La valoración de la psicoterapia desde el punto de vista de su eficacia no constituye más que uno más de estos aspectos.

Comentarios

1. **Georges Fishman** parece que desconoce que el ensayo clínico proporciona una noción de eficacia en términos de medias y desviaciones estándar con una determinada probabilidad de error (por ejemplo, 5%). Nunca se ha afirmado que un tratamiento que ha demostrado ser eficaz en un determinado ensayo clínico será eficaz en un determinado paciente, excepto cuando la media es del 100% de curaciones, la desviación estándar es igual a cero y la probabilidad de cometer un error es del 1% (siempre existe una probabilidad de cometer un error!)... en esta situación, en el 99% de los casos el paciente curará. Por otra parte, si la media estadística de una muestra de pacientes con cáncer de próstata es válida para tratar a un paciente con cáncer de próstata (a quien le va la vida), ¿por qué no puede ser válida para tratar a un paciente afecto de neurosis obsesivo-compulsiva, a quien no le va la vida? El Dr. Fischman tampoco acepta la validez de los estudios en los que se comparan grupos de pacientes, en nombre de la «irreductibilidad del sujeto a la normalización.» Es preciso concluir que los pacientes con cáncer de próstata son reductibles a la normalización, pero los neuróticos no lo son.
2. **Daniel Widlöcher** afirma que la piedra de toque es la calidad clínica, la competencia del terapeuta. Una afirmación que realmente parece válida para cualquier campo de la medicina y de la terapéutica.

3. **Falissard** no indica que también es preciso expresar numéricamente los mencionados criterios de evaluación: cinco pacientes del grupo de control intentaron suicidarse, o la media de intentos de suicidio en el grupo de control fue de $2,32 \pm 1,13$.
4. Según **Julien Daniel Guelfi**, el psicoanálisis es y será una aventura singular entre el analista y el sujeto. Una afirmación ciertamente arriesgada: también podría afirmarse que la relación entre un houngan y un seguidor del vudú (el 90% de los ocho millones de habitantes de Haití) constituye una «aventura singular».
5. **Jean Michel Thurin**, psiquiatra-psicoanalista, expone los problemas a los que se enfrenta el ECR... pero si se supone que en un ECR
 - a) se compara un grupo de 40 pacientes diagnosticados según DSM-III como depresión mayor y tratados mediante terapia psicoanalítica breve durante 8 semanas, con
 - b) un grupo de 40 pacientes con el mismo diagnóstico que se encuentran en lista de espera durante un periodo semejante;
 - c) que se utiliza como criterio de eficacia la escala de depresión de Beck, y
 - d) que la valoración estadística se basa en la magnitud del efecto, y
 - e) que se encuentra que la magnitud del efecto ($0,87 \pm 0,03$) favorece la terapia psicoanalítica con un valor de $p < 0,05$,
¿no es probable que ningún psicoanalista criticaría las deficiencias del ECR y que ninguno se dedicara a proponer nuevos métodos de investigación clínica?
6. **Desplant** y **de Rotten** parece que no están bien informados: el método de investigación clínica utilizado en farmacología clínica no presupone conocer los mecanismos de acción: los estudios sobre la eficacia de la acupuntura no tienen relación alguna con los hipotéticos mecanismos de esta terapia.
7. **Éric Lauren**, para demostrar los riesgos de los antidepresivos en el paciente adulto cita un artículo periodístico (New York Times) y se refiere a otros dos artículos que niegan este riesgo... pero no los cita! Cita también el sugestivo título de un artículo publicado por John P.A. Ioannidis (Facultad de Medicina, Universidad de Ioannina), pero no cita la crítica de Steven Goldman (Johns Hopkins School of Medicine) y de Sander Greenland (University of California Los Angeles), quienes concluyen que el modelo estadístico utilizado por Ioannidis no es correcto y que la afirmación de que los resultados de la investigación en «áreas candentes» es muy probable que sean falsos carece de fundamento.¹⁶

En resumen, cinco de los autores incluidos en *L'evaluation* (Fischman, Guelfi, Desplant, Thurin y Thurin et Thurin) se muestran claramente en contra del ensayo clínico controlado como instrumento para valorar la eficacia de las psicoterapias y del psicoanálisis. Laurent se muestra también en contra, pero su opinión no puede valorarse: la argumentación utilizada es más propia de un panfleto que de un ensayo científico. Claramente a favor del ensayo clínico controlado, sólo dos: Felissard y Perron. Cuatro autores no se manifiestan claramente (Widlöcher, Brusset, Chartier, Grosbois) y dos (Gori y Duruz) adoptan una posición neutral. Cuatro autores proponen soluciones alternativas: Desplant et de Roten (estudios de casos), Thurin (ensayos prácticos y estudios intensivos de casos), Thurin et Thurin (modelo observacional) y Baruch (estudios intensivos).

Referencias

1. Fishman G (editor). *L'evaluation des psychothérapies et de la psychoanalyse. Fondements et enjeux*. Paris: Elsevier Masson, 2009
2. March JS, Silva SG, Comptom S, Shapiro M, Califf R, Krishman R. The case for practical clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:836-46
3. Fishman DB. *Prevention et treatment*. (2000).
<http://journals.apa.org/prevention/volume 3/pre0030008a.html>
4. *Symposium sur la recherche sur les résultats*. Congreso de la Asociación Internacional de Psicoanálisis. Barcelona, 1997
5. Pfeffer AZ. The meaning of the analyst after analysis: A contribution to the theory of therapeutic results. *J Am Psychoanal Ass* 1963;11:229-44

6. Norman HF, Blaker KH, Oremland JD, Barrett WG. The fate of the transference neurosis after termination of a satisfactory analysis. *J Am Psychol Ass* 1976;24:471-98
7. Rangell L. *An overview of the ending of an psycholanalysis*. Madison: International Universities Press, 1966
8. Wallerstein RS. My life as a psychoanalytic therapy researcher and in CAMP. En: Bucci W, Freedman N (eds.) *The integration of clinical and research perspectives in psychoanalysis*. Madison: International Universities Press, 2007
9. Baruch C, Gibeault A, Loukomskaïa M. Évaluation de psychotherpies psychoanalytiques: une étude pilote. *Cliniques méditerranéenes* 2005;71:259-67
10. Kazdin AE. *Single case research designs*. Nueva York; Oxford University Press, 1982
11. Thurin M, Lapeyronnie-Robine B, Thurin JM. Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant aux critères actuels de qualité méthodologique. *Bulletin de Psychologie* 2006;59:591-603
12. Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En Garfield SL, Bergin AE. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley, 1986
13. March J, Silva S, Petricki S, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. *JAMA* 2004;292(7):807-20
14. Carey B. Antidepressant safety debate may include adult patients. *The New York Times* 18 febrero 2005
15. Rifkin A. Randomized controlled trials and psychotherapy research. *Am J Psychiatry* 2007;164:7-8
16. Ioannidis J. Why most published research findings are false. *PloS Medicine* 2007;2(8):e124
17. Goodman S, Greenland S. Why most published research findings are false: Problems in the analysis. *PLoS Med* 2007 April;4(4):e168

4.1.8

Una revisión cualitativa de ensayos clínicos (Gerber, 2011)

Gerber AJ, Kocsis JH, Milrod BL, Roose SP, Barber JP, Thase ME, Perkins P, Leon AC. A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2011;168:19-28

La Randomized Controlled Trial Psychotherapy Rating Scale (RCT-PQRS), desarrollada por la American Psychological Association, consiste en un formulario de 25 ítems relativos al diseño de un estudio, a su desarrollo y a su publicación. Los ítems 1 a 24 se valoran como 0 (descripción, ejecución o justificación deficiente), 1 (descripción correcta o ejecución correcta, pero no ambos) o 2 (bien descrito y bien realizado). Estos 24 ítems proporcionan por lo tanto una puntuación global entre 0 y 72. En la revisión de Andrew Gerber et al. se estimó a priori que una puntuación de 24 corresponde a la valoración mínima exigida para aceptar un determinado estudio.¹ Con el ítem 25 se expresa la opinión del evaluador respecto a la calidad global del estudio, calificada entre 1 (excepcionalmente deficiente) y 7 (excepcionalmente satisfactoria). En la mencionada revisión, las valoraciones fueron asignadas aleatoriamente a cinco revisores con experiencia en la evaluación de manuscritos sobre terapia psicodinámica.

Previamente, se efectuó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE con los términos «psychodynamic» o «psychoanalytic» con el objetivo de localizar todos los ensayos clínicos controlados y randomizados publicados entre 1974 y mayo de 2010 en los que los participantes hubieran sido asignados a dos a más de dos tratamientos, uno de los cuales debía haber sido identificado como psicodinámico o psicoanalítico. En total, 94 ensayos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En estos estudios se contabilizan 103 comparaciones debido a que en varios de ellos se valoraron más de dos alternativas terapéuticas; en la tabla 1 se detallan los resultados globales de las mismas.

TABLA 1. Resultados de 103 comparaciones registradas en 94 ensayos clínicos

	<i>terapia psicodinámica</i>			<i>total</i>
	<i>mejor que control</i>	<i>igual a control</i>	<i>peor que control</i>	
<i>control activo</i>	6	47	10	63
<i>control inactivo</i>	27	12	1	40

De estos 94 estudios, 54 fueron considerados como «razonablemente bien realizados». En estos estudios se efectuaron 63 comparaciones. Treinta y nueve comparaciones tuvieron lugar respecto a alternativas terapéuticas «activas» y las 24 restantes de refirieron a alternativas «inactivas». Dieciocho de las comparaciones respecto a terapias inactivas favorecieron la terapia psicodinámica; en ocho comparaciones no se encontraron diferencias. Las comparaciones respecto a terapias activas favorecieron a la terapia psicodinámica en seis ocasiones, en cinco favorecieron al grupo de control y en 28 no se encontraron diferencias.

Los autores concluyen que los ensayos clínicos disponibles ofrecen resultados «prometedores», pero la superioridad de la terapia psicodinámica sólo se manifiesta respecto a terapias «inactivas», lo que permitiría calificarla como «empíricamente validada» en el caso de que se dispusiera de nuevos ensayos clínicos randomizados de calidad adecuada y de tamaño muestral suficiente.

Terapia psicoanalítica prolongada

En el artículo de Gerber et al. se indica que 72 de los 94 ensayos en cuestión, corresponden a terapia psicodinámica de menos de un año de duración, 17 se refieren a terapia psicodinámica grupal y 12, a terapia psicodinámica de más de un año de duración («prolongada»).

Andrew Gerber proporcionó amablemente el listado bibliográfico (*Data Supplement*) de los ensayos clínicos incluidos en su revisión. En este listado consta autor y año, indicación estudiada, número de pacientes, tratamientos, resultados y las valoraciones correspondientes a los ítems 1-24 y al ítem 25. De acuerdo con esta información se han localizado los 12 ensayos efectuados con terapia psicodinámica de más de un año de duración y se ha confeccionado una tabla con las mismas características que las de la *Data Supplement* (tabla 2).

Tabla 2. Eficacia de la terapia psicodinámica prolongada. Ensayos de más de un año de duración incluidos en *Data Supplement* (Gerber et al., 2011)

autor, año	indicación	n	tratamientos	resultados	ítem 1-24	ítem 25
Gunderson ² 1984	esquizofrenia	95	a) terapia exploratoria b) terapia adaptativa	sin diferencias	29	5
Bachar ³ 1999	anorexia y bulimia	33	a) terapia psicodinámica b) terapia cognitiva c) aconsejamiento	psicodinámica superior	26	4
Bateman ⁴ 1999	Trastorno límite de personalidad	38	a) terapia psicodinámica b) tratamiento habitual	psicodinámica superior	29	7
Bateman ⁵ 2009	trastorno límite de personalidad	134	a) terapia psicodinámica b) tratamiento habitual	psicodinámica superior	45	7
Dare ⁶ 2001	anorexia	84	a) terapia psicodinámica b) cognitiva c) terapia familiar d) tratamiento habitual	psicodinámica mejor que c) y d); con b), resultados confusos	28	4
Høglend ⁷ 2006	varios diagnósticos	100	a) terapia transferencial b) no transferencial	sin diferencias	29	4
Giesen-Bloo ⁸ 2006	trastorno límite de personalidad	86	a) terapia transferencial b) centrada en esquemas	psicodinámica inferior	42	7
Clarkin ⁹ 2007	trastorno límite de personalidad	90	a) terapia psicodinámica b) terapia de soporte	sin diferencias	26	4
Milrod ¹⁰ 2007	trastorno de pánico	49	a) terapia psicodinámica b) relajación	psicodinámica superior	42	6
Gregory ¹¹ 2008	trastorno límite + alcohol	30	a) terapia psicodinámica b) tratamiento habitual	psicodinámica superior	31	5
Knekt ¹² 2004	depresión	198	a) psicodinámica prolongada b) psicodinámica breve c) centrada en soluciones	sin diferencias	36	5
Doering ¹³ 2010	trastorno límite de personalidad	104	a) terapia psicodinámica b) tratamiento habitual	psicodinámica superior	32	5

En esta tabla se puede comprobar que en realidad se trata de 16 comparaciones entre terapia psicodinámica prolongada (terapia prolongada) y otras opciones terapéuticas, 10 de las cuales favorecen la terapia prolongada, en cuatro no se constata ninguna diferencia (una de ellas compara en realidad la terapia prolongada òtransferencial y la terapia prolongada òno transferencial) y en una, la terapia centrada en esquemas da mejores resultados en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad; otra comparación (terapia prolongada versus terapia

cognitiva) no permitió llegar a conclusión alguna. Es preciso tener en cuenta que en ocho de estas comparaciones, el tratamiento del grupo de control (tratamiento habitual, relajación, terapia familiar) difícilmente puede diferenciarse de un placebo. También tiene interés constatar que en el tratamiento de la depresión no se constataron diferencias entre la terapia breve, la terapia centrada en soluciones y la terapia prolongada. En la tabla 3 pueden comprobarse con mayor claridad las conclusiones precedentes.

TABLA 3. Comparaciones entre terapia prolongada y otras opciones terapéuticas.

<i>autor</i>	<i>terapia prolongada versus terapia</i>	<i>indicaciones</i>	<i>terapia mejor</i>	<i>igual</i>	<i>control mejor</i>
Gunderson	adaptativa	esquizofrenia		x	
Bachar	cognitiva	anorexia y bulimia	x		
Dare	cognitiva	anorexia		?	
Giesen-Bloo	centrada en esquemas	trastorno límite			x
Knekt	centrada en soluciones	depresión		x	
Knekt	breve	depresión		x	
Clarkin	de soporte	trastorno límite	x		
Milrod	relajación	trastorno de pánico	x		
Bachar	aconsejamiento	anorexia y bulimia	x		
Dare	familiar	anorexia	x		
Dare	habitual	anorexia	x		
Bateman	habitual	trastorno límite	x		
Bateman	habitual	trastorno límite	x		
Gregory	habitual	trastorno límite	x		
Doering	habitual	trastorno límite	x		
Høglend	no transferencial	varios trastornos		x	

Las conclusiones que aporta esta revisión de los resultados de los ensayos clínicos sobre la eficacia comparada de la terapia psicodinámica prolongada no difieren substancialmente de las conclusiones alcanzadas en el artículo original de Gerber et al. sobre la eficacia de la terapia psicodinámica.

Comentarios

1. *El formulario utilizado en la revisión de Gerber et al. no está libre de dudas: la más importante es que la valoración se basa en una puntuación cuyos ítems no han sido debidamente ponderados; así, por ejemplo, si el ítem 22 (randomización) ha sido valorado como 0 pero el total alcanza un resultado de 24, el ensayo se considera aceptable, cuando en realidad es difícilmente aceptable. No queda claro tampoco el motivo por el que los evaluadores no recurrieron sencillamente a la metodología desarrollada por el National Institute for Health and Clinical Excellence.*
2. *En la búsqueda bibliográfica no se han incluido dos ensayos clínicos controlados que cumplen con sus criterios de inclusión y exclusión:*
 - Piper WE, Debbane EG, Bienvenu JP, Garant J. A comparative study of four forms of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:268-79
 - Vinnars B, Barber JP, Noren K, Gallop R, Weinryb RM. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatry* 2005;162:1933-1940

Los resultados del ensayo de Piper et al. favorecen la terapia grupal prolongada, en tanto que con terapia individual se alcanzaron mejores resultados con terapias breves. De acuerdo con Vinnars et al., en los pacientes con trastornos de la personalidad, el tratamiento con psicoterapia expresiva de soporte o con terapia psicodinámica durante un año reduce la severidad del trastorno y mejora la funcionalidad.

Debido a estar publicado en alemán, tampoco se incluyó en esta revisión el ensayo de Huber D. et al. (2005)¹⁴ en el que se compararon el psicoanálisis, la psicoterapia basada en la psicología profunda y la terapia conductual; parece que cuando el número de estudios disponibles es muy reducido, el idioma no debería ser un criterio de exclusión.

3. *Valorar conjuntamente los resultados de la terapia psicodinámica prolongada individual o grupal y los de la terapia psicodinámica breve no es excepcional en la bibliografía psicoanalítica, pero resulta de difícil explicación. Si se supone que un año de terapia psicodinámica individual (dos sesiones semanales) cuesta 100 unidades monetarias, un año de terapia de grupo en el que participen cinco individuos costará 20 unidades y una terapia psicodinámica breve de seis meses de duración (una sesión semanal) costará 25 unidades. Combinar los resultados de estos tres procedimientos parece válido sólo en el caso de que su coste (su dosis) fuera equivalente.*

Referencias

1. Gerber AJ, Kocsis JH, Milrod BL, Roose SP, Barber JP, Thase ME, Perkins P, Leon AC. A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2011;168:19-28
2. Gunderson, JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH, et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984;10:564-98
3. Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM. Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1999;8:115-28
4. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-9
5. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1355-64
6. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21
7. Høglend P, Amlø S, Marble A, Bøgwald KP, Sørbye O, Sjaastad MC, et al. Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry* 2006;163:1739-46
8. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:649-58
9. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*, 2007;164:922-28
10. Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., & Clarkin, J., et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry*, 164, 265-72
11. Gregory RJ, Chlebowski S, Kang D, Remen AL, Soderberg MG, Stepkovitch J, et al. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2008;45: 28-41
12. Knekt P, Lindfors O. *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders*. Helsinki: Kela, 2004
13. Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:389-95
14. Huber D, Klug G, von Rad M. Münchner Psychotherapie-Studie. En: M. Leuzinger-Bohleber, U. Stuhr (editores). *Psychoanalysen im Rückblick*. Giessen: Psychosozial Verlag, 2001

4.2 ENCUESTAS

Las encuestas se definen como un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población con el objeto de conocer estados de opinión o hechos específicos.

Una encuesta puede dirigirse a todos los individuos de una población, es decir, puede abarcar el «universo» de los individuos afectados. Es el caso de la votación en unas elecciones municipales. Otra opción es la encuesta por muestreo, en la que se elige una parte de la población que se estima representativa de la población total. Una tercera forma de encuesta es el sondeo de opinión: la muestra de la población elegida no es suficiente para aportar resultados fiables, pero puede proporcionar información valiosa para el diseño de otros estudios.

Las encuestas son fáciles de realizar, su coste es muy inferior al de cualquier otro método de investigación y los resultados se obtienen rápidamente; además, los datos se pueden tratar mediante programas informáticos, de forma que su análisis resulta sencillo.

El elemento básico de la calidad de una encuesta es la representatividad de los encuestados, que sólo es posible alcanzar mediante la selección aleatoria de los mismos. Un paso previo a la aleatorización es la estratificación, es decir, debe disponerse de una descripción de la población diana según los parámetros sociológicos habituales: género, pirámide de edades, nivel socioeconómico, etc. La muestra debe tener una estructura semejante a la de la población diana, lo que se logra incluyendo al azar individuos pertenecientes a los diferentes estratos considerados. Este método se utiliza, por ejemplo, en los estudios de mercado o en las encuestas dirigidas a predecir los resultados electorales.

Cuando la encuesta pretende obtener las opiniones de un grupo que ha experimentado una determinada intervención, la aleatorización es difícilmente aplicable. Ello implica la posibilidad de sesgos importantes, como por ejemplo, que contesten predominantemente los sujetos que han obtenido resultados favorables mediante la intervención estudiada. Así, en la encuesta efectuada en Gran Bretaña por el General Medical Council acerca de las opciones profesionales que se ofrecían a los médicos jóvenes, se envió un cuestionario con tres sencillas preguntas a 1.490 hombres y mujeres que se habían graduado el año anterior.¹ Contestó el 44%. ¿Este porcentaje, representaba la totalidad de la muestra? Es posible que los médicos satisfechos con su posición tuvieran una mayor tendencia a manifestarlo que los que habían fracasado. O que los que habían fracasado utilizaran preferentemente una encuesta que les permitía expresar su disgusto. Los que abandonaron la profesión probablemente consideraron que la encuesta no les incumbía. Los que habían alcanzado éxito podían estar muy ocupados y no desear perder el tiempo contestando preguntas. Resultó imposible determinar cuál de estos factores fue el elemento decisivo para participar o no participar en la encuesta. Estos hechos deben tenerse muy en cuenta cuando se trata de medir la satisfacción de un grupo de pacientes tras una intervención terapéutica.

La valoración de un tratamiento psicoterapéutico por parte de los pacientes puede servir para probar su eficiencia antes de ofrecerlo a la totalidad de la población. Pero es preciso evaluar muy cuidadosamente los sesgos que puedan distorsionar los resultados obtenidos. En todo caso, el diseño de una encuesta requiere la colaboración de profesionales con un buen nivel de conocimientos y experiencia práctica.

Referencia

1. Hill AB, Hill ID. *Principles of medical statistics*. Londres: Arnold, 1991

4.2.1

El informe del Central Fact-Gathering Committee (Hamburg, 1967)

Hamburg DA, Bibring GL, Fisher C, Stanton AH, Wallerstein RS, Weinstock HI, Haggard E. Report of ad hoc Committee on Central Fact-Gathering Data of the American Psycho-analytic Association. *J Am Psychoanal Assoc* 1967;15:841-861

El informe del Central Fact-Gathering Committee tiene fundamentalmente un valor histórico y demuestra el gran interés de los psicoanalistas americanos en conocer los hechos reales de su práctica profesional, tanto en cuanto a las características demográficas de sus pacientes como en cuanto los resultados de su intervención terapéutica.¹

Central Fact-Gathering Committee se puede traducir libremente como «Comité para el registro de la información básica» y constituyó una iniciativa de la American Psychoanalytic Association. Presidido por Harry Weinstock, comenzó sus actividades en 1952 y el proyecto fue acogido con gran entusiasmo: centenares de analistas proporcionaron información sobre millares de pacientes, pero los problemas en la codificación de diagnósticos y de resultados clínicos y el esfuerzo que exigía su valoración hicieron que en 1957 se tomara la decisión de no publicar el material acumulado.

En 1961 se nombró un nuevo comité, presidido por David A. Hamburg, que decidió que los datos de unos 10.000 informes iniciales, completados al principiar el tratamiento psicoanalítico, fueran registrados en tarjetas perforadas IBM. Se disponía también de aproximadamente 3.000 informes, completados al terminar el tratamiento, pero surgió la dificultad de correlacionarlos con los informes iniciales. El hecho de disponer de cifras tan dispares de informes iniciales y finales sólo se pudo interpretar como que un elevado número de pacientes no completaron su tratamiento. Tras codificar los informes finales se dispuso de 3.019 casos completos proporcionados por 386 psicoanalistas (de 1 a 24 casos por analista, mediana de 6 casos por analista). Las tarjetas restantes, que contenían sólo los datos de las 7.000 entrevistas iniciales restantes, se perdieron.

Resultados

1. De los 3.019 casos mencionados, 1.548 (52,5%) eran mujeres y 1.435 (47,5%) hombres.
2. En cuanto a la edad, 520 (17,5%) tenían de 13 a 25 años; 1.398 (46,3%), de 26 a 35 años; 854 (28,3%), de 36 a 45 años, y 239 (7,9%), más de 46 años.
3. Respecto al nivel de estudios, 664 (22,0%) tenían un nivel elemental o medio; 1.265 (41,9%) habían cursado estudios superiores y 1.081 (35,8%) habían alcanzado titulación universitaria.
4. Se dispuso de información acerca del tratamiento en 2.983 informes: 1.269 pacientes (43%) fueron tratados mediante psicoanálisis; 1.393 (47%), con otras psicoterapias, y 320 (10%), con ambos procedimientos.
5. De los pacientes del grupo de psicoanálisis, 725 (57,0%) completaron el tratamiento; en el grupo de psicoterapia lo completaron 517 pacientes (37,0%) y en el grupo mixto, 151 (47%).
6. El número de pacientes según el diagnóstico se distribuyó como sigue:

sin diagnosticar	549	(18,2%)	esquizofrenia	270	(8,9%)
psicosomáticos	505	(16,7%)	ansiedad	264	(8,7%)
histéricos	365	(12,1%)	ansiedad+depresión	178	(5,9%)
compulsivos	365	(12,1%)	trastornos sexuales	140	(4,6%)
depresivos	313	(10,4%)	paranoia	70	(2,3%)

- La duración del tratamiento fue de menos de un año en 1.650 casos (54,7%), de dos a tres años en 1.021 casos (33,8%) y de más de cuatro años en 340 casos (11,3%).
- Los terapeutas consideraron que el 97,3% de los pacientes que habían completado su tratamiento mejoraron respecto a su funcionamiento total y el 96,6% de estos pacientes informaron que el tratamiento les había resultado beneficioso.
- Según los informes de los psicoanalistas, el psicoanálisis es significativamente más eficaz que la psicoterapia en cuanto a resolución sintomática.

Respecto al punto anterior, en el informe se indica que:

...dado que presumiblemente a los pacientes se les había seleccionado para ser tratados con una u otra de estas alternativas (psicoanálisis o psicoterapia), esta preselección limita la generalización de los resultados.

En la valoración de resultados se consideran muchos otros aspectos, pero su significado no tiene el interés de los comentados previamente. El informe concluye afirmando que su principal objetivo fue estimular la reflexión y animar a la investigación de los problemas pertinentes a la práctica psicoanalítica.

Harry Weinstock fue profesor de Psiquiatría en la Mount Sinai School of Medicine y director del Departamento de Psiquiatría del hospital homónimo. Había nacido en la ciudad de Nueva York y se graduó en el Columbia College of Medicine en 1920. Fue uno de los primeros psicoanalistas de Nueva York. Falleció en 1982 a los 81 años.

El curriculum vitae de **David Alan Hamburg**, segundo presidente del Central Fact-Gathering Committee, es extraordinario. Nacido en 1925 en Evansville (Indiana), obtuvo el doctorado en Medicina en 1947 y desarrolló una brillante carrera en los campos de la salud pública, la investigación y las ciencias del comportamiento. Entre 1958 y 1961 fue jefe del Departamento de Psiquiatría del Adulto en los National Institutes of Health y de 1961 a 1976, profesor de Psiquiatría en la Universidad de Stanford; entre 1982 y 1997 fue presidente de la Carnegie Foundation de Nueva York. Miembro del Comité Asesor del Presidente Bill Clinton en cuestiones de ciencia y tecnología, ostenta la Presidential Medal of Freedom concedida en 1996, el premio por Servicios Distinguidos de la American Psychiatric Association y la Public Welfare Medal de la National Academy of Sciences. En junio de 2006, fue nombrado presidente del Comité Consultivo de las Naciones Unidas para la Prevención del Genocidio, un objetivo al que ha dedicado la mayor parte de su esfuerzo público.

Comentario

En esta encuesta no se dispuso de información acerca del género de los pacientes y del tratamiento que recibieron en 36 casos, y en 8 casos se desconocía la edad de los pacientes y su nivel de estudios. En un proyecto de este tipo, dichas omisiones son inevitables. Por otra parte, si las alternativas terapéuticas se deciden de acuerdo con las características de los pacientes, no se deberían encontrar diferencias entre los resultados obtenidos en el caso de que su eficacia fuera equivalente y la selección correcta.

Referencia

- Hamburg DA, Bibring GL, Fisher C, Stanton AH, Wallerstein RS, Weinstock HI, Haggard E. Report of ad hoc Committee on Central Fact-Gathering Data of the American Psychoanalytic Association. *J Am Psychoanal Assoc* 1967;15:841-861

4.2.2

¿Ayuda la terapia? (*Consumer Reports*, 1995)

Mental health: Does therapy help? *Consumer Reports*. 1995, November: 734-9

En noviembre de 1995, *Consumer Reports*, órgano de expresión de la Consumers Union (Yonkers, Nueva York), publicó los resultados de una encuesta titulada «Mental health: Does therapy help?»¹

Consumer Reports había solicitado a sus 180.000 suscriptores que completaran un cuestionario sobre salud mental si «en el curso de los tres años precedentes habían sufrido problemas emocionales que les indujeron a consultar a un amigo, un pariente, un sacerdote, un profesional de la salud mental o un médico de familia». Aproximadamente 8.000 suscriptores rellenaron el cuestionario, de éstos:

- unos 3.000 se habían dirigido a amigos, parientes o sacerdotes,
- unos 1.300 acudieron a grupos de ayuda mutua (por ejemplo, Alcohólicos Anónimos),
- unos 2.700 habían visitado a un profesional de la salud mental (37% a psicólogos, 22% a psiquiatras, 14% a trabajadores sociales, 9% a consejeros matrimoniales y 18% a otros profesionales), y
- unos 1.000 consultaron a su médico de familia.

Las preguntas del cuestionario estuvieron dirigidas a (a) explicar el problema inicial (ansiedad, pánico, fobiasí) y el estado emocional al principio del tratamiento y al completar la encuesta, (b) definir el tipo de terapeuta consultado y la modalidad y duración de la terapia, (c) evaluar la satisfacción y los beneficios conseguidos con la terapia y (d) detallar los motivos para terminar el tratamiento. Veintiséis preguntas se refirieron específicamente a las características de los profesionales de la salud mental.

La valoración de los resultados del tratamiento se efectuó tomando en cuenta las siguientes escalas:

- Mejoría específica: *¿le ayudó el tratamiento a resolver el problema que motivó su consulta?*
Respuestas: las cosas van mucho mejor; algo mejor; sin diferencias; algo peor; mucho peor; no lo sé.
- Satisfacción: *¿cuál es su nivel de satisfacción con el tratamiento recibido?*
Respuestas: completamente satisfecho; bastante satisfecho; algo satisfecho; muy insatisfecho; completamente insatisfecho.
- Mejoría global: *¿cómo valora su estado emocional en comparación con el principio del tratamiento?*
Respuestas: muy deficiente; bastante deficiente; más o menos igual; bastante bien; muy bien.

Cada una de estas escalas se ponderó entre 0 y 100 y la suma de dichas ponderaciones proporcionó un índice de efectividad (*effectiveness*) expresado entre 0 y 300.* Este índice

* *Effectiveness* se traduce según el *Diccionario Collins* como efectividad.

Efectividad: grado en el que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en las condiciones de la práctica habitual.

permitió concluir que de los 426 individuos que se encontraban «muy mal» cuando empezaron el tratamiento, al completar la encuesta 187 (44%) se encontraban «muy bien» y 183 (43%), «bien» o «más o menos»; en conjunto, buenos resultados en el 87% de los individuos que inicialmente se sentían muy mal. Aparte de ello:

- a) Los tratamientos prolongados proporcionaron mejores resultados que los breves; esta afirmación se encuentra respaldada por una curva de dosis-respuesta (figura 1) obtenida de los pacientes tratados con psicoterapia o con psicoterapia combinada con medicación; las diferencias entre los períodos estudiados son estadísticamente significativas.

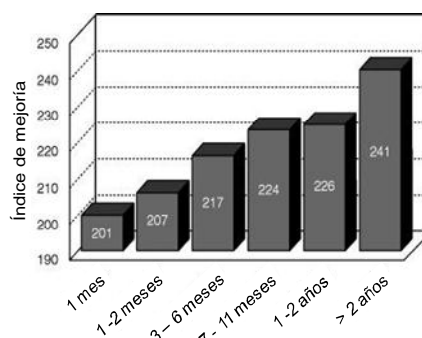


Fig.1. Efectividad en función de la duración del tratamiento

- b) Cuando el tratamiento estuvo a cargo de profesionales de la salud mental, se obtuvo un índice de efectividad de 211 a los 6 meses de tratamiento y de 232 en el caso de tratamientos prolongados.
- c) No se encontraron diferencias entre las modalidades psicoterapéuticas valoradas ni entre la psicoterapia sola y la psicoterapia combinada con medicación.
- d) Los participantes en la encuesta experimentaron mejorías semejantes tanto con psiquiatras como con psicólogos o trabajadores sociales; en la escala de «effectiveness», los psiquiatras fueron evaluados con 226 puntos, los trabajadores sociales con 225 y los psicólogos con 220.
- e) Los médicos de familia fueron valorados positivamente en el caso de tratamientos breves, pero en los tratamientos prolongados su valoración resultó inferior a la de otros profesionales de la salud: a los seis meses, su «effectiveness» se valoró en 213, cifra que quedó inmodificada en los tratamientos más prolongados.
- f) El 40% de los participantes atendidos por un médico de familia recibieron tratamiento farmacológico; en caso de los especialistas en salud mental, esta cifra se redujo a un 20%.
- g) Las organizaciones de ayuda mutua fueron valoradas muy positivamente, en especial Alcohólicos Anónimos: índice de «effectiveness» de 251, superior al otorgado a los profesionales de la salud mental.

Martin E. Seligman, uno de los dos psiquiatras que revisaron el informe del *Consumer Reports*, afirmó que la validación empírica de un tratamiento prolongado sólo es posible mediante este tipo de encuestas. Martin Seligman es, desde finales de 2005, director del Departamento de Psicología de la Universidad de Pensilvania (Estados Unidos). Previamente había sido presidente de la American Psychological Association. Ha escrito varios *best-sellers* sobre psicología positiva, entre ellos *Learned optimism*.²

Comentario

Puede aceptarse que esta encuesta representa la población de Estados Unidos que decide solicitar ayuda profesional en el caso de trastorno psicológico. Se trata de individuos de ambos géneros, de clase media, con un nivel de estudios elevado y de una edad promedio de 46 años. No obstante, no parece que incluya pacientes con trastornos de la personalidad (personalidad evasiva, personalidad antisocial, personalidad pasiva-agresiva) o con problemas depresivos

graves. Una consideración semejante es válida para los casos en los que el tratamiento del alcoholismo fracasó. Es decir, la representatividad de la muestra sólo puede admitirse con ciertas salvedades.

La curva de dosis-respuesta tiene también importantes limitaciones. En psicoterapia, el mayor número de abandonos se producen al principio del tratamiento debido a que el paciente no considera que le esté ayudando a resolver sus problemas. Es decir, los pacientes que continúan tratándose son los que mejoran, con lo cual los promedios de los índices de efectividad se incrementan a medida que los pacientes que no mejoran abandonan el tratamiento.

El hecho de que los pacientes informen acerca de los resultados de un tratamiento que había terminado entre uno y tres años antes introduce un sesgo importante: inexactitudes acerca del problema sufrido, acerca de su evolución e incluso, acerca del tipo de tratamiento recibido. Además, los acontecimientos pasados se juzgan con mayor benevolencia que los acontecimientos recientes.

Referencias

1. Mental health: Does therapy help? *Consumer Reports*. 1995, November: 734-9
2. Seligman M. *Aprender optimismo: haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Debolsillo, 2004

4.2.3

La encuesta de la Universidad de Konstanz (Breyer, 1997)

Breyer F, Heinzl R, Klein Th. Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundheitsökonomie un Qualitätsmanagement* 1997;2:59-73

Esta encuesta fue realizada desde el Departamento de Economía y Política Social (Director: Prof. Friedrich Breyer) de la Universidad de Konstanz y el Instituto de Sociología (Director: Dr. Thomas Klein) de la Universidad de Heidelberg. En ella se solicitó la colaboración de 394 psicoanalistas adscritos a la DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie) o a la DGIP (Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie).¹ Se obtuvieron 183 respuestas (46,4%), pero sólo 91 analistas (23,1%) se mostraron dispuestos a participar en la encuesta. La orientación teórica de estos analistas era freudiana en 61 casos, adleriana en 15, junguiana en 10, ecléctica en 4 casos y desconocida en un caso.

A los analistas que accedieron a participar se les enviaron 979 cuestionarios anónimos en los que se solicitaba que sus pacientes, de forma retrospectiva,

- informaran acerca del número de sesiones dedicadas al tratamiento y acerca de la duración del mismo,
- proporcionarán su opinión sobre su salud física, mental, social y global al iniciar el tratamiento, a su terminación y al completar el formulario (momento calificado como «de seguimiento»), e
- indicaran los días de baja por enfermedad y de hospitalización en el curso del año anterior al inicio del tratamiento, en el del año siguiente a su terminación y en el del año precedente al momento de completar el formulario.

Se obtuvieron 646 formularios, de los que se rechazaron 42 debido a que el tratamiento había finalizado más de seis años antes de la realización de la encuesta. De estos cuestionarios, 545 correspondían a tratamientos individuales y 59 a tratamientos grupales. En las tres tablas siguientes se detallan los resultados obtenidos.

TABLA 1. Número de sesiones y duración del tratamiento (media \pm desviación estándar)

<i>tratamiento</i>	<i>sesiones</i>	<i>meses</i>	<i>sesiones/semana</i>
individual	261,28 \pm 8,41	42,42 \pm 1,05	1,68
grupal	119,79 \pm 9,07	32,67 \pm 2,98	1,00
<i>Total</i>	238,65 \pm 7,55	41,04 \pm 1,02	1,58

Como era de esperar, el número de sesiones por semana resultó más elevado para los analistas freudianos y junguianos que para los adlerianos y eclécticos. En cuanto a la duración del tratamiento, los autores del informe observan que estuvo en parte condicionada por la cobertura económica del tratamiento psicoanalítico proporcionada por los fondos de seguros de salud de Alemania; esta financiación está limitada a 300 sesiones.

TABLA 2. Evaluación del bienestar subjetivo**

<i>indicador</i>	<i>inicio</i>	<i>terminación</i>	<i>seguimiento</i>
salud física	3,21	2,20	2,13
salud mental	4,44	2,28	2,18
salud social	3,66	2,47	2,14
salud global	4,33	2,27	2,16

** 1 = muy bien, 5 = muy mal

Según estos resultados, al terminar el tratamiento la salud mejoró globalmente en un 47,6%, en tanto que al cumplimentar el formulario de seguimiento, la mejoría se había incrementado ligeramente (50,1%). Las restantes escalas muestran mejorías similares: 42,5% para la salud física, 48,6% para la salud mental y 32,5% para la salud social. Las diferencias, evaluadas mediante el *t*-test, resultan estadísticamente significativas.

TABLA 3. Días de baja por enfermedad y días de hospitalización en el curso de un año antes de iniciar el tratamiento, después de terminarlo y antes del seguimiento

	<i>antes de inicio</i>	<i>después de terminarlo</i>	<i>antes del seguimiento</i>
baja por enfermedad	14,48 días	8,46 días	8,62 días
hospitalización	3,39 días	1,17 días	2,22 días

En resumen, tras terminar el tratamiento, los días de baja por enfermedad se redujeron en un 60% y los días de hospitalización en un 66%.

En el análisis econométrico se comprobó que en los dos años siguientes a la terminación del tratamiento se recuperaba, en el caso de psicoterapia individual, el 25% del coste del tratamiento, y en el caso de psicoterapia en grupo, el 33%. La diferencia se explica porque el coste del tratamiento en grupo resulta 1,7 veces inferior al individual. No obstante, este cálculo tiene un valor limitado debido a que el número de pacientes tratados en grupo ($n = 59$) no justifica una generalización de los resultados. Por otra parte, el resultado económico fue más favorable cuanto peor era la situación del paciente al iniciar el tratamiento, cuanto mayor fue el número de sesiones y cuanto más jóvenes eran los pacientes.

Los autores indican que la extrapolación de los resultados de su encuesta puede resultar problemática:

- podrían haber participado predominantemente los analistas que obtenían buenos resultados con sus tratamientos;
- los pacientes que habían obtenido buenos resultados con su tratamiento podrían estar más dispuestos a participar en la encuesta;
- la validez de la información retrospectiva sobre la utilización de los servicios sanitarios puede encerrar errores importantes;
- la ausencia de un grupo de control hace que la reducción del gasto sanitario no se pueda atribuir con seguridad a la experiencia psicoterapéutica.

Los autores indican también que la naturaleza anónima de la encuesta no permitió validar las respuestas registradas.

En conjunto, siempre de acuerdo con los autores, los resultados de esta encuesta deben interpretarse con cautela, aunque puede admitirse que las encuestas agregan una importante perspectiva a las evaluaciones de los estudios observacionales.

Referencia

1. Breyer F, Heinzl R, Klein Th. Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundheitsökonomie un Qualitätsmanagement* 1997;2:59-73

4.2.4

¿Psicoterapia individual o psicoterapia de grupo? (Heinzel, 1998)

Heinzel R, Breyer F, Klein T. Ambulante analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer bundesweiten katemnestischen Evaluationsstudie. *Gruppenpsychother Gruppensdynamik* 1998;34:135-52

A fin de evaluar la psicoterapia individual y la grupal, Heinzel, Breyer y Klein desarrollaron un cuestionario en el que, tras el código del terapeuta, la duración del tratamiento, el número total de sesiones, el tipo de terapia (individual o de grupo), el año de nacimiento y el género del paciente, constaban las siguientes preguntas:

- ¿Cómo era (y cómo es) su estado general?
- ¿Cómo era (y cómo es) su estado de salud corporal?
- ¿Cómo era (y cómo es) su salud psíquica?
- ¿Cómo eran (y cómo son) sus relaciones personales?

Estas preguntas se referían a la situación del participante en la encuesta antes de iniciar el tratamiento y en el momento de responder a estas preguntas, y se debían contestar mediante una escala de cinco puntos (entre «muy bien» y «muy mal»).

El cuestionario continuaba con preguntas sobre la actividad profesional, el consumo de medicamentos por enfermedad aguda o por enfermedad crónica y la utilización de psicofármacos, el número de visitas al médico o al especialista, el número de días de baja por enfermedad y el número de días de hospitalización.

Este cuestionario se envió a una muestra elegida al azar de 291 psicoterapeutas (el 20% de los registrados en las diferentes asociaciones de psicoterapia), con el ruego de que lo remitieran a todos sus pacientes que hubieran completado el tratamiento entre principios de 1990 y finales de 1994. Participaron en la encuesta el 31,3% de los mencionados facultativos, lo que permitió obtener las respuestas de 666 pacientes, de las cuales 633 resultaron valorables.¹

En relación con el resultado terapéutico, al considerar los cambios experimentados entre el inicio del tratamiento y el momento de la encuesta no se constató ninguna diferencia significativa entre terapia grupal (con una media de 120 sesiones) y terapia individual (con una media de 261 sesiones); en la figura 1 se incluyen los valores medios de una escala entre 0 (ninguna mejoría) y 4 (máxima mejoría).

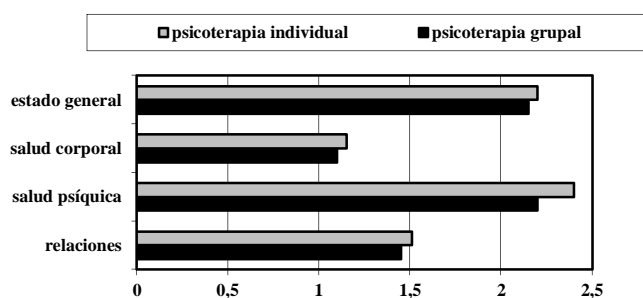


Fig. 1. Comparación según valoración de los pacientes

Respecto a la utilización de los servicios sanitarios, en la figura 2 se detallan las diferencias entre los valores iniciales y los correspondientes al momento en que se efectuó la encuesta, expresándose los valores medios de la mejoría experimentada.

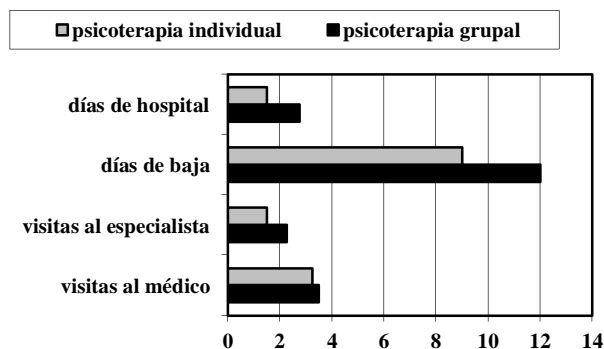


Fig. 2. Comparación según reducción de la utilización de los servicios sanitarios

Desde un punto de vista socioeconómico, se valoraron todos los cuestionarios que habían sido contestados de forma clara y completa, con lo que se obtuvieron los siguientes datos, expresados en marcos alemanes:

	<i>terapia individual</i>	<i>terapia grupal</i>
coste del tratamiento	DM 33.235.-	DM 4.305.-
ahorro en utilización de servicios sanitarios	DM 8.478.-	DM 14.330.-
coste neto del tratamiento	DM 24.757.-	DM 10.025.-

Estas cifras, referidas al período de 27 meses en que se desarrolló el estudio, demuestran que, en el caso de psicoterapia individual, el ahorro en costes de servicios sanitarios representó un tercio de los costes del tratamiento, en tanto que mediante la terapia grupal el ahorro fue tres veces superior al coste del tratamiento.

Los autores concluyen que su propósito no fue comparar estos dos tipos de psicoterapia, sino demostrar que la terapia grupal, en el marco de la atención sanitaria, merecía más atención que la que se le concedía en el momento de efectuar este estudio.

Roland Heinzl es doctor en Medicina, diplomado en psicología, especialista en Neurología, Psiquiatría y Medicina psicoterapéutica y psicoanalista; en su consultorio de Frankfurt am Main practica terapia de grupo y análisis bioenergético. **Friedrich Breyer** es profesor de Economía de la Salud en la Universidad de Konstanz y **Thomas Klein** es profesor de sociología en la Universidad de Heidelberg.

Comentario

*El estudio revisado es el mismo que el que, firmado por Breyer, Heinzl y Klein, se publicó en 1997 en Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, sólo que el actual se refiere a 666 pacientes y el anterior a 646, pero los resultados son prácticamente idénticos. Es un ejemplo típico del problema de la duplicidad de publicaciones.*²

Referencias

1. Heinzl R, Breyer F, Klein T. Ambulante analytische Einzel- und Gruppen-psychotherapie in einer bundesweiten katamnesticen Evaluationsstudie. *Gruppenpsychother Gruppodynamik* 1998;34:135-52
2. Duplicate publication: What it is-what to do. 29 Mai 2007 to 5 June 2007. World Association of Medical Editors. <http://www.wame.org/wame-listserve-discussions/duplicate-publication-what-it-is-what-to-do>

4.2.5

La encuesta de la Universidad del Sarre (Hartmann, 2001)

Hartmann S, Zepf S. Verbesserung psychischer Allgemeinfunktionen durch Psychotherapie. Drei therapeutische Verfahren im Vergleich. *Psychotherapeut* 2004;49:27-36

En el Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin (director: Privat Dozent Dr. med. Günter Heinz) de la Universidad del Sarre (Saarland, en alemán) se decidió en el año 2001 efectuar una encuesta semejante a la realizada por *Consumers Union* en Estados Unidos.¹ El director de la encuesta fue el doctor Sebastian Hartmann, quien contó con la colaboración de Sigmund Zepf. Los resultados fueron publicados por la Stiftung Warentest en 2002 y en *Psychotherapeut* en 2004;^{*} han sido también objeto de un libro editado por la prestigiosa Psychosozial Verlag.²⁻⁴

El propósito de Hartmann y Zepf fue comprobar si los resultados de *Consumer Reports* eran también aplicables a las condiciones de Alemania. En la encuesta se utilizó un cuestionario de 12 páginas de extensión: las preguntas se refirieron especialmente a las características de los problemas psicológicos y de los procedimientos terapéuticos utilizados, así como a la situación emocional actual de los pacientes.

En la encuesta participaron 979 pacientes que habían sido tratados mediante alguna forma de psicoterapia [psicoanálisis, psicoterapia basada en la psicología profunda (*tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*, en el original) y psicoterapia conductual]; de éstos, 734 (66%) eran mujeres. Seiscientos sesenta y seis pacientes se encontraban todavía en tratamiento y el resto (313) ya lo habían concluido. Los diagnósticos consistieron en trastornos depresivos (63%), ansiedad (37%) y trastornos psicósomáticos (34%). Se constataron problemas sexuales y de pareja en el 29% de los casos, problemas con los hijos en el 22% y problemas luctuosos en el 18%; el 16% de los pacientes sufrían trastornos alimentarios y el 6%, problemas de dependencia de drogas y alcoholismo.^Ä

Los tratamientos psicoterapéuticos determinaron una mejoría de los problemas que habían motivado la consulta del paciente, así como de algunas funciones psíquicas de carácter general: la capacidad de relacionarse con otros, la apreciación de los valores personales y la situación emocional.

El 55% de los encuestados afirmaron que tras la psicoterapia sus problemas habían «mejorado mucho» y el 36% comunicaron que habían «mejorado algo». En cuanto a la situación emocional, para el 41% resultó «mucho mejor» y para el 39%, «algo mejor».

Los pacientes que al principio del tratamiento sufrían trastornos graves fueron los que informaron acerca de mejores resultados: el 33% de ellos se mostraron «absolutamente satisfechos» con los resultados de la psicoterapia; el 43%, «muy satisfechos», y el 17%, «bastante satisfechos».

* «Stiftung Warentest» se puede traducir como «Fundación para la Evaluación de Productos Comerciales». Se trata de una organización de consumidores, fundada en 1964, entre cuyos objetivos figura el informar a sus socios acerca de comportamientos adecuados en temas de medio ambiente y de salud.

Ä La suma de porcentajes supera a 100 debido a que en un mismo paciente se constataron varios de los trastornos mencionados.

La comparación de los métodos psicoterapéuticos proporcionó diferencias en la frecuencia de mejoría clínica, pero estas diferencias se refirieron sólo a determinadas situaciones patológicas y fueron de poca importancia.

En los pacientes que habían completado el tratamiento, el grado de mejoría se relacionó con la duración del mismo, pero esta observación resultó válida sólo en caso de psicoanálisis.

Los resultados de la encuesta del Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin son muy semejantes a los de la encuesta de *Consumer Reports*:

- a) en los casos de mayor severidad, resultados especialmente satisfactorios en el 44% de los encuestados en Estados Unidos y en el 33% de los encuestados en Alemania;
- b) no se observan diferencias relevantes entre los procedimientos psicoterapéuticos empleados;
- c) mayor eficiencia de los tratamientos prolongados.

Sebastian Hartmann es doctor en Medicina, especialista en Psiquiatría, Psicoterapia y Psicoanálisis y fue colaborador científico del Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin de las Universitätskliniken des Saarlandes (Homburg, Sarre, Alemania). Actualmente dirige la Heliosklinik Schwedenstein (Pulsnitz, Sajonia), dedicada a medicina psicosomática.

Comentario

Los comentarios efectuados respecto a Consumer Reports se pueden aplicar también a la encuesta realizada en Alemania. Es interesante destacar que, en contraste con muchos otros estudios observacionales, en estas dos encuestas no resultó posible demostrar la superioridad del psicoanálisis frente a otros procedimientos psicoterapéuticos.

Por otra parte, Alemania es uno de los pocos países en los que el tratamiento psicoanalítico está incluido en la atención sanitaria a la que los ciudadanos tienen derecho por ley. Los pacientes que deseen recibir tratamiento psicoanalítico deben solicitarlo adjuntando el informe del psicoanalista con quien desean tratarse. Hay un límite de 300 sesiones para tratamientos individuales, con una frecuencia de tres sesiones semanales. El tratamiento psicoanalítico está indicado para trastornos neuróticos y psicosomáticos, trastornos de la personalidad y algunos procesos de carácter psicótico. A pesar de estas limitaciones, la financiación de estos tratamientos requiere importantes recursos económicos, lo que determinó que en 1999 se promulgara una ley que establecía que todos los nuevos métodos de tratamiento médico tenían que estar validados por estudios desarrollados de acuerdo con los principios de la Medicina Basada en la Evidencia. Los psicoanalistas se han visto forzados a probar la eficacia y la eficiencia de sus tratamientos mediante criterios que para muchos de ellos no resultan aceptables. La encuesta del Instituto de Psicoanálisis, el Katamnesestudie, los estudios de Heidelberg-Berlin son el resultado de esta exigencia social.

Referencias

1. Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *Am Psychol* 1995;50:965-74
2. Stiftung Warentest. Test 02/2002. Psychotherapie. Stiftung-warentest.de/online/gesundheit_kosmetik/test/23193/23193.htm
3. Hartmann S, Zepf S. Verbesserung psychischer Allgemeinfunktionen durch Psychotherapie. Drei therapeutische Verfahren im Vergleich. *Psychotherapeut* 2004;49:27-36
4. Hartmann S. *Die Behandlung psychischer Störungen. Wirksamkeit und Zufriedenheit aus Sicht der Patienten. Eine Replikation der 'Consumer Reports Study' für Deutschland.* Giessen: Psychosozial-Verlag, 2006

4.2.6

Factores determinantes de la mejoría sintomática (Hartmann, 2004)

Hartmann S, Zepf S. Einflüsse auf die Symptombesserung in der Psychotherapie bei Pa-tienten mit unterschiedlichen Beschwerdebildern. *Psychother Psych Med* 2004;54:445-56

La suposición de que la terapia conductual o cognitivo-conductual ofrece mejores resultados que el psicoanálisis o la psicoterapia basada en la psicología profunda no ha podido ser demostrada en modo alguno. Para comprobar este hecho, Hartmann y Zepf recurrieron a la información disponible en 939 cuestionarios cumplimentados en ocasión de la encuesta de la Universidad del Sarre (Saarland).^{1,2} En esta encuesta se valoraron los resultados de tres procedimientos psicoterapéuticos: psicoanálisis, psicoterapia basada en la psicología profunda y terapia conductual.

Mediante análisis factorial fue posible diferenciar dos grupos de pacientes: uno que incluyó trastornos depresivos, trastornos relacionales y trastornos secundarios al estrés (grupo de depresión) y otro formado por trastornos de ansiedad y trastornos alimentarios (grupo de ansiedad). El primer grupo estuvo constituido por 573 y el segundo por 350 pacientes.

El análisis estadístico de datos categóricos (*Cartanalyse*) del grupo de depresión mostró un resultado satisfactorio global en el 57,4% de los pacientes; casi el 73% de las mujeres tratadas más de dos años obtuvieron un resultado satisfactorio, en tanto que lógicamente el resultado registrado en los hombres fue inferior a la media del grupo. El factor pronóstico más importante fue la duración del tratamiento, no habiéndose constatado diferencias entre los tres procedimientos terapéuticos valorados. En cuanto a la frecuencia del tratamiento, resultó prácticamente igual en hombres y mujeres.

En el grupo de ansiedad, la duración del tratamiento fue también el factor pronóstico más importante en cuanto al resultado terapéutico obtenido: los mejores resultados se registraron en los casos tratados más de dos años y con más de una entrevista semanal. Los peores resultados se encontraron entre los pacientes mayores de 44 años y tratados menos de dos años. Tampoco se encontraron diferencias entre psicoanálisis, terapia basada en la psicología profunda y terapia conductual.

Discusión

Los autores se refieren en primer lugar a los aspectos críticos de la encuesta de la Universidad del Sarre.

- Los pacientes participantes en la encuesta fueron probablemente los que habían obtenido previamente resultados más satisfactorios.
- La validez interna de las encuestas se debe considerar como limitada.
- La valoración se basó exclusivamente en la opinión de los pacientes.
- El juicio retrospectivo de los resultados de un tratamiento influye en la calidad de las respuestas.

Los autores concluyen (a) que no se consiguió diferenciar los tres procedimientos terapéuticos estudiados en cuanto a su efectividad terapéutica, (b) que la duración del tratamiento es el factor pronóstico más importante en cuanto al registro de resultados satisfactorios, (c) que los

resultados de los tratamientos prolongados fueron en las mujeres más favorables que en los hombres y (d) que la edad avanzada constituye un factor negativo en cuanto la calidad del resultado terapéutico.

Referencias

1. Hartmann S, Zepf S. Einflüsse auf die Symptombesserung in der Psychotherapie bei Patienten mit unterschiedlichen Beschwerdebildern. *Psychother Psych Med* 2004;54:445-56
2. Hartmann S, Zepf S. Effectiveness of psychotherapie in Germany. A replication of the Consumer-Reports-Study. *Psychother Res* 2003;13:235-42

4.3

SERIES DE CASOS

La terapia psicodinámica deriva del psicoanálisis; de hecho, en ocasiones recibe el nombre de terapia psicoanalítica y algunos discípulos de Freud, como Alfred Adler, Otto Rank y Carl Jung, desarrollaron sus propios sistemas de psicoterapia. Otto Rank (1894-1939), por ejemplo, no tomó en cuenta ni la sexualidad, ni el inconsciente colectivo; según él, todos nacemos con la voluntad de ser nosotros mismos, libres de cualquier autoridad. En este sentido, describió tres tipos básicos de personalidad: el tipo adaptado (obedece a la autoridad, pasivo), el tipo neurótico (llega a establecer un conflicto con su propia voluntad) y el tipo productivo (artista, genio, individuo creativo).¹ Defendió también que tenemos un instinto de vida y un instinto de muerte, con sus respectivos temores. Continuando los planteamientos de Ernest von Brücke (todos los organismos son sistemas energéticos que siguen las leyes de la termodinámica, en particular la de conservación de la energía), estas orientaciones, entre las que se incluye el psicoanálisis, recibieron el nombre de psicodinámicas.

El objetivo de la terapia psicodinámica es modificar de forma permanente los modelos de la personalidad al poner de manifiesto las reacciones emocionales actuales y las experiencias de la primera infancia. Es un tratamiento prolongado que busca las causas subyacentes al problema, pero más breve que el psicoanálisis; hace menos uso de la asociación libre y el terapeuta se involucra en la relación con el paciente. Asimismo, considera el fenómeno de la transferencia/contratransferencia como el elemento fundamental del análisis y usa la interpretación como principal herramienta curativa.

Las orientaciones psicodinámicas han continuado desarrollándose y cambiando. La orientación freudiana puso énfasis en la sexualidad, la agresión y el conflicto mental; los freudianos contemporáneos creen que la psicoterapia es más eficaz si consigue aumentar el conocimiento del paciente de sí mismo. Otras orientaciones prefieren técnicas destinadas a modificar los modelos vitales, para lo que construyen una relación auténtica y de soporte con el analista que ayudará al paciente a aprender nuevas formas de relacionarse con los demás.

Se considera que la psicoterapia psicodinámica es eficaz en el tratamiento de los trastornos de la personalidad y de los trastornos emocionales.

Referencias

1. Rank O. *El mito del nacimiento del héroe*. Barcelona: Paidós, 1992
2. Brücke EW. *Vorlesungen über Physiologie*. Viena: Wilhelm Braumüller, 1885

4.3.1

Valoración de la efectividad por los pacientes (Graham, 1958)

Graham SR. Patient evaluation of the effectiveness of limited psychoanalytically-oriented psychotherapy. *Psychological Reports* 1958;4:231-4

Stanley Graham define la psicoterapia psicoanalítica como un proceso terapéutico desarrollado entre un paciente y un terapeuta en el que el centro de la investigación está constituido por el examen de pensamientos, actitudes, sentimientos y temores cuyas causas no se encuentran accesibles a la memoria consciente del paciente. Esta definición no implica la utilización de técnicas analíticas, como la asociación libre, el análisis de los sueños y el análisis de las relaciones entre paciente y terapeuta, pero tampoco las excluye.

Según dicho autor, un tratamiento es efectivo si determina la remisión completa o parcial de la sintomatología de carácter aberrante (*aberrant*) o la reducción de niveles elevados de tensión o ansiedad, o ambos.

Graham preguntó a una muestra aleatoria de pacientes tratados una o dos veces por semana en el Long Island Consultation Center si, después de haber iniciado su tratamiento, se encontraban «no mejorados» o bien «claramente mejorados». Dicha muestra estuvo constituida por 96 adultos, de ellos 65 diagnosticados como neuróticos y 31 como psicóticos.

De entre los pacientes neuróticos, 34 (52%) informaron que no habían mejorado, mientras que del grupo de pacientes psicóticos, 19 (61%) proporcionaron la misma información; la diferencia entre ambos grupos no es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0,39; p > 0,80$).

En la tabla 1 se encuentran los resultados terapéuticos en función de la duración del tratamiento.

TABLA 1. Resultados en función de la duración del tratamiento

duración del tratamiento	neuróticos		psicóticos	
	n	mejorados	n	mejorados
4 ó 19 sesiones	21	4 (19,0%)	12	4 (33,3%)
17 ó 37 sesiones	25	13 (52,0%)	11	5 (45,4%)
38 ó 140 sesiones	19	14 (73,7%)	8	3 (37,5%)

Resulta evidente que un tratamiento prolongado mejora el resultado terapéutico de los pacientes afectos de un proceso neurótico ($\chi^2 = 9,9; p < 0,01$). En el caso de psicosis, no existe relación entre la duración del tratamiento y la frecuencia de curaciones clínicas ($\chi^2 = 0,32; p > 0,80$).

El porcentaje de pacientes neuróticos que consiguieron un resultado terapéutico satisfactorio fue semejante en los tratados una o dos veces a la semana; en el caso de adultos psicóticos, este porcentaje resultó claramente mayor en los que habían sido entrevistados dos veces a la semana.

TABLA 2. Resultados en función de la frecuencia semanal de sesiones de psicoterapia

frecuencia del tratamiento	neuróticos		psicóticos	
	n	mejorados	n	mejorados
una vez a la semana	51	22 (43,1%)	23	10 (43,5%)
dos veces a la semana	14	9 (44,4%)	8	6 (75,0%)

El autor concluye que en el tratamiento de pacientes ambulatorios, la psicoterapia psicoanalítica es una herramienta efectiva, aunque con ciertas reservas en el caso de los pacientes psicóticos.

Stanley R. Graham es psicólogo, vive en Nueva York y está vinculado al Greenwich Institute for Psychoanalytic Studies.

Comentario

En este estudio hay un error aritmético: según la tabla 1 de la publicación original, en la que se expresa el número de pacientes «no mejorados», se indica que en el grupo de psicóticos no mejoraron 19 de 31 pacientes, en tanto que en la tabla 2 consta que en el mismo grupo no mejoraron 15 de 31 pacientes. Es decir, en la tabla 2 falta el resultado de 4 pacientes; tal vez se trate de pacientes entrevistados menos de una vez por semana o más de dos veces por semana.

Referencia

1. Graham SR. Patient evaluation of the effectiveness of limited psychoanalytically-oriented psychotherapy. *Psychological Reports* 1958;4:231-4

4.3.2

La valoración del resultado terapéutico (Cremerius, 1962)

Cremerius J. *Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie*. Berlín: Springer, 1962

Entre noviembre de 1948 y octubre de 1951, en el consultorio de medicina psicosomática de la Policlínica Médica de la Universidad de Múnich, 780 pacientes fueron entrevistados con el objeto de comprobar si el tratamiento psicoterapéutico podía resultarles adecuado.¹ Por diferentes motivos, 175 pacientes tuvieron que ser descartados. Los 605 restantes, aquejados de síntomas orgánicos de carácter neurótico, fueron tratados con diferentes procedimientos psicoterapéuticos.

En este grupo de 605 pacientes predominaron los hombres y los individuos pertenecientes a los grupos profesionales más populares y con niveles de ingresos más bajos, lo que se explica por el tipo de población atendida habitualmente en dicha Policlínica. La edad media fue de 39 años y dos tercios de los casos se encontraban aquejados de procesos crónicos tratados de forma inadecuada, lo que el autor explica por la situación política en Múnich a partir de 1933: los médicos jóvenes desconocían las posibilidades de la psicoterapia y una parte de los médicos de mayor edad no había modificado sus actitudes negativas respecto a la misma. Debido a ello, la mayor parte de los tratamientos (234 casos) consistieron en hipnosis, mientras que 160 pacientes fueron tratados con conversación comprensiva; 105, con entrenamiento autógeno; 56, con procedimientos psicoterapéuticos, y 50, con una combinación de estos métodos. De todos ellos, únicamente 32 pacientes fueron considerados aptos para un tratamiento psicoanalítico.

La indicación no se estableció según la opinión del médico, sino de acuerdo con numerosos factores, como la personalidad del paciente, su pertenencia a determinadas capas sociales y la compleja constelación definida como «relación entre médico y paciente». Todo ello interfiere en el intento de valorar estadísticamente los resultados del tratamiento: la comparación entre grupos de pacientes tratados con diferentes procedimientos sólo es válida si dichos grupos se han constituido sin un procedimiento previo de selección, lo que no es posible en el caso de la psicoterapia.

En el 78% de los casos (referido a 573 pacientes, dado que 32 de ellos se encontraban todavía en tratamiento) se constató un éxito inmediato tras la terminación del tratamiento en cuanto a mejoría clínica o desaparición de la sintomatología, en tanto que en el 22% de los mismos el tratamiento fue suspendido prematuramente por el paciente o por el médico.

La incapacidad laboral se utilizó también como criterio para valorar el resultado terapéutico: al 92% de los pacientes se los consideró aptos para el trabajo al terminar el tratamiento.

Los pacientes tratados mediante hipnosis o con entrevistas pragmáticas mostraron los valores más altos en cuanto a mejoría sintomática, en tanto que en los tratados con terapia combinada se obtuvieron los valores más bajos. La frecuencia de mejoría sintomática en los tratados con entrenamiento autógeno o con psicoterapia psicoanalítica fue algo inferior a la registrada en los dos primeros grupos de pacientes. En el caso de enfermedades psicosomáticas, el pronóstico resultó peor que en el de trastornos organoneuróticos. En estos últimos se constató transformación sintomática con mayor frecuencia. La mejoría sintomática resultó más frecuente en procesos de carácter histérico, seguidos de la neurosis de angustia y de la depresión neurótica. La persistencia sintomática resultó marcada en el caso de síndromes obsesivos o de neurastenia.

Según Cremerius, las publicaciones sobre resultados de la psicoterapia dan porcentajes muy parecidos (60%-80%), con independencia del procedimiento utilizado (psicoanálisis, deporte, placebo, lectura comunitaria de textos sobre higiene mental, etc.). Esto puede explicarse con tres teorías diferentes:

- el síntoma es la parte más lábil de la enfermedad, de forma que puede modificarse con facilidad mediante diferentes procedimientos;
- lo que se considera como una mejoría es, en realidad, una curación espontánea;
- la mejoría depende de circunstancias comunes a todos los tratamientos, circunstancias que involucran al verdadero agente terapéutico.

Cremerius considera que la primera y la última teoría son, probablemente, las responsables de dichos resultados. No obstante, cree que la pregunta del *post hoc propter hoc* respecto a la mejoría observada tras una psicoterapia debe quedar sin respuesta.

La comparación de los resultados de este estudio con los de otros autores no fue posible debido a que en la mayor parte de los casos no se dispuso de una descripción clara de las características de la muestra, de las indicaciones estudiadas, de los criterios diagnósticos aplicados, ni de las variables utilizadas en la valoración de los resultados.

La revisión a largo plazo

Entre ocho y diez años después de terminación del tratamiento fue posible contactar con el 86% de los pacientes estudiados inicialmente.

Con todos los métodos terapéuticos utilizados, el resultado a largo plazo fue inferior al registrado al concluir el tratamiento. De hecho, se comprobó una «inversión de porcentajes»: en lugar de un 73% de casos «curados» o «mejorados», en la entrevista de seguimiento el 75% de los pacientes fueron calificados como «no mejorados», es decir, hubo casos en los que la sintomatología permaneció inmodificada o empeoró, o en los que se comprobó que se había producido una transformación de la sintomatología. Este porcentaje habría resultado más desfavorable si el cálculo se hubiera efectuado respecto al número de pacientes tratados inicialmente en vez de respecto al número de pacientes participantes en la entrevista de seguimiento: se debe suponer que los pacientes que no aceptaron esta exploración pertenecen al grupo de los que no mejoraron.

En el caso del grupo de pacientes tratados mediante psicoterapia psicoanalítica, se comprobó que el porcentaje de mejorías y curaciones fue mayor que el obtenido con los otros métodos terapéuticos; este resultado fue todavía más evidente en el pequeño grupo de pacientes tratados mediante psicoanálisis, si bien el reducido tamaño de la muestra no permitió llegar a conclusiones válidas; además, es preciso considerar la personalidad premórbida del paciente, que a su vez determina la viabilidad del procedimiento terapéutico aplicado.

Asimismo, el entrenamiento autógeno y la conversación pragmática proporcionaron mejores resultados que la hipnosis, con la cual se registró, por otra parte, el porcentaje más elevado de transformación de síntomas.

En caso de organoneurosis, los síntomas resultaron más lábiles que en las enfermedades psicósomáticas, mientras que los síntomas que acompañaban a las neurosis obsesivas y a la hipocondría fueron más estables que los de la histeria y los del síndrome de angustia.

Cremerius no pudo confirmar los resultados de Eysenck, según el cual dos terceras partes de los neuróticos se curan de forma espontánea a los dos años, independientemente de si han recibido o no un tratamiento.² Por el contrario, después de dos años de seguimiento, dos terceras partes de los pacientes estudiados por Cremerius padecían los mismos trastornos u otros procesos neuróticos. Tampoco pudo confirmar los resultados de otros autores según los cuales los resultados son independientes del procedimiento terapéutico aplicado.

En resumen, los resultados de este estudio respecto a la psicoterapia breve son decepcionantes: la psicoterapia pragmática no proporciona ni puede proporcionar juicios científicamente válidos sobre los resultados terapéuticos. Cremerius concluye que este trabajo

no ofrece nada nuevo, pero que quizás haya hecho posible que alguna vez se llegue a algo nuevo.

Johannes Cremerius nació en Moers (Renania del Norte, Alemania) en 1918, en un día en que florecieron los cerezos: un buen presagio, según su madre. En 1939, para librarse del servicio militar, se marchó a Milán (Italia), donde completó sus estudios de Medicina. Sirvió en el frente de Rusia y en 1948 se trasladó a Múnich y fue psicoanalizado durante tres años («mi primer analista me arruinó»). Creó el Departamento de Medicina Psicosomática de la Clínica Universitaria de Giessen y en 1972 fue nombrado catedrático de Psicoterapia y Medicina Psicosomática en la Universidad de Freiburg. En una confusa entrevista con Marco Francesconi, profesor de Psicología Dinámica en la Universidad de Pavia, mantenida en noviembre de 1999, Cremerius afirmó que «el psicoanálisis no tiene un objetivo unívoco: no trabajamos con el objetivo predeterminado de aliviar el sufrimiento de alguien, ni de curar a nadie. El camino es el objetivo y el propósito». Falleció en marzo de 2002.

Referencias

1. Cremerius J. *Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie*. Berlín: Springer, 1962
2. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy. An evaluation. *J Consult Psychol* 1952;16:320-324

4.3.3

Resultados de las terapias psicoanalíticas (Heilbrunn, 1963)

Heilbrunn G. Results with psychoanalytic therapy. Report of 241 cases. *Am J Psychotherapy* 1963;20:89-99

En su informe sobre las terapias psicoanalíticas, Gert Heilbrunn se preguntó qué era lo que se esperaba de la terapéutica en general. La respuesta fue que resultara efectiva, indolora, rápida, fácil de aplicar, económica y de efectos razonablemente permanentes. Según el autor, es difícil afirmar que el psicoanálisis cumpla con estos criterios, pero, en cualquier caso, su aplicación queda justificada por la escasez de otros procedimientos terapéuticos eficaces.

El método utilizado por Heilbrunn fue estrictamente psicoanalítico y acorde con la definición de la American Psychoanalytic Association: más de 300 horas de duración, una frecuencia de por lo menos tres sesiones a la semana y una actitud pasiva por parte del analista. En el curso de los 15 años precedentes Heilbrunn había tratado mediante psicoanálisis a 34 pacientes.

Heilbrunn también aplicó la denominada «terapia de orientación psicoanalítica» de menos de 300 horas de duración y en la que el terapeuta adopta un papel más activo. Dado que había observado que los puntos de inflexión en el análisis se presentaban tras 20 y tras 100 horas de tratamiento, diferenció entre psicoterapia breve (menos de 20 horas) y psicoterapia prolongada (entre 21 y 100 horas). En el mencionado período trató a 49 pacientes mediante la primera opción y a 158 mediante la segunda. Por lo tanto, su informe se refiere en total a 241 pacientes.

El autor indicó que la opción de efectuar un tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico se establecía, en general, según la cronicidad de la indicación, pero que en muchas ocasiones se consideraban también otras circunstancias, como la situación económica del paciente o la disponibilidad de suficiente tiempo.

Los diagnósticos establecieron de acuerdo con la clasificación de la American Psychiatric Association:

- a) trastornos psicóticos y problemas del modelo de personalidad: 18 personalidades esquizoides, 8 esquizofrenias, 1 maníaco-depresivo, 1 inadaptado, en total 28 pacientes;
- b) trastorno sociopáticos de la personalidad: 43 casos de homosexualidad, promiscuidad sexual, perversiones, abuso de sustancias o alcoholismo;
- c) trastornos psiconeuróticos: 47 pacientes;
- d) trastornos de la personalidad: 111 pacientes, entre los que se incluyeron 4 casos de trastornos psicofisiológicos (hipertensión arterial, colitis ulcerosa y úlcera péptica);
- e) trastornos de adaptación en la adolescencia: 12 pacientes.

La valoración se efectuó tomando en consideración la evolución de la sintomatología y las modificaciones de la personalidad, utilizando inicialmente los criterios de Robert Knight,² aunque Heilbrunn decidió definirlos como «mejorados» o «no mejorados» incluyendo en este último grupo a los pacientes «ligeramente mejorados.»

Por último, Heilbrunn resumió los resultados obtenidos en los 241 pacientes estudiados en una tabla en la que constan los grupos diagnósticos, el tipo de tratamiento, su duración, el número de pacientes incluidos en cada grupo y el porcentaje en los que se observó mejoría clínica. Dado que la tabla está formada por 20 grupos de pacientes, resulta que en cada uno de ellos el tamaño de muestra es muy reducido. Así por ejemplo, el grupo de pacientes neuróticos

tratados con más de 300 horas de psicoanálisis quedó formado por sólo un paciente y como que este paciente mejoró, el porcentaje de mejorías de este grupo resultó ser del 100%. Como es lógico, este porcentaje distorsiona las conclusiones que se pueden extraer, por lo que se ha reproducido la mencionada tabla indicando sólo el número de pacientes incluidos en cada grupo y el número y porcentaje de los que mejoraron (tabla 1).

TABLA 1. Resultados de la terapia psicoanalítica

horas	1-20		21-100		101-300		301-1.350		total	
	n	mejor	n	mejor	n	mejor	n	mejor	n	mejor
psicosis	8	0	6	0	7	0	7	0	28	0
personalidad sociopática	16	0	13	2 (15%)	8	2 (25%)	6	0	43	4 (9%)
psiconeurosis	23	16 (65%)	17	12 (70%)	6	1 (17%)	1	1 (100%)	47	30 (64%)
trastornos personalidad	25	6 (24%)	38	18 (47%)	28	16 (57%)	20	12 (60%)	111	62 (56%)
inadaptación	6	0	6	5 (83%)	0	-	0	-	12	5 (42%)
total	78	22 (28%)	80	37 (46%)	49	19 (39%)	34	13 (38%)	241	91 (38%)

Al analizar estos resultados, Heilbrunn llegó a las siguientes conclusiones:

1. En los trastornos de carácter psicótico, los resultados fueron negativos, independientemente de la duración y de la técnica del tratamiento. No obstante, en estos pacientes, el contacto terapéutico permitió reducir su ansiedad y los problemas del día a día; con ello, el tratamiento se convirtió en una intervención de soporte que podía resultar interminable.
2. En los trastornos sociopáticos de la personalidad, los resultados de la psicoterapia prolongada fueron algo mejores que los de la psicoterapia breve aunque, en ambos casos, sólo algo mejores que los observados en el anterior grupo de pacientes. Estos resultados no justificaron prolongar el tratamiento psicoanalítico.
3. En los pacientes del grupo de psiconeurosis parece que la psicoterapia breve fue particularmente adecuada: Heilbrunn se refirió a un 65% de resultados favorables con menos de 20 horas de tratamiento y a un 70% con 21 a 100 horas de tratamiento. Así pues, prolongar el tratamiento más de 100 horas ofrece escasas perspectivas de mejoría adicional (sólo un 17%).
4. Los trastornos de la personalidad exigieron tratamientos prolongados, con una mejoría del 60% entre los pacientes tratados por término medio durante 495 horas.
5. Las reacciones de inadaptación en la adolescencia se resolvieron en el 83% de los casos mediante una psicoterapia de entre 21 y 100 horas de duración.

Heilbrunn concluyó que hasta que no se dispusiera de criterios que permitieran una recomendación terapéutica y un pronóstico individualizados, resultaría necesario contentarse con estas estadísticas de carácter descriptivo.

Gert Heilbrunn fue profesor clínico asociado de Psiquiatría en la Universidad de Washington y ejerció en Seattle, estado de Washington. Entre sus publicaciones cabe citar un estudio sobre los aspectos psicodinámicos de la epilepsia, otro sobre el fenómeno de Isakower* y otro acerca de los cambios patológicos en el sistema nervioso central causados por el electroshock experimental.

* Fenómeno de Isakower: experiencia hipnagógica, descrita por primera vez por Otto Isakower en 1938, durante la cual el sujeto imagina masas blanduzcas que se mueven hacia su rostro. Isakower interpretó este fenómeno como una evocación de la experiencia del niño ante el pecho materno.

Comentario

En 1937 se publicó la primera edición de los Principles of medical statistics de Austin Bradford Hill.³ En esta obra Hill se refirió al error de calcular un porcentaje cuando el tamaño de muestra es pequeño, por ejemplo menos de 50. Si no se dan las cifras reales, no es posible llegar a una conclusión válida cuando se comparan dos porcentajes. No obstante, si en un grupo se han registrado 9 recaídas en 23 pacientes y en otro grupo 4 recaídas en 15 pacientes, es difícil cerciorarse de que exista alguna diferencia; en este caso resulta necesario aplicar algo de sentido común y los porcentajes pueden resultar útiles: así, en dicho ejemplo se tendrían 39% y 27% de recaídas. Si se tiene en cuenta el reducido número de individuos, se puede concluir que la diferencia no debe de ser muy importante.

Al prescindir de los números reales, Heilbrunn cayó en el error de comparar tres porcentajes (65%, 70% y 17%) sin tener en cuenta que el primero se refería a 16 mejorías en un grupo de 23 pacientes, el segundo a 12 mejorías en un grupo de 17 pacientes y el tercero a 1 mejoría en un grupo de 6 pacientes. Por lo tanto, no mejoraron 7 pacientes en el primer grupo, 5 pacientes en el segundo y 5 pacientes en el tercero.

Si en la tabla 1 se consideran los totales correspondientes a las filas de diagnósticos y a las columnas de tratamientos (un cálculo que Heilbrunn no efectuó) se puede llegar a tres conclusiones adicionales:

- a) Los resultados de la terapia psicoanalítica en psiconeurosis y en trastornos de la personalidad son similares, pues se obtienen buenos resultados en aproximadamente el 60% de los pacientes.*
- b) En conjunto, los resultados obtenidos mediante psicoterapia psicoanalítica en este grupo de 241 pacientes son deficientes, dado que no se registró mejoría más que en el 40% de los mismos.*
- c) No existen diferencias sustanciales entre psicoterapia psicoanalítica breve, psicoterapia prolongada y psicoanálisis.*

Referencias

1. Heilbrunn G. Results with psychoanalytic therapy. Report of 241 cases. *Am J Psychotherapy* 1963;20:89-99
2. Knight R. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiat* 1941;98:434-6
3. Hill AB, Hill ID. *Principles of medical statistics*. Londres: Arnold, 1991

4.3.4

Resultados de la psicoterapia analítica (Cappon, 1964)

Cappon D. Results of psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1964;110:35-45

El método psicoterapéutico utilizado por Daniel Cappon, profesor de Psiquiatría en la Universidad de Toronto, consistió en una modificación personal de la técnica analítica, con influencia decisiva, aunque no exclusiva, de la teoría de Carl Gustav Jung.¹ En el esquema terapéutico de Cappon se aplicaron los principios de la teoría del aprendizaje, de la psiquiatría existencialista y de la doctrina de Sigmund Freud, así como diversas orientaciones interpersonales y sociológicas; la matriz general fue de carácter fenomenológico, con una cierta imparcialidad agnóstica respecto a cualquier tipo de elucubración teórica.

Entre 1955 y 1960, Cappon trató consecutivamente a 201 pacientes, cuyos diagnósticos se distribuyeron como sigue:

psiconeurosis:	56%	reacciones psicósomáticas:	8%
personalidad psicopática:	25%	otros:	3%

El tratamiento tuvo lugar con el paciente en decúbito, en un despacho silencioso y poco iluminado; las sesiones se prolongaron cincuenta minutos. Se estimuló a los pacientes a hacer frente a los síntomas de carácter fóbico; se recurrió al efecto deshabitador de la transferencia y al sistema de premio y castigo de Skinner, así como al uso prudente de poderes mágicos (el aura del médico, la intimidad de los secretos compartidos, la vivencia de las experiencias sorprendentes de la primera infancia), procedimientos implícitos en toda psicoterapia. Como conclusión, Cappon señaló que cualquier método psicoterapéutico, en manos de un determinado terapeuta, tiene un carácter exclusivo.

El estudio se refirió a 163 pacientes que en 1960 habían concluido su tratamiento. Los resultados se valoraron al finalizarlo y tras un período de seguimiento de duración variable. El criterio de eficacia se definió en general como una «mejoría notable», es decir, «una mejoría, sin duda alguna, considerable». Este criterio se aplicó a las variables de «respuesta», «organísticas»* y «situacionales».

VARIABLES DE «RESPUESTA»

Los resultados al final del tratamiento dependen del tipo de variable utilizada. Si se considera (a) la opinión del terapeuta, (b) la del paciente o (c) la de una persona ajena al tratamiento (de un familiar, por ejemplo), se llega a obtener una «mejoría notable» en el 76% de los pacientes. En cambio, si se utilizan otros parámetros, los resultados son considerablemente diferentes:

parámetro	n	mejoría notable
desaparición de todos los síntomas	158	21%
resolución del problema patológico principal	149	40%
cambio en el índice de valoración de sueños	131	51%

* «Organismicö variables» en el original.

En relación con estos resultados, Cappon indica que, en promedio, la duración previa del trastorno principal en este grupo de pacientes era de 15 años, en tanto que la duración del tratamiento fue relativamente breve: 6½ meses.

La valoración de seguimiento tuvo lugar entre 4 y 68 meses (media: 19,9 meses) tras terminación del tratamiento, con la participación del 53% de los pacientes. En esta valoración, todos los índices mostraron un empeoramiento marcadamente constante: por ejemplo, la valoración del terapeuta disminuyó del 76% al 65%, y la mejoría del problema patológico principal, del 40% al 31%. Esta última cifra indica que, en promedio, a los 20 meses de terminación del tratamiento, 48 de los 149 pacientes (31%) continuaban libres del principal problema que lo había motivado.

Variables «organísticas»

Se definen como variables «organísticas» (a) la categoría diagnóstica, (b) la severidad de los síntomas y (c) la duración del problema principal.

La relación entre la categoría diagnóstica y la valoración del terapeuta al finalizar el tratamiento se halla representada en la siguiente tabla.

<i>diagnóstico</i>	<i>neurosis</i>	<i>reacción psicossomática</i>	<i>reacción psicopática</i>	<i>psicosis</i>	<i>total</i>
con notable mejoría	59 (67,0%)	9 (75,0%)	18 (36,0%)	3 (23,1%)	89
sin mejoría notable	29 (32,9%)	3 (25,0%)	32 (64,0%)	10 (76,9%)	74
<i>total</i>	88	12	50	13	163

$\chi^2 = 12,4, p < 0,01$

No se encuentran diferencias significativas respecto a la relación entre la valoración del terapeuta y la severidad de los síntomas (ligeros, moderados o graves), ni entre dicha valoración y la duración previa del problema principal (menos de cinco años o más de cinco años).

Según Cappon, las mencionadas variables no son lo suficientemente potentes como para valorar la respuesta terapéutica.

Variables «situacionales»

Son variables asociadas con (a) la duración del tratamiento, (b) el número de sesiones y (c) el tipo de finalización de la terapia.

En el siguiente gráfico se comprueba que la duración del tratamiento ejerce una indudable influencia sobre la evolución de sus resultados: a los seis meses se consiguió el nivel óptimo en cuanto a proporción de «mejorías marcadas», en tanto que a partir de los 12 meses esta proporción es insignificante.

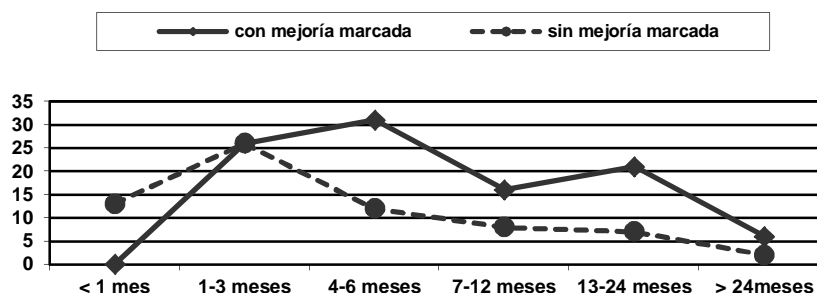


Fig. 1. Relación entre la duración del tratamiento y el número de pacientes con «mejoría marcada» y el número de pacientes en los que no se constató «mejoría marcada», según la opinión del terapeuta

El número de sesiones estuvo claramente relacionado con la duración del tratamiento: a partir de las 35 sesiones (lo que coincide con una duración del tratamiento de seis meses), el incremento del número de pacientes con mejoría notable no es significativo.

El tipo de finalización del tratamiento («de mutuo acuerdo» o «abandono») se encuentra claramente relacionado con la valoración del resultado terapéutico por parte del psicoanalista.

<i>tipo de terminación</i>	<i>acuerdo mutuo</i>	<i>abandono</i>
con mejoría marcada	67	22
sin mejoría marcada	27	39

Esta relación se observa también cuando el parámetro de valoración es la resolución del problema principal que afecta al paciente. Cappon concluye que la terminación por acuerdo mutuo es más frecuente cuando el paciente ha solucionado su problema principal.

Conclusiones

Este estudio permite afirmar que los resultados de la psicoterapia dependen en gran medida de los parámetros de valoración que se utilicen. La respuesta terapéutica definida como «mejoría marcada» puede variar entre el 21% si se utiliza un criterio «duro» (desaparición de todos los síntomas) y el 76% si se emplea un criterio «blando» (opinión del terapeuta, opinión del paciente, opinión de una tercera persona). En conjunto, y utilizando criterios «duros», este estudio permite extraer las siguientes conclusiones:

- sólo en 2 de cada 10 pacientes cabe esperar que se solucionen todos sus síntomas;
- sólo en 4 de cada 10 pacientes cabe esperar que se solucione su problema principal, y
- sólo en 5 de cada 10 pacientes cabe esperar un cambio en los procesos inconscientes.

Pero hay que tener en cuenta que de cada 10 pacientes, 4 solucionaron su problema principal, y que dicho problema lo habían padecido durante toda su vida o, en promedio, durante 15 años, y que esta solución se obtuvo con sólo 6½ meses de tratamiento (40 sesiones).

Estos resultados, en opinión de Cappon, son probablemente mejores que los obtenidos mediante tratamientos médicos o quirúrgicos.

Cappon indica, asimismo, que la psicoterapia requiere un desarrollo temporal, pero que más de 6 meses o de 40 sesiones difícilmente mejoran sus resultados. La idea de que la terapia debe prolongarse más de un año o que la frecuencia de las sesiones debe ser superior a una sesión semanal es una idea preconcebida del psicoanálisis que no es posible justificar.

Daniel Cappon es médico, especialista en Medicina Psicológica y profesor de estudios del medio ambiente en la Universidad de York, Toronto.

Comentario

Un problema frecuente en la valoración de los resultados de los estudios sobre psicoterapia es de carácter aritmético. Según el estudio de Daniel Cappon, en la valoración de seguimiento participaron el 53% de los pacientes, es decir, 86 pacientes [$x = (163 \times 53) / 100 = 86$] y la resolución del problema principal se limitó al 31% de estos pacientes, es decir, a 27 pacientes [$x = (86 \times 31) / 100 = 26,6$]. La conclusión de que, a los 20 meses de psicoterapia, 48 pacientes estaban libres del problema que había motivado su tratamiento no parece una conclusión exacta.

Por otra parte, Cappon utilizó tres tipos de variables para valorar los resultados de su estudio. Las variables de «respuesta» resultaron menos demostrativas que la «mejoría notable», en tanto que las variables «organísticas» y las «situacionales» fueron resumidas con el concepto de «mejoría marcada». «Mejoría notable» y «mejoría marcada» pueden ser

conceptos equivalentes, pero en todo caso, aplicar criterios de eficacia que no se han definido de forma clara al iniciar el estudio es ciertamente cuestionable.

Por otra parte, según la figura 1, entre los 4 y 6 de meses de tratamiento se constató mejoría marcada en 31 de 42 pacientes ($31 + 11 = 42$), es decir, en el 73,8% de los mismos, en tanto que entre los 13 y 24 meses, se constató mejoría marcada en 21 de 28 pacientes ($21 + 7 = 28$), es decir, en el 74% de los mismos. Concluir a partir de estos datos que «más de seis meses de tratamiento difícilmente mejorarán los resultados terapéuticos» es una conclusión arriesgada.

Referencia

1. Cappon D. Results of psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1964;110:35-45

4.3.5

Psicoterapia psicoanalítica en la esquizofrenia (Ryan, 1983)

Ryan ER, Bell MD. Follow-up of a psychoanalytically-oriented long-term treatment program for schizophrenic patients. *Am J Orthopsychiat* 1983;54:730-9

Basándose en la idea de que la esquizofrenia es un proceso humano, muchos clínicos han intentado comprenderla y tratarla de acuerdo con los principios psicoanalíticos. En Estados Unidos, algunas importantes instituciones psiquiátricas (Menninger Foundation, Austen Riggs, Chesnut Lodge, Yale Psychiatric Institute) adoptaron estos principios para el tratamiento de los pacientes ingresados.

Antecedentes. Lester Grinspoon y Philip May en dos estudios cuidadosamente controlados no pudieron demostrar la eficacia de esta orientación terapéutica.^{1,2} Bertram Karon y Carl Rogers obtuvieron resultados algo más favorables, coincidentes con la filosofía del tratamiento psicoanalítico de ambos autores.^{3,4} Lawrence Kayton informó también sobre buenos resultados en unos pocos pacientes tras una hospitalización prolongada, pero en este estudio sólo se consideró una parte de la casuística, sin informar de la evolución del conjunto de la misma.⁵

En la Unidad de Psiquiatría del Centro Médico de la Veterans Administration en New Haven (Connecticut) se desarrolló, a partir de 1973, un programa de psicoterapia intensiva destinado a favorecer el desarrollo psíquico de los pacientes esquizofrénicos. Se basó en un modelo de comunidad terapéutica, terapia ocupacional y atención especializada las 24 horas del día, en el que cada paciente fue entrevistado por un psicoterapeuta por lo menos tres veces a la semana. La orientación del tratamiento fue completamente psicoanalítica. Las relaciones entre los pacientes y el equipo de la unidad se interpretaron en términos psicoanalíticos de apego, separación y transferencia. El programa se desarrolló en varias etapas, dirigidas cada una a obtener la máxima independencia de movimientos por parte del paciente. La dedicación del equipo médico fue importante; la mayor parte de los terapeutas se identificaban sinceramente con el modelo psicoanalítico. En conjunto, el perfil de este programa de psicoterapia intensiva era similar al de otros programas basados en la introspección (*insight*).

El estudio de Edward Ryan y Morris Bell. En este estudio se incluyeron 50 pacientes que entre 1975 y 1977 habían ingresado de forma consecutiva en el mencionado programa de psicoterapia.⁶ Se trataba predominantemente de sujetos jóvenes (25,8 años en promedio), de los cuales 46 eran hombres y 4 mujeres. Todos ellos eran veteranos del ejército de Estados Unidos.

A 43 de los 50 pacientes se le había diagnosticado esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y a los 7 restantes, trastorno afectivo grave. El período en el que estos pacientes permanecieron ingresados en la unidad osciló entre 95 y 953 días, con una mediana de 330 días.

Seis meses después de haber sido dados de alta, se solicitó a los pacientes de este grupo que acudieran de nuevo a la unidad para realizar una entrevista de control. En esta entrevista semiestructurada, realizada por un psicólogo clínico experimentado, se valoraron los dieciocho ítems de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) y se completó un cuestionario sobre la historia del paciente tras el alta, que incluía información sobre reingresos hospitalarios y sobre actividad laboral.

De los 50 pacientes, 37 acudieron a la entrevista; con los 13 restantes se contactó por teléfono y, si bien aportaron datos sobre recidivas y empleo, no se les pudo aplicar la BPRS.

Resultados

En el mencionado período de seis meses de seguimiento, 17 de los 50 sujetos habían ingresado de nuevo en una unidad de psiquiatría. Este resultado coincide con los márgenes de entre 30% y 40% de recidivas descrito por William Anthony et al.⁷

De los 37 sujetos en los que fue posible aplicar la BPRS, en 31 se registró un síntoma de intensidad leve, en 21 un síntoma de intensidad moderada y en 10 un síntoma de intensidad grave. El número de síntomas moderados o graves fue, en promedio, de 3,97 por sujeto.

Los síntomas con mayor peso específico (calculado según su intensidad y el número de pacientes afectados) fueron la ansiedad, los contenidos mentales desagradables, la depresión, la suspicacia, la hostilidad y los sentimientos de culpa. Estos síntomas indican que los sujetos examinados continuaron experimentando graves dificultades de carácter psiquiátrico.

En cuanto a la adaptación a la vida real, se comprobó que de los 50 pacientes sólo 10 tenían un empleo, lo que coincide asimismo con los datos publicados por Anthony et al. La mayor parte de estos 10 pacientes desempeñaban ocupaciones no cualificadas (lavado de automóviles, ayudantes de cocina o empleados de gasolineras).

Mediante una escala de cero a cuatro (con cuatro como el valor más favorable) se valoraron también otros aspectos de la funcionalidad general, con lo que se obtuvieron los siguientes resultados:

- la frecuencia de contactos sociales alcanzó en promedio un valor de 3,1;
- la calidad de las relaciones sociales, un valor de 2,3; y
- la productividad laboral, un valor de 1,35.

El nivel general de funcionamiento tras ser dados de alta fue descrito por los pacientes con un valor medio de 2,2, es decir, un trastorno moderado durante una cierta parte del tiempo.

No se constató ninguna correlación entre la duración de la hospitalización y la intensidad de estos trastornos.

Discusión

Los autores concluyen que no parecía que los pacientes hubieran experimentado mejoría alguna relacionada con el programa de psicoterapia intensiva. De hecho, los pacientes formaban un grupo con importantes problemas psiquiátricos y se mostraban muy ansiosos, desilusionados, suspicaces y deprimidos, como se comprobó en las entrevistas mantenidas a los seis meses del alta hospitalaria.

Evidentemente, el programa no estuvo dirigido al tratamiento sintomático. Se supuso que los síntomas disminuirían al analizar los sentimientos inmaduros y el comportamiento primitivo característicos de la esquizofrenia. Pero por la sintomatología descrita en las entrevistas de seguimiento se concluyó que el programa no había conseguido reestructurar la personalidad de los sujetos. Ryan y Bell recuerdan al respecto que el cambio sintomático es una condición necesaria para asegurar que se ha conseguido una mejoría psicodinámica. Este programa de psicoterapia intensiva tampoco mejoró el comportamiento adaptativo. Todo ello explica que la frecuencia de recidivas no se diferenciara de la frecuencia observada en otros grupos de pacientes esquizofrénicos.

En conclusión, mediante el tratamiento intrapsíquico por sí solo no se consigue mejorar ni adaptar socialmente al paciente esquizofrénico.

Edward R. Ryan es profesor clínico asociado de Psicología y Psiquiatría en la Yale School of Medicine, Yale University (New Haven, Connecticut).

Comentario

Veinte años después del estudio de Ryan y Bell, se han producido pocas novedades en el tratamiento de la esquizofrenia. La farmacoterapia modifica sólo la fenomenología clínica del trastorno, pero no su curso: a pesar de la amplia utilización de neurolepticos, la frecuencia de recaídas no ha disminuido. Por otra parte, no se dispone de resultados de ensayos clínicos controlados sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual. Por ello, si se tiene en cuenta que la esquizofrenia afecta a entre el 0,55% y el 1,0% de la población, sin que existan diferencias entre las distintas partes del mundo, y que aflige de forma crónica al individuo y a su familia, además de comportar enormes costes económicos y sociales, no es preciso insistir en que esta enfermedad continúa siendo el desafío más importante al que se enfrenta la psiquiatría.

Referencias

1. Grinspoon L, Ewalt J, Shader R. *Schizophrenia: Pharmacology and psychotherapy*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1972
2. May P. *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. Nueva York: Science House, 1968
3. Karon B, O'Grady P. Intellectual test changes in schizophrenic patients in the first three months of treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice* 1969;6:88-96
4. Rogers C. *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press, 1967
5. Kayton L. Clinical features of improved schizophrenics. En: J. Gunderson, L. Mosher (editores). *Psychotherapy of schizophrenia*. Nueva York: Aronson, 1975
6. Ryan ER, Bell MD. Follow-up of a psychoanalytically-oriented long-term treatment program for schizophrenic patients. *Am J Orthopsychiat* 1983;54:730-9
7. Anthony WA, Buell GJ, Sharratt S, Althoff ME. Efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychol Bull* 1972;78:447-56

4.3.6

Mejoría psicósomática y sintomática (Clementel-Jones, 1990)

Clementel-Jones C, Malan D, Trauer T. A retrospective follow-up study of 84 patients treated with individual psychoanalytic psychotherapy. Outcome and predictive factors. *Br J Psychotherapy* 1990;6:363-74

El artículo de Cecilia Clementel-Jones et al. comienza planteando las siguientes cuestiones:¹

- a) ¿Qué es lo que constituye un buen resultado?
- b) ¿Cómo puede medirse un buen resultado?
- c) ¿Cuáles son los factores que contribuyen a obtener un buen resultado?

A continuación se indica que, al respecto, existen tres factores relevantes: el paciente, el terapeuta y la interacción entre ambos. También se menciona que generalmente una determinación válida exige considerar diferentes aspectos, entre los cuales se incluyen la información proporcionada por el paciente, los cambios sintomáticos, las funciones sociales y la valoración del terapeuta o de un colaborador externo.

El estudio de Clementel-Jones se originó con el propósito de valorar la psicoterapia psicoanalítica y de aclarar el papel pronóstico de los factores iniciales y de los factores propios del proceso analítico en cuanto a los resultados terapéuticos.

Con esta finalidad, se revisaron los registros de los pacientes tratados en el departamento de adultos de la Tavistock Clinic (Londres) entre 1969 y 1973 y se solicitó a dichos pacientes que acudieran al consultorio para efectuar una entrevista de seguimiento. Estas entrevistas tuvieron lugar entre tres y nueve años después de la terminación del tratamiento. A partir de un grupo de 110 registros, había sido posible contactar con 84 pacientes. Su edad al iniciar el tratamiento fue en promedio de 27,6 años y al realizar la entrevista de seguimiento, de 34,9 años. De ellos, 47 eran mujeres y 37 hombres. Se diagnosticó patología neurótica en 36 casos, trastorno depresivo en 21, patología psicósomática en 12, trastorno de la personalidad en 9, y agorafobia en 6 casos.

En algunos pacientes el tratamiento se había prolongado hasta dos o tres años, con dos o tres sesiones a la semana, pero en la mayor parte de los casos se trató de psicoterapias breves, de veinte o treinta sesiones semanales.

En la entrevista inicial, mediante una escala de entre +3 y -3, se evaluó (a) la calidad de la infancia, (b) la capacidad de mantener relaciones, (c) la habilidad para resolver problemas, (d) el contacto establecido en la entrevista inicial y (e) el nivel de motivación. El resultado global del tratamiento se valoró con una escala de entre -2 (peor) y +4 (completamente recuperado). Partiendo de la Menninger Health-Sickness Rating Scale, se elaboró un índice de salud-enfermedad (*Health-Sickness Score*). La mejoría de la sintomatología se evaluó entre +4 y -1. Los informes de seguimiento se valoraron mediante una escala de entre +3 y -1 en la que se consideraban las siguientes áreas:

- compromiso de madurez (capacidad de sentir afecto y de comprometerse en una relación adulta);
- afirmación de la personalidad (ausencia de temores neuróticos a la autoridad, expresión constructiva del enfado);
- relaciones sociales (capacidad de mantener relaciones amistosas superficiales o profundas).

Se obtuvieron los siguientes resultados:

1. El resultado global del tratamiento registró un caso con un índice de 3,45; el caso más desfavorable fue evaluado como -1,25. Quince pacientes empeoraron, pero el promedio de los resultados fue de $1,19 \pm 1,09$. Entre estos resultados y las cinco variables determinadas en la entrevista inicial, se encontró una correlación significativa únicamente respecto a la capacidad de relacionarse y a la capacidad de resolver problemas.
2. Las diferencias entre los índices de salud-enfermedad determinados al iniciar el tratamiento y en la entrevista de seguimiento permitieron establecer un índice de mejoría según el cual 60 pacientes (71,5%) mejoraron (diferencia superior a 0) y 24 permanecieron inmodificados o empeoraron. Estos dos grupos no se diferenciaron en cuanto al índice de salud-enfermedad inicial, pero los pacientes que mejoraron habían sido tratados en promedio con el doble de sesiones que los que no mejoraron.

Los autores comentan que la conclusión más clara de este estudio es que hay una correlación entre el resultado terapéutico y la duración del tratamiento. Raramente se obtienen buenos resultados con menos de 60 sesiones de psicoterapia. Este hecho tiene importancia cuando se trata de valorar los tratamientos psicoterapéuticos breves.

Asimismo, indican que, como el estudio no contó con un grupo de control, es difícil adscribir este resultado de forma inequívoca al tratamiento utilizado; es posible que factores externos hayan contribuido al mismo, en parte o totalmente. No obstante, a pesar de las limitaciones metodológicas de este estudio, parece que ha quedado demostrada la utilidad y la relevancia de las determinaciones del resultado global en investigación psicoterapéutica.

Cecilia Clementel-Jones es miembro de la British Association of Psychotherapists y fue colaboradora del Ingrebourne Centre, St. Georges Hospital (Hornchurch). El Ingrebourne Centre es una comunidad terapéutica fundada en 1954 por Richard W. Crocket que, enmarcada en el National Health Service, proporciona un amplio programa de servicios psiquiátricos a las poblaciones del noroeste de Londres. En 2007, Clementel-Jones fue nombrada profesora asociada del Departamento de Psicología de la Universidad de Boloña.

Referencia

1. Clementel-Jones C, Malan D, Trauer T. A retrospective follow-up study of 84 patients treated with individual psychoanalytic psychotherapy. Outcome and predictive factors. *Br J Psychotherapy* 1990;6:363-74

4.3.7

Terapia en trastornos de la personalidad (Stevenson, 1992 y 2005)

- Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:358-62
- Stevenson J, Meares R, D'Angelo R. Five year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. *Psychological Med* 2005;35:79-87

En 1985, Robert Hobson publicó *Forms of feeling: The heart of psychotherapy*, en el que concibió un método psicoterapéutico denominado «modelo conversacional», diseñado específicamente para tratar a los pacientes con trastorno límite de la personalidad, que en general eran considerados inanalizables.¹ Este método se basa en la noción de que dicho trastorno es consecuencia de una interrupción en el desarrollo del *self* y su objetivo es estimular la maduración psíquica, para lo que el terapeuta debe sumergirse en la vida interior del paciente. El primer estudio prospectivo que intentó demostrar la eficacia de este modelo psicoterapéutico fue publicado por Janine Stevenson y Russell Meares en 1992.²

Los criterios de inclusión de pacientes en dicho estudio eran (a) presentar un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de acuerdo con los criterios de DMS-III y (b) disfunción social persistente (baja laboral de más de 12 meses, ausencia de relaciones interpersonales, comportamiento antisocial). El proceso de inclusión de pacientes fue relativamente complejo:

	<i>n</i>	<i>total</i>
solicitan tratamiento		85
cumplen criterios de inclusión	18	67
resultan inadecuados para psicoterapia	8	59
rechazan participar en el estudio	11	48
abandonan el tratamiento	8	40
continúan el tratamiento tras completar el estudio	7	33
no resultan localizables	3	30

El tratamiento se aplicó dos veces por semana durante 12 meses. Los veinte terapeutas participantes en el estudio disponían de una formación psicoterapéutica relativamente limitada; la supervisión estuvo a cargo de seis psicólogos experimentados y fue en general satisfactoria.

Se registraron los datos demográficos, el número de criterios del DSM-III que resultaron apropiados para establecer el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y el Índice de Cornell, una escala autoadministrada que se utiliza generalmente para valorar la severidad de la sintomatología en sujetos con niveles elevados de incapacidad. Estas variables se registraron tras 6 y tras 12 meses de tratamiento y a los 12 meses tras la terminación del tratamiento. Asimismo, se valoraron una serie de medidas objetivas del comportamiento: meses de baja laboral, número de visitas médicas, número de medicamentos utilizados, comportamiento autodestructivo, actos violentos y número de hospitalizaciones.

Resultados

Se observó una reducción significativa del número de criterios diagnósticos: inicialmente 17,40 y tras un año de tratamiento, 10,50. El índice de Cornell se redujo significativamente a lo largo del período estudiado:

	<i>inicio</i>	<i>6 meses</i>	<i>12 meses</i>	<i>24 meses</i>
Índice de Cornell	42,63	41,00	33,60	28,63

En comparación con los valores registrados en el curso del año precedente, las siete variables objetivas sobre el comportamiento de los pacientes mejoraron de forma significativa en los doce meses siguientes a la terminación del tratamiento. Por ejemplo, el número de visitas al médico disminuyó de 3,50 visitas por paciente en el año precedente a 0,47 visitas en el año subsiguiente.

Estos resultados no se explican por una remisión espontánea del proceso patológico: en el caso de trastorno límite de personalidad, se considera que la enfermedad es crónica cuando permanece inmodificada durante más de seis meses, y en los pacientes incluidos en este estudio había persistido más de doce meses. Tampoco pueden ser atribuidos a terapias concomitantes, pues la medicación inicial fue retirada gradualmente, y los pacientes fueron interrogados en cada entrevista acerca de la utilización de otros tratamientos.

En conclusión, este informe sugiere que una forma específica de psicoterapia puede resultar beneficiosa para el tratamiento de los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

El estudio de seguimiento

A los cuatro años de finalizar el tratamiento (es decir, cinco años después del inicio del mismo), los 30 pacientes incluidos en el informe anterior aceptaron volver a ser valorados con los mismos criterios aplicados al concluir los doce meses de tratamiento con el modelo conversacional.³ En la siguiente tabla se indican los valores medios de los resultados obtenidos.

	<i>inicio</i>	<i>1 año</i>	<i>5 años</i>
episodios violentos/año	1	0	0
uso de medicamentos/día	3	0	0
visitas al médico/mes	4	0	0,75
episodios de autolesiones/mes	2	0	0
meses de baja laboral/año	3,5	0,25	0
número de hospitalizaciones/año	1	0	0
meses de hospitalización/año	2	0,75	0
Índice de Cornell	43	25	25
criterios diagnósticos aplicables (DSM-III-R)	17,5	10	10

(Para simplificar esta información, se han omitido los valores correspondientes a los cuartiles superior e inferior de las variables estudiadas, los cuales figuran en la tabla original).

Los cambios registrados a lo largo del período de observación se valoraron mediante un análisis de la varianza; los valores estadísticamente significativos se ajustaron de acuerdo con el método de Bonferroni. Todas las variables mejoraron de forma estadísticamente significativa excepto, al finalizar el tratamiento, los meses de baja laboral y, a los cinco años, el número de medicamentos por día y el de autolesiones y de hospitalizaciones por año.

La ausencia de un grupo de control observado durante cinco años constituye una limitación de este estudio de seguimiento, pero consideraciones prácticas y éticas pueden justificar esta situación. Otra limitación es que las valoraciones fueron efectuadas por uno de los autores del informe (J.S.) en vez de por un árbitro independiente; no obstante, la mayor parte de las variables estudiadas fueron de carácter objetivo, es decir, no estuvieron influidas por juicios individuales.

Los autores concluyen que la mejoría clínica registrada tras un año de tratamiento se mantuvo una vez transcurridos los cuatro años siguientes.

En 1992, **Janine Stevenson** era MB (Medicinae Baccalaureatus), SB (Scientae Baccalaureatus), FRANZCP (Fellow of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists) y Clinical Senior Lecturer (profesora asociada) de la Western Clinical School, Universidad de Sidney, Australia. En 2004 firmó como doctora Janine Stevenson.

Russell Meares es profesor emérito de Psiquiatría de la Universidad de Sidney y, desde 2002, director de los Joint Centres of Mental Health Excellence, Sidney. Se especializó en psiquiatría entre 1963 y 1968 en el Maudsley and Bethlem Royal Hospital, Londres. Colaboró durante dos años con Robert Hobson en una unidad especializada en el tratamiento de trastornos de la personalidad, y de la colaboración entre ambos resultó una orientación psicoterapéutica adecuada para el tratamiento de este grupo de pacientes: el modelo conversacional de psicoterapia psicodinámica.

Robert Hobson, profesor emérito de Psicoterapia en la Universidad de Manchester, falleció en 1999 a los 79 años. Fue considerado un pionero de la colaboración interdisciplinaria y prestó sus servicios en muchas instituciones de gran prestigio, como la Portman Clinic, el Middlesex Hospital, y los Bethlem and Maudsley Hospitals.

Referencias

1. Hobson R. *Forms of feeling: The heart of psychotherapy*. Nueva York: Routledge, 1985
2. Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:358-62
3. Stevenson J, Meares R, DeAngelo R. Five year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. *Psychological Med* 2005;35:79-87

4.3.8

Psicoterapia psicodinámica intensiva (Monsen, 1995)

Monsen J, Odland T, Faugli A, Dare E, Eilertsen DE. Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scand J Psychol* 1995;36:256-68

En este estudio, el objetivo de Jon Monsen et al. fue examinar el resultado funcional a largo plazo (relaciones interpersonales, educación, trabajo, ingresos, alojamiento y utilización de servicios de salud y sociales) en un grupo de pacientes con trastornos de personalidad o psicosis tratados con psicoterapia psicodinámica intensiva.¹

Una de las manifestaciones más importantes en la mayoría de los trastornos de la personalidad es un comportamiento interpersonal deficiente. Sólo se han constatado cambios del comportamiento interpersonal en estudios en los que el período de observación se ha prolongado hasta 14 o 16 años. Algunos autores suponen que tales cambios son la expresión de un proceso de maduración psicológica, pero de hecho no se dispone de estudios sobre la eficacia de los diferentes tipos de tratamiento psicológico en los trastornos de personalidad.²

En el Instituto de Psicología de la Universidad de Oslo se utilizó un modelo de psicoterapia psicodinámica basado en la psicología del *self*, que se caracteriza por centrarse de forma más sistemática y diferenciada en las emociones y en el proceso de los afectos. Los tratamientos fueron administrados por tres psicoterapeutas que disponían de amplia experiencia con pacientes afectados de trastornos de personalidad; la duración media del tratamiento fue de $25,4 \pm 12,9$ meses (márgenes: 5 meses a 3,5 años) y el seguimiento se extendió a $5,2$ años $\pm 15,2$ meses. Inicialmente se incluyeron 25 pacientes, todos ellos diagnosticados como trastorno de la personalidad severo o psicosis grave y de larga duración; la mayor parte eran mujeres y la edad media fue de $28 \pm 7,4$ años. Veintiuno de estos pacientes completaron el período de observación previsto.

Antes de iniciar el tratamiento, al terminarlo y cinco años después de su finalización, se valoró el nivel de ajuste social de los pacientes, el grado de concienciación de afectos (*affect-consciousness*), la escala de malestar neurótico y la de dilución de la personalidad según el cuestionario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI). Se valoró, asimismo, el nivel de psicopatología y salud mental mediante la Health Sickness Rating Scale (HSRS) y la evaluación subjetiva de la sintomatología con la Symptom Checklist-90 (SCL-90).

Resultados

1. Capacidad de intimidad: una puntuación media de 3 indica que el paciente presenta la capacidad de convivir con un compañero del otro género o de mantener relaciones sexuales con regularidad; en este estudio se comprobó un cambio significativo del nivel de concienciación de afectos durante el tratamiento y a largo plazo.
2. Los índices de malestar psicológico y de dilución de la personalidad al iniciar el tratamiento indicaron un elevado nivel de psicopatología y de problemas interpersonales; durante el tratamiento, éstos se redujeron significativamente y se mantuvieron de forma estable en la valoración de seguimiento.
3. Durante el tratamiento se establecieron relaciones de pareja estables y comprometidas, relaciones que numéricamente mejoraron a los cinco años de la terminación del mismo.

4. Los contactos con amigos y conocidos mejoraron, lo que se mantuvo de forma inmodificada durante el período de seguimiento.
5. El nivel educacional mejoró durante el tratamiento; la diferencia entre el final del tratamiento y la entrevista de seguimiento resultó también significativa.
6. El nivel de autosuficiencia se incrementó durante el tratamiento y se mantuvo de forma estable tras su terminación.
7. El incremento de ingresos de los pacientes durante el período estudiado fue un 9,6% más elevado que el de los contribuyentes de la ciudad de Oslo; esto se explica porque un elevado porcentaje de los pacientes de esta muestra consiguió trabajo estable.
8. Se comprobaron pocos cambios en las actividades lúdicas: durante el tratamiento aumentó el número de visitas a teatros o restaurantes, en tanto que a los cinco años se incrementó el número de actividades al aire libre y disminuyó la participación en organizaciones políticas y sociales.
9. Durante el tratamiento se redujo el número de solicitudes de atención a los servicios sanitarios y sociales y la utilización de los servicios psiquiátricos disminuyó de forma marcada.
10. En la entrevista de seguimiento, la puntuación global media de la HSRS fue 72, lo que indica «inhibiciones, síntomas, problemas caracteriales suficientemente severos como para causar un malestar superior al del día a día; estos individuos pueden precisar tratamiento ocasionalmente».
11. En dicha entrevista, la puntuación de la SCL-90 fue de 0,71, con el 76% de los pacientes con valores inferiores a 1; un valor menor de 1 de esta escala se interpreta convencionalmente como «normalidad».

Discusión

Los resultados de este estudio muestran una marcada mejoría en la naturaleza y la calidad de la participación de los pacientes en su entorno social. Dado que no se dispuso de un grupo de control, es preciso considerar la posibilidad de influencias debidas a la repetición de valoraciones, a la regresión a la media o a la historia natural del proceso; sin embargo, los cambios observados durante el tratamiento y después del mismo fueron demasiado importantes como para ser debidos a estos factores.

Un índice de 0,71 en la SCL-90 indica un nivel de funcionalidad inesperadamente cercano a los niveles considerados «normales». Este resultado podría ser debido a que la muestra de pacientes tenía inicialmente elevados niveles de disfuncionalidad: las puntuaciones del MMPI antes de comenzar el tratamiento mostraron un nivel sintomático y disfuncional muy alto. Por otra parte, tampoco existe evidencia de que los pacientes con los mayores niveles de disfuncionalidad abandonaran el estudio: la comparación con los pacientes que no lo abandonaron excluye esta posibilidad.

Los favorables resultados de este estudio, así como los obtenidos por Janine Stevenson y Russell Meares,³ permiten poner en duda la eficacia de los restantes tratamientos para trastornos de la personalidad disponibles en la actualidad.

Jon Monsen es profesor de Psicología Clínica en la Universidad de Oslo (Noruega). El Departamento de Psicología de dicha universidad dispone de la colaboración de 55 titulados superiores y de 25 doctorandos. El Dikemark Hospital se encuentra situado en Asker, unos 20 kilómetros al sur de Oslo.

Referencias

1. Monsen J, Odland T, Faugli A, Dare E, Eilertsen DE. Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scand J Psychol* 1995;36:256-68
2. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long term follow-u of borderline patients in general hospital. *Comprehensive Psychiatry* 1987;28:530-5

3. Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:358-62

4.3.9

Tratamiento psicoanalítico de la bulimia (Jäger, 1997)

Jäger B, Liedtke R, Künsebeck HW et al. Psychotherapy and bulimia nervosa: Evaluation and long-term follow-up of two conflict-oriented treatment conditions. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:268-78

Burkard Jäger, del Departamento de Psicología y Psicoterapia de la Universidad de Hannover, y Jörn von Wietersheim, del Área de Psicología de la Universidad de Lübeck, indican, al principio de su informe, que de los 101 departamentos de medicina psicológica existentes en Alemania, 82 aplican la psicoterapia basada en la psicología profunda para tratar la bulimia, en tanto que sólo 19 de dichas instituciones emplean otras orientaciones, como la psicoterapia cognitiva.¹ No obstante, todavía no se dispone de estudios empíricos que demuestren la eficacia de la orientación basada en la psicología profunda en el tratamiento de este proceso patológico.

También señalan que resulta difícil diferenciar las múltiples orientaciones psicoterapéuticas desarrolladas en los últimos tiempos. El concepto «tratamiento basado en la psicología profunda» se traduce frecuentemente como «tratamiento de orientación psicoanalítica» o «terapia psicodinámica» y sin embargo este tratamiento difiere de la psicoterapia psicoanalítica, en la que se emplean adicionalmente técnicas de soporte que animan al paciente a expresar sus pensamientos y sus emociones con el objetivo de conocerse a sí mismo y de reforzar su sentido del yo.

Los autores comentan, asimismo, que, independientemente del método terapéutico utilizado, en un tercio de los pacientes con bulimia no se consigue la curación. Según Claes Nörring, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Upsala, en un plazo de cinco años cabe esperar sólo un 40% de curaciones, y el riesgo de muerte prematura es unas 18 veces superior a lo esperado.² Es importante, por lo tanto, estudiar la eficacia de las distintas opciones terapéuticas disponibles.

En el Departamento de Medicina Psicológica de la Clínica Universitaria de Hannover, se ha desarrollado un amplio y preciso programa para tratamiento de la bulimia, programa que se encuentra detallado en la tabla 1.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Terapia grupal: 3 x 90 minutos/semana ○ Entrevista personal: una por semana ○ Entrevistas con familiares: ocasionales ○ Terapia de expresión artística: 90 minutos/semana ○ Danza o ejercicio físico: 90 minutos/semana ○ Relajación: 90 minutos/semana ○ Gimnasia: 5 x 30 minutos/semana ○ Seminario: 2 veces /semana |
|---|

Tabla 1. Posibilidades terapéuticas de la bulimia (Departamento de Medicina Psicológica, Hannover)

En dicho departamento se inició en 1989 un estudio controlado para determinar la eficacia de la psicoterapia basada en la psicología profunda en el tratamiento de la bulimia.³ En este estudio se incluyeron 37 pacientes ingresadas con diferentes tipos de trastorno alimentario, de las cuales 7 abandonaron el tratamiento, el cual consistió en psicoterapia grupal de ocho semanas de duración.

Las valoraciones clínicas de la situación de las pacientes tuvieron lugar dos meses antes de iniciar el tratamiento, al iniciarlo (mes 0), un mes tras ser dadas de alta (mes 3), un año después

(mes 14), y dos y tres años más tarde (meses 26 y 38). En la figura 1 se detalla la frecuencia absoluta de las crisis de sobrealimentación por semana a lo largo de los 38 meses de observación.

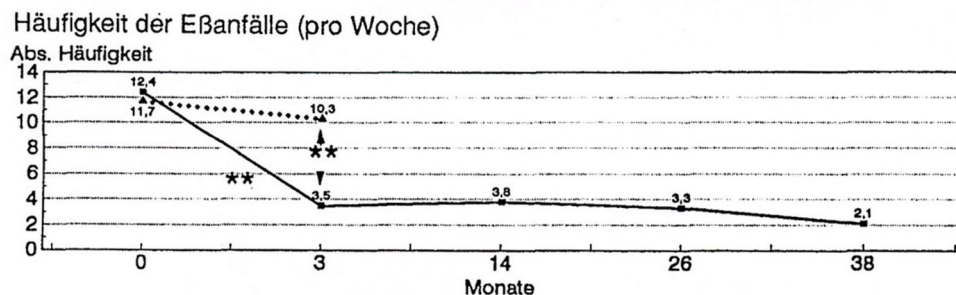


Fig. 1. Frecuencia absoluta de las crisis de sobrealimentación (Essanfälle) por semana a lo largo de 38 meses de observación*

En la figura 1 se comprueba que entre la primera determinación (un mes antes de iniciar el tratamiento) y a los dos meses de tratamiento se produjo una importante reducción de las crisis de sobrealimentación: de 12,4 crisis por semana en promedio se pasó a 3,5 crisis por semana. Esta tendencia se mantuvo a lo largo de todo el período de observación, al final del cual el número medio de crisis por semana fue de 2,1.

El número de vómitos provocados por semana siguió numéricamente una tendencia semejante a la de las crisis de sobrealimentación.

En la figura 2 se muestra la proporción de pacientes en las que no resultaron aplicables los criterios para el diagnóstico de bulimia según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III-R): antes de iniciar al tratamiento, todas las pacientes, como es lógico, cumplían dichos criterios, en tanto que al concluirlo el 46,9% no los cumplían, es decir, podían considerarse curadas. Esta cifra se incrementó a los dos años hasta el 78,1%; en el tercer año se observa una pequeña reducción que carece de significación estadística y clínica.

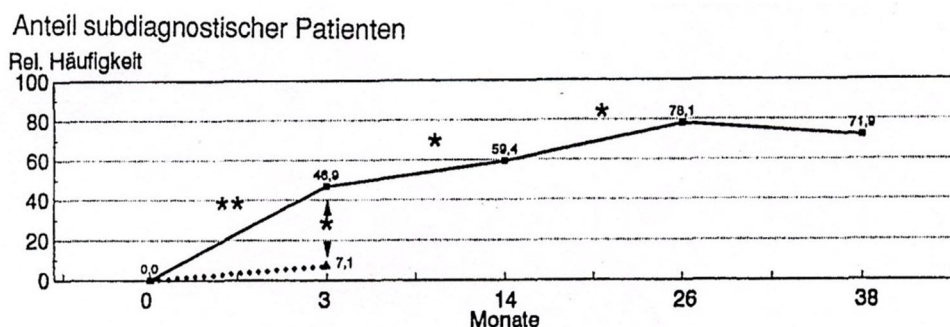


Fig. 2. Pacientes que no cumplen con los criterios de bulimia según DSM-III-R.^A

Los autores concluyen que, comparativamente, los resultados obtenidos indican que la psicoterapia basada en la psicología profunda posee una eficacia satisfactoria en el tratamiento de la bulimia.

Comentario

Es posible que la simple hospitalización sea un factor importante en el tratamiento de la bulimia. En este caso, para demostrar la eficacia de la medida terapéutica en cuestión sería preciso comparar un grupo de pacientes hospitalizadas tratadas con psicoterapia analítica con un grupo de pacientes que no recibieran tratamiento psicológico alguno. Es posible que esta

* Figura reproducida con autorización de *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*.

^A Figura reproducida con autorización de *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*.

propuesta tropezara con problemas éticos, pero si se considera que se trata de una enfermedad de evolución prolongada y que el tratamiento, según Jäger y von Wietersheim, no se extiende más de dos meses, podría admitirse que dichos problemas son superables.

Otro inconveniente se refiere al tamaño de la muestra: si consideramos que, tras dos meses de tratamiento, el porcentaje de pacientes asintomáticas en el grupo no tratado es del 10% y en el grupo tratado es del 50%, para una probabilidad de 0,05 de cometer un error de tipo I y una probabilidad de 0,1 de cometer un error de tipo II, el número de pacientes que sería necesario incluir en el estudio es de 76. Aparte de ello, si se calcula una proporción de abandonos de aproximadamente el 20%, resulta que se precisarían en total 90 pacientes, la mitad de ellas en cada grupo experimental. Si se planteara un estudio multicéntrico, parece que esta cifra no resultaría difícil de alcanzar. Estos cálculos son aproximados, pero permiten suponer que el experimento es realizable.

Referencias

1. Jäger B, von Wietersheim J. Die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung der Bulimia nervosa. *Psychother Psychosom med Psychol* 1997;47:322-331
2. Nörring C, Sohlberg SS. Outcome recovery, relapse and mortality across six years in patients with clinical eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:437-44
3. Jäger B, Liedtke R, Künsebeck HW, Lempa W, Kerstin A, Seide L. Psychotherapy and bulimia nervosa: Evaluation and long-term follow-up of two conflict-oriented treatment conditions. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:268-78

4.3.10

Un estudio prospectivo de resultados terapéuticos (Krawitz, 1997)

Krawitz R. A prospective psychotherapy outcome study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997;31:465-473

El programa terapéutico aplicado por Roy Krawitz en los trastornos límite de la personalidad consistió en una integración de la psicoterapia psicodinámica (conflicto consciente e inconsciente, transferencia y contratransferencia) y de la psicoterapia cognitivo-conductual (deformación cognitiva, evitación fóbica, déficits de habilidad), junto con el psicodrama, la terapia Gestalt y la arteterapia.¹ El tratamiento comprendió también análisis de género (distribución de poderes, gratificación y trabajo) y análisis social (violencia, abuso sexual, pobreza). Se intentó asimismo reducir la distancia entre terapeuta y paciente mediante una actitud abierta por parte del primero y mediante información escrita y seminarios sobre el proceso terapéutico. Cuando resultó apropiado se recurrió a discusiones sobre temas relacionados con la espiritualidad.

El tratamiento tuvo lugar en forma de internamiento en una antigua mansión de Thames, una ciudad rural de 6.000 habitantes, situada en la península de Coromandel, a 150 Km. de Auckland (Nueva Zelanda). Los pacientes procedían de la periferia de dicha ciudad, precisando los más alejados de unas dos horas de viaje para acceder a la clínica. La capacidad de ésta estaba limitada a ocho pacientes, en ocasiones acompañados por sus hijos. Durante cada semana de tratamiento, los pacientes permanecían en la clínica tres días y medio; el resto de la semana transcurría en sus respectivos domicilios. El equipo terapéutico estuvo constituido por una psicoterapeuta (tiempo completo) y un psiquiatra (tiempo parcial).

La terapia adoptó generalmente carácter grupal, comenzando con hora y media de psicoterapia no estructural y continuando, tras un descanso, con hora y media de psicodrama, sociometría o arteterapia. Por la tarde, terapia cognitivo-conductual con cierta exploración de tipo emocional. Después de ello, la psicoterapeuta trataba personalmente las situaciones que podían exigir una cierta intervención psicológica.

La muestra de pacientes estuvo constituida por sujetos con trastornos graves de la personalidad, pero considerados tratables. Los diagnósticos se establecieron de acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico III-R*. Los antecedentes de estos pacientes consistieron en drogadicción, tráfico de drogas, encarcelamiento, auto-agresiones y pérdida de la patria potestad. La mayor parte de ellos se encontraban socialmente en el grupo de nivel económico más bajo. En su mayoría carecían de trabajo estable. La población inicial estuvo constituida por 80 pacientes, de los cuales el 85% eran mujeres y el 23% pertenecían a la etnia maori; las edades oscilaron entre 17 y 54 años. Cuarenta y ocho pacientes fueron aceptados por el programa y 32 iniciaron el tratamiento; de estos últimos, sólo uno lo abandonó.

Las escalas psicológicas se aplicaron antes de iniciar el tratamiento, al finalizarlo y a los 4, 12 y 24 meses de su terminación. Se utilizó la Escala de Valoración Global (GAS) y los síntomas fueron valorados mediante el Índice General de Severidad (GSI) de la Symptom Checklist 90 (SLC 90, Lista de Evaluación de Síntomas 90). Los objetivos planteados por el paciente al iniciar el tratamiento se valoraron mediante la Escala de Obtención de Objetivos. Dado que no se pudo formar un grupo de control, los valores iniciales se compararon con las determinaciones siguientes mediante el t-test de Student.

Resultados

Al finalizar el tratamiento se dispuso de los datos necesarios de 30 pacientes; a los 4 meses esta cifra se redujo a 28, y tras 12 y 24 meses a 21 y 23, respectivamente.

Los pacientes permanecieron en la clínica por término medio 68 días, es decir, 17 semanas. Veintiséis pacientes fueron tratados hasta con cinco sesiones de psicoterapia individual. Siete pacientes recibieron medicación psicotrópica. Sólo se observó un caso de auto-agresión de carácter leve.

Los resultados consistieron en mejoría importante y estadísticamente significativa de las escalas psicológicas utilizadas para valorar el tratamiento, mejoría que persistió durante los 24 meses de seguimiento.

Tras terminar el tratamiento, la SCL 90 disminuyó por término medio en 0,72 puntos ($n = 28$, $p < 0,0001$) y a los 24 meses la magnitud de efecto fue de 2,33 (figura 1).

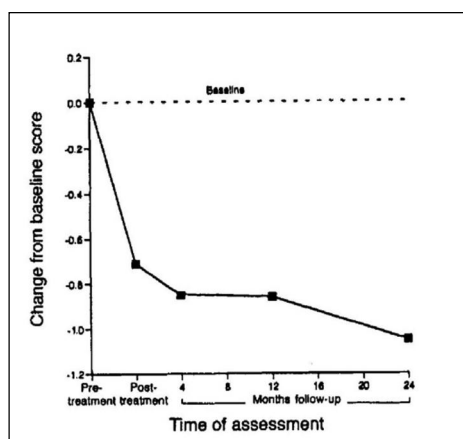


Fig 1. Cambios de los valores iniciales (baseline) de la SCL 90 al finalizar el tratamiento y a lo largo de 24 meses de seguimiento ($p < 0,0001$)

Con la Escala de Valoración Global se obtuvo a los 24 meses una magnitud de efecto de 1,66. La Escala de Obtención de Objetivos mostró mejorías significativas a todo lo largo del período de seguimiento.

TABLA 1. Curso de las escalas psicológicas

escalas psicológicas	n	inicio	24 meses	magnitud de efecto
Lista de Evaluación de Síntomas	21	1,70 ± 0,45	0,653 ± 0,448	2,33
Escala de Valoración Global	21	49,1 ± 10,8	67,1 ± 16,3	1,66

Discusión

Los autores consideran que el carácter prospectivo del estudio y el hecho de que la Escala de Evaluación de Síntomas y la Escala de Obtención de Objetivos estén libres de la subjetividad del analista, le conceden un valor adicional. Por otra parte, los trastornos de la personalidad se caracterizan por su persistencia, lo cual permite aceptar que los valores iniciales sean considerados como datos de control. La administración de medicación adicional no constituye un factor de confusión, pues de hecho sólo un limitado número de pacientes fueron tratados de forma concomitante con psicofármacos. Tiene también importancia el que sólo un paciente abandonara el tratamiento y el que no se registrara prácticamente ningún incidente adverso grave. El que la mejoría persistiera tras dos años de seguimiento permite afirmar que el tratamiento combinado que se utilizó en este grupo de pacientes es efectivo.

Roy Krawitz se doctoró en Medicina en 1985, se especializó en psiquiatría y es asesor clínico honorario de la Universidad de Auckland (Nueva Zelanda). Su interés principal se centra en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad; en 2008, publicó junto con Wendy Jackson su cuarto libro sobre este tema: *Borderline Personality Disorder. The facts.*²

Comentario

Un estudio socialmente interesante, aunque no puede considerarse que constituya una valoración de la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica ni de la psicoterapia cognitivo-conductual. En todo caso, no parece aceptable utilizar este estudio como una demostración de la eficacia de dichas intervenciones en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad... como se expone en el Rapport INSERM.³ Por otra parte, las escalas psicológicas son un elemento muy importante para evaluar el resultado de un estudio observacional, pero en este caso, en el que los pacientes habían padecido contratiempos muy importantes, parece que alguna explicación respecto a sus vivencias tras terminación del tratamiento hubiera proporcionado una visión más clara de la eficacia del método psicoterapéutico utilizado: ¿recuperaron la patria potestad?, ¿volvieron a ser encarcelados?, ¿encontraron trabajo? Una escala de calidad de vida parece que hubiera sido adecuada. Por último, es probable que los resultados obtenidos se encuentren asociados más con los efectos inespecíficos propios de la atención terapéutica que con una acción estrictamente psicoterapéutica.

Referencias

1. Krawitz R. A prospective psychotherapy outcome study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997;31:465-473
2. Krawitz R, Jackson W. *Borderline Personality Disorder. The facts*. Victoria: Oxford University Press, 2008
3. Conceil O, Cottraux J, Falissard B, Flement M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM, *Psychothérapie, trois approches évaluées*. Paris: Les Éditions INSERM, 2004.

4.3.11

Comorbilidad de los trastornos del eje II (Barber, 1997)

Barber JP, Morse JQ, Krakauer ID, Chittams J, Crits-Christoph K. Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychother* 1997;34:133-143

Muchos estudios han demostrado que la comorbilidad de trastornos del eje II (trastornos de la personalidad, retraso intelectual) y procesos del eje I (depresión, ansiedad, trastorno bipolar, fobias, esquizofrenia) de la DSM-III es muy frecuente y que la coexistencia de dichos procesos empeora el resultado del tratamiento: en el Treatment of Depression Collaborative Research Program de los National Institutes of Mental Health se observó que en el 74% de los pacientes deprimidos se había establecido un diagnóstico de comorbilidad y que, en los casos de trastorno concomitante de la personalidad, el resultado terapéutico fue más deficiente.¹

Jacques P. Barber et al. efectuaron un estudio naturalístico y abierto, con el objetivo de determinar en dichos casos la eficacia terapéutica de un método de psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia expresiva de soporte, desarrollada por Lester Luborsky para el tratamiento de los trastornos de personalidad evitativos y obsesivo-compulsivos.^{2,3} En este estudio, los diagnósticos de trastorno de la personalidad se establecieron de acuerdo con los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III-R), de la American Psychiatric Association, sin considerar específicamente los diagnósticos correspondientes al eje I.

Veinticuatro pacientes con personalidad evitativa y 14 con personalidad obsesivo-compulsiva fueron incluidos en un estudio piloto en el que la terapia expresiva de soporte se aplicó en 52 sesiones semanales durante un período de hasta 16 meses.* Los terapeutas fueron entrenados y supervisados de acuerdo con las recomendaciones de Luborsky. Se aplicaron las siguientes escalas de valoración:

- Escala de Hamilton de depresión
- Escala de Hamilton de ansiedad
- Cuestionario de depresión de Beck
- Cuestionario de ansiedad de Beck
- Cuestionario de California de alianza terapéutica
- Valoración global de funcionalidad
- Cuestionario Wisconsin de trastornos de la personalidad
- Inventario de problemas interpersonales
- Cuestionario de expectativas terapéuticas
- Formulario: opinión sobre el tratamiento

Los pacientes fueron valorados en cuatro ocasiones: al iniciar el tratamiento, tras las sesiones 17 (4 meses) y 34 (8 meses), y a la terminación del mismo.

Resultados

Los pacientes con trastorno evitativo de la personalidad (grupo I) presentaron más problemas de ansiedad del eje I que los casos con trastorno obsesivo-compulsivo (grupo II).

Los pacientes del grupo I se mostraron más satisfechos con el tratamiento que los pacientes del grupo II, pese a que en el primer grupo abandonaron el tratamiento nueve pacientes, mientras que en el segundo grupo todos los pacientes excepto uno completaron el período de

tratamiento previsto; con ello, los pacientes del primer grupo participaron en promedio en $50,1 \pm 5,72$ sesiones, y los del segundo, sólo en $34,9 \pm 20,17$ sesiones.

El 50% de los pacientes del grupo obsesivo-compulsivo no cumplieron con los criterios diagnósticos de trastorno de la personalidad tras cuatro meses de tratamiento; en el grupo evitativo, esta circunstancia no se observó hasta transcurridos ocho meses de tratamiento.** Al finalizar el tratamiento, sólo 2 de los 14 pacientes del grupo obsesivo-compulsivo (15,4%) cumplían con los correspondientes criterios diagnósticos; en el grupo de trastorno evitativo, 9 de 24 pacientes (38,5%) cumplían con dichos criterios.

De acuerdo con el Cuestionario Wisconsin de trastornos de la personalidad, no se encontraron diferencias entre los dos grupos en cuanto a evolución del trastorno de personalidad, aunque los cambios fueron más reducidos en el grupo de trastorno evitativo. Este resultado indica que los pacientes mejoraron en el curso del tratamiento, pero en ausencia de un grupo de control no es posible afirmar que ello fuera consecuencia de la psicoterapia expresiva de soporte utilizada.

La valoración del curso de los síntomas depresivos y de los síntomas asociados con problemas de ansiedad mostró en ambos grupos una mejoría significativa a lo largo del período estudiado. No pudo constatarse que un grupo mejorara con mayor rapidez que el otro. De forma similar, no se observaron diferencias entre los dos grupos respecto al curso de la mejoría de los problemas interpersonales.

En referencia a la alianza terapéutica, las valoraciones de los pacientes y de los terapeutas no mostraron diferencias entre ambos grupos de pacientes; esta variable permaneció prácticamente inmodificada a lo largo del tratamiento. Los autores se refieren, por último, a tres aspectos importantes de este estudio:

- No se dispuso de un grupo de control, por lo que no es posible descartar el efecto del tiempo ni la remisión espontánea.
- Los grupos estudiados fueron muy reducidos, lo que exige efectuar nuevos estudios con muestras de mayor tamaño.
- La contribución de los trastornos del eje II a la presencia o ausencia de trastornos del eje I no debiera ser minimizada.

Jacques P. Barber, PhD, es director asociado del Centro de Investigación en Psicoterapia del Departamento de Psiquiatría de la University of Pennsylvania School of Medicine. Ha efectuado estudios sobre la eficacia y eficiencia de la terapia cognitiva y de la terapia psicodinámica en la depresión, el trastorno de pánico, la adicción a la cocaína y los trastornos de personalidad. Actualmente es el presidente de la Society for Psychotherapy Research.

Comentarios

* *En el informe de Barber et al. no se indica específicamente cuántos pacientes recibieron un diagnóstico de personalidad evitativa y cuántos, el de personalidad obsesivo-compulsiva. Estas cifras se han calculado a partir de las afirmaciones «19 were male and 19 were female» (es decir, 38 pacientes en total) y «Among the AVPD patients 54% (n = 13)...», es decir, el grupo de pacientes con personalidad evitativa estuvo al parecer constituido por 24 pacientes... aunque por otro lado expresar esta relación (13 de 24) mediante porcentajes no parece la solución más adecuada.*

** *Si la evaluación se realizó a los seis y a los ocho meses de tratamiento, es evidente que los cambios relativos a los criterios diagnósticos que tuvieron lugar entre los seis y ocho meses de tratamiento (por ejemplo, a los 6½ meses) se detectaron con un evidente retraso. Este hecho puede llevar a que se sobrevalore el que los diagnósticos de los pacientes evitativos se normalizaran dos meses más tarde que los de los obsesivo-compulsivos.*

Referencias

1. Shea TM, Glass DR, Pilkonis PA, Watkins J, Docherty JP. Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed outpatients. *J Personal Disord* 1987;1:27-42
2. Barber JP, Morse JQ, Krakauer ID, Chittams J, Crits-Christoph K. Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychother* 1997;34:133-143
3. Luborsky L. *A manual for supportive-expressive dynamic psychotherapy*. Nueva York: Basic Books, 1984

4.3.12

Deficiencia intelectual: terapia psicoanalítica (Beail, 1998)

Beail N. Psychoanalytic psychotherapy with men with intellectual disabilities: A preliminary outcome study. *Br J Med Psychol* 1998;71:1-11

Se ha asumido desde sus inicios, que la terapia psicoanalítica no era adecuada para personas con deficiencia mental. Pero de hecho, estas personas padecen dificultades psicológicas y emocionales con mayor frecuencia que las personas intelectualmente normales. El primer informe sobre el tratamiento psicoanalítico de un caso de déficit intelectual no fue publicado hasta 1981 por Neville Symington.¹ En 1992 Valerie Sinason publicó una serie de siete casos: de éstos, tres no completaron el tratamiento; uno lo abandonó a los nueve meses; uno falleció; en otro el tratamiento resultó inadecuado y en el último caso no se aportó información acerca del resultado terapéutico.² En realidad, esta situación es la habitual en los estudios de casos con este tipo de pacientes. Este hecho indujo a Nigel Beail a publicar sus observaciones en una serie consecutiva de 25 hombres con déficit intelectual tratados en el curso de tres años en un servicio comunitario de psicología clínica.³ La muestra sólo incluyó hombres debido a la mayor frecuencia de este problema en los sujetos de género masculino y a que las mujeres fueron tratadas por una psicoterapeuta de su mismo género.

De los 25 participantes, 5 no completaron el tratamiento (dos lo interrumpieron prematuramente, uno fue ingresado en un servicio de psiquiatría, uno se trasladó a otra ciudad y otro falleció). De los 20 pacientes restantes, 12 fueron atendidos a causa de agresiones a personas o a objetos, o por otros problemas de conducta, y 8 porque habían cometido delitos. La edad de los participantes osciló entre 16 y 42 años; 16 vivían con sus padres. En el estudio no se dispuso de controles; en lugar de ello, se siguió únicamente el curso clínico de los cuatro sujetos que no completaron el tratamiento.

El tratamiento consistió en una sesión semanal de una hora de duración. El terapeuta mantuvo una actitud neutral y estimuló a los pacientes a desarrollar asociaciones libres. Las interpretaciones se efectuaron con un lenguaje claro, que pudiera ser entendido por todos los sujetos.

La duración del tratamiento en los casos de problemas de conducta osciló entre 3 y 38 meses; la mitad de los pacientes fueron tratados durante 6 meses o menos de 6 meses. En el grupo de pacientes que habían cometido algún delito, el tratamiento se prolongó entre 3 y 43 meses; sólo 3 de ellos fueron tratados durante menos de 3 meses.

La eficacia del tratamiento se valoró según el número de incidentes registrados en el curso de las cuatro semanas precedentes (a) a la entrevista inicial, (b) a la terminación del tratamiento y (c) al sexto mes tras finalización del tratamiento. Los incidentes se definieron mediante entrevistas con los familiares o con los tutores de los participantes.

En 11 de los 12 pacientes con problemas de conducta, los incidentes habían desaparecido al completar el tratamiento, y transcurridos seis meses no se observó recidiva alguna. En el paciente restante, la frecuencia de problemas de conducta se redujo notablemente: de un incidente diario pasó a un incidente semanal.

En los ocho participantes del grupo de los que habían cometido algún delito, no se observaron incidentes ni en el curso de los tres meses anteriores a la terminación del tratamiento, ni a lo largo de los seis meses siguientes.

En los cuatro sujetos que abandonaron el tratamiento, la frecuencia de incidentes registrada en la entrevista inicial no se modificó. El participante que fue ingresado en un servicio de psiquiatría no presentó problemas mientras estuvo ingresado, pero éstos reaparecieron al ser dado de alta.

El autor concluye que la psicoterapia psicoanalítica, administrada una vez por semana, es una medida eficaz para evitar delitos, agresiones y trastornos de conducta en sujetos afectados de insuficiencia intelectual, pero reconoce que el tamaño de la muestra es muy reducido y que sólo se dispuso como controles de un escaso número de pacientes que no habían completado el tratamiento.

Nigel Beail es psicólogo clínico y director del Departamento de Servicios Psicológicos del Barnsley Disability Service, que forma parte del Servicio Nacional de Salud de la ciudad de Barnsley (Yorkshire, Reino Unido). Asimismo es catedrático honorario de Psicología en la Universidad de Sheffield. Su área principal de investigación se centra en la evaluación y tratamiento de adultos con dificultades de aprendizaje.

Referencias

1. Symington N. The psychotherapy of a subnormal patient. *Br J Med Psychol* 1981;54:187-99
2. Sinason V. *Mental handicap and the human condition: New approach from the Tavistock*. Londres: Free Associations, 1992
3. Beail N. Psychoanalytic psychotherapy with men with intellectual disabilities: A preliminary outcome study. *Br J Med Psychol* 1998;71:1-11

4.3.13

Trastorno límite de la personalidad: estudio preliminar (Clarkin, 2001)

Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, et al. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 2001;15:487-95

Bajo la dirección de Otto Kernberg se publicó en 1999 un manual terapéutico en el que se describía un tratamiento psicodinámico modificado para pacientes con trastorno límite de la personalidad: la psicoterapia centrada en la transferencia.¹ Este modelo se basa principalmente en las técnicas de clarificación, confrontación e interpretación incluidas en el desarrollo de la relación transferencial entre paciente y terapeuta. A pesar de que este tratamiento se utiliza ampliamente en caso de trastornos de la personalidad, no se dispuso de ningún estudio sobre su eficacia y su efectividad hasta el año 2001, cuando John Clarkin et al. dieron a conocer un informe preliminar sobre los resultados obtenidos en el Instituto de Trastornos de la Personalidad del Departamento de Psiquiatría del Weill Medical College (Nueva York).

Veintitrés pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de trastorno límite de la personalidad otorgaron su consentimiento para ser incluidos en dicho estudio, en el que se debía valorar la eficacia de la psicoterapia centrada en la transferencia administrada durante un año. Seis pacientes abandonaron el estudio en el curso de los primeros ocho meses de tratamiento, con lo que los resultados se refieren a 17 mujeres de entre 19 y 48 años. Los tratamientos estuvieron a cargo de 12 terapeutas valorados como competentes con el uso del método psicoterapéutico estudiado. Se utilizaron las siguientes escalas psicológicas:

- a) la «Entrevista de historia de comportamiento suicida», utilizada para determinar el número de intentos de suicidio o de comportamientos autolesivos en el curso del año anterior al inicio del tratamiento y en el curso del mismo;
- b) la «Entrevista sobre historia del tratamiento», destinada a registrar las visitas médicas de urgencia y el número y la duración de las hospitalizaciones psiquiátricas, y
- c) la «Escala de valoración global de funcionalidad», valorada entre 1 (precisa supervisión constante, intentos evidentes de suicidio) y 90 (funcionalidad excelente, sin síntomas).

Asimismo, se valoraron según intención de tratamiento los pacientes que completaron 12 meses de tratamiento. Mediante análisis multivariante de la varianza no se comprobaron resultados estadísticamente significativos respecto a las variables relacionadas con los intentos de suicidio, a pesar de que se observó una disminución de los mismos: 9 de las 17 pacientes intentaron suicidarse en el curso de los 12 meses previos al inicio del tratamiento, en tanto que en el curso del mismo sólo lo intentaron 3 de las 17. Por otra parte, se observó una reducción significativa del número de hospitalizaciones y la disminución del número de días de hospitalización se acercó a la significación estadística. Por último, se calculó la magnitud del efecto (*d*) para todas las variables estudiadas, resultando en todas ellas un cambio favorable.

Como conclusión, los autores consideran que la psicoterapia centrada en la transferencia es un tratamiento prometedor en los pacientes con trastorno límite de la personalidad y que merece estudios adicionales.

El **Weill Medical College** de la Cornell University se fundó en 1898 y desde 1927 está afiliado al New York-Presbyterian Hospital. En 2008, en *Best Hospitals: Psychiatry (US News and World Report)*, el Departamento de Psiquiatría del Weill Medical College quedó situado en Estados Unidos en tercer lugar, tras el Massachusetts General Hospital (Boston) y el Johns Hopkins Hospital (Baltimore).

Comentario

La valoración por intención de tratamiento es importante en un ensayo clínico comparativo: los pacientes pueden abandonar un estudio por múltiples motivos (no mejoría, reacciones adversas, incompatibilidad con el terapeuta) y estos motivos pueden ser distintos con una intervención terapéutica o con otra. Si no hay una comparación, parece suficiente indicar el número de pacientes que han abandonado el estudio.

Referencias

1. Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg OF. *Psychotherapy of borderline personality*. Nueva York: Wiley, 1999
2. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney MSW, Kernberg OF. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 2001;15:487-95

4.3.14

Un estudio de eficacia real (Fava, 2002)

Fava E, Ferrari A, Masserini C, et al. Esiti e predittori di esiti nelle psicoterapie psicoanaliticamente orientate: uno studio di efficacia reale in un contesto tipico di trattamento. *Ricerca in Psicoterapia* 2002; 5:153-185

Los objetivos del estudio de Emilio Fava et al. fueron valorar los efectos de la psicoterapia de orientación psicoanalítica a medio y largo plazo, así como determinar los factores de posible significado pronóstico en la población tratada con dicho procedimiento terapéutico.¹ Para ello se proyectó un estudio longitudinal de carácter prospectivo en el que debían incluirse todos los pacientes que habían iniciado un tratamiento psicoterapéutico (por lo menos, una sesión) entre marzo de 1994 y marzo de 1998 en el Servicio de Psicoterapia del Ospedale Niguarda Ca'Granda de Milán.

Tanto en la primera entrevista como a los 6, 12, 24, 36 y 48 meses del inicio del tratamiento, se registró la situación psicosocial y la sintomatología de los participantes en el estudio. Inicialmente 93 pacientes de entre 18 y 60 años; de éstos, 2 no otorgaron su consentimiento, 9 abandonaron el tratamiento prematuramente y 7 decidieron seguir otras orientaciones terapéuticas. Con ello, la muestra quedó constituida por 84 pacientes, de los que 23 interrumpieron el tratamiento antes de ser valorados por segunda vez. De los 61 pacientes restantes, 57 lo concluyeron a los dos años de haberlo iniciado.

Los diagnósticos se establecieron de acuerdo con la Scheda Sistema Informativo Psichiatrico della Regione Lombardia, que utiliza los diagnósticos prevalentes según la *Clasificación Internacional de Enfermedades-10*, de lo que resultó la siguiente distribución:

Eje I	trastornos emocionales	38 casos
	trastornos de ansiedad y somatoformes	30 casos
	esquizofrenia y trastornos psicóticos	4 casos
	otros	10 casos
Eje II	cluster B	62 casos
	cluster C	21 casos

En estos pacientes se aplicó el tratamiento psicoterápico expresivo y de soporte desarrollado por Lester Luborsky, caracterizado por los siguientes elementos:²

1. la transferencia, componente central en la teoría y la técnica de la psicoterapia psicodinámica, aplicada según el método del Core Conflictual Relationship Theme;
2. una relación terapéutica positiva, en la que el método de la Helping Alliance proporciona los procedimientos adecuados para incrementarla, y
3. todos los esfuerzos necesarios para «convertir en consciente lo inconsciente», utilizando para ello el método de Symptom-Context.*

La posibilidad de utilizar psicofármacos no quedó excluida. En el estudio participaron 14 terapeutas, la mitad de ellos con una experiencia de más de 10 años y la otra mitad en período de formación (de dos a cinco años de experiencia).

* Los tres métodos mencionados fueron desarrollados por Luborsky en la década de 1990.

Para valorar el resultado terapéutico se utilizó el Índice Global de Severidad (GSI) incluido en la Symptom Checklist-90-R.³ La valoración del funcionalismo psicológico se efectuó mediante la Health Sickness Rating Scale.² Las modificaciones de las condiciones clínicas de un determinado paciente se registraron mediante el Índice Attendible di Cambio (Reliable Change Index, RCI).⁴ Además, se utilizaron los siguientes criterios para valorar a los pacientes tratados durante dos años:

	<i>GSI</i>	<i>RCI</i>
curación	< 0,6	> +1,96
mejoría clínica	< 1,2	> +1,96
modificación estadísticamente significativa	< 1,2	> 1,96
inmodificados	ó	entre +1,96 y -1,96
empeorados	ó	< -1,96

Abandonos

Veintitrés pacientes interrumpieron el tratamiento de forma unilateral; de ellos, 11 antes de que hubieran transcurrido seis meses, y 12 después de la primera evaluación a los seis meses de haber iniciado el tratamiento. En este grupo de 12 pacientes, la sintomatología mejoró en tres (es decir, el 25%), en tanto que en el grupo de los 57 pacientes que continuaron siendo tratados mejoraron 26, es decir el 46%. Los autores indican que esta diferencia no es suficiente para explicar el abandono del tratamiento, pues lo interrumpieron 3 de los pacientes que habían mejorado más claramente. De hecho, los pacientes que lo interrumpieron se caracterizaron por pertenecer a un grupo de edad relativamente joven (menos de treinta años) y por presentar en el Índice pronóstico de Auerbach menor motivación para la psicoterapia, menos ventajas secundarias a la misma y mayor impulsividad, rigidez, pasividad e inhibición emotiva.⁴ Por otra parte, los resultados del SCL-90-R permiten aislar las tres variables que muestran al respecto mayor capacidad discriminante: la sensibilidad a las relaciones interpersonales, la ideación paranoide y la polaridad.

Resultados

En los pacientes que continuaron el tratamiento durante dos años se constataron los siguientes resultados: 38 pacientes mejoraron (66,7%), 15 permanecieron inmodificados (26,3%) y 4 empeoraron (7%). De los 38 pacientes que mejoraron,

- 22 superaron el dintel del Índice global de severidad que separa la población con funcionalidad psíquica normal de la población con trastornos psíquicos;
- 11 mejoraron desde un punto de vista clínico, y
- según el Reliable Change Index, 5 presentaron un cambio estadísticamente significativo.

En la siguiente tabla se indica la evolución del Índice Global de Severidad (GSI) y de la Escala de Valoración de Salud-Enfermedad (HSRS) a lo largo del tratamiento.

	<i>inicio</i>	<i>6 meses</i>	<i>1 año</i>	<i>2 años</i>
GSI	1,49	1,13	1,08	0,88
HSRS	57,4	60,7	63,8	64,6

Factores pronósticos

Respecto a los factores pronósticos del resultado del tratamiento, la comparación entre los pacientes que mejoraron y los que no mejoraron proporcionó los siguientes resultados estadísticamente significativos:

- los pacientes que mejoraron habían sido tratados por primera vez;

- los hombres tratados por una mujer no mejoraron, en tanto que las mujeres tratadas por una mujer, mejoraron;
- según el índice de Auerbach, se encontraron diferencias respecto a la mejoría clínica en cuanto a madurez social e impulsividad.

No se observaron diferencias al considerar los valores de la HSRS, ni tampoco entre los pacientes tratados adicionalmente con psicofármacos y los que no recibieron medicación adicional.

Conclusiones

Los autores indican que limitarse a registrar los porcentajes de éxitos y fracasos no proporciona información alguna sobre los factores que determinan el resultado de un tratamiento. En general, el énfasis en el resultado terapéutico tiende a ignorar las características de los casos que no responden a la terapia. No se sabe si estos factores son los mismos con los diferentes modelos terapéuticos: el estudio adecuado de este problema puede ayudar a establecer indicaciones terapéuticas útiles. En este sentido, las fases críticas del proceso terapéutico son las siguientes:

- la gestión del modelo relacional,
- el papel de la aproximación emotiva inicial del terapeuta,
- la construcción de una alianza terapéutica racional,
- la gestión y el control de la impulsividad y de la actitud de pasividad-inhibición, y
- la severidad del paciente, en particular en cuanto a la madurez social.

Naturalmente, al definir las áreas críticas del proceso terapéutico no es posible considerar todo lo que puede resultar relevante en el mismo, como el cuidadoso reconocimiento del funcionamiento psíquico, la relación interpersonal entre terapeuta y paciente, la adecuación del tratamiento farmacológico y el entorno psicosocial.

Emilio Fava es profesor de Psicoterapia de la Universidad de Milán (Italia) y coordinador de las actividades científicas de la sección italiana de la Society for Psychotherapy Research. Se ha interesado especialmente en la valoración de la psicoterapia en el entorno de la sanidad pública.⁶

Comentario

No parece suficiente afirmar que una diferencia es estadísticamente significativa: es necesario aportar todos los datos (número de sujetos, media, desviación estándar, intervalos de confianza, etc.) que pueden permitir confirmar la validez de las conclusiones alcanzadas.

Referencias

1. Fava E, Ferrari A, Masserini C, Camarda P, Cossa M, Freni S. Esiti e predittori di esiti nelle psicoterapie psicoanaliticamente orientate: uno studio di efficacia reale in un contesto tipico di trattamento. *Ricerca in Psicoterapia* 2002; 5:153-185
2. Luborsky L, Luborsky E. *Research and psychotherapy. The vital link*. Lanham: Rowman & Littlefield, 2006
3. Derogatis LR. *The SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1977
4. Jacobson NS, Follette WC, Revenstore D. Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy* 1984;15:336-452
5. Auerbach AH, Luborsky L, Johnson M. Clinician's predictions of outcome of psychotherapy: A trial of a prognostic index. *Am J Psychiatry* 1972;128:830-5
6. Fava E, Masserini C. *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Milán: Franco Angeli, 2002

4.3.15

Terapia psicodinámica: carácter y personalidad (Wilczek, 2004)

Wilczek A, Barber JP, Gustavsson JP, Asberg M, Weinryb RM. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 2004;52:1163-84

Los individuos buscan tratamiento psiquiátrico porque experimentan algún tipo de sufrimiento psicológico. La teoría psicoanalítica considera que este sufrimiento es expresión de una patología caracterial subyacente, y concibe el carácter como una organización constituida para solucionar conflictos derivados de la confrontación tanto entre diferentes impulsos internos como entre los impulsos internos y las demandas del mundo exterior.

En el Instituto de Psicoterapia del Karolinska Intitutet (Estocolmo, Suecia), se propuso a 58 pacientes consecutivos que se encontraban en lista de espera que participaran en un estudio naturalístico destinado a valorar los efectos de la psicoterapia psicodinámica sobre el carácter. La edad media de estos pacientes era de 33 años, oscilando entre 27 y 53 años y el 80% eran mujeres. Por diferentes motivos, 13 pacientes no iniciaron el estudio. El tratamiento, aplicado por terapeutas con una experiencia profesional media de 15 años, se basó estrictamente en la teoría psicoanalítica y tuvo lugar una o dos veces por semana hasta completar en promedio 159 sesiones con márgenes entre 46 y 318 sesiones; su duración media fue de 36 meses, variando entre 12 y 66 meses. De estos pacientes, 36 completaron el tratamiento de acuerdo con sus terapeutas; 10 de los 13 pacientes que no iniciaron el tratamiento estuvieron de acuerdo en efectuar, tres años más tarde, una entrevista de seguimiento. La valoración de los resultados tuvo lugar antes de iniciar el tratamiento y a los seis meses de su terminación mediante las siguientes escalas psicológicas:

- el Perfil Psicodinámico Karolinska (KAPP), utilizado para valorar las características psicodinámicas del carácter;
- las Escalas Karolinska de Personalidad (KSP), destinadas a valorar la personalidad;
- el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-R), para establecer el diagnóstico de los síndromes clínicos (eje I) y de los trastornos de la personalidad (eje II), y para el Global Assessment of Functioning [GAF (eje V), Valoración Global de la Funcionalidad] y
- la Escala Autoaplicada para Síndromes Afectivos (CPRS-S-A), desarrollada para evaluar la depresión, la ansiedad y los síndromes obsesivo-compulsivos.

En la valoración estadística se utilizó la prueba de *t* bilateral y la prueba de chi cuadrado. Las correlaciones se valoraron con el coeficiente de Pearson. En todos los cálculos se usó un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados

1. **Cambios en la patología caracterial.** En el grupo tratado, tras excluir a los pacientes con resultados normales en el Perfil Psicodinámico Karolinska, se comprobaron diferencias estadísticamente significativas entre inicio y seguimiento en 11 de las 18 subescalas de

- dicho perfil. En el grupo de control ($n = 10$), las subescalas Dependencia y Separación empeoraron y la subescala Regresión mejoró; estos cambios no fueron significativos.
2. **Cambios de la personalidad.** En el grupo tratado mejoraron de forma significativa 9 de las 15 subescalas de la Escala Karolinska de Personalidad; en el grupo no tratado se observó un cambio significativo en la subescala Culpabilidad.
 3. **Cambios en los diagnósticos y la sintomatología.** Antes de iniciar el tratamiento, 22 de los 36 pacientes cumplían con los criterios diagnósticos correspondientes a trastornos de eje I y de eje II; tras terminarlo, sólo cinco cumplían con dichos criterios ($\chi^2 = 3,70$; $p = 0,055$). Los pacientes del grupo tratado mejoraron significativamente en las puntuaciones de la escala GAF (Valoración Global de la Funcionalidad) y en las subescalas de ansiedad, depresión y síntomas obsesivo-compulsivos de la escala CPRS-S-A. En el grupo no tratado no se constataron cambios significativos.
 4. **Problemas caracteriales y sintomatología.** Se diferenciaron (a) los pacientes que mejoraron significativamente y los pacientes que no mejoraron en algunas de las subescalas del Perfil Psicodinámico Karolinska y (b) los pacientes que mejoraron y los que no mejoraron según las puntuaciones de la escala CPRS-S-A. Con estos datos se construyeron 24 tablas de contingencia 2 x 2. La valoración estadística de estas tablas mediante la prueba de chi cuadrado sólo proporcionó una relación significativa entre «tolerancia a las frustraciones» y «síntomas depresivos»; se puede concluir que los pacientes cuya patología caracterial mejoró tras el tratamiento no fueron los mismos que los que presentaron una reducción de la sintomatología.
 5. **Comparación entre los dos grupos de pacientes.** En el grupo de pacientes tratados y en el de no tratados, se calculó (a) la magnitud del efecto de las puntuaciones KAPP, KSP, CPRS-S-A y GAF y (b) la magnitud de la diferencia entre ambos grupos. En la mayor parte de los casos (26/37), la magnitud del efecto resultó superior en el grupo tratado; la diferencia fue altamente significativa ($t = 4,143$; $p = 0,0002$).

Discusión

Las principales limitaciones de este estudio consistieron en que no fue posible efectuar las valoraciones de las pruebas utilizadas a ciegas y en que no se dispuso de un grupo de control convencional.

Los resultados indican que los pacientes tratados experimentaron una reducción sustancial de la sintomatología y de los niveles patológicos referentes al carácter y a la personalidad pero, por otra parte, dichos resultados no apoyan la suposición de que la sintomatología psicológica es consecuencia de cambios en la estructura del carácter.

Alexander Wilczek es director del departamento de Psykoterapi, Personlighet och Psykopatologi (Psicoterapia, Personalidad y Psicopatología) del Institutionen för klinisk neurovetenskap (Instituto de Neurociencias Clínicas) del Karolinska Institutet, Estocolmo, Suecia. En el Instituto de Neurociencias Clínicas se estudia la función cerebral desde un nivel molecular hasta sus efectos en la sociedad. Dispone de 250 colaboradores y su presupuesto anual alcanza los 225 millones de coronas suecas. En el Departamento de Psicoterapia, Personalidad y Psicopatología, dirigido inicialmente por **Robert M. Weinryb**, se desarrolló el Perfil Psicodinámico Karolinska (Karolinska Psychodynamic Profile, KAPP), destinado a la valoración psicodinámica del carácter, y el Método de Temas Relacionales Conflictivos Básicos (Core Conflictual Relationship Theme Method, CCRT), empleado para estudiar los modelos relacionales recurrentes y para cuantificar los niveles de transferencia.

Referencia

1. Wilczek A, Barber JP, Gustavsson JP, Asberg M, Weinryb RM. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 2004;52:1163-84

4.3.16

Depresión, ansiedad y trastornos de personalidad (Bond, 2004)

Bond M, Gardner S, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:333-8

Se ha planteado la cuestión de si la terapia dinámica de larga duración ayuda a los individuos mediante la mejoría de las variables derivadas del modelo psicodinámico teórico, es decir, mediante mejoría de los mecanismos de defensa y de los estilos de defensa. Sólo un estudio de caso único ha demostrado una asociación entre psicoterapia psicodinámica y cambio persistente de las defensas.¹ Dado que la psicoterapia dinámica está dirigida específicamente al análisis de los conflictos y de los mecanismos de defensa, es importante comprobar si en el curso del tratamiento se producen cambios en estos mecanismos y si estos cambios se correlacionan con las modificaciones en la sintomatología y en la funcionalidad psicosocial. Teniendo en cuenta que, al iniciar el tratamiento, la alianza terapéutica predice de forma fiable el resultado de la psicoterapia, parece también adecuado estudiar la relación entre alianza terapéutica y mecanismos de defensa.

Los mecanismos de defensa

Mediante los mecanismos de defensa, la estructura mental intenta protegerse de las ansiedades y los dolores psicológicos que podrían producirse al conocer o al reconocer las motivaciones y significaciones (interpersonales e intrapersonales) más profundas y primitivas de la conducta, de los sentimientos o de los pensamientos del individuo.² Ejemplos claros de mecanismos de defensa son la introyección (represión, disociación) y la proyección (idealización, identificación, delirios o delusiones). Los mecanismos de defensa son procesos automáticos que protegen a la persona frente a la ansiedad y frente la concienciación de estresores internos o externos. En los estudios de George Vaillant³ y de Michael Bond y George Vaillant⁴ se ha documentado la utilidad clínica de categorizar el funcionamiento defensivo del paciente. El apéndice B del DSM-IV incluye un glosario de mecanismos de defensa específicos:

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------|-------------------|
| ◦ acción | ◦ desplazamiento | ◦ omnipotencia | ◦ autoafirmación |
| ◦ afiliación | ◦ disociación | ◦ agresión pasiva | ◦ autoobservación |
| ◦ altruismo | ◦ rechazo de la ayuda | ◦ proyección | ◦ división |
| ◦ anticipación | ◦ humor | ◦ identificación | ◦ sublimación |
| ◦ fantasía autista | ◦ idealización | ◦ proyectiva | ◦ supresión |
| ◦ rechazo | ◦ intelectualización | ◦ racionalización | ◦ anulación |
| ◦ devaluación | ◦ aislamiento del afecto | ◦ formación reactiva | ◦ represión |

Algunos mecanismos de defensa son siempre desadaptativos, mientras que otros, como la sublimación o el humor, son adaptativos. Los pacientes con trastornos de la personalidad tienen patrones defensivos característicos:

	<i>mecanismos de defensa</i>
trastorno paranoide de la personalidad:	rechazo, proyección
trastorno límite de la personalidad:	acción, división
trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad:	aislamiento del afecto, anulación

Una limitación de los estudios sobre los mecanismos de defensa ha sido que una psicoterapia breve, de 8 a 16 semanas de duración, no permite comprobar si en el paciente se ha desarrollado un cambio significativo estable, pues para ello se requerirían muchos años de seguimiento. Por otra parte, los estudios de muestras homogéneas, es decir, con estrictos criterios de inclusión y exclusión, descartan la participación de muchos pacientes de la «vida real».

Un estudio naturalístico

Michael Bond y Christopher Perry [Departamento de Psiquiatría, Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital (Quebec, Canadá)] se plantearon dos preguntas: (a) si con el tratamiento psicoterapéutico se producían cambios en el estilo de las defensas orientados hacia una mayor adaptabilidad y (b) si la relación inicial entre estilo de defensa y sintomatología se modificaba en el curso del tratamiento. Para contestarlas, efectuaron un estudio naturalístico en el que participaron pacientes con trastornos del eje I y del eje II tratados mediante psicoterapia psicodinámica de larga duración.⁵

Los criterios de inclusión en dicho estudio, consistieron en trastorno depresivo, trastorno de ansiedad o trastorno de la personalidad e interés en ser tratados mediante psicoterapia psicoanalítica durante tres años. Se excluyeron los casos de psicosis, trastorno cerebral orgánico o abuso de sustancias. Tras obtener su consentimiento por escrito, 53 pacientes iniciaron el tratamiento; su edad fue de $30,9 \pm 29,9$ años y 41 eran mujeres. Los tratamientos fueron administrados por 22 terapeutas experimentados, 20 de ellos psicoanalistas.

Tras las sesiones 3, 5, 7, 9 y 11 de psicoterapia, los pacientes completaron la Escala de California de alianza psicoterapéutica y, en el curso de un período de seguimiento de cinco años, respondieron a los siguientes cuestionarios:

- o el Cuestionario de Estilos de Defensa, un cuestionario autoaplicado de 88 ítems que distingue cuatro estilos de defensa (estilo maladaptativo, estilo distorsionante de la imagen, estilo de autosacrificio y estilo adaptativo);⁶
- o la Escala de California de alianza psicoterapéutica;
- o la Escala de Hamilton de depresión;
- o la Symptom Checklist-90-R; y
- o el Índice global de severidad.

El análisis estadístico de resultados utilizó un modelo lineal de efectos mixtos basado en la probabilidad. Los cambios observados en este modelo se transformaron en magnitudes de efecto (d), expresadas por el cociente de los cambios previstos en el modelo lineal divididos por la desviación estándar de los valores iniciales de la variable estudiada.

Resultados

Veintinueve sujetos completaron $3,0 \pm 2,1$ años de tratamiento y $4,2 \pm 2,0$ años de seguimiento. A lo largo de este período se comprobó una mejoría significativa en el estilo de defensa maladaptativo ($d = 0,80$, $p < 0,01$) y en el estilo de autosacrificio ($d = 0,67$, $p < 0,001$); los cambios en los estilos distorsionante de imagen y adaptativo no resultaron significativos.

Los valores iniciales del Índice Global de Severidad, de la escala de Hamilton para depresión y de la Valoración Global de la Funcionalidad se correlacionaron significativamente con el índice global inicial del cuestionario de estilos defensivos.

A lo largo del período de observación, la Valoración Global de Funcionalidad y el Índice Global de Severidad mejoraron, pues proporcionaron respectivamente una magnitud de cambio de 0,82 ($p < 0,0001$) y de 0,59 ($p = 0,001$). En el subgrupo con síntomas depresivos ($n = 29$; escala inicial de Hamilton de depresión de 21 ítems ≥ 7) se registró a lo largo del período de observación una mejoría de carácter significativo con un valor de $d = 0,56$ ($p < 0,05$).

Mediante tres modelos jerárquicos de regresión se comprobó que la magnitud global del efecto defensivo del Cuestionario de Estilos Defensivos era significativamente responsable:

- del 21,8% de la variación del Índice Global de Severidad,
- del 18,6% de la variación de la magnitud del efecto en la escala de Hamilton de depresión, y
- del 9,4% de la variación de la Valoración Global de Funcionalidad.

Los valores iniciales de los estilos de defensa se correlacionaron significativamente con los valores inferiores de la Escala de California de alianza terapéutica; los niveles elevados de funcionamiento defensivo se correlacionaron significativamente con un mejor nivel de alianza terapéutica inicial.

Discusión

Los autores se refieren a varias limitaciones de este estudio: la muestra no fue homogénea; los terapeutas no siguieron un manual estandarizado; algunos sujetos fueron tratados concomitantemente con psicofármacos, la falta de un grupo de control impidió efectuar deducciones sobre la causalidad de los resultados. No obstante, en este estudio naturalístico se observó que los pacientes con trastornos depresivos, ansiedad o trastornos de la personalidad tratados con psicoterapia psicodinámica durante un período de tres a cinco años mejoraron tanto en su sintomatología como en sus mecanismos defensivos.

Este estudio naturalístico ha proporcionado varias estimaciones que sugieren que las relaciones entre cambio dinámico y cambio sintomático constituyen un objetivo adecuado para futuros estudios experimentales.

Michael Bond obtuvo en 1971 el título de *Medicinae Doctorem et Chirurgiae Magistrum* (MDCM) y en el año 2000 fue nombrado jefe del Departamento de Psiquiatría del Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, institución que constituye una parte integral de los Servicios de Salud de la McGill University y cuyo departamento de psiquiatría fue la primera unidad integrada en la Facultad de Medicina de dicha universidad. Michel Bond es profesor asociado de Psiquiatría.

Referencias

1. Perry JC. A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *J Nerv Mental Dis* 2001;189:651-60
2. Bofill P, Tizón JL. *Qué es el psicoanálisis. Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder, 1994
3. Vaillant GE. *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992
4. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:786-94
5. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:1665-71
6. Bond M, Gardner S, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:333-8

4.3.17

El estudio de Göttingen (Leichsenring, 2005)

Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H. The Göttingen study of psychoanalytic therapy. First results. *Int J Psychoanal* 2005;86:433-55

En el artículo de Falk Leichsenring et al. sobre los resultados iniciales del estudio de Göttingen¹ se define en primer lugar lo que de acuerdo con las directrices alemanas sobre psicoterapia publicadas en junio de 2006 debe entenderse como terapia psicoanalítica:²

- a) el objetivo de la terapia psicoanalítica es modificar la estructura de la personalidad y favorecer el desarrollo individual;
- b) la terapia psicoanalítica se centra en los conflictos y los problemas que se considera que constituyen el origen de la sintomatología del paciente;
- c) la terapia psicoanalítica estimula procesos regresivos con el propósito de estudiar los conflictos inconscientes y los procesos de transferencia y resistencia;
- d) en la terapia psicoanalítica se aplican técnicas destinadas a descubrir e interpretar conflictos y a desarrollar la introspección;
- e) las intervenciones prototípicas de la terapia psicoanalítica son la confrontación, la clarificación y la interpretación;
- f) en la terapia psicoanalítica no se excluye aplicar los elementos de ayuda al paciente característicos de la terapia psicodinámica.

Se trata de un estudio de diseño naturalístico, en el que se incluyeron 36 pacientes (25 mujeres y 11 hombres) de $35,0 \pm 8,6$ años de edad, que padecían trastornos psiquiátricos crónicos iniciados, en 33 de ellos, más de dos años antes del comienzo del tratamiento. Los diagnósticos se establecieron de acuerdo con la *Clasificación Internacional de Enfermedades-10* (ICD-10) y consistieron en:

- 25 casos de trastornos depresivos y de la personalidad,
- 18 casos de trastornos fóbicos,
- 13 casos de trastornos somatoformes,
- 10 casos de trastornos obsesivo-compulsivos, y
- 6 casos de trastornos no orgánicos de la función sexual.

En 29 pacientes se establecieron tres o más de estos diagnósticos. En el estudio participaron 21 psicoanalistas que habían completado su formación en el Instituto Lou Andreas-Salomé (Göttingen). Los pacientes no fueron asignados de forma aleatoria a los terapeutas participantes en el estudio, y los tratamientos tuvieron lugar en el consultorio de los mismos. La duración de la terapia psicoanalítica fue, por término medio, de 37,4 meses, con una desviación estándar de 13,5 meses; el número de sesiones fue de $253 \pm 74,2$.

A los pacientes se les informó personalmente y por escrito del objetivo del estudio y se obtuvo el consentimiento de todos ellos. Los terapeutas dispusieron de instrucciones escritas acerca del modo de informar a los pacientes al respecto y de contestar a las preguntas que éstos pudieran plantearles.

Al iniciar el estudio, los terapeutas completaron un formulario con la información básica sobre sus pacientes, incluyendo su diagnóstico según ICD-10; al terminar el tratamiento, completaron un breve formulario destinado a valorar su resultado en cuanto a sintomatología, relaciones objetales, capacidad laboral, capacidad de disfrute y capacidad de enfrentarse a conflictos.

Se efectuaron cinco valoraciones: antes de iniciar el tratamiento, después de 50 y de 160 sesiones, e inmediatamente y un año después de la terminación del tratamiento. Estas valoraciones incluyeron:

- a) el Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R),
- b) el Inventario de Problemas Interpersonales (Inventory of Interpersonal Problems, IIP),
- c) el Cuestionario de Bienestar General (VEV, Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens),
- d) los cambios en la calidad de vida de según el Cuestionario de Fahrenberg (FLZ, Fragebogen zur Lebenszufriedenheit), y
- e) la Valoración de los Objetivos Alcanzados (Modified Goal Attainment Scaling).

En la tabla 4* del artículo de Leichsenring et al. se comparan los resultados de los parámetros estudiados y se aplica la prueba de la *t* de Student a (a) las diferencias entre los valores registrados al inicio y al final del tratamiento y (b) a las diferencias entre los valores registrados al inicio y un año después de finalizado el tratamiento.

**Table 4 — Outcome of psychoanalytic therapy:
Data before therapy, after termination and at 1-year follow-up**

	Pre (N = 36)		Post (N = 36)		1-year follow up (n = 23)		Pre-post, <i>f</i>	Pre-post effect size, <i>d</i>	Pre-follow up, <i>f</i>	Pre-follow up effect size, <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
SCL-90-R										
Somatic Complaints	0.64	0.59	0.40	0.45	0.33	0.35	3.09**	0.42	3.47**	0.61
Anxiety	0.99	0.67	0.37	0.46	0.37	0.61	6.20***	0.93	3.70***	0.93
Depression	1.55	0.76	0.50	0.48	0.50	0.64	8.69***	1.38	6.60***	1.38
Hostility	0.92	0.78	0.37	0.38	0.47	0.74	5.10***	0.71	2.87**	0.58
Obsessive	1.22	0.65	0.50	0.47	0.43	0.46	8.25***	1.11	6.88***	1.22
Paranoid	1.00	0.72	0.39	0.40	0.34	0.43	4.91***	0.85	4.22***	0.92
Phobia	0.53	0.61	0.11	0.17	0.12	0.15	4.19***	0.69	3.46**	0.67
Psychotic.	0.74	0.52	0.26	0.31	0.22	0.26	6.49***	0.92	5.26***	1.00
Social	1.28	0.75	0.53	0.46	0.48	0.52	6.49***	1.00	5.29***	1.07
GSI	1.03	0.47	0.40	0.34	0.38	0.40	9.36***	1.34	6.93***	1.38
IIP										
BC	10.56	4.78	8.45	4.35	8.26	5.16	2.82**	0.44	2.53*	0.45
DE	11.37	5.81	9.10	6.16	8.64	6.09	2.47*	0.39	2.84**	0.44
FG	16.69	6.88	11.91	7.21	11.01	6.62	5.08***	0.70	5.32***	1.00
HI	21.19	5.18	14.30	5.78	14.58	7.44	5.89***	1.33	5.51***	1.45
JK	18.46	5.19	14.02	5.49	12.50	5.56	4.15***	0.86	5.03***	1.35
LM	19.22	5.24	13.99	5.75	12.32	5.54	4.62***	1.00	4.62***	1.33
NO	13.35	4.88	10.47	4.98	9.54	6.36	3.60***	0.59	3.22**	0.88
PA	9.35	5.03	8.58	4.29	8.27	4.44	0.98	0.15	1.03	0.22
Total score	15.01	2.89	11.33	4.32	10.64	4.09	5.14***	1.28	5.79***	1.85
FLZ										
Total score	4.17	0.81	2.88	0.87	2.69	0.84	7.53***	1.55	6.34***	1.81
mGAS										
Total score	2.91	0.69	1.26	0.62	1.20	0.60	9.51***	2.39	8.84***	2.48
VEV										
VEV	—		188.71*		188.30*					

p* < .05; *p* < .01; ****p* < .001.

Se trata, pues, en conjunto, de 21 comparaciones efectuadas en dos ocasiones y una comparación aplicada al iniciar el tratamiento y un año después (la escala VEV); son, por lo tanto, 44 comparaciones, en las cuales se determinaron las siguientes probabilidades:

* Reproducida con autorización de *The International Journal of Psychoanalysis*.

> 0,05 en 2 ocasiones	$p < 0,01$ en 7 ocasiones
$p < 0,05$ en 4 ocasiones	$p < 0,001$ en 31 ocasiones

Al comparar en 36 pacientes los valores correspondientes al principio del tratamiento con los registrados tras su finalización, se observa una mejoría significativa de todos ítems de la Symptom Checklist; el mismo resultado se obtiene al comparar en 23 pacientes los valores iniciales con los determinados un año después de finalizar el tratamiento.

En relación con los problemas interpersonales se encontraron diferencias significativas en ambas valoraciones, excepto en el ítem «seguro de sí mismo-dominante». La calidad de vida mejoró significativamente al terminar el tratamiento y un año después de haberlo finalizado; la magnitud de este último cambio fue importante, pues resultó todavía más marcada en la segunda valoración. Con las escalas de bienestar se registraron los mismos resultados. También se obtuvieron resultados satisfactorios al valorar los tres problemas más importantes formulados inicialmente por los propios pacientes (Lista de objetivos alcanzados).

Según la valoración de los psicoanalistas, sus pacientes «mejoraron mucho» o «mejoraron considerablemente»:

- en el 83% de los casos (es decir, en 30 de 36 pacientes) respecto a la sintomatología,
- en el 78% de los casos (es decir, en 28 de 36 pacientes) en cuanto a la capacidad de resolver conflictos, y
- en el 53% de los casos (es decir, en 19 de 36 pacientes) en lo concerniente a las relaciones interpersonales, la capacidad laboral y la capacidad de disfrute.

En la discusión se destaca que los pacientes incluidos en este estudio padecían graves conflictos psicológicos. Se indica también que tras 50 sesiones sólo se había alcanzado el 60% de los objetivos iniciales y que sólo habían mejorado el 43% de los pacientes en cuanto a la sintomatología, el 31% en cuanto a los problemas interpersonales y el 13% respecto a la calidad de vida. Los autores afirman que estas observaciones contradicen las conclusiones de los estudios de Klaus Grawe y de Keneth I. Howard, según las cuales tras 52 sesiones semanales de psicoterapia se obtiene el beneficio máximo que permite este método terapéutico.^{3,4}

Los autores proponen también utilizar como datos comparativos los resultados registrados en los grupos de control de 26 estudios aleatorizados incluidos en un metaanálisis efectuado por Leichsenring y Rabung en 2004.⁷ Esta comparación con los «cambios esperados de los valores medios de los grupos de control» les permite afirmar que:

...la magnitud de los efectos de la terapia psicoanalítica al terminar el tratamiento y un año después de su finalización excede de forma significativa a la magnitud de los cambios observados en los mencionados grupos de control.

Finalmente, los autores mencionan que, en la actualidad, no es posible extraer conclusiones basadas empíricamente sobre la relación real entre costes y beneficios de las diferentes formas de psicoterapia, pero es posible que en los tratamientos prolongados se recupere la inversión inicialmente elevada gracias a la reducción de los costes de intervenciones terapéuticas posteriores.

Falk Leichsenring, nacido en 1955 en Esslingen (Alemania), es psicólogo, psicoanalista y profesor de la Universidad de Göttingen, Departamento de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Sus intereses profesionales se centran en los trastornos de la personalidad, el diagnóstico psicológico, las pruebas proyectivas y las bases científicas de la investigación empírica. Entre otras numerosas publicaciones, dirige la edición de *Das große Lehrbuch der Psychotherapie* (Tratado enciclopédico de Psicoterapia).⁵

Comentario

1. *La descripción de la terapia psicoanalítica mencionada al principio coincide, en sus rasgos generales, con lo que se entiende por «psicoanálisis»; no obstante, este término sólo se utiliza en una ocasión a lo largo de este extenso artículo: en la página 437. Pero, por otra parte, dicha descripción no parece ser universalmente aceptada. Norman Doidge, miembro del Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research, afirmó en 1998 que:*

La psicoterapia psicoanalítica (que en ocasiones se denomina psicoterapia psicodinámica) [...] deriva del psicoanálisis [...] en tanto que el psicoanálisis tiene lugar cinco veces por semana, la psicoterapia psicoanalítica tiene lugar típicamente de una a tres veces por semana, con el paciente y el terapeuta sentados uno frente a otro [...] la psicoterapia psicoanalítica breve se prolonga de tres a doce meses [...] el famoso estudio de la Menninger Foundation fue la primera comparación prospectiva entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica...⁶

De hecho, los datos proporcionados por Leichsenring (por término medio, 253 sesiones en 37 meses) permiten concluir que la frecuencia del tratamiento fue, aproximadamente, de 1,7 sesiones por semana y que, por lo tanto, la presente valoración trata realmente de la eficacia de la terapia psicoanalítica.

2. *El metaanálisis de Leichsenring y Rabung de 2004 citado en este estudio se refiere a los resultados de una revisión en la que se incluyeron diecisiete estudios en los que se comparó la terapia psicoanalítica breve con otras intervenciones terapéuticas o con pacientes que se encontraban en «lista de espera». En esta segunda alternativa se incluyeron cinco estudios con un total de 115 pacientes (de 19 a 27 pacientes por estudio) que fueron considerados como «grupos de control».⁷ Ante la objeción de que en el estudio de Göttingen los tratamientos se prolongaron hasta tres años (unas 250 sesiones) y que en los grupos de control del mencionado metaanálisis los tratamientos no superaron las 20 sesiones, Leichsenring contesta en Psychotherapie Research que:⁸*

...ya no será necesario registrar repetidamente en cada estudio datos comparativos. [...] Los cambios medios en pacientes psiquiátricos incluidos en ensayos clínicos aleatorizados de psicoterapia que no han recibido ningún tratamiento específico, pueden servir, en el caso de los ensayos abiertos de psicoterapia, como estimaciones preliminares de grupos de control (normas de cambio).

Una regla básica de la investigación clínica es que las comparaciones han de ser concomitantes. Las comparaciones retrospectivas de resultados obtenidos en diferentes condiciones por distintos autores y con grupos de pacientes afectados de diferentes procesos patológicos, sólo pueden valorarse como fiables de forma excepcional. Es decepcionante que la labor de investigadores como Ronald Fisher o Austin Bradford Hill (por citar sólo a dos) no haya recibido una difusión tan amplia como la que merecen

3. *Las comparaciones múltiples, como las detalladas en la tabla 4, encierran, desde una perspectiva estadística, problemas importantes. Por definición se admite que una diferencia es estadísticamente significativa si al calcularla en 100 ocasiones sólo en 5 se rechaza erróneamente la hipótesis nula de no diferencia entre las intervenciones estudiadas. Este error se expresa por el cociente entre el número de comparaciones erróneas admisibles y el número total de comparaciones, es decir, $5/100 = 0,05$, o nivel de significación p de cometer un error de primera especie. Pero no es posible incrementar el número de pruebas estadísticas en un mismo experimento sin modificar los niveles de significación de las mismas. En esta situación, el nivel de significación se ajusta de acuerdo con la «corrección de Bonferroni», que consiste simplemente en que, si se han calculado k valores de p (en este caso, 44 valores), no se puede declarar que exista significación estadística a no ser que uno o más de estos valores de p sea inferior a $0,05$ dividido por k (en este caso, $0,05 / 44 = 0,001$). Así pues, si se aplica la corrección de Bonferroni, y se acepta un nivel de significación corregido de $0,001$, resulta que:*

- a) en la SCL, un ítem al finalizar el tratamiento y 3 ítems un año después no son significativos;
- b) en la IIP, 3 ítems al finalizar el tratamiento y 24 ítems un año después no son significativos;
- c) los cambios del VEV y del FLZ son significativos tanto al final del tratamiento como un año después, pero
- d) los cambios de la Valoración de Objetivos al finalizar el tratamiento no son significativos.

Este último resultado es sorprendente si se consideran los importantes niveles estadísticos de mejoría demostrados en los cuatro parámetros que le preceden. Ahora bien, estos cuatro parámetros son autoaplicados, en tanto que la Valoración de Objetivos debe ser aplicada por un observador independiente («use of Goal Attainment Scaling assumes that the worker and client jointly determine goals to be achieved...»), lo cual no se indica en el artículo de Leichsenring, pero que por principio debe ser admitido. Esta observación coincide con el hecho de que, como se ha mencionado, los psicoanalistas consideraron que al terminar el tratamiento:

- a) el 84% de los pacientes habían mejorado en cuanto a su sintomatología, pero
- b) sólo el 53% de los mismos habían mejorado respecto a sus relaciones interpersonales.

Pero que dichas variables sean independientes (es decir que, por ejemplo, la «ansiedad» no tenga relación alguna con la «hostilidad») es dudoso. En el Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) se consideran nueve dimensiones primarias (somatización, obsesividad-compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo) y, a este respecto, es importante reproducir las conclusiones del estudio de Beatriz Caparrós-Caparrós et al., del Departamento de Psicología de la Universitat de Girona, realizado en 1.277 estudiantes universitarios:

El análisis de la estructura factorial y la fuerte interdependencia entre las escalas primarias cuestionan la multidimensionalidad del SCL-90-R y refuerzan la idea de que el instrumento proporciona una medida de distrés general, es decir, es un indicador unidimensional de malestar psicológico más que una medida de dimensiones psicopatológicas diferenciadas.⁹

Esta apreciación conduce a una única conclusión: en el estudio de Göttingen, las valoraciones autoaplicadas por los pacientes tienen un valor muy limitado y, por lo tanto, los niveles de significación estadística reproducidos en la tabla 4 pueden calificarse como irrelevantes. Esta conclusión se alcanza incluso sin que sea preciso recordar que los sesgos propios de los estudios pre-post (tratamientos adicionales, evolución natural de la enfermedad, regresión a la media, valoraciones no enmascaradas) no son en modo alguno despreciables.

Referencias

1. Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H. The Göttingen study of psychoanalytic therapy. First results. *Int J Psychoanal* 2005;86:433-55
2. Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie. *Bundesanzeiger* 2006; Nr. 176: S. 6339
3. Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie in Wandel: von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe, 1994
4. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 1986;41:159-64
5. Leichsenring F, Hiller W, Leibing E, Sulz SK. *Das große Lehrbuch der Psychotherapie. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. Band 2: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Munich: CIP-Medien-Verlag, 2007

6. Doidge N. Empirical evidence for the efficacy of psychoanalytic psychotherapies and psychoanalysis: An overview. *Psychoanal Inq* 1997;17S:102-50
7. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1208-16
8. Leichsenring F, Rabung S. Change norms: A complementary approach to the issue of control groups in psychotherapy outcome research. *Psychotherapy Research* 2006;16:604-16
9. Caparrós-Caparrós B, Villar-Hoz E, Juan-Ferrer J, Viñas-Poch F. Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *Int J Clin Health Psychol* 2007;7:781-94

4.3.18

Terapia psicoanalítica en adultos jóvenes (Philips, 2006)

Philips B, Wennberg P, Werbart A, Schubert J. Young adults in psychoanalytic psychotherapy: Patients characteristics and therapy outcome. *Psychology and Psychotherapy: Research and Practice* 2006;79:89-106

Björn Philips et al. indican inicialmente que en Suecia la prevalencia de enfermedad mental entre gente joven oscila entre el 5% y el 30%, cifra que depende de las definiciones utilizadas en las diferentes encuestas.¹ Además se ha incrementado el uso de antidepresivos y la utilización de servicios psiquiátricos. A partir de la pubertad, las muchachas experimentan más problemas que los hombres jóvenes, especialmente trastornos psicosomáticos y depresión. A pesar de ello, se dispone de pocos estudios sobre la eficacia de la psicoterapia en adultos jóvenes y no existen ensayos clínicos controlados en este grupo de edades.

El Young Adult Psychotherapy Project (YAPP) se desarrolló en el Instituto de Psicoterapia del Consejo Municipal de Estocolmo y en la sección de Psicoterapia del Departamento de Ciencias Neurológicas del Karolinska Institutet. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético Regional de dicho instituto. El diseño del proyecto es naturalista, lo que significa que los tratamientos tuvieron lugar en el contexto clínico habitual. Se trató de intervenciones subvencionadas y aplicadas de acuerdo con el procedimiento habitual del Instituto de Psicoterapia de Estocolmo, es decir, no se dispuso de manuales terapéuticos ni se controló la fidelidad al método utilizado. Participaron 36 terapeutas, todos ellos de orientación psicoanalítica.

La inclusión de pacientes se extendió desde 1998 hasta 2002. En la mayor parte de los casos, el tratamiento había sido solicitado de forma espontánea y, en menos ocasiones, de acuerdo con la recomendación de un psiquiatra.

Los criterios de inclusión se limitaron a edad de entre 18 y 25 años y a que el paciente aceptara participar en un proyecto de investigación. En total se incluyeron 142 pacientes, que fueron asignados a tratamiento individual o a terapia de grupo según (a) la disponibilidad de plazas, (b) la valoración psicológica del paciente y (c) las preferencias del mismo. Así, 92 fueron tratados con psicoterapia psicoanalítica individual y 24 con terapia grupal. Los trastornos más frecuentes fueron depresión, problemas de ansiedad respecto a las relaciones con los padres y autoestima deficiente. Uno de cada dos pacientes del grupo de terapia individual ($n = 47$) y todos los de terapia grupal fueron valorados en una entrevista personal. Todos ellos completaron un cuestionario de personalidad antes de iniciar el tratamiento, al finalizarlo y 1½ y 3 años después,.

Durante el período de inclusión, ocho pacientes abandonaron el proyecto; de los 134 pacientes restantes, 110 completaron el tratamiento. Para valorar los resultados se utilizaron los siguientes instrumentos:

- los trastornos de personalidad se valoraron mediante los cuestionarios de personalidad de DSM-III e ICD-10,
- la sintomatología se registró utilizando la traducción al sueco de la Symptom Checklist-90 (SCL-90),

- para la apreciación del propio estado de salud se empleó el cuestionario SRH consistente en una sola pregunta: «¿Cómo valorarías tu salud en general, tanto somática como mental, en el momento presente?»; las respuestas abarcan una escala de 1 (muy mal) a 7 (muy bien),
- el funcionamiento global (Global Assessment of Functioning) fue evaluado por un grupo de psicólogos experimentados a partir de los datos registrados en la entrevista inicial y en la de seguimiento,
- la valoración de la representación del sí mismo se efectuó con la versión sueca del cuestionario INTREX (análisis estructural de comportamiento social),
- la entrevista de relaciones objetales se utilizó para que los pacientes describieran la imagen de su padre, de su madre y de ellos mismos.

Todos estos instrumentos se habían utilizado previamente en adultos jóvenes. Se dispuso también de los resultados de la aplicación de la versión en sueco de la SCL-90 a un grupo de individuos de 20 a 25 años de edad, considerado como «grupo normalizado».

La edad media de los sujetos fue de 22 años y 104 de los 142 fueron mujeres. Cuarenta y un casos cumplieron los criterios diagnósticos de trastorno de la personalidad. El nivel de sintomatología psiquiátrica superó claramente el nivel del grupo normalizado. La Valoración Global de Funcionamiento proporcionó un índice de 56,7, lo que orienta hacia dificultades moderadas en situaciones sociales, laborales o escolares, o síntomas moderados, como déficit emocional, lenguaje minucioso o ataques de pánico. En el grupo estudiado, la representación del sí mismo fue más deficiente que en el grupo normalizado.

El tratamiento se prolongó por término medio 15 meses. En la siguiente tabla se incluyen los cambios de la situación psicológica registrados entre inicio y finalización del tratamiento:

	<i>inicio</i>	<i>final</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Síntomas y funcionalidad				
SDL-90 (media)	1,2	0,8	7,7	0,001
Valoración de la salud	3,1	4,7	9,2	0,001
Funcionamiento global	57,3	67,3	9,5	0,001
Personalidad				
Problemas interpersonales	1,3	1,1	5,6	0,001
Grupo positivo	39,5	52,5	6,7	
Grupo negativo	33,9	23,7	5,7	0,001
Representación de la madre	6,6	7,0	2,0	0,10
Representación del padre	6,6	7,3	3,4	0,001
Representación de sí mismo/a	6,1	7,1	4,3	0,001

Estos resultados indican lo siguiente:

- el cambio más importante correspondió a la Valoración Global de Funcionalidad (GAF), que pasó de un valor inicial de 57,3 (dificultades moderadas) a uno de 67,3, que corresponde a algún tipo de dificultad social, laboral o escolar, o a algunos síntomas leves;
- la apreciación del propio estado de salud fue el segundo cambio cuantitativamente de importancia: 3,1 al iniciar el tratamiento y 4,7 al concluirlo, con lo que superó el punto medio de 4 (= ni bueno ni malo);
- la representación del sí mismo pasó de 39,5 a 52,5, aunque ambos valores son inferiores a los determinados en el grupo normalizado;
- se observaron también cambios positivos en cuanto a la sintomatología comunicada por el paciente, los problemas interpersonales y las representaciones objetales;
- la variación respecto a la representación de la imagen materna y de la imagen paterna es importante, pues pasó de un nivel de entre 6,1 y 6,6 (constante ambivalencia del *self* y sentimiento relacional emergente) a un nivel de entre 7,0 y 7,3 (representaciones consolidadas y constantes del *self* y de los otros en las relaciones unilaterales).

Los resultados de este estudio muestran que, tras la psicoterapia, los pacientes alcanzan una mejor situación psicológica, lo que comporta cambios positivos en todas las determinaciones efectuadas.

En cuanto al diseño experimental, los autores hacen notar:

- a) que un ensayo clínico controlado habría tenido la desventaja de una validez externa escasa,
- b) que la utilización de criterios de inclusión estrictos habría excluido a muchos de los pacientes habituales en la clínica,
- c) que la distribución aleatoria de los tratamientos habría significado perder los aspectos positivos involucrados en el hecho de que el paciente pueda escoger el tratamiento que prefiera, y
- d) que un grupo de control sin tratamiento habría comportado dificultades éticas debido a la larga duración (38 meses) de los tratamientos estudiados.

La mayor desventaja del diseño utilizado es su escasa validez interna, que no permite establecer relaciones de causalidad. No se sabe hasta qué punto los problemas estudiados habrían remitido de forma espontánea si los pacientes no hubieran sido tratados, lo cual es especialmente importante en el caso de sujetos que se encuentran en un período de gran desarrollo personal.

El aspecto más positivo del estudio es su diseño longitudinal y el tamaño relativamente grande de la muestra estudiada. Los resultados de las valoraciones que está previsto realizar al año y medio y a los tres años tras la terminación del tratamiento serán objeto de otras publicaciones.

Björn Philips es doctor en Psicología, colaborador del Beroendecentrum Stockholm (Consejo Municipal de Estocolmo) y del Karolinska Institutet.

Referencia

1. Philips B, Wennberg P, Werbart A, Schubert J. Young adults in psychoanalytic psychotherapy: Patients characteristics and therapy outcome. *Psychology and Psychotherapy: Research and Practice* 2006;79:89-106

4.3.19

Reflexiones de una psicoanalista (Young, 2007)

Young B. The efficacy of psychoanalysis and the analytic therapies: Reflections of a psychoanalyst and her former patients. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiat* 2007;35:313-34

En 2007, Barbara Young publicó su experiencia como psicoterapeuta y psicoanalista a lo largo de 55 años de vida profesional.¹ Desde su punto de vista, el elemento de mayor importancia al evaluar el resultado de un tratamiento es la calidad de relación terapéutica que se establece entre el paciente y el terapeuta. En dicho artículo, la autora recuerda que inició su especialización como psicoterapeuta en el Perry Point Hospital (Maryland) del Veterans Affairs Department y añade: «Trabajar con un paciente con esquizofrenia es una experiencia terrible: cuando Bob se me aproximó, no sabía si iba a besarme o a matarme.» Indica también que su propio psicoanálisis la benefició de forma personal y que añadió una nueva dimensión a los métodos que había utilizado anteriormente. No obstante, el psicoanálisis resultó ser el tratamiento de elección en sólo el 10% de sus pacientes.

En total, durante el mencionado período, Young trató en su consultorio a 231 pacientes. Para valorar el resultado del tratamiento a largo plazo, revisó la correspondencia mantenida con 57 de sus pacientes y contactó con otros 58 con los que había conservado alguna relación. Young es consciente de que esta estadística es informal y de que carece de controles, pero cree que «*the proof of the pudding is in the eating*», es decir, «la calidad del postre se demuestra al comerlo». Los tratamientos se adaptaron a las necesidades de los pacientes, con lo que resultó que:

- el psicoanálisis clásico se utilizó en 22 casos,
- el psicoanálisis modificado (sólo una o dos sesiones por semana), en 19 casos,
- la psicoterapia de orientación psicoanalítica, en 26 casos,
- la psicoterapia de apoyo orientada hacia la realidad interior (introspección, *insight*), en 65 casos, y
- la terapia de apoyo, en 47 casos.

En la siguiente tabla se desglosan los porcentajes de éxito registrados según las modalidades terapéuticas utilizadas.

<i>Tratamientos non-insight-oriented</i>			<i>Tratamientos insight-oriented</i>		
<i>modalidades</i>	<i>total</i>	<i>éxitos</i>	<i>modalidades</i>	<i>total</i>	<i>éxitos</i>
terapia breve	21	14 (66,7%)	psicoterapia de apoyo	65	54 (83,1%)
terapia a corto plazo	31	18 (58,0%)	psicoterapia analítica	26	24 (92,3%)
terapia de apoyo	47	19 (40,4%)	psicoanálisis clásico	22	18 (81,8%)
			análisis modificado	19	18 (94,7%)
<i>Total</i>	99	51 (51,5%)	<i>total</i>	132	114 (86,4%)

Por lo tanto, el valor de los métodos analíticos y de los métodos orientados al *insight* es evidente: éxito en el 86,4% de los pacientes, en tanto que con otros métodos se obtuvo éxito en sólo el 51,5% de los mismos.

En los pacientes en los que, en opinión de la analista, había sido posible establecer una relación terapéutica sólida, el porcentaje de éxitos fue del 97%. Este porcentaje se redujo a un 91% cuando, a pesar de haber una buena relación terapéutica, el paciente necesitó mantener ciertas reservas. Cuando el contacto con la analista como persona se mantuvo en un

nivel mínimo, el porcentaje de éxitos fue sólo del 54%. Los casos que no se adaptaron al tratamiento (generalmente, trastornos límite de la personalidad) resultaron muy exigentes tanto para el paciente como para la terapeuta, pero se obtuvo un 60% de éxitos. Cuando la relación con la analista fue percibida como peligrosa, el resultado fue sólo un 19% de éxitos.

En los casos de psicosis o de trastornos *borderline*, el objetivo consistió en crear un entorno en el que el paciente pudiera integrarse como una persona completa gracias a la conexión con la terapeuta. En la terapia de apoyo, el objetivo fue la integración del paciente, y en caso de psicoanálisis, que el paciente consiguiera llegar a comprenderse a sí mismo.

En el grupo de 22 pacientes tratados mediante psicoanálisis, se encontraban varios casos de problemas obsesivo-compulsivos graves, cronificados y profundamente integrados en la personalidad del paciente. Uno de estos pacientes fue Ed, tratado cuatro veces por semana durante doce años y que consiguió una considerable recuperación. En cambio, otra paciente, Kate, se esforzó también mucho y mejoró mucho, pero continuó enojada con la psicoanalista por lo que no le fue posible conseguir. Barbara Young (**BY**) decidió enviar a Kate (**K**) un informe sobre su «caso clínico» y solicitarle que le expresara su opinión sobre el mismo. A continuación, se resumen los aspectos más interesantes de este intercambio de opiniones.

BY: Kate interrumpió sus estudios y regresó a su casa con un grave proceso de depresión y ansiedad que intentó compensar con actitudes de carácter obsesivo-compulsivas. Durante año y medio fue tratada mediante psicoterapia, regresó al instituto y consiguió graduarse, pero se encontraba como impedida para seguir viviendo. Inició un análisis, tres sesiones semanales, que se prolongó seis años.

K: No estoy de acuerdo con esta interpretación, que me presenta como alguien desvalido, cuando en realidad al regresar al instituto conseguí excelentes resultados, tanto desde el punto de vista académico como social.

BY: Kate apenas toleraba estar con sus padres, pero no podía vivir sin ellos.

K: Me irrita esta explicación. Mis padres y mis dos hermanas prescindían de mí y me agredían; nadie me protegía en aquella familia.

BY: La terminación del análisis se decidió con un año de antelación. Los últimos meses fueron muy difíciles, pero yo estaba convencida de que si no se completaba como habíamos acordado, Kate no conseguiría sobrevivir por sus propios medios. Ella luchó valientemente con la ansiedad de una despedida y con la necesidad de ocultar el enojo por no haber recibido lo suficiente, enojo que había transferido de sus padres a mí.

K: Es muy práctico para usted, como analista, atribuir mi malestar a una transferencia, en vez de considerar que usted tal vez me había fallado. ¿Cómo puede usted negar hasta la más mínima posibilidad de que tal vez usted había olvidado algunas cosas importantes, que tal vez hubiera podido hacerlo algo mejor, que quizá la dominó algún tipo de contratransferencia?

Cuando los padres de Kate temieron que su hija se suicidara, Barbara Young se puso en contacto con ella, quien le dijo que ¡lo único que quería era que la dejaran tranquila! Al menos, gracias al largo y difícil proceso del análisis, Kate había conseguido un cierto nivel de independencia.

El cuanto al otro paciente, Ed, éste utilizaba defensas obsesivo-compulsivas para soportar el dolor y la rabia que le habían causado los ataques verbales y corporales de su padre. Durante las sesiones analíticas, Ed permanecía echado en el diván y hablaba de temas intelectuales, demostrando su erudición.

El momento crucial en el análisis de Ed tuvo lugar cuando, un día que nevaba, Ed había dejado su automóvil delante de mi casa, bloqueando el paso de cualquier otro vehículo; interrumpí la sesión, me calcé las botas de goma, tomé una pala y un saco de arena y saqué el coche de la nieve.

Barbara Young explica que «Ed comprendió que yo era una persona real que vivía en un mundo real». Ed entendió que toda su personalidad se ocultaba tras una cubierta protectora pseudo-intelectual, creada cuando era un niño para protegerse de las agresiones de su padre. «Los monólogos obsesivos de los primeros años del análisis tenían como objetivo protegerle de mí misma óimagen de su humillante padre.» Cuarenta años más tarde, Ed escribió:

La forma en que he atendido a mis alumnos de la universidad durante todos estos años de dedicación a la enseñanza tiene su origen en la forma con que usted y mi madre me escucharon, en contraste con mi padre y con las figuras paternas de mi vida [...] Muchas gracias.

De forma semejante, Young expone las historias de otros 16 pacientes, de los cuales sólo tres eran hombres, y concluye que sus pacientes habían internalizado las dos funciones que ella había desarrollado: la de soporte que les dio seguridad y la de plantearse preguntas.

Finalmente, Young expresa su deseo de que su publicación sirva de estímulo para que otros psicoterapeutas escriban resúmenes parecidos sobre su actividad profesional, y que ello sirva para demostrar la validez de su trabajo.

Por dicha revisión, Barbara Young recibió el 27 de enero de 2007 el premio Betty Huse Memorial Lecture de la Baltimore Washington Society for Psycho-analysis.

Barbara Young, hija del reverendo William Harvey Young y de su esposa Blanche DeBra Young, nació en 1920 en Brooklyn, Nueva York. Los primeros años de su infancia transcurrieron en diferentes poblaciones de Indiana y de Illinois. Ya de muy joven, al observar cómo su madre, una mujer muy culta, fregaba los suelos, dedicaba su vida al cuidado de su familia y desentendía sus propias necesidades, decidió que no se casaría. Así, estudió Medicina en la Johns Hopkins University Medical School y completó el internado rotatorio en los hospitales de la Universidad de Iowa. Regresó a Baltimore, fue analizada por Sarah Tower, se incorporó al Baltimore-Washington Psychoanalytic Institute y, en 1951, se estableció en dicha ciudad como psicoanalista, donde desarrolló una activa vida profesional.

Cuando tenía unos cuarenta años sufrió una crisis depresiva, lo que la impulsó dedicarse a la fotografía artística. «Pintar con una cámara ha sido el complemento ideal de mi vida sedentaria de psiquiatra», afirmó. Sus fotografías están incluidas en la colección permanente del Museum of Modern Art de Nueva York y en el International Museum of Photography, de Rochester, Nueva York. De hecho, Barbara Young se considera a sí misma como una psicoterapeuta artística, más que teórica.

Comentario

Como es habitual en los informes sobre la eficacia del psicoanálisis, las cifras referentes a la casuística de Barbara Young resultan poco coincidentes:

- *en el curso de 55 años de actividad profesional trató 231 pacientes;*
- *obtuvo información acerca de la evolución clínica de 115 pacientes (57 al revisar su propia documentación y 58 con los que contactó por escrito);*
- *en el texto desglosa los tipos de tratamiento prescritos a 179 pacientes;*
- *en las tablas constan los resultados de 167 pacientes; y*
- *en las tablas figuran 52 pacientes tratados con terapia breve o con terapia a corto plazo, la cual no se encuentra mencionada en el texto del artículo.*

No cabe duda de que los registros de la actividad de un consultorio particular en el curso de medio siglo deben de ser muy complejos y difíciles de sintetizar, pero cuando se trata de demostrar la eficacia de una intervención terapéutica los datos referentes a la muestra estudiada han de ser claros y objetivos.

La autora informa que obtuvo resultados satisfactorios en el 86,4% de los casos tratados con métodos orientados al insight, y en el 51,5% de los casos tratados con otros procedimientos. No matiza esta afirmación, pero es evidente que el resultado terapéutico no depende sólo del tratamiento aplicado: el proceso patológico y el propio paciente desempeñan también un papel que debe tomarse en consideración, lo cual es precisamente lo que intenta demostrar al describir con detalle las historias de sus pacientes. Los mencionados porcentajes tienen por lo tanto un valor muy limitado.

Referencia

1. Young B. The efficacy of psychoanalysis and the analytic therapies: Reflections of a psychoanalyst and her former patients. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiat* 2007;35:313-34

4.4 ESTUDIOS DE COHORTES

En el caso de la psicoterapia psicoanalítica prolongada es evidente que el diseño de un ensayo clínico controlado comporta problemas importantes. En procesos de carácter crónico, un grupo de control sin tratamiento o tratado con un placebo es difícilmente aceptable. Los ensayos comparativos con otros procedimientos terapéuticos no permiten descartar que el proceso patológico haya experimentado una evolución espontánea hacia la curación o hacia la mejoría. Por lo tanto, los estudios de cohortes constituyen una alternativa aceptable cuando se trata de demostrar la eficiencia de dicho método terapéutico. Pero no cabe duda de que para ello es preciso disponer de estudios de cohortes bien diseñados y bien realizados. En este sentido, las orientaciones proporcionadas por la lista de comprobación TREND sobre estudios de intervención no aleatorizados tienen una indudable importancia.¹

Una de las principales críticas que han recibido los estudios de cohortes es que los resultados que ofrecen son sistemáticamente más favorables que los registrados mediante ensayos clínicos controlados. Dos estudios publicados el año 2000 en el *New England Journal of Medicine* han puesto en duda esta afirmación.

En el primero de estos estudios, Kjell Benson y Arthur Hartz (Department of Family Medicine, University of Iowa College of Medicine) buscaron en las bases de datos Medline y Cochrane ensayos clínicos y estudios observacionales publicados entre 1985 y 1998 y compararon los resultados obtenidos con ambos métodos al ser utilizados para valorar los mismos procedimientos terapéuticos; en esta comparación, se emplearon las magnitudes combinadas (análisis de varianza ponderado) de los resultados.² Se registraron 136 informes (53 estudios observacionales y 83 ensayos clínicos) acerca de 19 tratamientos diferentes en enfermedad coronaria, apendicectomía o infertilidad. En la mayor parte de los casos, las estimaciones obtenidas con estudios de cohortes o ensayos clínicos fueron semejantes. Sólo en 2 de las 19 comparaciones, los efectos de los estudios observacionales difirieron significativamente de los de los ensayos clínicos. No se registraron informes sobre resultados terapéuticos en el caso de procesos psiquiátricos.

En el segundo de estos estudios (John Concato et al.)³ tampoco se incluyeron indicaciones psiquiátricas. Sus autores, colaboradores del Department of Internal Medicine, Yale University School of Medicine, a partir de 102 referencias, identificaron en Medline cinco metaanálisis publicados entre 1991 y 1995 en los que se registraron los resultados de ensayos clínicos controlados y de estudios observacionales (estudios de cohortes o de casos y controles) para las mismas indicaciones (vacuna BCG, cáncer de mama, niveles elevados de colesterol, accidente vascular cerebral agudo, enfermedad coronaria). En los cinco metaanálisis, que incluyeron 99 informes, los resultados de los estudios observacionales fueron marcadamente semejantes a los de los ensayos clínicos controlados.

Dado el reducido número de ensayos clínicos controlados en los que se ha intentado valorar la eficacia del psicoanálisis, no es posible comparar sus resultados con los de los estudios de cohortes efectuados para evaluar esta misma opción terapéutica. Tampoco es posible concluir que los resultados de Benson y Hartz y de Concato et al. sean aplicables a los estudios de cohortes sobre la eficiencia de la terapia psicodinámica. Pero es interesante recordar la revisión de Lester Luborsky et al. de 108 estudios comparativos entre diversas formas de psicoterapia en adultos publicados entre 1950 y 1970.⁴

La revisión de Lester Luborsky et al.

En *Alicia en el País de las Maravillas*, al acabar la carrera entre todos los animales que se habían reunido en la madriguera del conejo, el pájaro bobo tuvo que dar su fallo: «Todos han ganado... y todos merecen premio».

El subtítulo del artículo de Luborsky et al. es muy adecuado: en la mencionada revisión, las diferencias entre las diversas formas de psicoterapia en cuanto al número de pacientes que obtuvieron algún beneficio resultaron insignificantes.¹ Pero el juicio del pájaro bobo no es acertado en todos los casos: al comparar la psicoterapia con la farmacoterapia, los resultados favorecieron a esta última, mientras los tratamientos combinados (farmacoterapia + psicoterapia) proporcionaron mejores resultados que la administración aislada de cada una de estas alternativas administradas.

Los autores de la mencionada revisión indican que en la comparación de métodos psicoterapéuticos no puede esperarse que uno o dos estudios sean suficientes para obtener una respuesta definitiva acerca cuál de ellos es el mejor, antes bien, la decisión sólo puede alcanzarse comparando series de estudios que hayan sido realizados de forma aceptable. En la mencionada revisión se agruparon series de estudios en los que se habían comparado diferentes tipos de tratamiento como, por ejemplo, la psicoterapia de duración limitada y la psicoterapia de duración no limitada. En cada comparación se consideró la calidad del estudio de acuerdo con los criterios de Donald Fiske et al. y el resultado quedó expresado según el número de estudios en los que la valoración favoreció a una u otra de las alternativas terapéuticas.⁵

En la siguiente tabla se indica el número de estudios en los que una de las alternativas (**A** o **B**) obtuvo mejores resultados y el número de estudios en los que no se apreció diferencia alguna entre ambas (empate):

<i>tratamiento A</i>	<i>tratamiento B</i>	<i>A mejor</i>	<i>empate</i>	<i>B mejor</i>
psicoterapia individual	psicoterapia de grupo	2	9	2
tiempo limitado	tiempo no limitado	2	5	1
centrada en el cliente	tradicional	0	4	1
terapia conductual	otras psicoterapias	6	13	0
farmacoterapia	psicoterapia	7	1	0
combinación	farmacoterapia	6	5	0
combinación	psicoterapia	13	3	3
psicoterapia	atención médica	9	1	1
psicoterapia	sin tratamiento	9	5	0

Se puede concluir que en la mayor parte de los estudios en los que se compararon distintas formas de psicoterapia no se encontraron diferencias en cuanto al número de pacientes que obtuvieron algún beneficio, y que mediante farmacoterapia se consigue un número más elevado de pacientes mejorados que con psicoterapia.

En la discusión de este artículo se indica que los resultados de los estudios comparativos generalmente se expresan en cantidades, pero que las «cantidades» no reflejan las diferencias en la «calidad» de la mejoría proporcionada por los distintos tratamientos, y que los estudios, en su mayor parte, se refirieron a terapias de corta duración: de 2 a 12 meses.

Los autores incluyen al final de su artículo algunos de los comentarios recibidos. El siguiente tiene un interés especial: «No se han considerado de forma adecuada los tratamientos intensivos de larga duración, especialmente el tratamiento psicoanalítico.» A este comentario los autores responden que «la objeción por desgracia es completamente correcta: parece que ya es tiempo de que se puedan incluir este tipo de estudios».

Valoración metodológica

En los estudios de cohortes es preciso comprobar si la muestra estudiada es representativa de la población a la que se pretende aplicar las conclusiones del estudio. La definición del proceso y la naturaleza de la intervención deben estar claramente especificadas. Hay que tener en cuenta que los pacientes que abandonan el estudio pueden ser muy diferentes de los que lo completan. Cuando los resultados dependen del juicio clínico, la posibilidad de cometer un error se incrementa. Según Ian Crombie, en un estudio de cohortes las siguientes preguntas son esenciales:⁶

- ¿Qué sujetos han sido estudiados?
- ¿Se utilizó un grupo de control? ¿Debía haber sido incluido?
- ¿El seguimiento fue correcto?

Aparte de ello, en las listas de comprobación sistematizadas del National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE, 2009)⁷ se consideran las siguientes cuestiones:

- a) al iniciar el estudio, los grupos experimentales resultaron comparables respecto a factores de confusión y a factores pronósticos;
- b) los tratamientos adicionales de los diferentes grupos de pacientes fueron semejantes;
- c) la duración del tratamiento y la del seguimiento fue semejante en todos los grupos estudiados;
- d) en el estudio se utilizó un método válido y fiable para valorar sus resultados.

De acuerdo con las recomendaciones de NICE 2009, en la presente revisión la evaluación global de cada estudio se ha efectuado considerando si en opinión del revisor el riesgo de sesgos es elevado (ó) o bajo (+).

Referencias

1. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N and the TREND group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions. The TREND statement. *Am J Public Health* 2004;94:361-6
2. Benson K, Hartz AJ. A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. *N Engl J Med* 2000;342:1878-86
3. Concato J, Shah N, Horwitz RI. Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. *N Engl J Med* 2000;342:1887-92
4. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "Everyone has won and all must have a prize"? *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:995-1008
5. Fiske DW, Hunt H, Luborsky L. The planning of research on effectiveness of psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1970;22:22-32
6. Crombie IK. *The pocket guide to critical appraisal*. Londres: BMJ Publishing Group, 1998
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. *The guidelines manual 2009*. <http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/clinicalguidelinedevelopmentmethods/GuidelinesManual2009.jspp>, 1998

4.4.1

Tratamiento de la colitis ulcerosa (Weinstock, 1962)

Weinstock HI. Successful treatment of ulcerative colitis by psychoanalysts: A survey of 28 cases, with follow-up. *J Psychosom Research* 1962;6:243-9

En una revisión acerca del tratamiento de la colitis ulcerosa mediante psicoanálisis, Harry Weinstock mencionó en primer lugar un estudio en el que se había seguido el curso clínico de 125 casos de colitis ulcerosa durante un período de tres años: sólo el 4% de los pacientes permaneció libre de molestias y sólo en el 3% éstas habían experimentado una cierta mejoría; el resto empeoró, fue sometido a colectomía o falleció.¹

Unos años antes, en 1930, se había comunicado que ciertos factores psiquiátricos podían influir en el curso de la colitis ulcerosa.² Los gastroenterólogos opinaban que los factores emocionales podían desempeñar algún papel en esta enfermedad, pero que la eficacia de la psicoterapia todavía no estaba demostrada. En consecuencia, algunos casos fueron tratados por psiquiatras y psicoanalistas, pero las remisiones espontáneas y las recurrencias de este proceso no permitieron deducir conclusión alguna acerca de los resultados obtenidos.

A fin de valorar la eficacia del psicoanálisis o la psicoterapia en la enfermedad en cuestión, Weinstock efectuó una encuesta en la que solicitó a los 650 miembros de la American Psychoanalytic Association con más de cinco años de experiencia profesional que le informaran acerca de la evolución clínica, en el curso de los tres años siguientes a la terminación del terapia, de los pacientes con colitis ulcerosa que hubieran tratado mediante psicoanálisis o psicoterapia.³

La encuesta proporcionó la información solicitada respecto a 28 casos tratados por 20 psicoanalistas. Todos estos pacientes (a) habían precisado anteriormente ser hospitalizados, (b) habían solicitado de forma espontánea tratamiento psicoanalítico, (c) el tratamiento psicoterapéutico se había prolongado por lo menos dos años y (d) a todos ellos se les había realizado un seguimiento durante tres años y, en algunos casos, más de tres años.

De los 28 casos, 14 habían sido tratados con psicoterapia y 14 mediante psicoanálisis; la frecuencia del tratamiento osciló entre 1 y 4 sesiones a la semana con ambos métodos y la duración del mismo, entre un año y medio (5 casos) y cinco años.

Tras finalizar el tratamiento, de los 14 casos del grupo de psicoterapia, 12 permanecieron totalmente libres de síntomas durante un período de 3 a 18 años, con una mediana de 10 años. En los 2 casos en los que el resultado no fue favorable se consideró que el tratamiento había sido insuficiente.

En el grupo de psicoanálisis se obtuvieron resultados parecidos: en 10 de los pacientes la remisión se prolongó entre 3 y 16 años, con una mediana de 8½ años.

En la mayor parte de los casos en los que se obtuvo un resultado favorable, el intervalo entre el inicio del proceso y el inicio del tratamiento psiquiátrico fue de 5 años; en los casos de curso desfavorable, este período fue de unos 9 años.

La mayor parte de los analistas que participaron en la encuesta había tratado sólo un caso: algunos de ellos prefirieron el psicoanálisis, otros, la psicoterapia; unos consideraron que la opción terapéutica dependía de las características del paciente, y otros pocos cuestionaron tanto el psicoanálisis como la psicoterapia como tratamientos de rutina.

Los diagnósticos psiquiátricos en este grupo de pacientes resultaron muy heterogéneos, desde trastornos psicofisiológicos hasta esquizofrenia, incluidas situaciones esquizoides,

paranoicas y depresivas, reacciones obsesivas, histéricas y de ansiedad, y trastornos caracteriales. No se observó correlación alguna entre diagnóstico psiquiátrico, tipo de tratamiento y resultados relativos a la colitis ulcerosa.

Según el autor, esta encuesta sugiere que la terapéutica psicoanalítica de la colitis ulcerosa, en cuanto a remisiones prolongadas y tal vez incluso en cuanto a curaciones, ofrece mejores resultados que cualquier otro tipo de tratamiento, con la excepción de la cirugía.

Comentario

Setenta y cinco años después de la publicación de este estudio por parte de Harry Weinstock, la etiología de la colitis ulcerosa sigue sin haber sido aclarada. La hipótesis de que se trata de una enfermedad infecciosa no ha podido ser demostrada. Por otra parte, se han observado diversas anomalías genéticas que podrían explicar el origen de la enfermedad, pero no se ha logrado encontrar marcadores que identifiquen a los individuos susceptibles. Paralelamente, el arsenal terapéutico se ha ampliado de forma considerable con corticoides, aminosalicilatos e inmunosupresores; en cambio, la psicoterapia no se considera un tratamiento adecuado para esta enfermedad, aunque es preciso tener en cuenta que la colitis ulcerosa puede conllevar numerosos trastornos somatopsíquicos.

Por último, se ha calculado que la prevalencia de la colitis ulcerosa oscila entre 50 y 80 casos por 100.000 habitantes. Teniendo en cuenta que la población de Estados Unidos en 1930 era de 284 millones, el número de pacientes afectados por dicho proceso debía de oscilar entre 142.000 y 227.000. Una muestra de 28 casos no seleccionados de forma aleatoria es difícil que puede ser considerada como representativa, y ello sin olvidar que se trata de una enfermedad que cursa con remisiones y exacerbaciones.

Valoración metodológica

Estudio retrospectivo; grupos experimentales no comparables; duración del tratamiento irregular; valoración subjetiva de los resultados.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Bockus HL, Roth JL, Buchman E, Kalser M, Staub WR, Finkelstein A, Valdes-Dapena A. Life story of nonspecific ulcerative colitis: Relation of prognosis to anatomical and clinical varieties. *Gastroenterologia* 1956;86:549-81
2. Murray CD. Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhea. *Am J med Sci* 1930;180:239-48
3. Weinstock HI. Successful treatment of ulcerative colitis by psychoanalysts: A survey of 28 cases, with follow-up. *J Psychosom Research* 1962;6:243-9

4.4.2

Efecto de la psicoterapia en la colitis ulcerosa (O'Connor, 1964)

O'Connor JF, Daniels G, Karush A, Moses L, Flood C, Stern LO. The effects of psychotherapy on the course of ulcerative colitis: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1964;20:738-42

En 1957 se inició en el Columbia-Presbyterian Medical Center (Nueva York) un estudio prospectivo sobre la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la colitis ulcerosa.¹ En este estudio se incluyeron dos grupos de 57 pacientes afectados de dicho proceso patológico. Uno de estos grupos fue tratado con psicoterapia o psicoanálisis y el otro sólo recibió el tratamiento habitual. Los dos grupos se formaron teniendo en cuenta (a) la severidad inicial de la enfermedad, (b) el género de los pacientes, (c) la edad al inicio de la enfermedad y (d) la utilización de corticoides. El diagnóstico de colitis ulcerosa se confirmó mediante exploración radiológica y examen proctológico. En la siguiente tabla se indica la distribución de los diagnósticos psiquiátricos en ambos grupos de pacientes:

	<i>psicoterapia</i>	<i>control</i>
esquizofrenia	19	3
psiconeurosis	3	3
trastorno de la personalidad	34	14
sin trastorno psíquico	1	37
<i>Total</i>	<i>57</i>	<i>57</i>

En el curso del estudio (ocho años) fallecieron 9 pacientes del grupo de psicoterapia y 9 del grupo de control. Se precisó de colectomía subtotal en 15 pacientes del grupo de psicoterapia y en 18 pacientes del grupo de control.

Se examinó a los pacientes tres veces al año, registrándose la sintomatología intestinal y practicándose una proctoscopia. La sintomatología se valoró según tres niveles, desde «más de diez deposiciones al día» (nivel 1) hasta «deposiciones sólidas, sin sangre» (nivel 3). La proctoscopia se evaluó según se constatará «inflamación activa» (1), «cambios mínimos o dudosos» (2) o «ausencia de actividad inflamatoria» (3). En la siguiente gráfica se presentan los índices medios de sintomatología intestinal registrados a lo largo de ocho años. (En el artículo original no consta el número de pacientes en los que fue posible valorar el grado de trastorno intestinal.)

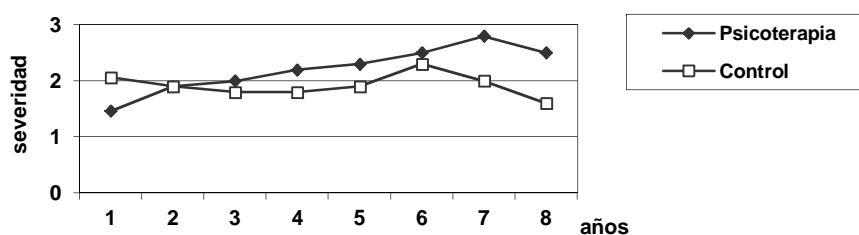


Fig. 1. Evolución de la sintomatología intestinal en el grupo de psicoterapia y en el grupo de control

John O'Connor et al. comprobaron que el valor inicial de la sintomatología intestinal en el grupo tratado con psicoterapia fue de 1,5, y en el grupo de control, de 2,0. Al final de los ocho años de observación, en el grupo tratado se obtuvo una mejoría de 1,0 puntos, en tanto que en el de control se registró un empeoramiento de 0,4 puntos. La gráfica correspondiente a la evaluación de las proctoscopias siguió un curso semejante a la de la sintomatología intestinal.

En el grupo tratado con psicoterapia se aplicó una escala de cambio psicológico elaborada por Henriette Klein, con la que se comprobó que en el grupo de psicoterapia, de los 50 pacientes valorados, en 4 casos los resultados fueron excelentes; en 20 casos, satisfactorios; en 16 la respuesta fue calificada como moderada, y en 10 casos no se observaron cambios.²

Los autores indican que la duración y la intensidad de la psicoterapia se correlacionaron con la mejoría de la situación psíquica de estos pacientes, y que el psicoanálisis ofreció mejores resultados psíquicos que las psicoterapias breves, pero no resultó posible establecer correlación alguna entre el grado de mejoría de los trastornos psicológicos y el grado de mejoría de los trastornos orgánicos.

En el artículo se discute el problema de los pacientes esquizofrénicos en los que, como se muestra en la siguiente tabla, la evolución de la colitis ulcerosa resultó mucho más conflictiva que en el resto de los pacientes incluidos en el estudio.

	mortalidad	colectomía
esquizofrénicos	32%	37%
no esquizofrénicos	8%	21%

Los autores concluyen que, de acuerdo con sus resultados, la psicoterapia tiene un papel bien definido en el tratamiento de la colitis ulcerosa.

Comentario

- *Resulta interesante destacar que este estudio prospectivo, en el que se compararon los resultados clínicos de un grupo tratado con psicoterapia (incluido el psicoanálisis) con los observados en un grupo no tratado con dicho método, fue diseñado por un grupo de gastroenterólogos. Tal vez esto se explica por la influencia del histórico ensayo clínico controlado con placebo con el que Sidney Truelove y Leslie Witts demostraron, en 1955, la eficacia de la cortisona en el tratamiento de la colitis ulcerosa.³*
- *Los autores indican que la colitis ulcerosa es una enfermedad que evoluciona con exacerbaciones y remisiones. Señalan también que su etiología es multifactorial, habiendo sido atribuida, entre otras causas, a fenómenos psicológicos, probablemente por presentar una cierta similitud con el síndrome de colon irritable. Este último hecho explica el intento de tratamiento con procedimientos psicoterapéuticos. Sin embargo, no mencionan los importantes problemas que encierra la comparación del curso clínico de dos grupos de pacientes afectados de una enfermedad de curso recurrente.*
- *La aceptación de los resultados de un estudio clínico está condicionada por la confirmación de los mismos por otro grupo de investigadores que haya efectuado un estudio similar. No es éste el caso. Únicamente Alexander estudió en 1934 cinco pacientes con trastornos intestinales (entre 6 y 20 evacuaciones diarias) y los definió como individuos cuya posición vital era algo así como: «Tengo el derecho a pedir y a que se me dé, pues yo siempre doy lo suficiente».⁴ No obstante, Alexander indicó que en su estudio había excluido los casos de colitis ulcerosa.*
- *En el artículo de John F. O'Connor et al. no se detallan los tratamientos farmacológicos administrados. La salazopirina y el metotrexato no estuvieron disponibles hasta las décadas de 1970 y 1980, respectivamente, pero en 1960 los glucocorticoides constituían un elemento importante en el tratamiento de las exacerbaciones de la colitis ulcerosa.*
- *En el grupo de pacientes tratados con psicoterapia, el número de casos de esquizofrenia es muy superior al de los incluidos en el grupo de control. Dado que la esquizofrenia condiciona una evolución más grave de la colitis ulcerosa y que ya era conocido que el*

valor de la psicoterapia en estos pacientes es muy limitado, puede concluirse que ambos grupos de pacientes no son comparables.

- *Se podría aducir que la psicoterapia ayuda a los pacientes con enfermedades crónicas a desarrollar una respuesta adaptativa más eficaz. No obstante, esta reflexión no se relaciona con la evolución de los procesos inflamatorios de la mucosa intestinal, que parece que motivó la favorable conclusión de los autores acerca de la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la colitis ulcerosa.*

Valoración metodológica

Grupos experimentales comparables; métodos diagnósticos apropiados a los objetivos del estudio; período de seguimiento semejante en ambos grupos; tratamientos adicionales no detallados.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. O'Connor JF, Daniels G, Karush A, Moses L, Flood C, Stern LO. The effects of psychotherapy on the course of ulcerative colitis: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1964;20:738-42
2. Klein HR. A study of changes occurring in patients during and after psychoanalytic treatment. En: P.H. Hoch, J. Zubin (editores). *Current approaches to psychoanalysis*. Nueva York: Grune & Stratton, 1960
3. Truelove SC, Witts LF. Cortisone in ulcerative colitis: final report on a therapeutic trial. *BMJ* 1955;2:1041-8
4. Alexander F. The influence of psychologic factors upon gastro-intestinal disturbances: A symposium. *Psychoanal Q* 1934;3:501-39

4.4.3

La Menninger Foundation (Kernberg, 1972)

Kernberg O, Burstein ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H. Psychotherapy and psychoanalysis: The final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1972;36:1-275

El Menninger Psychotherapy Research Project (MPRP) fue el primer proyecto naturalístico de carácter prospectivo en el que se comparó psicoanálisis y psicoterapia de orientación psicoanalítica.^{1,2} El estudio se inició bajo la dirección de Richard Siegel y fue continuado por Robert Wallerstein y Otto Kernberg. En él se incluyeron 42 pacientes adultos seleccionados al azar que fueron asignados a tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico. La evaluación inicial precisó 10 entrevistas y una amplia batería de tests psicológicos. Muchos de los pacientes, diagnosticados como casos *borderline*, se habían dirigido a la Menninger Foundation después de haber fracasado en otros tratamientos, y por lo tanto estaban más gravemente enfermos que los pacientes habituales. Se excluyeron los afectos de psicosis o déficit intelectual. La edad de los participantes osciló entre 17 y 50 años. La mayor parte de los psicoanálisis fueron realizadas por psicoanalistas en formación, y la mayor parte de psicoterapias, por clínicos con mayor experiencia. Los resultados se valoraron a los dos años de finalizar el tratamiento.

En el grupo tratado con psicoanálisis ($n = 22$) se observó mejoría importante en 8 pacientes (36,4%), mejoría moderada en 5 (22,7%), mejoría dudosa (*equivocal results*) en 3 (13,6%) y fracaso en 6 pacientes (27,3%); estos últimos continuaron con un tratamiento psicoterapéutico. Los pacientes del grupo de psicoterapia ($n = 20$) obtuvieron en ocasiones mejores resultados que los tratados mediante psicoanálisis, pero en conjunto los resultados de ambos tratamientos no pudieron distinguirse entre sí.

Stephen Appelbaum et al. publicaron en 1977 las primeras conclusiones de este proyecto:³

- Los pacientes con mayores recursos psicológicos mejoraron más durante el tratamiento que los que tenían recursos más pobres (el fenómeno del rico que se enriquece todavía más).
- Los pacientes con alteraciones más graves, que no evidenciaron *insight* (introspección) ni resolución de conflictos u orientación psicológica, expresaron su mejoría mediante cambios en las relaciones interpersonales.
- Las predicciones basadas en pruebas psicológicas fueron más válidas que las basadas en análisis descriptivos.
- Del 50% al 60% de los pacientes mejoraron según los criterios clínicos usuales.
- Las valoraciones efectuadas en el curso del tratamiento no fueron excesivamente útiles para predecir la evolución en años posteriores.
- Un correcto diagnóstico y una selección de pacientes basada en criterios predictivos son aspectos cruciales para la obtención de buenos resultados.

En *Does psychoanalysis work?* Galatzer-Levy et al. indicaron:⁴

- a) que en la evaluación inicial, la severidad de 18 de los 42 pacientes fue infravalorada;
- b) que las variables relativas a la calificación y a las habilidades de los terapeutas no resultaron tan exactas como se esperó;
- c) que los puntos de inflexión del tratamiento fueron escasos y no deseables: cuatro se relacionaron con mejoría y tres con empeoramiento; y
- d) que el cambio terapéutico no se relacionó con el desarrollo de introspección (*insight*) por parte del paciente.

En conjunto, los pronósticos relativos al resultado terapéutico fueron pobres. No obstante, Galatzer-Levy señala las «admirables características del estudio». De hecho, en el curso de 30 años, el MPRP produjo más de 60 artículos y 5 libros.

Según la revisión efectuada por Robert Wallerstein, sólo 9 de los 22 pacientes incluidos en el grupo «psicoanálisis» podían ser considerados aptos para este tipo de intervención, mientras que 5 de estos 22 pacientes se calificaron como «indicaciones heroicas», pues el tratamiento previo había fracasado en todos ellos.⁵ Este hecho explica, según Wallerstein, los deficientes resultados obtenidos en los pacientes tratados mediante psicoanálisis.

Por su parte, Sidney Blatt señaló que en el estudio de la Menninger Foundation se prestó poca atención a la respuesta terapéutica registrada en diferentes tipos de pacientes ante distintos tipos de intervención.⁶ Para dilucidar esta cuestión, las historias clínicas de los pacientes incluidos en el MPRP fueron revisadas por dos facultativos independientes que las clasificaron según correspondieran a una tipología anaclítica o una tipología introyectiva. Mediante la Health Sickness Rating Scale (HSRS), se constataron resultados terapéuticos positivos y significativos en ambos tipos de pacientes, con independencia del tratamiento recibido.⁷ En cambio, cuando se consideró el Mutuality of Autonomy Score de la prueba de Rorschach,⁸ se demostró una interacción sustancial paciente-tratamiento, en la que los pacientes anaclíticos tratados mediante psicoterapia mejoraron más que los tratados con psicoanálisis, en tanto que los pacientes introyectivos que recibieron psicoanálisis mejoraron más que los pacientes introyectivos tratados con psicoterapia (tabla 1).

TABLA 1. Evolución del Mutuality of Autonomy Score en 33 pacientes incluidos en el MPRP según su tipología

<i>pacientes</i>	<i>anaclíticos</i>		<i>introyectivos</i>	
	<i>psicoanálisis</i>	<i>psicoterapia</i>	<i>psicoanálisis</i>	<i>psicoterapia</i>
<i>n</i>	9	12	6	6
inicio	2,38	2,62	2,70	2,43
final	3,30	2,23	2,41	3,23
diferencia	+ 0,92 (+ 39%)	- 0,39 (-15%)	- 0,29 (- 11%)	+ 0,80 (+ 33%)
conclusión	mejor	peor	peor	mejor

Respecto al estudio de Sidney Blatt se debe tener en cuenta que

- c) los pacientes afectos de trastornos anaclíticos muestran una relación de dependencia con otra persona, de la que esperan una gratificación emocional (es el caso de los niños respecto a sus madres o, según Freud, respecto al pecho de la madre); estos pacientes utilizan primordialmente defensas de evitación en caso de conflicto psicológico o de sobrecarga emocional,
- d) y que la psicopatología introyectiva se centra en la definición del propio *self*, en su autonomía y su autoestima; el paciente está más preocupado por establecer, proteger y mantener un concepto aceptable de su propio *self* que por la calidad de sus relaciones interpersonales; las actitudes agresivas, dirigidas contra él mismo o contra otros, constituyen un problema importante.

Comentario

En relación al MPRP, parece adecuado plantear los siguientes comentarios:

1. *Cuando se indica que los pacientes se seleccionaron al azar, debería definirse la población de la que procede la muestra. La selección al azar es un criterio experimental trascendente, que nunca debe ser utilizado sin una detallada explicación de la metodología en la que se basa.*
2. *Se puede aceptar que los pacientes en los que se observó mejoría importante y mejoría moderada obtuvieran, desde el punto de vista de sus analistas, algún tipo de beneficio terapéutico. Con un criterio estricto, éste no es el caso de los pacientes con resultados equívocos. En resumen, en esta pequeña muestra de pacientes tratados mediante psicoanálisis, el beneficio terapéutico sólo parece haber alcanzado a 13 de 22 pacientes (65,0%).*
3. *El hecho de que los tratamientos fueran efectuados por médicos con diferentes niveles de especialización y experiencia constituye un factor de desequilibrio entre los grupos experimentales difícilmente aceptable, todavía de mayor trascendencia cuando el resultado terapéutico puede estar condicionado por la calidad de la relación médico-paciente.*
4. *La revisión de Wallerstein tiene escaso interés: en la valoración de los resultados de un estudio sólo se deberían considerar los criterios de inclusión y de exclusión previstos en el protocolo del mismo.*
5. *Lo mismo puede afirmarse de la revisión de Blatt, pero con un hecho agravante: dado que la valoración que proporciona la HSRS de Lester Luborsky no es satisfactoria, el autor recurre a un segundo criterio, el Mutuality of Autonomy Score del test de Rorschach; si este criterio no hubiera proporcionado la deseada diferenciación entre los dos tipos de pacientes, tal vez habría sido necesario recurrir a un tercer criterio diferencial.*
6. *Blatt afirma que la valoración según los protocolos de Rorschach puede aportar una mayor diferenciación de los efectos terapéuticos que las valoraciones clínicas expresadas mediante la HSRS; ésta es una hipótesis interesante que, en todo caso, debería ser valorada mediante un nuevo estudio adecuadamente diseñado.*
7. *El número de pacientes incluidos en los cuatro grupos estudiados por Sidney Blatt es muy reducido, lo que a priori excluye una valoración estadística. No obstante, aunque se obtuvieran resultados estadísticamente significativos, sería preciso explicar los motivos por los que los pacientes introyectivos responden mejor a una psicoterapia analítica que a un psicoanálisis ó la explicación «biológica» (o «psicológica») es imprescindible para aceptar la validez de un resultado terapéutico. Lo mismo es naturalmente válido para los pacientes anaclíticos.*
8. *Es curioso que los autores de las revisiones del MPRP se refieran a las «admirables características del estudio».²*

Valoración metodológica

Asignación de los tratamientos al azar; grupos de pacientes inicialmente no comparables; duración de los tratamientos no definida; duración del seguimiento semejante en ambos grupos; diversidad de tratamientos adicionales (diferente cualificación de los terapeutas de los dos grupos de pacientes).

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Kernberg O, Burstein ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H. Psychotherapy and psychoanalysis: The final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1972;36:1-275 (citado por Bachrach, *vide infra*)
2. Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39:871-916
3. Appelbaum SA, Siegel RS, Rosen IC. *The anatomy of change. A Menninger Foundation report on testing the effects of psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press, 1977
4. Galatzer-Levy R, Bachrach HM, Skolnikoff A, Waldron S. *Does psychoanalysis work?* New Haven: Yale University Press, 2000
5. Wallerstein RS. *Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy*. Nueva York: Guilford, 1986
6. Blatt SJ. The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Ass* 1992;40:691-724
7. Luborsky L. Health-sickness rating scales. *Bull Menninger Clin* 1975;39:448-60
8. Urist J, Shill M. Validity of the Rorschach mutuality of autonomy scale: A replication using excerpted responses. *J Personal Assess* 1982;46:450-4

4.4.4

Terapia psicoanalítica: estudio comparativo (Siassi, 1979)

Siassi I. A comparison of open-ended psychoanalytically-oriented psychotherapy with other therapies. *J Clin Psychiatry* 1979;40:25-32

En 1975, Wyeth Laboratoires patrocinaron un ensayo clínico abierto destinado evaluar el efecto del lorazepam en comparación con diazepam.¹ En este ensayo se incluyeron pacientes afectados de ansiedad moderada o ansiedad severa. La duración del tratamiento debía ser de seis meses. Se dispuso de una muestra de 54 pacientes que fueron asignados al azar a cada uno de los mencionados grupos terapéuticos. La edad de estos pacientes osciló entre 23 y 57 años; 28 eran mujeres y 26, hombres; los diagnósticos consistieron en:

neurosis de ansiedad:	38 casos	depresión neurótica:	1 caso
trastornos situacionales:	7 casos	neurosis fóbica:	2 casos
neurosis obsesivo-compulsiva:	4 casos	trastornos de la personalidad:	2 casos

Junto a ello, se propuso a cada uno de estos pacientes que fueran tratados adicionalmente mediante psicoterapia psicoanalítica o con otras opciones terapéuticas. Según Iradji Siassi, este modelo constituyó «un estudio dentro de un estudio».² Con ello, se dispuso de (a) un grupo de 28 pacientes tratados con lorazepam o diazepam más terapia psicoanalítica (grupo TP) y (b) de un grupo de 26 pacientes tratado con lorazepam o diazepam más otras terapéuticas eclécticas (grupo TE). La terapia psicoanalítica se aplicó al principio una sola vez por semana, frecuencia que se incrementó en la tercera parte de los pacientes a dos veces por semana. Las terapias eclécticas consistieron en:

terapia conductual:	3 casos	terapia de Rogers:	1 caso
técnica conductual:	6 casos	análisis transaccional:	1 caso
socioterapia:	4 casos	hospital de día:	2 casos
terapia familiar:	2 casos	terapia feminista:	2 casos
terapia de pareja:	1 caso	terapia de la realidad:	2 casos
psicoterapia de grupo:	1 caso	biofeed-back:	1 caso

En promedio, las terapias eclécticas se aplicaron también una vez por semana. Se solicitó a los psicoanalistas y psicólogos que participaron en el estudio que procuraran no interrumpir el tratamiento psicológico antes de los seis meses.

La valoración de los resultados se efectuó mediante la escala de Hamilton de ansiedad y con una escala de cuatro puntos de severidad global del proceso: 1 = normal, 2 = leve, 3 = moderado y 4 = grave. Ambas escalas se aplicaron sucesivamente una vez transcurridos un mes, tres meses, seis meses y dos años desde el inicio del tratamiento. Para asegurar la disponibilidad de los pacientes, cada tres meses se estableció contacto con ellos, bien por escrito o bien por teléfono.

La característica principal de este estudio consistió en que tanto los pacientes como los terapeutas desconocían que la finalidad era valorar la eficacia de la terapia psicoanalítica en comparación con otras opciones terapéuticas; de hecho, todos ellos creían que el objetivo era, exclusivamente, valorar la eficacia de las dos benzodiazepinas mencionadas.

Resultados

A los tres meses, 6 pacientes del grupo TP y 8 pacientes del grupo TE habían abandonado el tratamiento; a los seis meses, lo habían abandonado otros 2 pacientes del grupo TE. Con ello, al terminar el estudio, el grupo TP quedó constituido por 22 pacientes y el grupo TE, por 16 pacientes.

A los dos años, 11 pacientes del grupo TP continuaban en tratamiento psicoanalítico; los 13 restantes lo habían interrumpido, aunque informaron que sus terapeutas les habían recomendado continuarlo. Sólo 2 de estos pacientes utilizaban tranquilizantes. En el grupo TE, a los dos años, 8 pacientes se consideraron curados, 7 estaban recibiendo otras medidas terapéuticas (entre ellas, terapia psicoanalítica) y sólo 1 paciente continuaba con el tratamiento psicológico inicial. Once de estos pacientes utilizaban tranquilizantes.

La evolución de la escala de Hamilton mostró, a partir del primer mes de tratamiento, una evidente mejoría sintomática en ambos grupos de pacientes, atribuible tal vez al tratamiento con los ansiolíticos. Mediante la prueba de Friedman se comprobó que la reducción de las puntuaciones correspondientes a ansiedad, tensión, insomnio y manifestaciones orgánicas y emocionales era estadísticamente significativa, con valores de p entre 0,05 y 0,01. La valoración estadística de estos datos mediante la prueba de Kurskal-Wallis reveló que, a los seis meses y a los dos años, la mejoría registrada en el grupo TP era significativamente superior a la registrada en el grupo TE ($p < 0,05$).

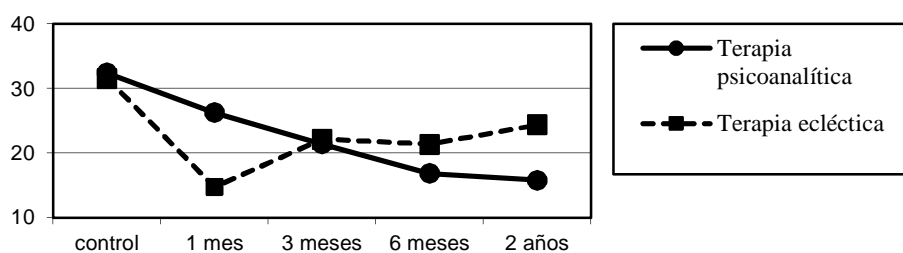


Fig. 1. Evolución de la puntuación global de la escala de ansiedad de Hamilton

La valoración global del proceso patológico y el número de pacientes en los que se observó una evolución favorable de la sintomatología proporcionó resultados semejantes a los registrados mediante la escala de ansiedad de Hamilton.

Discusión y conclusiones

Iradi Siassi et al. comentan que la metodología de este estudio es vulnerable desde diferentes puntos de vista:

- la mejoría sintomática no es un criterio satisfactorio para valorar el nivel de bienestar emocional;
- el hecho de que los participantes en el estudio desconocieran los objetivos del mismo implicó excluir algunas variables hipotéticamente relevantes;
- el pequeño tamaño de la muestra y los criterios de exclusión de los pacientes plantearon problemas en cuanto a inferencia de los resultados obtenidos;
- la administración repetida de una misma batería de escalas psicométricas pudo distorsionar los resultados de las mismas.

No obstante, los autores consideraron que:

- la homogeneidad de los pacientes estudiados pudo compensar el reducido tamaño muestral;
- valorar sólo la sintomatología neurótica evitó los problemas metodológicos implicados en variables de carácter más abstracto;
- la escala de ansiedad de Hamilton se encuentra suficientemente libre de sesgos;
- los sesgos dependientes de los pacientes y de los terapeutas se redujeron al creer ambos que la valoración se refería exclusivamente al efecto del tratamiento con ansiolíticos.

Estas consideraciones permitieron concluir que la psicoterapia psicoanalítica de larga duración proporciona mejores resultados que los obtenidos con una serie de métodos psicológicos que se consideraron adecuados para el tratamiento de estos pacientes.

Iradji Siassi se graduó en 1963 en la University School of Medicine, Indianapolis, y se especializó en psiquiatría. Colaboró con el Western Psychiatric Institute and Clinic de la Universidad de Pittsburg (Pensilvania) y con la Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Ejerce su profesión en Sepulveda (California).

Comentario

El autor de este informe no ha considerado tres importantes problemas que limitan la validez de sus resultados:

- *Los pacientes fueron tratados de forma simultánea con dos opciones (ansiolíticos y psicoterapia) cuyos efectos, en ambos casos, constituían una incógnita. El autor olvidó que uno de los principios de la investigación clínica consiste en evitar preguntas que impliquen más de una incógnita.*
- *En segundo lugar, la terapia ecléctica incluyó 12 opciones terapéuticas diferentes. Suponiendo que una de ellas (por ejemplo, la psicoterapia cognitiva) fuera tan eficaz como la psicoterapia psicoanalítica y que las 11 restantes fueran ineficaces, de aplicarse la psicoterapia cognitiva sólo a un reducido grupo de pacientes, su eficacia podía resultar enmascarada e infravalorada.*
- *Es muy dudoso que el hecho de ocultar los objetivos del estudio pueda limitar los sesgos implicados en los juicios de pacientes y terapeutas: los sesgos existentes al valorar la eficacia de una medicación no deben de ser muy diferentes de los implicados en la valoración de otras opciones terapéuticas.*

Aparte de ello, en el estudio se da una importante contradicción. En la página 45 se indica textualmente que:

...la evaluación estadística de la escala de Hamilton con el método de Kurskal-Wallis reveló que la mejoría con TP fue significativamente mayor que la obtenida con TE en el cluster somático y en las puntuaciones totales a los seis meses y, en todas las áreas, a los dos años.

Pero en la página 46 se dice:

...el análisis de Kurskal-Wallis de las puntuaciones globales no mostró diferencias significativas entre los tratamientos durante los primeros seis meses, pero mostró diferencias estadísticamente significativas a favor de la TP en la valoración de los dos años.

Es decir, en la página 45 se afirma que, a los seis de tratamiento, la TP resultó mejor que la TE, y en la página 46, que a los seis meses de tratamiento no se observaron diferencias entre ambas opciones terapéuticas.

Valoración metodológica

Asignación de los métodos terapéuticos al azar; duración de los tratamientos y tratamientos adicionales semejantes; métodos de valoración adecuados a los objetivos del estudio; tamaño muestral insuficiente.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (ó)

Referencias

1. Siassi I, Thomas M, Vanov SK. Evaluation of the safety and therapeutic effects of lorazepam on long-term use. *Current Therapeutic Research* 1975;18:163-71
2. Siassi I. A comparison of open-ended psychoanalytically-oriented psychotherapy with other therapies. *J Clin Psychiatry* 1979;40:25-32

4.4.5

Terapia psicoanalítica: valoración de resultados (Manos, 1984)

Manos N, Vasilopoulou E. Evaluation of psychoanalytic therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand* 1984;70:28-35

Manos y Vasilopoulou se refieren al principio de su artículo a una revisión de 475 estudios según la cual el paciente que ha sido tratado mediante psicoterapia se encuentra mejor que el 85% de las personas que no han recibido psicoterapia.¹ Pero la psicoterapia psicoanalítica no se ha estudiado con la misma frecuencia que otros métodos psicoterapéuticos, como, por ejemplo, las terapias cognitivas y conductuales. Por este motivo, dichos autores diseñaron un estudio comparativo que se realizó en el Centro de Salud Mental del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Tesalónica (Grecia).² En este centro, la duración de la psicoterapia psicoanalítica oscilaba entre 3 y 24 meses, con una mediana de 10 meses. Los diagnósticos se establecieron de acuerdo con DSM-III y los tratamientos se encontraban a cargo de residentes supervisados por psicoanalistas con amplia experiencia profesional.

En la entrevista inicial, todos los pacientes completaron el Minnesota Multi-phasic Personality Inventory (MMPI) y detallaron, de acuerdo con las especificaciones de la «valoración de trastornos diana» (*target complaints evaluation*), las tres áreas psicológicas en las que precisaban de mayor ayuda.

A los cuatro meses de tratamiento, los pacientes completaron de nuevo el MMPI y valoraron los tres problemas más importantes con una escala de cinco puntos: 1 = peor; 2 = igual; 3 = un poco mejor; 4 = moderadamente mejor; 5 = mucho mejor. Los pacientes completaron un cuestionario que incluía 10 parámetros (temores/ansiedad, autoestima, adaptación general, resultados escolares o laborales, actividades sociales, relaciones interpersonales, confianza en sí mismo, sintomatología, actividades lúdicas, introspección) y en el que expresaron mediante una escala de 0 (sin problemas) a 7 (mucho peor) su valoración de los resultados alcanzados

La segunda evaluación fue completada por 50 pacientes que habían sido tratados una o dos veces por semana durante cuatro meses, así como por 16 pacientes que cuatro meses antes habían efectuado la entrevista inicial pero que no habían sido tratados.

Las características demográficas de los dos grupos de pacientes resultaron comparables, pues se trataba en su mayoría de estudiantes universitarios, jóvenes y solteros. Los diagnósticos fueron los siguientes:

	<i>grupo tratado</i> (n = 50)	<i>grupo no tratado</i> (n = 16)
trastornos de la personalidad	24	11
ansiedad + trastornos somatoformes	17	3
trastornos psicóticos	4	1
trastornos psicosexuales	3	1
bulimia	2	-

El MMPI proporcionó los siguientes resultados:

- Los pacientes del grupo tratado mejoraron en todos los índices: D (depresión), Pt (psicastenia), Sc (esquizofrenia), Si (introversión social), A (ansiedad) y MAS (escala de

ansiedad manifiesta); la suma de escalas clínicas decreció, mientras que las escalas Es (fuerza del ego) y K (actitud defensiva) se incrementaron. Con la excepción de Si y de K, todos los cambios respecto a la primera entrevista resultaron estadísticamente significativos, con valores de $p < 0,001$.

- En el grupo no tratado se comprobó también mejoría de todos los índices, pero las diferencias respecto a la situación inicial resultaron significativas sólo en las escalas Pt (psicastenia), Sc (esquizofrenia) y en la suma de escalas clínicas; los valores de p en estos tres parámetros oscilaron entre 0,01 y 0,05.

Respecto a los problemas más importantes (*target complaints*), los pacientes del grupo tratado se valoraron a sí mismos como ligera o moderadamente mejorados, y los sujetos del grupo de control, como inmodificados o ligeramente mejorados ($p < 0,05$).

En la tabla 4* se incluyen los valores medios de la valoración subjetiva de los pacientes acerca de los resultados obtenidos en diferentes áreas psicológicas, así como el valor de la comparación estadística entre ambos grupo efectuada mediante la prueba de la t de Student.

Table 4

Comparison of outcome between the psychotherapy and the non-psychotherapy group on subjective evaluation by the patient

	Mean scores		t
	Psychotherapy	Non-psychotherapy	
Overall improvement	2.6	3.4	2.63*
Anxiety/Fear	2.6	3.1	1.13
Self-esteem	2.7	3.6	3.45**
Overall adjustment	2.7	3.3	1.13
Success in school/work	3.0	3.9	2.73*
Socialization	2.9	3.4	1.50
Interpersonal relations	2.7	3.4	1.53
Self-confidence	3.0	3.3	0.80
Symptoms	2.2	3.4	3.28**
Pleasure activities	3.2	3.7	1.22
Insight	2.9	3.7	3.56**
Target complaints	3.5	2.8	2.33***

* $0.01 < P < 0.02$; ** $0.001 < P < 0.005$ two-tailed t-test; *** $P < 0.05$.

Los autores señalan que las diferencias fueron significativas en el parámetro «resultados escolares o laborales» y altamente significativas en «autoestima», «síntomas» e «introversión». Las escalas Pt, Sc y la suma de las escalas clínicas fueron los índices más sensitivos de la MMPI para detectar cambios psicológicos.

Los dos grupos de pacientes mejoraron, pero de forma más pronunciada en el grupo tratado con psicoterapia psicoanalítica. La elevada proporción de mejorías en el grupo de control es interesante, dado que dichos pacientes informaron que no habían sido tratados por otros médicos, por lo que este resultado debe atribuirse simplemente al paso del tiempo.

En conclusión, según los autores, en estos pacientes la psicoterapia psicoanalítica resultó más eficaz que la ausencia de tratamiento.

Nikolas Manos es colaborador del Departamento de Psiquiatría y Neurología de la Universidad Aristotélica de Tesalónica (Grecia).

Comentario

La corrección de Bonferroni exige que para afirmar que existe significación estadística, el valor de p debe ser inferior a 0,05 dividido por k , siendo k el número de valoraciones de p efectuadas. En este caso, $0,05:12 = 0,004$. Por lo tanto, ninguna de las diferencias consignadas en la tabla 4 alcanza el nivel requerido de significación estadística.

* Reproducida con autorización de *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

Por otra parte, resulta difícil creer que las valoraciones subjetivas de pacientes que han rechazado una psicoterapia puedan ser equivalentes a las de los que la han aceptado. En el primer caso, es posible que los pacientes procuraran justificar su decisión demostrando que sus molestias habían mejorado a pesar de no haber recibido tratamiento.

Valoración metodológica

Los dos grupos de pacientes estudiados no son comparables; el análisis estadístico de los resultados es incorrecto.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Smith MC, Glass GV, Miller T. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980
2. Manos N, Vasilopoulou E. Evaluation of psychoanalytic therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand* 1984;70:28-35

4.4.6

Los estudios del Columbia Psychoanalytic Center (Weber, 1985)

- Weber JJ, Elinson J, Moss LM. Psychoanalysis in change. A study of psychoanalytic clinic records utilizing electronic data-processing techniques. *Arch Gen Psychiat* 1967;17:687-709
 - Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). *Int Rev Psycho-Anal* 1985;12:251-62
-

El Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research se encuentra localizado en el New York State Psychiatric Institute. Se fundó en 1945 y su primer director fue Sándor Radó. Los objetivos del centro son formar psicoanalistas, fomentar la investigación en psicoanálisis y proporcionar tratamiento psicoanalítico de alta calidad y bajo coste.

El proyecto de investigación de este centro se puso en marcha en 1959 y se basó en dos muestras de pacientes: la primera, formada por los pacientes tratados entre 1945 y 1962, y la segunda, por los tratados entre 1962 y 1971. En ambas muestras se excluyeron los casos tratados con menos de seis sesiones, así como un pequeño número de niños y de historias clínicas confidenciales.

La primera muestra

Para realizar este estudio retrospectivo, cuyos autores insisten en que sólo era una revisión estadística, se remitió a 154 graduados de la Columbia University's Psychoanalytic Clinic un cuestionario destinado a registrar los resultados de la terapia psicoanalítica de los pacientes tratados antes de julio de 1962.¹ Su objetivo era medir el cambio clínico experimentado por los pacientes, explicar los métodos de selección de los mismos, especificar las áreas conflictivas del psicoanálisis y la psicoterapia, y estudiar la eficiencia de ambos enfoques terapéuticos.

Entre 1945 y 1962 se habían recibido unas 9.000 solicitudes de pacientes que deseaban formalizar análisis de bajo coste; de estas solicitudes, sólo pudieron atenderse el 10%, de forma que la primera muestra quedó constituida por 1.348 pacientes, de los cuales 588 fueron tratados mediante psicoanálisis y 760, con psicoterapia de orientación analítica (434, con psicoterapia reparativa y 326, con psicoterapia psicosomática).

En el informe se indica que el diagnóstico inicial de psiconeurosis (10% de los casos) se cambió frecuentemente al final de tratamiento por el de psicosis (30% de los casos). Los autores opinan que esta modificación se debió a que los analistas en período de formación habían establecido el diagnóstico de psiconeurosis simplemente para disponer de más casos que les permitieran certificar su especialización.

Se registraron los datos demográficos de los pacientes y las áreas de trastorno psicológico más importantes, entre ellas las relaciones familiares, los síntomas neuróticos, las relaciones sociales, las relaciones sexuales, el rendimiento laboral, la sintomatología física, los sentimientos y actitudes y las relaciones en el mundo del trabajo. También se consideraron los síntomas paranoides o esquizoides, los síntomas neurológicos, los conflictos con la sociedad y los síntomas maníaco-depresivos.

En la tabla 1 se indica la prevalencia de los trastornos psicológicos, así como la diferencia de la prevalencia entre el inicio del tratamiento y su terminación, definida como «cambio neto».

TABLA 1. Cambios en la prevalencia absoluta de las principales áreas de trastorno psicológico

	<i>al iniciar el tratamiento</i>	<i>cambio neto al terminar el tratamiento</i>
Relaciones familiares	91,5%	- 7,2%
Síntomas neuróticos	90,9%	-10,3%
Relaciones sociales	85,2%	- 6,2%
Sexualidad	85,2%	- 4,5%
Rendimiento laboral	68,2%	-17,3%
Síntomas somáticos	62,3%	-12,5%
Actitudes y sentimientos	56,9%	- 5,7%
Relaciones en el trabajo	52,9%	- 7,1%
Síntomas paranoides	17,1%	+ 6,3%
Síntomas esquizofrénicos	12,6%	+ 4,2%
Conflictos con la sociedad	3,3%	- 1,6%
Síntomas maníaco-depresivos	1,9%	- 0,2%

En esta muestra, mejoraron todas las áreas conflictivas menos dos: los síntomas paranoides y los esquizoides. Los cambios de mayor importancia se registraron en las áreas de rendimiento laboral y de síntomas neuróticos y somáticos. En las áreas afectivas e interpersonales (como actitudes y sentimientos, sexualidad y relaciones personales), los cambios fueron más reducidos.

Primera muestra: resultados

John Weber, Jack Elinson y Leonard Moss señalan en la introducción del artículo publicado en *Archives of General Psychiatry* en 1967 que a muchos psicoanalistas les parece que el registro de datos demográficos y clínicos de un gran número de pacientes es innecesario y carente de interés.² En este artículo, Weber et al. proporcionaron los resultados del proyecto Columbia en porcentajes:

TABLA 2. Proyecto Columbia: beneficio terapéutico en la primera muestra de pacientes

<i>beneficio terapéutico</i>	<i>psicoanálisis</i>			<i>psicoterapia</i>	
	<i>pacientes privados (n = 77)</i>	<i>pacientes de clínica (n = 158)</i>	<i>cambio a psicoterapia (n = 28)</i>	<i>psicoterapia reparativa (n = 138)</i>	<i>procesos psicosomáticos (n = 96)</i>
máximo	66%	26%	41%	41%	23%
marcado	21%	17%	23%	23%	17%
mejoría	6%	16%	14%	14%	12%
no mejorados	7%	41%	23%	23%	48%

Según esta tabla, la mejoría en el grupo de psicoanálisis no es fácilmente explicable: en el subgrupo de pacientes privados ($n = 77$), el porcentaje de mejoría terapéutica («máximo beneficio + beneficio marcado + mejoría») alcanza un asombroso 93%, en tanto que en los pacientes de bajo coste ($n = 158$) sólo se obtiene mejoría en el 59% de los mismos. Según la misma tabla, la psicoterapia reparativa ($n = 138$) proporciona un 77% de mejorías y, en el caso de trastornos psicósomáticos ($n = 96$), un discreto 52%.

Segunda valoración de la primera muestra: analizabilidad

En un artículo publicado en 1991, Henry Bachrach et al. informaron que, en el mencionado estudio, se combinaron inicialmente los resultados de los casos que habían completado el tratamiento con los de los que no lo habían completado, y que la valoración estadística fue inadecuada.³ En un esfuerzo para corregir estas deficiencias se procedió a efectuar un nuevo análisis en el que se juzgó la capacidad de los sujetos para someterse a un psicoanálisis («analizabilidad»); uno de los criterios para valorar la analizabilidad fueron las manifestaciones de transferencia durante el tratamiento.⁴

De la muestra antes mencionada, se excluyeron los pacientes que se encontraban todavía en tratamiento y los casos en los que la información resultó incompleta o insatisfactoria. Con ello se dispuso de 295 casos de análisis completado y 286 casos de tratamiento psicoterapéutico completo (172 psicoterapias y 114 casos de psicoterapia psicósomática). De estos casos, 84 (32 análisis y 52 psicoterapias) habían terminado el tratamiento por «motivos externos». Estos 94 casos fueron valorados separadamente; * ésta valoración se refiere por lo tanto, al grupo de 497 pacientes (263 psicoanálisis y 234 psicoterapias) de la primera muestra.

Los pacientes incluidos en la tercera valoración pertenecían en su mayor parte a la clase media, tenían de 20 a 34 años de edad, y la distribución en cuanto género y situación de pareja resultó bien equilibrada. En conjunto, las características de los pacientes tratados mediante psicoanálisis o psicoterapia fueron semejantes a las de los pacientes incluidos en otros estudios sobre la eficacia del psicoanálisis.

La valoración inicial consideró 38 variables demográficas (familia, ocupación, educación, historia médica y psiquiátrica), 36 variables clínicas (diagnóstico, valoración de relaciones interpersonales, satisfacción laboral, tipo e intensidad de la sintomatología) y 9 escalas sobre fuerza del ego o balance adaptativo. El grado de optimismo sobre la evolución del problema se valoró mediante una escala de cuatro puntos. Todas estas variables se evaluaron de nuevo al finalizar el tratamiento o en el momento en que el analista había completado su período de formación.

Los pacientes habían sido asignados a tratamiento psicoanalítico o a psicoterapia por el jefe de la clínica de acuerdo con el resultado de una entrevista previa efectuada por un analista experimentado. Los tratamientos estuvieron a cargo de psicoanalistas en período de formación (abreviadamente, candidatos) bajo la supervisión de analistas titulados; todos ellos disponían de formación psiquiátrica y en su mayoría fueron hombres. Según los autores, en el grupo tratado mediante psicoanálisis participaron 159 candidatos, de los cuales 98 trataron un caso psicoanalítico, 54 trataron 2 casos y los restantes (lógicamente, 7 analistas) trataron entre 3 y 5 casos.

Comentario

Un simple cálculo demuestra que 152 candidatos trataron a 206 pacientes [(98 x 1) + (54 x 2) = 206]. Dado que la muestra tratada con psicoanálisis estaba formada por 263 pacientes, es evidente que 57 pacientes (263 ó 206 = 57) tendrían que haber sido tratados por 7 analistas, lo cual no es posible si estos 7 analistas trataron entre 3 y 5 pacientes, lo que da una cifra de 35 pacientes como máximo. La conclusión aritmética es que por lo menos 22 pacientes no fueron tratados por ningún analista.

En el caso de la psicoterapia se de una circunstancia parecida: 140 analistas trataron a 175 pacientes [(105 x 1) + (35 x 2) = 175]. Los restantes analistas trataron entre 3 y 5 pacientes. Dado que el grupo de psicoterapia estuvo constituido por 234 pacientes, quedan 59 pacientes tratados por los «restantes» analistas. Si cada uno de ellos hubiera tratado a 3 pacientes, se habrían precisado 20 analistas para los 59 pacientes, pero si hubieran tratado a 5 pacientes, habría sido suficiente con 12 analistas. En resumen: los 59 pacientes en cuestión fueron tratados por entre 12 y 20 analistas. En el manuscrito de Weber no se menciona la cifra total de analistas que se hicieron cargo de las psicoterapias.

En la revisión de Galatzer-Levy se reproducen las cifras de Weber.³ El error de Weber es grave. Pero es grave también que en una revisión destinada a valorar la eficacia del psicoanálisis (Does psychoanalysis work?) este error no se comente ni se corrija, cuando además, uno de los autores de la revisión fue coautor 15 años antes del estudio del Columbia Psychoanalytic Center.⁵

Estos errores son importantes: de acuerdo con el cuestionario CONSORT, una exigencia básica para aceptar la publicación de un ensayo clínico es disponer de un adecuado diagrama de flujo de los pacientes incluidos en el estudio.^{6,7} Cuando se trata de demostrar la

* 94 casos en el original; probablemente, un error tipográfico, pues según el párrafo precedente se trata de 84 casos.

eficacia de una medida terapéutica, no deben existir diferencias en cuanto a las normas que rigen la forma de valorarla.

En la segunda valoración, el beneficio terapéutico se expresó mediante tres criterios diferentes:

- a) las circunstancias de terminación del análisis;
- b) el juicio clínico del analista en una escala de cuatro puntos para el resultado general y para los trastornos primarios y secundarios; y
- c) el «beneficio residual», es decir, la diferencia de puntuación entre las escalas psicométricas (relaciones sociales, gratificación del trabajo, fuerza del ego, etc.) aplicadas antes y después del tratamiento.

La analizabilidad se mostró asociada con el resultado terapéutico de forma limitada. La duración del tratamiento se halló estrechamente relacionada con el resultado terapéutico. En este estudio se comprobó que los casos que mejoraron más fueron los seguidos hasta que el analista adquirió la categoría de «graduado», pero no se sabe si la mejoría clínica fue debida (a) a un incremento de la habilidad terapéutica del analista, (b) a que el paciente recibió un tratamiento más prolongado, o (c) a una remisión espontánea del proceso.

Los casos excluidos

Como se ha indicado, 84 pacientes fueron excluidos de la primera muestra por lo que los autores denominaron «razones externas»: cambio de domicilio, cambio de ocupación, servicio militar, embarazo. De estos pacientes, 32 fueron tratados mediante psicoanálisis, 34 mediante psicoterapia psicoanalítica y 18 mediante psicoterapia a causa de trastornos psicósomáticos. En este grupo de pacientes, se consideró que sólo el 59% habían mejorado, en tanto que el 41% habían permanecido inmodificados o habían empeorado.

Según Galatzer-Levy et al., el mérito de este estudio es el elevado número de pacientes que fueron incluidos en el mismo. No obstante, afirman que la utilización de metodología estadística multivariante habría oscurecido las diferencias individuales (*tends to obscure individual differences*), especialmente en lo referido a la relación entre analista y paciente.

La segunda muestra

La segunda muestra estuvo constituida por 237 pacientes tratados entre 1962 y 1971, de ellos 112 mediante psicoanálisis y 125 mediante psicoterapia.⁸ Todos los pacientes habían participado en más de seis sesiones.

Los datos correspondientes a estos pacientes se obtuvieron mediante cuestionarios remitidos a los psicoanalistas al principio y al final del tratamiento. Estos cuestionarios constaban de 54 ítems acerca de la historia clínica y el diagnóstico del paciente. A su vez, cada paciente contestó un cuestionario de 59 ítems (datos demográficos, tipo de molestias, dificultades, etc.) y los candidatos y sus supervisores, un cuestionario de 62 ítems sobre la valoración clínica inicial del paciente.

Al finalizar el tratamiento se repitieron los mismos cuestionarios, en los que se especificaban las circunstancias de la terminación del mismo. Se valoraron únicamente los casos de los que se disponía información completa y clara sobre las circunstancias de terminación del tratamiento, con lo que quedaron 77 casos, de ellos 36 tratados mediante psicoanálisis y 41 tratados mediante psicoterapia. Las características sociales, educación y ocupación fueron semejantes a las de los pacientes de la primera muestra.

En conjunto, obtuvieron beneficio el 96% de los pacientes del grupo de psicoanálisis y el 79% del grupo de psicoterapia (tabla 3). Los pacientes privados consiguieron mejores resultados que los tratados en la clínica de bajo coste (100% frente a 88%). El tratamiento de los problemas psicósomáticos proporcionó mejores resultados que la psicoterapia de

orientación psicoanalítica. Por lo tanto, los resultados obtenidos en este grupo de pacientes son muy semejantes a los obtenidos en la primera muestra de pacientes.

TABLA 3. Segunda muestra: beneficio terapéutico al terminar el tratamiento

	<i>psicoanálisis</i>			<i>psicoterapia</i>		
	privado (n = 16)	clínica (n = 20)	total (n = 36)	reparativa (n = 29)	psicosomática (n = 12)	total (n = 41)
Muy mejorados	60%	38%	52%	33%	22%	29%
Mejorados	40%	50%	44%	33%	78%	50%
Inmodificados	0%	0%	0%	33%	0%	21%
Empeorados	0%	13%	4%	0%	0%	0%

El informe final

En el cuarto artículo sobre los estudios del Psychoanalytic Center de la Universidad de Columbia se revisan la metodología y los resultados del proyecto y se presentan nuevos datos que demuestran que existe una relación muy estrecha entre el desarrollo del proceso analítico y el nivel de beneficio terapéutico alcanzado.⁹ También se comprobó que la magnitud de la mejoría clínica juzgada por el analista en el curso del tratamiento no está relacionada con la mejoría registrada en el momento de terminar el tratamiento, lo que sugiere que es necesario esperar a la terminación del mismo para efectuar una valoración adecuada acerca del beneficio obtenido.

Comentario

1. *Un sencillo cálculo permite comprobar que entre 1945 y 1962 en el Columbia Psychoanalytic Center se trataron 79 pacientes por año y entre 1962 y 1971, sólo unos 26 pacientes por año. La diferencia es sustancial y merecería una explicación por parte de los autores del artículo.*
2. *Entre 1945 y 1971 se recibieron en el Columbia Psychoanalytic Center unas 9.000 solicitudes de psicoanálisis de bajo coste, de las que sólo fue posible atender un 10%. Se dispuso, por lo tanto, de más de 8.000 pacientes que, al menos en parte, habrían podido servir como controles.*
3. *En la primera muestra de este estudio se incluyó el 15% de los 9.000 pacientes que habían solicitado tratamiento psicoterapéutico, y de la cifra resultante (1.348 pacientes), el 63% quedaron excluidos por diferentes motivos, de forma que la muestra final fue de 497 pacientes. En el grupo tratado mediante psicoterapia las exclusiones alcanzan un 67%. Si se aplicara el principio de intención de tratamiento, este flujo de pacientes constituiría un problema real al intentar evaluar la eficacia de cualquier método terapéutico.*
4. *La analizabilidad parece un importante criterio de inclusión; valorarla después de terminar el estudio, sin considerar que los resultados terapéuticos conseguidos pueden condicionar el valor que se le conceda, implica la posibilidad de un sesgo metodológico importante.*
5. *La utilización de criterios múltiples para evaluar el beneficio de una medida terapéutica comporta el riesgo de que el investigador elija el criterio que resulte más favorable a sus propios intereses.*
6. *El error aritmético de Galatzer-Levy et al. puede no parecer trascendental, pero implicaría el rechazo de este informe por parte de cualquier agencia de regulación de medicamentos. El cuestionario TREND para estudios no aleatorizados incorpora el mismo nivel de exigencia.¹⁰*
7. *En la última evaluación de los resultados de este proyecto se alcanzó un porcentaje de éxitos del 96%. Con una selección de pacientes todavía más arbitraria no sería imposible alcanzar un 100% de éxitos.*

8. *Es arriesgado expresar los resultados en porcentajes cuando el total de la muestra no llega al centenar de pacientes y los subgrupos estudiados oscilan entre 12 y 20 pacientes.*

Valoración metodológica

En este estudio se consideraron inicialmente dos cohortes: 588 pacientes tratados con psicoanálisis y 760 tratados con psicoterapia. En la primera valoración de resultados se consideraron en el primer grupo 263 pacientes y en el segundo 234 pacientes; aparte de ello, se valoraron 32 psicoanálisis y 52 psicoterapias excluidas inicialmente por «razones externas»; en una segunda muestra la valoración se limitó a 112 psicoanálisis y 125 psicoterapias. Metodológicamente, no puede excluirse la posibilidad de que en este estudio se produjeran sesgos importantes en la selección de pacientes valorables.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Weber JJ, Solomon M, Bachrach HM. Characteristics of psychoanalytic clinic patients: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (I). *Int Rev Psycho-Anal* 1985;12:13-26
2. Weber JJ, Elinson J, Moss LM. Psychoanalysis in change. A study of psychoanalytic clinic records utilizing electronic data-processing techniques. *Arch Gen Psychiat* 1967;17:687-709
3. Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1991;39:871-916
4. Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). *Int Rev Psycho-Anal* 1985;12:127-41
5. Galatzer-Levy R, Bachrach H, Skolnikoff A, Waldron Jr. S. *Does psychoanalysis work?* New Haven: Yale University Press, 2000
6. The Standards of Reporting Trials Group. A proposal for structured reporting of randomized controlled trials. *JAMA* 1994;272:1296-31
7. Cobos-Carbó A. Ensayos clínicos aleatorizados (CONSORT). *Med Clin (Barc)* 2005;125 (número extraordinario): 21-7
8. Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). *Int Rev Psycho-Anal* 1985;12:251-62
9. Bachrach HM, Weber JJ, Solomon M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). *Int Rev Psycho-Anal* 1985;12:379-89
10. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N, and the TREND group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions. The TREND statement. *Am J Public Health* 2004;94:361-6

4.4.7

El Estudio de Psicoterapias de Berlín (Rudolf, 1994)

Rudolf G, Manz R, Öri C. Ergebnisse der psychoanalytischen Therapien. *Zsch Psychosom Med* 1994;40:25-40

Este estudio, dirigido por Gerd Rudolf, fue financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de Alemania.¹ Se diseñó a principios de la década de 1980 y se realizó hacia el final de la misma década. Inicialmente se registraron 739 pacientes tratados de acuerdo con las condiciones habituales en una gran ciudad: consistió, por lo tanto, en un estudio observacional multicéntrico y retrospectivo, en el que no se introdujeron modificaciones que pudieran afectar a la práctica clínica habitual. Los resultados se valoraron con la información proporcionada por 47 terapeutas que habían tratado mediante psicoanálisis a 44 pacientes y mediante psicoterapia psicodinámica a 56 pacientes ambulatorios, así como por otros 30 terapeutas que habían tratado con psicoterapia psicodinámica a 164 pacientes hospitalizados. En total, participaron 77 terapeutas y 264 pacientes.

Todos los terapeutas disponían de acreditación de la Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT). Aproximadamente la mitad de los pacientes completaron el tratamiento. En la siguiente tabla se especifican el número de sesiones o la duración de cada alternativa terapéutica.

	<i>n</i>	<i>sesiones: media (rango)</i>	<i>abandonos</i>
psicoanálisis	44	265 (160-470) sesiones	8%
psicoterapia ambulatoria	56	60 (15-200) sesiones	35%
psicoterapia (hospitalización)	164	2,6 (1-12) meses	12%

El 54% de los pacientes fueron diagnosticados de psiconeurosis, el 20% padecían trastornos de la personalidad, el 13% trastornos psicósomáticos, el 8% trastornos somatopsíquicos y el 5% debilidad yoica. La tasa de abandonos fue del 8% en el caso del psicoanálisis y del 47% en las psicoterapias. Los pacientes hospitalizados se distinguieron de los ambulatorios por las características detalladas en la tabla 1.

TABLA 1. Características de los pacientes hospitalizados en comparación con los ambulatorios

demográficas:	diagnósticos:
○ mayor edad	○ desintegración social más frecuente
○ nivel de escolarización menor	○ síntomas somáticos más frecuentes
○ menor cualificación profesional	○ intentos de suicidio más frecuentes
historia clínica:	motivación:
○ más tratamientos psiquiátricos	○ actitud pasiva más frecuente
○ uso de psicofármacos más frecuente	○ subordinación social más frecuente
○ más visitas médicas y hospitalizaciones	○ colaboración terapéutica desfavorable
	○ pronóstico desfavorable

Los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica mostraron actitudes autonómicas y narcisistas y actitudes defensivas compensatorias más marcadas que los pacientes del grupo tratado mediante psicoanálisis, que a su vez se caracterizó por actitudes temerosas y regresivas

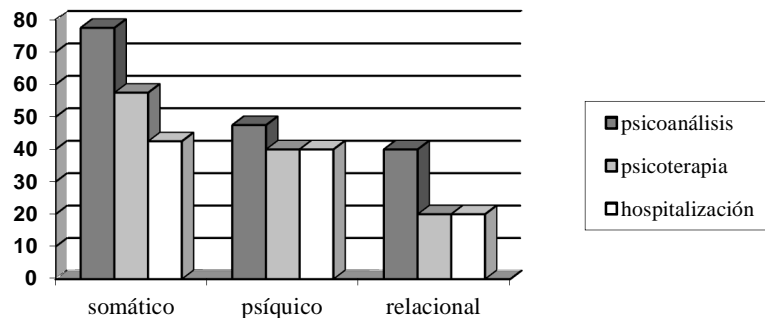
y por un marcado comportamiento de búsqueda de ayuda. Los autores consideraron que dado que los pacientes presentaron síntomas, diagnósticos, motivos para ser tratados y caracteres demográficos muy diversos, la distribución aleatoria constituía un procedimiento experimental inadecuado.

El cambio global fue valorado por los propios analistas, quienes definieron la «mejoría» como reducción de la sintomatología sin cambios estructurales y la «mejoría marcada» como ausencia de síntomas y desarrollo estructural positivo.

<i>tratamiento (pacientes)</i>	<i>n</i>	<i>mejorados</i>	<i>muy mejorados</i>	<i>total</i>
psicoanálisis (ambulatorios)	44	6 (14%)	36 (82%)	42 (95%)
psicoterapia (ambulatorios)	56	17 (30%)	34 (61%)	51 (91%)
psicoterapia (hospitalizados)	164	45 (27%)	50 (30%)	95 (58%)

Según los terapeutas, los pacientes tratados mediante psicoanálisis mejoraron de forma más evidente que los tratados con psicoterapia. Tres años y medio después de la entrevista inicial, el 96% de los pacientes ambulatorios y el 65% de los pacientes hospitalizados juzgaron muy positivo el resultado del tratamiento.

La valoración de los resultados según los propios pacientes se efectuó mediante la escala Psychischer und Sozial-Kommunikativer Befund (PSKB, Resultado psíquico y de comunicación social) desarrollada por el propio Gerd Rudolf,² en la que se comparan los valores iniciales y los valores determinados al final del tratamiento. Se consideró que se había conseguido un resultado terapéutico satisfactorio cuando el 50% de los síntomas calificados inicialmente como graves o moderados se calificaron al terminar el tratamiento como ligeros o ausentes. En la escala PSKB se distinguen tres componentes: somáticos, psíquicos y relacionales. La siguiente gráfica reproduce estos resultados.



Por lo tanto, la opinión de los pacientes también favorece al psicoanálisis.

Discusión

En la discusión de su artículo, los autores efectúan la siguiente afirmación:

...el paciente ha decidido revisar y cambiar algo de importancia capital en su vida, y ha decidido hacerlo en el contexto de este método (el psicoanálisis) y con la ayuda de un determinado o una determinada terapeuta [...] Una asignación al azar de una terapia diferente y de un terapeuta diferente resulta imposible en las condiciones de la atención sanitaria real; obliga a no tomar en consideración la decisión del paciente y a hacerle renunciar a su elección.

Y continúan con este mismo razonamiento:

...debido a la motivación reflexiva [gewachsene Motivation] del paciente a favor de un determinado procedimiento y de una determinada personalidad del terapeuta, asignar al azar un paciente a un procedimiento terapéutico diferente no es realizable; en la situación clínica que exige la atención al paciente, este tipo de «experimento» no es posible ni deseable.

Gerd Rudolf es director de la Psychosomatischen Klinik de la Universidad de Heidelberg. Se ha dedicado al estudio de la teoría de las personalidades y al tratamiento de trastornos estructurales. Entre sus publicaciones cabe citar el *Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin (Tratado de medicina psicoterapéutica)*, que alcanzó el año 2000 su cuarta edición.

Comentario

En el resumen del artículo, los autores se refieren a «tratamiento psicoanalítico». En las tablas 1 y 3 se indican los resultados porcentuales obtenidos mediante «psicoanálisis» o mediante «psicoterapia dinámica». En diversas partes del texto se habla de «psicoanálisis completados». Pero al describir los tratamientos se indica que «los análisis tuvieron lugar dos o tres veces por semana, y la psicoterapia dinámica, con una frecuencia muy variable». Parece evidente que el estudio se refiere a la eficacia del psicoanálisis en comparación con la psicoterapia psicoanalítica.

Los autores afirman que los pacientes presentaron síntomas, diagnósticos, motivos para ser tratados y caracteres demográficos muy diversos. Esta situación explica, según ellos, que no fuera posible adoptar un diseño experimental aleatorio.

Recurriendo a un ejemplo de la oncología: es evidente que no es posible asignar aleatoriamente a radioterapia o a nitrosourea a un grupo de pacientes afectos de melanoma in situ (estadio IA del American Joint Committee on Cancer) o de melanoma en estadio IV (invasión linfático regional avanzada). Las alternativas terapéuticas para estos pacientes son muy diferentes, desde exéresis quirúrgica con márgenes suficientes, hasta cisplatino, carboplatino a algún otro agente quimioterápico. En este punto, parece imprescindible recordar a Austin Bradford Hill: la distribución aleatoria exige que los pacientes, antes de ser incluidos en un estudio, sean considerados como adecuados para ser tratados con cualquiera de las alternativas terapéuticas propuestas.³ Los individuos no tienen que ser equivalentes; lo que se estudia es la reacción de un grupo.

Respecto a las afirmaciones que efectúan los autores sobre la ética del «experimento terapéutico» y sobre la libertad del paciente de escoger un procedimiento curativo u otro, o un terapeuta u otro terapeuta, es preciso respetar todas las opiniones. Pero resulta asombroso que en Alemania los pacientes afectos de trastornos neuróticos tengan la capacidad de decidir cuál es el procedimiento terapéutico más adecuado para resolver sus problemas.

Valoración metodológica

Se valoraron tres grupos de pacientes, uno de ellos hospitalizado y por lo tanto no comparable con los otros dos grupos de pacientes ambulatorios, de los cuales uno tratado con psicoanálisis y el otro con terapia psicoanalítica prolongada; en el grupo de psicoanálisis (n = 44), abandonaron el tratamiento el 8% de los pacientes y en el de psicoterapia (n = 56), el 35%; esta diferencia hace suponer que ambos grupos no fueron comparables.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Rudolf G, Manz R, Öri C. Ergebnisse der psychoanalytischen Therapien. *Zsch Psychosom Med* 1994;40:25-40
2. Rudolf G. PSKB. Seóein psychoanalytisch fundiertes Instrument zur Patienten Selbsteinschätzung. *Z Psicho-som Med Psychoanal* 1991;37:350-60
3. Hill AB, Hill ID. *Principles of medical statistics*. Londres: Arnold, 1991

4.4.8

Efectividad de la terapia psicodinámica (Holm-Hadulla, 1997)

Holm-Hadulla R, Kiefer L, Sessar W. Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. *Psychother Psychosom med Psychol* 1997;47:271-8

Rainer Holm-Hadulla, Lydia Kiefer y Wolfgang Sessar, del Centro de Consulta Psicológica de la Universidad de Heidelberg, estudiaron la efectividad de la psicoterapia breve y de la psicoterapia de larga duración basadas en la psicología profunda.¹ Los autores no definen lo que se debe entender como psicología profunda, término que traducen al inglés como «*dynamic psychotherapy*».

El estudio tuvo lugar entre principios de 1990 y finales de 1993, y en él se incluyeron 117 pacientes, 80 de ellos tratados mediante psicoterapia breve ($15,5 \pm 6,8$ sesiones) y 37 con psicoterapia prolongada ($50,3 \pm 14,4$ sesiones). La edad media de este grupo de pacientes era de $25,3 \pm 3,4$ años y el 67,0% de ellos fueron mujeres. Los diagnósticos más frecuentes consistieron en trastornos distímicos, trastornos de adaptación y trastornos de la personalidad.

El grupo de control estuvo constituido por 116 estudiantes (24,3 años de edad, 64% mujeres) que se distribuyeron en tres subgrupos:

- subgrupo I ($n = 25$): sujetos en los que no se constató ningún problema psíquico ni psicosocial;
- subgrupo II ($n = 57$): sujetos que manifestaron ciertas dificultades psíquicas o psicosociales que podían solucionarse sin ayuda profesional;
- subgrupo III ($n = 13$): sujetos que precisaban ayuda profesional para resolver sus problemas psíquicos o psicosociales, pero a la cual no podían acceder por diferentes motivos.

Las variables psicosociales se valoraron mediante una lista de 21 ítems, y los resultados del tratamiento, con una escala de siete puntos sobre modificaciones de la sintomatología, conflictos internos y situaciones vivenciales externas. Estas variables se aplicaron antes de iniciar el tratamiento y seis meses después del principio del mismo o después de la entrevista inicial efectuada a los sujetos del grupo de control.

El estudio dispuso, por lo tanto, de cinco series de sujetos en los que se evaluaron diferentes parámetros psicológicos:

- la Escala de Impacto Psicosocial Total (psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung);
- la valoración del resultado del tratamiento por parte del propio sujeto;
- la valoración del resultado del tratamiento según el terapeuta;
- el Índice Fiable de Cambio (Reliable Change Index);
- los resultados obtenidos en los diferentes síntomas clínicos relevantes (trastornos depresivos, trastornos laborales, miedos difusos y trastornos de las relaciones interpersonales)

Los múltiples parámetros considerados en este estudio dieron lugar a un elevado número de resultados:

- al final del tratamiento se comprobó que el impacto psicosocial se redujo de forma altamente significativa en los pacientes tratados mediante psicoterapia ($p < 0,00001$);
- el 94% de los pacientes tratados con psicoterapia de larga duración manifestaron que habían mejorado respecto a sintomatología clínica, conflictos internos y adaptación a la realidad externa;
- en el caso de psicoterapia breve, la sintomatología cedió en el 15% de los pacientes, pero en el 90% de los mismos mejoraron los conflictos internos y su adaptación a la realidad;
- en los pacientes del grupo de psicoterapia se constató que al finalizar el tratamiento la sobrecarga psicosocial era menor que la observada en la segunda entrevista efectuada a los sujetos del subgrupo III;
- el 54% de los sujetos del subgrupo III manifestaron en la segunda entrevista que sus problemas habían empeorado, en tanto que en el 15% de ellos habían permanecido inmodificados y en el 31% habían mejorado;
- el Reliable Change Index mejoró en el 70% de los pacientes tratados con psicoterapia breve o con psicoterapia prolongada;
- los terapeutas consideraron que los conflictos internos habían mejorado con menos frecuencia de lo que habían manifestado los pacientes.

El informe de este estudio concluye afirmando que tras la finalización del tratamiento psicodinámico, la sobrecarga total psíquica y psicosocial se redujo de forma significativa y clínicamente relevante. La sintomatología evolucionó de forma positiva en el 85% de los pacientes tratados mediante psicoterapia breve y en el 94% de los tratados con psicoterapia prolongada. La situación vital de los pacientes mejoró en el 54% de los tratados con psicoterapia breve y en el 74% de los tratados con psicoterapia prolongada. En el grupo de sujetos con sobrecarga psicosocial que no recibieron tratamiento psicoterapéutico, el trastorno psicológico se modificó de forma ocasional y la situación en cuanto a los conflictos internos resultó muy deficiente (54% empeorada, 31% mejorada y 15% inmodificada); estos datos permiten rechazar la remisión espontánea de los trastornos psicológicos defendida por Hans Eysenck.²

Los autores concluyen que no es posible descartar que el procedimiento de selección de los pacientes pueda haber influido en los buenos resultados obtenidos mediante psicoterapias prolongadas y breves basadas en la psicología profunda. Muchos trastornos psíquicos, en especial los trastornos de la personalidad, sólo pueden ser tratados de forma adecuada con terapias prolongadas.

Rainer Holm-Hadulla nació en 1951 y estudió Medicina y Filosofía en las universidades de Marburgo, Roma y Heidelberg. Es profesor de Medicina Psicoterapéutica en el Departamento de Medicina de la Universidad de Heidelberg y desde 1986 director del Servicio de Asesoramiento Psicoterapéutico de dicha universidad.

Valoración metodológica

El grupo de control estuvo constituido por sujetos que no precisaban de tratamiento psicológico, por lo tanto no comparables con los tratados con psicoterapia breve (n = 80) o con psicoterapia prolongada (n= 37). La valoración de resultados fue de carácter eminentemente subjetivo, tanto por parte de los pacientes como de los terapeutas.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Holm-Hadulla R, Kiefer L, Sessar W. Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. *Psychother Psychosom med Psychol* 1997;47:271-8
2. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1952;16:319-24

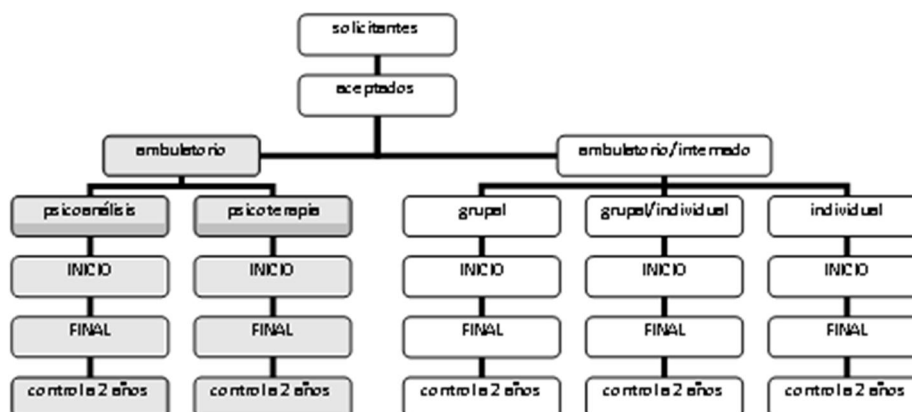
4.4.9

Resultados del Heidelberger Catamnesis Projekt (von Rad, 1998)

Rad M von, Senf W, Bräutigam W. Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Catamnesis Projektes. *Psychotherap Psychosom Med Psychol* 1998;48:88-100

El Heidelberger Catamnesis Projekt se desarrolló en la Psychosomatischen Klinik, integrada actualmente en el Zentrum für Psychosoziale Medizin de la Universidad de Heidelberg. El proyecto se inició en 1976, el registro de datos comenzó en 1978 y en 1992 se completó el informe clínico final (catamnesis).¹

Se trata de un estudio de seguimiento de psicoterapias prolongadas, en el que se integraron todos los tipos de tratamiento utilizados en dicha clínica (terapias individuales o de grupo en pacientes ambulatorios o ingresados, terapias psicodinámicas y psicoanálisis) y en el que se incluyeron 208 pacientes, de los cuales 36 fueron tratados de forma ambulatoria mediante psicoanálisis y 33, mediante terapia psicodinámica.



En este resumen se consideran únicamente los pacientes ambulatorios tratados mediante psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica de forma individual (recuadros de fondo gris). Las indicaciones para ambos procedimientos terapéuticos resultaron cuantitativamente muy semejantes:

	número de pacientes con trastornos		
	psíquicos	funcionales	psicosomáticos
psicoanálisis	20	11	5
psicoterapia	20	7	6

Los tratamientos estuvieron a cargo de 23 médicos y 13 psicólogos, todos ellos con formación psicoanalítica completa. La psicoterapia se aplicó de acuerdo con las orientaciones de la psicología profunda, y la frecuencia y duración de las entrevistas fueron variables; los tratamientos oscilaron entre tres meses y siete años. El psicoanálisis, en general, tuvo lugar tres horas a la semana y su duración osciló entre uno y siete años y medio.

En todos los pacientes se aplicó una escala de obtención de objetivos antes de iniciar el tratamiento, al terminar el mismo y, por término medio, 3½ años después. Esta escala es una modificación de la Goal Attainment Scaling,² y es aplicada por el terapeuta considerando la

forma de expresarse y las circunstancias ambientales del propio paciente. De acuerdo con las diferencias observadas respecto a la escala anterior, los resultados se expresaron según tres categorías: «buen resultado», «resultado moderado» o «resultado desfavorable». En la tabla 1 se proporciona un ejemplo de la escala de objetivos.

TABLA 1. Escala de obtención de objetivos

<i>Fecha de la revisión:</i>			
<i>Nivel del resultado esperado</i>	<i>Objetivo 1: decisiones</i>	<i>Objetivo 2: autoestima</i>	<i>Objetivo 3: aislamiento</i>
Mucho más de lo esperado (+2)	Hace planes, sigue su desarrollo, los modifica y alcanza el objetivo	Expresa sentimientos realistas positivos respecto a sí mismo	Participa en actividades sociales o grupales
Más de lo esperado (+1)	Hace planes, los sigue sin ayuda excepto si precisan cambios	Más sentimientos positivos que negativos sobre de sí mismo	Participa en actividades, en ocasiones inicia el contacto con otros
Resultado probable (0)	Hace planes y los sigue sin ayudas ni recordatorios	Tanto sentimientos positivos como negativos acerca de sí mismo	Acude al centro de su comunidad; participa si le es solicitado
Menos de lo esperado (-1)	Hace planes, pero no realiza acción alguna para desarrollarlos	Más sentimientos negativos que positivos	Sale en ocasiones, no desarrolla contactos
Mucho menos de lo esperado (-2)	Puede considerar alternativas, pero no se decide por un plan	Sólo expresa sentimientos negativos sobre sí mismo	No sale de su casa, excepto para compromisos

En la tabla 2 se encuentran los resultados de los cambios registrados en los pacientes tratados con ambos procedimientos terapéuticos.

TABLA 2. Resultados del psicoanálisis y de la psicoterapia dinámica

	<i>inicio ó terminación</i>		<i>terminación ó seguimiento</i>	
	<i>análisis (n = 23)</i>	<i>terapia (n = 20)</i>	<i>análisis (n = 27)</i>	<i>terapia (n = 18)</i>
resultado favorable	13 (57%)	6 (30%)	8 (30%)	10 (56%)
resultado moderado	7 (30%)	13 (65%)	13 (48%)	6 (33%)
resultado desfavorable	3 (13%)	1 (5%)	6 (22%)	2 (11%)

Los autores concluyen que la comparación entre el principio y el final del tratamiento mostró un alto nivel de éxitos en la mitad de los pacientes del grupo de psicoanálisis y sólo en un tercio de los del grupo de psicoterapia. A largo plazo (en promedio, 3½ años) esta diferencia se redujo, aunque ello pudo ser debido, según los autores, a la inclusión de nuevos sujetos en los que se habían registrado resultados más moderados.

En cuanto a los objetivos individuales del tratamiento, los resultados fueron más favorables para el psicoanálisis: casi el 75% de los pacientes del grupo de psicoanálisis alcanzó sus objetivos, en tanto que esta cifra fue sólo del 50% en el grupo tratado con psicoterapia. Los autores consideran que la escala de obtención de objetivos individualizados es una herramienta poderosa para la medición del impacto terapéutico del psicoanálisis.

Los autores de este informe son **Michael von Rad**, director del Departamento de Medicina Psicosomática del Hospital Municipal de Munich-Harlaching, **Wolfgang Senf**, profesor de Medicina Psicosomática y Psicoterapia en la Universidad de Tübingen, y **Walter Bräutigam**, profesor de la misma especialidad en la Universidad de Heidelberg.

El segundo estudio

En el año 2000 se publicó un segundo estudio del Heidelberger Catamnesis Projekt:³ aproximadamente a los dos años de terminar su tratamiento fue posible contactar con 63 de los 69 pacientes que habían participado en el primer estudio y, de ellos, 53 (33 psicoanálisis y 20 psicoterapias psicoanalíticas) aceptaron participar en una entrevista en la que se exploró el estado de su sintomatología inicial y se completó un formulario semejante al de obtención de objetivos. Asimismo, se efectuó un análisis del contenido textual y, con los datos obtenidos, se valoró el resultado terapéutico mediante una escala de cinco puntos.

El análisis del contenido textual es una interesante y original aproximación a la valoración del resultado terapéutico. La entrevista con el paciente se registró mediante cinta magnética (1½ horas por término medio) y se copió por escrito. En esta copia se consideró el desarrollo del tratamiento y la valoración del mismo por parte del paciente, al que además se le preguntó por los cambios observados y por las consecuencias de estos cambios. Las copias de las 53 entrevistas (1.243 páginas) fueron analizadas por dos expertos, los cuales consideraron las modificaciones observadas «durante el tratamiento», «tras el tratamiento» y «mediante el tratamiento». Este análisis proporcionó un «protocolo selectivo», que en cierta forma constituyó un resumen de la entrevista inicial y que sólo abarcaba 461 páginas. Mediante este análisis se definieron también 16 categorías (desde «1. Imagen propia», «2. Terapia/terapeuta» y «3. Compañero/a» hasta «15. Amigos» y «16. Parientes») que se cuantificaron según el número de veces que se mencionaban en las «unidades de texto» referidas por el paciente. Las «unidades de texto» estaban constituidas por las frases o por las partes de una frase registradas en el «protocolo selectivo».

En el análisis del contenido textual se comprobó que los pacientes se refirieron, en la mayor parte de ocasiones (33%), a los cambios experimentados en su propia imagen. Los diferentes aspectos de la terapia fueron considerados en un 14% de las unidades de texto, y las relaciones de pareja, en aproximadamente el 10% de las mismas. La vida sexual mereció sólo un 3% de menciones. En este análisis no se observó diferencia alguna entre las dos modalidades de tratamiento estudiadas.

Mediante dichos datos y la valoración de la Escala de Obtención de Objetivos, se estableció el resultado terapéutico con una gradación de 5 puntos, que iba desde «empeorado» hasta «muy bueno» (tabla 3). Según esta valoración, 29 de los 53 pacientes (54,7%) habían alcanzado un resultado «bueno» o «muy bueno»; de estos pacientes, 18 pertenecían al grupo de psicoanálisis ($n = 33$) y 11 al de psicoterapia ($n = 20$).

Si se acepta que los resultados «muy bueno», «bueno» y «moderado» implican un determinado beneficio terapéutico, se puede concluir que este objetivo se alcanzó en el 88% de los pacientes tratados mediante psicoanálisis y en el 80% de los tratados con terapia psicodinámica.

TABLA 3. Resultados a los dos años de terminación del tratamiento

<i>resultado</i>	<i>psicoanálisis</i>		<i>psicoterapia psicoanalítica</i>	
muy bueno	4	12,1%	2	10,0%
bueno	14	42,4%	9	45,0%
moderado	11	33,3%	5	25,0%
inmodificado	3	9,1%	4	20,0%
empeorado	1	3,0%	0	0,0%
	33	100,0%	20	100,0%

El **Prof. Gereon Heuft** es director de la Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie de la Westfälische Wilhelms-Universität (Münster); **Heidrun Seibüchler-Engeç** se doctoró en 1997 en la Universidad de Duisburg (Essen); la **Dra. Martina Taschke** ejerce desde el año 2003 la homeopatía en la ciudad de Bochum (cuena del Ruhr) y el **Prof. Wolfgang Senf** es director de la Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie de la Universidad de Duisburg (Essen).

Comentario

1. Es importante que en el artículo de Heuft et al. se incluya el diagrama de flujo exigido en el cuestionario CONSORT (Consolidation of Standards Of Reporting Trials).³ Respecto a este cuestionario se ha afirmado que «un estudio clínico sólo puede determinar cambios adecuados de la práctica clínica si sus resultados se publican de forma completa, sistemática y con suficiente detalle».⁴
2. Para aceptar que los resultados obtenidos en el primer estudio del Heidelberger Catamnesis Projekt al terminar el tratamiento sean estadísticamente significativos, es decir, si es válido aplicarlos a la población de pacientes susceptibles de ser tratados con dichos métodos terapéuticos, es imprescindible someterlos a una prueba de significación estadística. Una prueba de significación estadística trata de demostrar que la hipótesis nula (es decir, que las diferencias existentes entre ambos grupos de pacientes no son atribuibles a los tratamientos administrados) es falsa (es decir, que las mencionadas diferencias son atribuibles a los tratamientos administrados). En la tabla 4 se resumen los resultados favorables o desfavorables registrados mediante psicoanálisis o psicoterapia.

TABLA 4. Tabla de 2 x 2

resultado	análisis	terapia	total
favorable	20	19	39
desfavorable	3	1	4
total	23	20	43

Al aplicar la prueba de χ^2 a estos datos, la fórmula resultante es:

$$\chi^2 = \frac{43 [(20 \times 1) \text{ ó } (19 \times 3) \text{ ó } (43/2)]^2}{(20+19)(3+1)(20+3)(19+1)} = 2,0506$$

En la tabla de distribución de χ^2 , el valor calculado para 2,0506 y un grado de libertad [(número de columnas ó 1) x (número de filas ó 1)] corresponde a una probabilidad (p) superior a 0,10, es decir, no es posible rechazar la hipótesis nula. Para rechazarla, es necesario que el valor de p sea igual o inferior a 0,05. Con ello, la afirmación de que «la comparación entre el principio y el final del tratamiento mostró un alto nivel de éxito en la mitad de los pacientes del grupo de psicoanálisis y sólo en un tercio de los del grupo de psicoterapia» no es significativa, incluso aunque los datos se hubieran obtenido al azar.

3. En el segundo estudio del proyecto de Heidelberg no es ni siquiera necesario aplicar una prueba estadística para constatar que no existe diferencia alguna entre los resultados obtenidos en los grupos de psicoanálisis y de psicoterapia. Lo que resulta más difícil de comprender es que en el resumen del artículo se afirme textualmente que «... se comprobó que en el 55% de la muestra [se refiere al conjunto de pacientes tratados con psicoanálisis o con psicoterapia] se obtuvo un resultado õbuenoö o õmuy buenoö. Aplicando la Escala de Obtención de Objetivos de forma aislada se obtuvieron resultados õbuenosö o õmuy buenosö en el 72% de los psicoanálisis». Es decir, en el primer párrafo no se distingue entre psicoanálisis y psicoterapia, y en el segundo se destaca una de las variables estudiadas para resaltar los buenos resultados del psicoanálisis. Los autores tal vez desconocen que los resúmenes de los artículos científicos han de contener toda la información básica que se debe proporcionar a los clínicos para seleccionar artículos relevantes y de calidad elevada.⁶
4. El flujo de pacientes resulta difícil de comprender. Según el diagrama inicial, 55 pacientes llegaron a la entrevista de control efectuada a los dos años de concluido el tratamiento, pero en la tabla 2 (que corresponde a la tabla 6b del original) sólo constan datos de 45 pacientes, lo que podría explicarse por el conocido problema de los datos ausentes que afecta a la mayor parte de los estudios clínicos. Pero queda por explicar por

qué en el segundo estudio se dispone de 53 pacientes y por qué los resultados obtenidos en ambos estudios difieren de forma tan considerable:

	psicoanálisis		psicoterapia	
	1 ^{er} estudio	2 ^o estudio	1 ^{er} estudio	2 ^o estudio
resultado favorable	8	18	10	11
resultado moderado	13	11	6	5
resultado desfavorable	6	4	2	4
	27	33	18	20

5. Como se deduce del diagrama de flujo reproducido al principio, el Heidelberg Catamnesis Projekt fue mucho más amplio de lo que se ha resumido aquí, pues se refirió tanto a pacientes ambulatorios como a pacientes internados, y estos últimos fueron tratados con psicoterapia individual, grupal o mixta. Asimismo, en el artículo se detallan no sólo los trastornos de estos pacientes, sino también sus síntomas y sus datos demográficos de forma casi exhaustiva. En los pacientes ambulatorios se utilizó la Escala de Obtención de Objetivos como variable principal, pero en el conjunto del estudio los pacientes completaron en diversas ocasiones hasta ocho cuestionarios y tres pruebas psicológicas. Por su parte, los terapeutas contestaron a tres cuestionarios diferentes y proporcionaron seis informes sobre el curso clínico de sus pacientes. Una crítica de toda esta información es ajena al propósito de una revisión centrada en la eficacia terapéutica de la terapia psicodinámica.
6. En la discusión de la primera publicación se indica que:

...un proyecto que se ha desarrollado en el curso de veinte años debe ser analizado de acuerdo con las condiciones en que se desarrolló, antes de poder ser discutido y juzgado según los criterios actuales.

Es cierto que la historia (de veinte años) no produce acontecimientos inútiles, pero ello no exime de revisar su utilidad con toda la objetividad posible.

Valoración metodológica

Los grupos de pacientes (36 casos de psicoanálisis y 33 de terapia psicoanalítica) resultaron inicialmente comparables. La duración del tratamiento y el seguimiento fueron semejantes en ambos grupos. Los criterios de valoración de resultados son compatibles con los objetivos del estudio.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Rad M von, Senf W, Bräutigam W. Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Catamnesis Projektes. *Psychotherap Psychosom Med Psychol* 1998;48:88-100
2. Kordy H, Scheibler D. Individuumsorientierte Erfolgsforschung: Erfassung und Bewertung von Therapieeffekten anhand individueller Therapieziele. *Z Klin Psychol Psychother* 1984;32:218-32/309-18
3. Heuft G, Seibüchler-Engeç H, Taschke M, Senf W. Langzeitoutcome ambulanter psychoanalytischer Psychotherapien und Psychoanalysen. *Forum Psychoanal* 1996;12:342-355
4. Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I, Pitkin R, Rennie D, Schulz KF, Simel D, Stroup DF. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *JAMA* 1996;276:637-9
5. Altman DG. Better reporting of randomised controlled trials: The CONSORT statement. *Br Med J* 1996;313:570-1
6. Ad Hoc Working Group for the Critical Appraisal of the Medical Literature. A proposal for more informative abstracts of medical studies. *Ann Intern Med* 1987;106:598-604

4.4.10

Rehabilitación psicológica: estudio comparativo (Schulz, 1999)

Schulz H, Lotz-Rambaldi W, Koch U, Jürgensen F, Rüdell H. 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. *Psychother Psychosom med Psychol* 1999;49:114-30

En la República Federal de Alemania, la hospitalización a causa de procesos psicógenos (ítems 300 a 309 de la Clasificación Internacional de Enfermedades-9) tenía lugar en el marco legal de la rehabilitación médica.

En el último trimestre de 1994, en la Psychosomatische Fachklinik (Clínica Psicósomática Especializada) de Bad Kreuznach se trataron consecutivamente 376 pacientes, los cuales, tras una fase inicial de siete días en la que se definió su proceso patológico, fueron ingresados en un departamento de orientación terapéutica conductual o bien en un departamento de orientación psicoanalítica. Un año después de recibir el alta, se remitió a dichos sujetos un cuestionario específico en el que se les planteaban diferentes preguntas sobre el tratamiento que habían recibido y sobre su estado de salud psíquica y física. Se valoraron las respuestas de 187 sujetos (49,7%), de los cuales 111 habían sido tratados con psicoterapia conductual y 76 con psicoterapia psicoanalítica. Los datos demográficos y diagnósticos de ambos grupos resultaron comparables (tabla 1).

TABLA 1. Distribución de los diagnósticos según ICD-9*

<i>diagnósticos</i>	<i>terapia conductual</i>	<i>terapia psicoanalítica</i>
neurosis de angustia	18 (15%)	3 (4%)
neurosis depresiva	18 (15%)	38 (50%)
trastornos de la personalidad	9 (8%)	1 (1%)
trastornos funcionales	10 (9%)	7 (9%)
reacciones psicógenas	25 (21%)	19 (25%)
otras enfermedades	37 (32%)	8 (11%)

Los cuestionarios utilizados en este estudio abarcaron los siguientes aspectos:

1. la valoración de la estancia en la clínica, tanto (a) en conjunto como (b) respecto a la consecución de los objetivos del tratamiento,
2. la valoración de (a) los trastornos emocionales, (b) la capacidad de rendimiento y (c) los trastornos orgánicos,
3. la escala general de depresión,
4. los parámetros del Cuestionario de Giessen (*Giessener Beschwerdebogen*), como (a) intensidad de las molestias, (b) agotamiento psicofísico, (c) dolores en las extremidades, (d) dolores cardíacos y (e) dolores gástricos,
5. la satisfacción con la situación profesional, a la que se añadió la capacidad de superar las prisas y el estrés,

* En la tabla 1, el número de pacientes tratados con terapia conductual suma 117, lo que no coincide con la cifra de 111 pacientes mencionados en el segundo párrafo; ambas cifras proceden del artículo original.

6. las relaciones personales en cuanto (a) satisfacción de las relaciones matrimoniales o de pareja, (b) la satisfacción de las relaciones con los padres, (c) con los hijos o (d) con los amigos,
7. los tratamientos realizados después de la estancia en la clínica, distinguiéndose (a) la frecuencia de utilización de antidepresivos o ansiolíticos y (b) la aplicación de tratamientos psicoterapéuticos, y
8. por último, la opinión de los pacientes respecto a la relación entre su tratamiento y (a) los resultados terapéuticos obtenidos, (b) los cambios en sus relaciones personales, (c) su actividad profesional y (d) la utilización de medicamentos.

Se trata, por lo tanto, de 18 variables, estrechamente relacionadas entre sí, referidas a tres momentos diferentes del curso del tratamiento psicoterapéutico, es decir, 54 valoraciones. Así, por ejemplo, al evaluar el curso de los trastornos psíquicos se utilizó una escala de seis puntos que los pacientes debían referir a los momentos mencionados. Respecto a esta variable, se obtuvieron los resultados resumidos en la tabla 2.

TABLA 2. Trastornos psíquicos

<i>terapia</i>	<i>psicodinámica</i>	<i>conductual</i>
inicio	4,69 ± 1,22	4,69 ± 1,07
final	3,31 ± 1,22	3,17 ± 1,18
12 meses	3,32 ± 1,34	3,38 ± 1,39

En conjunto, según la valoración de los propios pacientes, en el momento de finalizar el tratamiento los trastornos psíquicos habían mejorado de forma significativa respecto a sus valores iniciales. Esta mejoría se mantuvo un año después de que los pacientes hubieran sido dados de alta de la clínica. No se constataron diferencias significativas entre los grupos tratados con terapia psicoanalítica o conductual (figura 1).

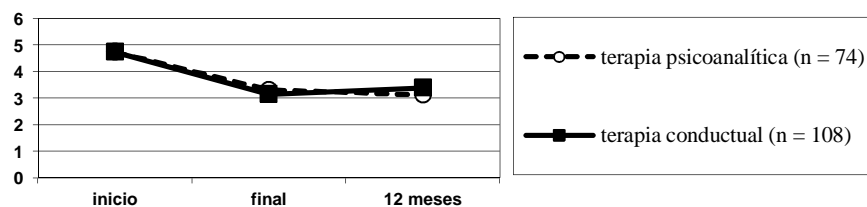


Fig. 1. Evolución de los trastornos psíquicos

Estos resultados se repitieron de forma prácticamente idéntica al valorar los trastornos orgánicos, la escala general de depresión, la satisfacción con la situación profesional y las relaciones interpersonales.

En el apartado relativo a la utilización de medicamentos antidepresivos o ansiolíticos, 77 pacientes manifestaron que habían experimentado una modificación al respecto (se supone que positiva). Según 45 de estos pacientes, dicha modificación fue debida al tratamiento que habían seguido durante su ingreso en la clínica de rehabilitación. No se observaron diferencias al respecto entre los dos tipos de intervenciones psicoterapéuticas utilizadas.

Al valorar la evolución global de los trastornos, se obtuvo una pequeña diferencia a favor de la terapia psicoanalítica, pero dado que pudo ser debida a que en los pacientes con trastornos de menor duración se observaron resultados más favorables y a que en el grupo de psicoterapia psicoanalítica predominó este tipo de pacientes, la diferencia observada entre los dos grupos de tratamiento se debe referir a la duración previa de los trastornos.

Los autores concluyen que las dos alternativas psicoterapéuticas estudiadas determinaron una evidente mejoría de la situación de los pacientes ingresados en una clínica de rehabilitación, la cual se mantuvo hasta 12 meses después de haber recibido el alta.

Holger Schulz nació en 1958 en Hamburgo, se doctoró en Psicología en la universidad de dicha ciudad y es director del Institut und Poliklinik für medizinische Psychologie de la Clínica Universitaria de Hamburg-Eppendorf (Hamburgo, Alemania).

Comentario

En este estudio se les formularon a los pacientes preguntas relativamente complejas, como, por ejemplo:

ó Considerando, en conjunto, su estado físico y psíquico, ¿cómo valora usted su estado global antes de iniciar el tratamiento, al ser dado de alta y en el momento actual?

Si se tiene en cuenta que el estudio incluía a individuos cuyo trastorno psíquico había determinado su ingreso en una clínica psiquiátrica y que las preguntas formuladas se refieren a situaciones alejadas en el tiempo, la fiabilidad de las respuestas no parece que deba de ser demasiado elevada. Por otra parte, el hecho de que la magnitud de las modificaciones se mantenga constante a pesar de las evidentes diferencias entre los parámetros evaluados (dolor cardíaco y relaciones con los padres, por ejemplo), a lo que se suma el que las diferencias entre los dos procedimientos psicoterapéuticos sean prácticamente inexistentes, no habla en favor de la sensibilidad del método de evaluación utilizado.

Valoración metodológica

Estudio de carácter retrospectivo. Los pacientes tratados con terapia conductual (n = 111) o con terapia psicoanalítica (n = 76) resultaron inicialmente comparables. Los criterios utilizados para la valoración de resultados (cuestionarios autoaplicados) se consideran compatibles con los objetivos del estudio.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencia

1. Schulz H, Lotz-Rambaldi W, Koch U, Jürgensen F, Rüddel H. 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltens-therapeutisch orientierter Behandlung. *Psychother Psychosom med Psychol* 1999;49:114-30

4.4.11

El estudio del IPTAR (Freedman, 1999)

Freedman N, Hoffenberg JD, Vorus N, Frosh A. The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *J Am Psychoanal Assoc* 1999;47:741-72

En 1958 se fundó en Nueva York una asociación de psicólogos no médicos interesados en la teoría y la técnica de Sigmund Freud, asociación que en 1960 se convirtió en el Institute for Psychoanalytic Training and Research (IPTAR), destinado a la formación de analistas de acuerdo con una perspectiva freudiana contemporánea, y que en 1991 obtuvo el reconocimiento de la International Psychoanalytical Association. En la actualidad, el IPTAR Clinical Center, situado en Manhattan, Nueva York, proporciona tratamiento psicoanalítico a precios económicos. En esta institución, Norbert Freedman et al. estudiaron la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica en 99 pacientes tratados en el mencionado centro. La mayoría de estos pacientes eran mujeres de menos de 35 años, solteras, con un nivel medio de educación y de habla inglesa.¹ Los diagnósticos iniciales incluían reacciones distímicas, reacciones de ansiedad y trastornos de la personalidad; también hubo algunos casos de abuso de sustancias.

La valoración de la efectividad se efectuó mediante un cuestionario semejante al utilizado en 1995 por *Consumer Reports*.² Cada sección del cuestionario se valora con 100 puntos. Así, por ejemplo, en la primera parte del mismo, si «el problema mejoró mucho» se daban 100 puntos, y si sólo «mejoró algo», 80 puntos. Este mismo criterio se utilizó para valorar el grado de satisfacción con la labor del analista. En el apartado de mejoría global, si el paciente había pasado de estar «muy mal» a «muy bien», la valoración fue de 100 puntos, pero si una persona pasaba de «muy bien» a «muy mal» la valoración sería de cero puntos. Las puntuaciones obtenidas en las tres secciones del cuestionario se sumaban hasta obtener un índice de efectividad que, en consecuencia, oscilaba entre cero y 300. De acuerdo con Seligman, este índice proporciona una valoración de la efectividad más fiable que la que puede proporcionar una determinada medida aislada.³

Para valorar el impacto de la duración del tratamiento en la efectividad del mismo, los pacientes se dividieron en cuatro grupos: tratados entre 1 mes y 6 meses; entre 7 y 11 meses; entre 1 y 2 años, y más de 2 años. Para valorar el impacto del número de sesiones por semana, se distinguieron los pacientes tratados una, dos o tres veces por semana.

El valor medio del índice de efectividad en la muestra estudiada fue de 209, con valores extremos entre 97 y 287.

El cuestionario de efectividad

Cada uno de los tres apartados siguientes se valora según una escala de 100 puntos y las puntuaciones se suman para obtener un máximo de 300 puntos.

1. ¿Cómo evolucionó el problema que le hizo buscar ayuda?
 - 1 = el problema mejoró mucho
 - 2 = el problema mejoró algo
 - 3 = no hay diferencias
 - 4 = el problema va algo peor
 - 5 = el problema va mucho peor
 - 6 = no estoy seguro/a

2. En conjunto, ¿cuál es su grado de satisfacción con la forma en que el analista trató de solucionar su problema?
 - 1 = completamente satisfecho
 - 2 = muy satisfecho
 - 3 = algo insatisfecho
 - 5 = muy insatisfecho
 - 6 = completamente insatisfecho

3. Diferencie entre su estado emocional al principio del tratamiento y su estado emocional en la actualidad.
 - 1 = muy mal: apenas puedo arreglármelas
 - 2 = bastante deficiente: la vida es muy dura
 - 3 = más o menos: tengo subidas y bajadas
 - 4 = bastante bien: no tengo quejas graves
 - 5 = muy bien: vivo como me agrada vivir

En las siguientes gráficas (figura 1 y figura 2) se observa que la efectividad del tratamiento se incrementa con la duración del mismo y con el número de sesiones semanales. Aplicando un análisis de varianza, se comprobó que no existían diferencias significativas entre los índices medios de efectividad de los pacientes tratados durante menos de seis meses y los tratados entre 7 y 11 meses, pero, en cambio, entre los del primer grupo (menos de 6 meses) y los tratados durante uno o dos años o más de dos años, la diferencia es estadísticamente significativa ($F = 2,76; p < 0,05$). Asimismo, mediante análisis de varianza se demostró que las diferencias del índice medio de efectividad diferían de forma estadísticamente significativa entre los tres grupos de pacientes ($F = 6,62; p < 0,005$).

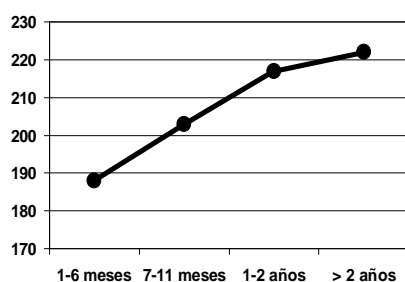


Fig. 1. Índice medio de efectividad y duración del tratamiento

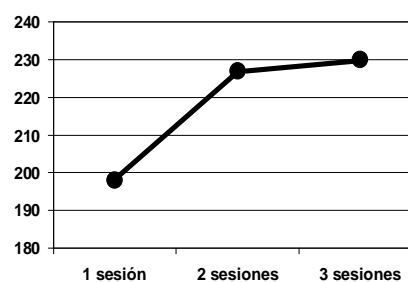


Fig. 2. Índice medio de efectividad y frecuencia semanal del tratamiento

Los autores concluyen que un soporte terapéutico sostenido ejerce un impacto positivo en la experiencia del paciente acerca de su evolución clínica. A partir de los siete meses de tratamiento, se establece una relación estable entre el terapeuta y el paciente, la cual mejora al aumentar el número de sesiones por semana.

Asimismo, en la discusión del artículo indican que la duración y la frecuencia del tratamiento no es una decisión que deba depender de formulaciones teóricas ni de aspectos

económicos o sociales, puesto que constituye un elemento decisivo en el desarrollo del propio proceso terapéutico. No se trata sólo de comparar «antes y después» o «tratamiento frente a no tratamiento», sino también de calcular cuánto esfuerzo es preciso invertir para obtener un determinado resultado. Dentro de esta orientación, los autores rechazan la asignación al azar de los aspectos mencionados (duración y frecuencia del tratamiento), pues ello obvia el hecho de que ambos surgen de consideraciones clínicas negociadas en la díada terapéutica, es decir, entre paciente y analista. Estas decisiones forman parte del proceso terapéutico y no pueden asignarse mediante maniobras externas sin distorsionar el proceso terapéutico.

Por estas razones, opinan que el método ideal para estudiar el efecto acumulativo de la frecuencia y la duración de un psicoanálisis exige unas condiciones clínicas abiertas, naturalísticas, en las que se pueda valorar la situación del paciente en diferentes momentos de su tratamiento.

El primer autor de este informe, **Norbert Freedman**, escapó de la Alemania nacionalsocialista a los dieciséis años. Consiguió con grandes dificultades una formación psicoanalítica en un tiempo en que el psicoanálisis estaba dominado por la profesión médica. En su vida profesional se ha ocupado del concepto de mente desde una perspectiva evolucionista, de la contratransferencia y el multilingüismo, del complejo de Edipo y de los problemas de la transferencia. Freedman ha desempeñado un importante papel en el desarrollo del IPTAR.

Comentario

Este estudio tiene un evidente interés. La relación entre dosis y efecto avala la eficacia de un tratamiento. La dificultad de fijar la dosis de una medicación es un problema que afecta también al diseño del ensayo clínico controlado: en el caso de orientación pragmática se ha abogado por comparar la «dosis óptima» definida para cada paciente; si se trata de una orientación explicativa, se administrará la dosis que se considera que produce el máximo efecto biológico. La afirmación de que la definición de la dosis (frecuencia y duración del tratamiento analítico) forma parte del proceso analítico (es decir, que sea un factor determinante del «mecanismo de acción» del psicoanálisis) y que, por lo tanto, dichos elementos no puedan ser asignados al azar, resulta difícil de comprender. La negociación entre paciente y analista parece un factor tan externo al proceso analítico como la asignación al azar de una determinada frecuencia de entrevistas. El que el analista, debido al número de pacientes que está atendiendo, sólo pueda ofrecer una sesión semanal al paciente es un elemento de la «negociación» que no difiere en forma alguna del hecho de decidir al azar que dicho paciente sea incluido en el grupo experimental que será tratado una vez por semana.

Valoración metodológica

Se compararon cuatro grupos de pacientes inicialmente semejantes tratados mediante terapia psicoanalítica durante diferentes períodos de tiempo. El cuestionario de efectividad utilizado para valorar los resultados terapéuticos parece adecuado a los objetivos del estudio.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Freedman N, Hoffenberg JD, Vorus N, Frosh A. The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *J Am Psychoanal Assoc* 1999;47:741-72
2. Mental health: Does therapy help? *Consumer Reports* 1995. Noviembre: 734-9
3. Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *Am Psychol* 1995;50:965-74

4.4.12

El estudio STOPP (Sandell, 2000)

Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Rand H. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings of the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 2000;81:921-43

En Suecia, el sistema nacional de salud se hace cargo del tratamiento de un proceso patológico sólo si ha sido prescrito y aplicado por un médico, pero dado que la mayor parte de los psicoterapeutas no son médicos, esta situación conlleva largas listas de espera de pacientes que precisan ser tratados por médicos y una infrautilización de las posibilidades terapéuticas por parte de terapeutas que no son médicos. Por otra parte, para obtener la subvención necesaria para realizar un tratamiento, el paciente debe haber contactado con un médico especialista en psicoterapia interesado en tratarle y debe disponer del informe de otro facultativo que justifique la necesidad de dicho tratamiento. El subsidio cubre todos los costes del tratamiento durante un período de tres años.

Con el propósito de comprobar en qué circunstancias se solicitaba psicoanálisis o psicoterapia y cuáles eran los beneficios que podían aportar ambas orientaciones terapéuticas,¹ las autoridades sanitarias de Suecia subvencionaron el estudio Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP).

Rolf Sandell, primer firmante de la publicación, considera que las exigencias del ensayo clínico (prospectivo, distribución aleatoria, a doble ciegas, etc.) impiden aplicarlo a la valoración de la terapia psicoanalítica y cita, en este contexto, el problema de la confidencialidad de la información.

En el estudio participaron 209 facultativos. La muestra inicial constó de 756 personas del área de Estocolmo, de las cuales 202 ya habían iniciado psicoterapia o psicoanálisis y 554 se encontraban en 1994 en lista de espera. Muchos pacientes habían comenzado el tratamiento cuando recibieron la subvención para realizarlo, lo que implicó que muchos diagnósticos se tuvieran que efectuar de forma retrospectiva.

En los meses de mayo de 1994, 1995 y 1996 se envió a todos los pacientes el Well-Being Questionnaire (WbQ, Cuestionario de Bienestar). El primer cuestionario lo recibieron en diferentes momentos del proceso terapéutico (antes, al iniciarlo, a mitad del tratamiento, al finalizarlo, después de finalizarlo, al principio del seguimiento y a la mitad o al final del seguimiento), algo que los autores del estudio interpretan como un «factor de randomización». Con ello afirman que el diseño del estudio podría calificarse como «cuasi experimental», en parte longitudinal y en parte transversal.

El Cuestionario de bienestar consta de 24 páginas y contiene información de carácter demográfico, la Symptom Checklist-90, la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (1987) y la Escala de Ajuste Social de Weissman y Bothwell (1976).

Tras enviar tres recordatorios, el 60% de los pacientes proporcionaron en el curso del estudio la información solicitada, lo que se tradujo en 331 personas tratadas mediante psicoterapia a largo plazo y 74 personas tratadas mediante psicoanálisis. Se excluyeron 20 casos debido a que la información facilitada resultó incompleta, 12 casos que nunca iniciaron su tratamiento y 13 pacientes que habían efectuado tratamientos breves o psicoterapia de grupo. Con ello, según los autores, el número de pacientes incluidos en la muestra inicial resultó ser de 450.

En la primavera de 1996 se remitió a los 316 psicoterapeutas o psicoanalistas que habían tratado por menos un paciente (rango entre 1 y 11), así como a una muestra elegida al azar de

325 terapeutas pertenecientes al colectivo sueco de esta especialidad, un cuestionario denominado Therapeutic Identity (ThID, Identidad Terapéutica), en el que se formularon 150 preguntas divididas en diferentes secciones:

- educación básica y formación profesional,
- experiencia profesional,
- psicoanálisis o psicoterapia personal.

Tras cuatro recordatorios se obtuvieron 209 formularios de los participantes en el proyecto (66%) y 227 formularios de la muestra nacional (69%).

Según la publicación del año 2000, los pacientes se valoraron como evidentemente sintomáticos («caso clínico» o «caso psiquiátrico») cuando los resultados de tres escalas psicométricas (Symptom Checklist-90, Escala de Sentido de Coherencia y Escala de Adaptación Social) coincidieron con los del 10% de casos de mayor severidad de un grupo de control. Los porcentajes de «casos clínicos» fueron los siguientes:

	<i>inicio</i>	<i>3 años</i>
Grupo psicoanalítico	88%	30%
Grupo psicoterapéutico	67%	45%

Si se efectúa un sencillo cálculo aritmético se deduce que, en el grupo psicoanalítico, 65 pacientes fueron diagnosticados inicialmente como «casos clínicos» y que, a los tres años, 43 de ellos (67,4%) experimentaron un beneficio terapéutico sustancial. En el grupo psicoterapéutico, las cifras correspondientes fueron 221 «casos clínicos» al iniciar el estudio y, 72 pacientes (32,6%) que a los 3 años lograron un beneficio terapéutico sustancial.

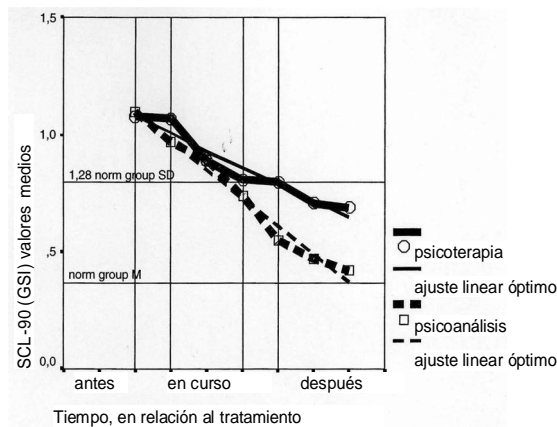


Fig. 1. Curso del índice SCL-90 en los grupos de psicoanálisis y de psicoterapia, en relación con el valor medio (M) del grupo de control («norm group»)

En la figura 1 se representa la evolución de la Symptom Checklist-90 (SCL-90). La línea horizontal superior divide el grupo del 10% de pacientes con puntuaciones de mayor severidad; se trata de un valor arbitrario, propuesto por los autores de dicha escala para establecer el diagnóstico de «caso psiquiátrico». Según esta gráfica, la superioridad del psicoanálisis resulta evidente.

El segundo informe

En 2004 se publicó un nuevo informe sobre los resultados de este estudio.² En esta publicación se consideró únicamente la evolución de la SCL-90 a lo largo del proceso clínico (figura 2). A partir de estos resultados, los autores consideran:

- que ambos grupos de pacientes iniciaron el tratamiento con el mismo nivel de trastorno sintomático;

- b) que la mejoría se produjo en ambos grupos con una secuencia casi idéntica;
- c) que una vez concluido el tratamiento, los pacientes del grupo de psicoanálisis continuaron mejorando, pero que
- d) los pacientes del grupo de psicoterapia permanecieron en el mismo nivel que habían alcanzado al terminar el tratamiento.

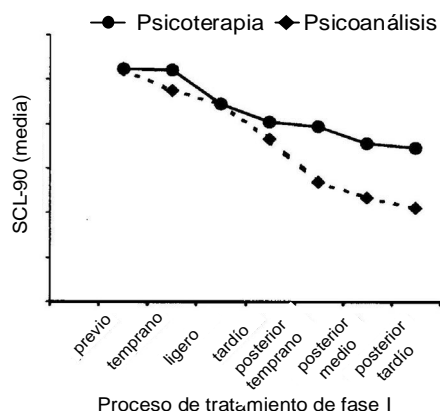


Fig. 2. SCL-90 en los pacientes tratados con psicoterapia o con psicoanálisis. Valores antes de iniciar el tratamiento, al iniciarlo, en la mitad del mismo, al finalizarlo, después de finalizarlo y en las fases media y tardía tras la finalización.

Las diferencias entre los valores iniciales y los valores finales fueron de 0,59 para psicoterapia y de 1,55 para psicoanálisis. Habitualmente, una diferencia de entre 0,50 y 0,75 se califica como «moderada», en tanto que una diferencia superior a 1,00 es «grande». Por lo tanto, de acuerdo con estos datos, la diferencia entre la eficacia del psicoanálisis y la eficacia de la psicoterapia puede ser calificada como «muy grande».

Los autores del segundo informe comentaron que esta diferencia podía haber estado condicionada por la intensidad del tratamiento en ambos grupos de pacientes. La duración media del tratamiento psicoanalítico fue de 4½ años y la de las psicoterapias, de casi 4 años. Los psicoanálisis exigieron en promedio 642 sesiones, en tanto que las psicoterapias sólo precisaron de 233 sesiones. Sin embargo, los autores indican que, mediante un procedimiento estadístico muy sofisticado (*sic*) denominado «modelo de ecuación estructural», es posible afirmar que los factores temporales por sí solos no pueden explicar las diferencias en los resultados obtenidos con ambos procedimientos terapéuticos.

En este segundo informe, los autores analizaron las escalas TASC (una parte de la escala de Therapeutic Identity) completadas por los facultativos, en las que se consideraba un «factor curativo» (33 ítems), un «estilo terapéutico» (31 ítems) y 16 ítems relacionados con los «supuestos básicos». Este análisis concluía que el 95% de los terapeutas participantes en el estudio tenían una orientación psicoanalítica, lo que tiende a reducir las diferencias entre ambas orientaciones terapéuticas.

La tercera publicación

Veinte de los pacientes que habían participado en este estudio fueron entrevistados de nuevo transcurridos un año y dos años de la terminación del mismo, comprobándose que la variabilidad en cada grupo terapéutico era considerable y que el desarrollo psicológico podía continuar por distintas vías.⁴ La diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia no estribaba, como era de esperar, en la capacidad de autoanálisis, sino, según los analistas, en diversos tipos de estrategias adaptativas; no obstante, se demostró que sólo el autoanálisis se encontraba significativamente relacionado con la mejoría observada tras la finalización de ambos tratamientos.

Rolf Sandell se licenció en Psicología por la Universidad de Estocolmo en 1966 y en 1977 obtuvo el título de doctor en dicha disciplina. En 1986, el Consejo Nacional de Salud y Bienestar Social le concedió el certificado de psicoterapeuta y, en el mismo año, obtuvo el título de psicoanalista por el Instituto Psicoanalítico de Suecia. Entre 1971 y 1989 fue colaborador del Departamento de Psicología de la Universidad de Estocolmo y, a partir de 1977, profesor de Psicología Clínica de la Universidad de

Linköping, situada unos 150 kilómetros al sur de Estocolmo. En 2004 fue nombrado profesor emérito de dicha disciplina.

Comentario

1. *Muchas de las dificultades que, según los autores, impiden valorar la eficacia del psicoanálisis mediante ensayos clínicos pudieron ser soslayadas en este estudio prospectivo, randomizado (según los autores) y de larga duración; únicamente no se cumplió la exigencia de evaluación a doble ciegas, que en realidad no parece el mayor obstáculo metodológico. La confidencialidad de los datos se debe asegurar tanto en un ensayo clínico como en cualquier estudio de carácter empírico.*
2. *Sandell afirma que el hecho de elegir al azar diferentes momentos en el curso del tratamiento puede considerarse un «factor de randomización», ignorando que cualquier maniobra que afecte la asignación de los tratamientos implica la posibilidad de introducir en el estudio, consciente o inconscientemente, un sesgo importante.*
3. *La metodología empleada es muy compleja: en el primer informe, los autores no especifican los motivos que les llevan a valorar los resultados según el número de «casos psiquiátricos», en lugar de proporcionar, sencillamente, los resultados de las escalas psicométricas utilizadas.*
4. *Los resultados de este estudio fueron publicados en dos ocasiones desde orientaciones diferentes: «casos psiquiátricos» o evolución de la SCL-90. El curso terapéutico es idéntico, pero las interpretaciones difieren de forma considerable.*
5. *Evaluar la influencia de la dosis (número de sesiones, duración del tratamiento, etc.) en el resultado terapéutico mediante una ecuación estadística «muy sofisticada» es infrecuente. Analizar el resultado terapéutico según las «actitudes básicas» de los terapeutas es tal vez un modelo excesivamente teórico. Parece que para valorar la eficacia de una intervención, la enfermedad mental debe disponer de parámetros más objetivos.*
6. *La frecuencia semanal de los tratamientos puede calcularse a partir de los datos que proporcionan los autores: en el grupo de psicoanálisis, 642 sesiones en 4½ años equivale a unas 3,5 sesiones semanales; en el grupo de psicoterapia, 233 sesiones en 4 años representan 1,4 sesiones semanales. Parece que la frecuencia semanal del tratamiento constituye un importante elemento diferenciador del psicoanálisis.*
7. *En An open door review se afirma que el estudio STOPP proporcionó «...resultados fascinantes, aunque la metodología y el análisis de datos son todavía nuevos y de dudosa validez».³ «Fascinante» y «de dudosa validez» son calificaciones difícilmente compatibles.*
8. *Las conclusiones son interesantes: (a) psicoanálisis y psicoterapia son intervenciones eficaces en el tratamiento de las enfermedades mentales, y (b) el psicoanálisis proporciona mejores resultados que la psicoterapia. Pero el diseño del estudio no permite aceptar estas conclusiones sin mayor discusión.*

Valoración metodológica

Al iniciar el estudio, los dos grupos de pacientes estudiados, tratados respectivamente con terapia psicoanalítica (n = 331) o con psicoanálisis (n = 74) resultaron comparables. La duración de los tratamientos y la del seguimiento fueron comparables. Los métodos utilizados para valorar los resultados no se pueden calificar como fiables.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Rand H. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings of the

- Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 2000;81:921-43
2. Grant J, Sandell R. Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. En: P. Richardson, H. Kächele, C. Reinlund (editores). *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults*. Londres: Karnac, 2004
 3. Fonagy P (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2.^a edición revisada. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002
 4. Falkenström F, Grant J, Broberg J, Sandell R. Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 2007;55:629-74

4.4.13

Sigmund Freud Institut: el estudio de catamnesis (Leuzinger-Bohleber, 2001)

Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel ME. Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese-studie. *Psyche* 2001;55:193-276

Katamnese, en castellano «catamnesis», es una historia clínica y *Katamnese studie*, un estudio de historias clínicas y también el nombre de un proyecto de la Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) dirigido por Marianne Leuzinger-Bohleber,¹ en el que colaboraron el Privatdozent Dr. Ulrich Stuhr, del Hospital Universitario de Eppendorf, Hamburgo, el Prof. Bernard Rüger, del Instituto de Estadística, Universidad de Múnich, y el Prof. Manfred E. Beutel, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Giessen.

En este estudio se registraron 401 pacientes tratados con terapia psicodinámica (psicoanálisis o terapia psicoanalítica prolongada) durante más de un año, entre enero de 1990 y diciembre de 1993. Es, por lo tanto, un estudio retrospectivo. Los resultados a largo plazo (más de seis años tras finalización del análisis) fueron valorados desde diferentes puntos de vista por el propio paciente, su analista y por otros especialistas en psicoanálisis u otras ciencias de salud (fig. 1). La información necesaria sobre los 401 pacientes fue proporcionada por 154 psicoanalistas miembros de la Deutsche Psychoanalytische Vereinigung. En la valoración se consideró la capacidad de los pacientes de enfrentarse a los problemas vitales y la evolución de la autoestima, el humor, la satisfacción de vivir y la capacidad de rendimiento.

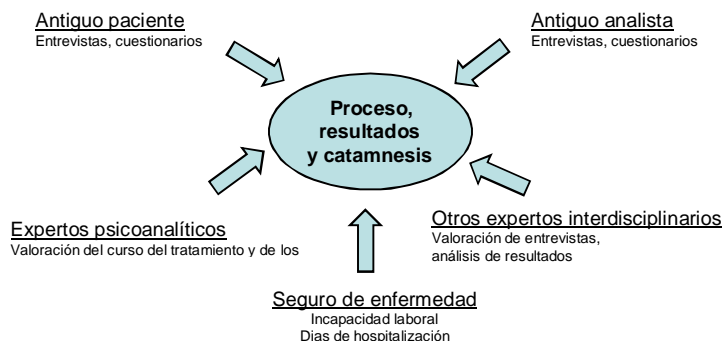


Fig. 1. Diseño de perspectivas múltiples para registro e integración de datos

En la tabla 1 se detallan los resultados globales obtenidos con los dos procedimientos terapéuticos según las valoraciones efectuadas por el analista y por el propio paciente. En resumen:

- según los pacientes, se obtuvo algún beneficio terapéutico (resultado *õmuy buenoõ*, *õbuenoõ* o *õregularõ*) en el 95,2% de los tratados mediante psicoanálisis y en el 93,8% de los tratados con psicoterapia;
- los psicoanalistas consideraron que el resultado terapéutico fue *õmuy buenoõ* en 25 de 207 análisis (12,1%) y en 36 de 194 psicoterapias (18,6%),
- y se registró *õbeneficio terapéuticoõ* en el 89,8% de los psicoanálisis y en el 87,6% de las psicoterapias.

TABLA 1. Valoración del resultado terapéutico en el Katamnesestudie

	<i>psicoanálisis</i>		<i>psicoterapia</i>	
	<i>analista</i>	<i>paciente</i>	<i>analista</i>	<i>paciente</i>
<i>muy bueno</i>	25 (12,1%)	53 (25,6%)	36 (18,6%)	43 (22,2%)
<i>bueno</i>	99 (47,8%)	99 (47,8%)	94 (48,5%)	82 (42,3%)
<i>regular</i>	62 (30,0%)	45 (21,7%)	40 (20,6%)	57 (29,4%)
<i>malo</i>	13 (6,3%)	7 (3,4%)	12 (6,2%)	9 (4,6%)
<i>ns/nc</i>	8 (3,9%)	3 (1,4%)	12 (6,2%)	3 (1,5%)
<i>total</i>	207 (100,0%)		194 (100,0%)	

En la Universidad de Giessen se valoraron los resultados económicos de estas intervenciones: los pacientes informaron acerca de una reducción de los días de baja por enfermedad, del número de visitas al médico y de la toma de medicamentos; los datos de las cajas del seguro de enfermedad confirmaron la información proporcionada por los pacientes.²

Michael von Rad et al., refiriéndose al estudio de catamnesis de la Deutsche Psychanalytische Vereinigung, indicaron que los autores del estudio lo habían conducido como la mítica nave de Ulises, evitando los peligros representados por la Escala de los datos que inducen a confusión, y el Caribdis de los estándares médicos internacionales. Dichos autores consideran que este estudio representa un paso más en la dirección correcta.³

Marianne Leuzinger-Bohleber es doctora en Filosofía, profesora de Psicoanálisis en la Universidad de Kassel y directora administrativa del Instituto Sigmund Freud de Frankfurt (Alemania). En dicho instituto dirige también el grupo de investigación básica teórica, empírica y experimental sobre psicoanálisis. El Instituto Sigmund Freud, fundado en 1960, dispone de una importante clínica orientada al tratamiento de pacientes ambulatorios, pero en los últimos años ha dado preferencia a los proyectos de investigación relacionados con los problemas con los que enfrenta el psicoanálisis. El listado de las publicaciones de la Dra. Leuzinger-Bohleber es extraordinariamente extenso, de más de doce páginas.*

Comentario

1. *El interés básico en un estudio epidemiológico no radica en conocer si un determinado número de pacientes mejora cuando es tratado con una determinada intervención; el interés radica en saber si dicha intervención es el método de elección para el conjunto de pacientes que padecen la enfermedad en cuestión. Por lo tanto, es preciso analizar muy cuidadosamente si la muestra es representativa de este conjunto de pacientes, lo que sólo queda asegurado si la muestra se obtiene al azar.*
2. *En los estudios de este tipo es necesario descartar la existencia de sesgos. Algunos sesgos son conocidos: si en un estudio en oncología se incluyen pacientes sin metástasis, estos pacientes no son representativos de todos los pacientes afectados de la misma forma de cáncer. Pero existen además sesgos desconocidos: en los estudios retrospectivos, los pacientes que han desarrollado una relación negativa con sus facultativos se excluyen de cualquier tipo de seguimiento, en tanto que los que han desarrollado una relación positiva acceden a participar. La muestra incluida en el Katamnesestudie no se obtuvo al azar y no se consideró la posibilidad de un sesgo de autoselección.*
3. *En las encuestas se designa como lip service (literalmente, «servicio de labios») la situación en la que el sujeto entrevistado cumple con una cierta solicitud, pero con el menor esfuerzo posible: las respuestas pueden ser positivas o negativas, simplemente para evitar entrar en una discusión con el entrevistador.*
4. *El valor de la opinión del médico acerca de los resultados que obtiene queda explicada en la siguiente frase de Benjamin Rush (1746-1813):*

Empecé extrayendo cada vez una pequeña cantidad. La aparición de sangre y sus efectos sobre el sistema me satisfizo por su seguridad y su eficacia. Jamás había experimentado yo una alegría tan sublime como la que sentí al contemplar el éxito de mis remedios.⁴

* <http://www.sfi-frankfurt.de/Publikationsverzeichnis>

El doctor Rush se refería a la eficacia de sangría en el tratamiento de los pacientes afectados de fiebre amarilla en ocasión de la epidemia de Filadelfia de 1793.

Valoración metodológica

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron dos grupos de pacientes que no se identificaron como comparables. La valoración de resultados fue de carácter eminentemente subjetivo, tanto en el caso de los pacientes como en el de los terapeutas.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel ME. Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche* 2001;55:193-276
2. Beutel M, Rasting M. Assessing the impact of long-term psychoanalytic and psychotherapeutic treatment on direct and indirect health costs. 31st Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Chicago, 21-25/06/2000
3. Rad M, Klug G, Huber D. Unterwegs zum Wirksamkeitsnachweis von Psychoanalysen und Psychotherapien: Sisyphos zwischen therapeutischer Scylla und methodischer Charybdis. Ein Kommentar aus der Sicht der empirischen Psychotherapieforschung. *Psyche* 2001; 55:311-9
4. Rush B. *An account of the bilious remitting yellow fever as it appeared in the city of Philadelphia in 1793*. Filadelfia: Dobson, 1794

4.4.14

Terapia psicoanalítica o terapia conductual (I) (Brockmann, 2002)

Brockmann J, Schlüter T, Brodbeck D, Eckert J. Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. *Psychotherapeut* 2002;47:347-55

Aproximadamente la tercera parte de las psicoterapias conductuales y de las terapias psicodinámicas financiadas por las Cajas de Enfermedad en Alemania son tratamientos de larga duración, es decir, de entre 25 y 80 horas en el caso de las primeras y de entre 25 y 300 horas en el de las segundas. A fin de determinar la efectividad de ambas orientaciones, se efectuó en las ciudades de Fráncfort y de Hamburgo un estudio prospectivo de carácter naturalístico en el que se incluyeron exclusivamente pacientes diagnosticados como afectos de depresión o de angustia.¹ La edad de los pacientes debía encontrarse entre los 18 y los 45 años.

Los diagnósticos se establecieron de acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales* (DSM-III-R) mediante una Entrevista Clínica Estructurada (SKID). Al iniciar el tratamiento se aplicaron las siguientes escalas psicológicas: Lista de Comprobación de Síntomas (SCL-90), Inventario de Problemas Interpersonales (IIP-D) y Escala de Obtención de Objetivos (GAS). Transcurridos 3½ años tras terminación del tratamiento, los pacientes fueron entrevistados por un psicólogo que no había intervenido en el tratamiento para determinar los posibles cambios respecto a ocupación, tiempo libre, relaciones de pareja, vivencias y comportamiento, sintomatología y problemas interpersonales.

Los 12 psicoanalistas participantes en el estudio disponían de una experiencia profesional media de $9,7 \pm 4,5$ años; la experiencia profesional de los 4 terapeutas comportó $9,2 \pm 3,7$ años. La inclusión de pacientes finalizó cuando se dispuso de 31 casos en cada grupo.

El tratamiento psicoanalítico comportó por término medio 185 entrevistas, en tanto que las terapias conductuales precisaron solamente de 63 entrevistas.

La proporción de pacientes que participaron en la entrevista que tuvo lugar a los 3½ años fue elevada: 28 pacientes en el caso de psicoanálisis y 20 en el de terapia conductual.

Resultados

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes respecto a edad, género, diagnósticos, tratamientos previos y expectativas en cuanto duración de los tratamientos. No obstante, se pudieron constatar las siguientes divergencias:

- los pacientes del grupo de psicoanálisis disponían de un nivel educativo superior a los del grupo de terapia conductual;
- la sintomatología de los pacientes del grupo de terapia conductual era significativamente más grave que la del grupo de psicoanálisis (diferencias significativas en todas las escalas del SCL-90 y en su valor total);
- el número de pacientes tratados con medicación psicotrópica en el grupo de terapia conductual (35%) fue significativamente más elevado que en el grupo de psicoanálisis (0,06%).*

* Error tipográfico en el original; probablemente se trata del 6%, es decir, 2 pacientes.

Como puede observarse en la figura 1, en ambos grupos se comprobó una reducción estadísticamente significativa en todas las escalas de la SCL-90 y en el valor total de la misma (Índice General de Severidad, GSI).

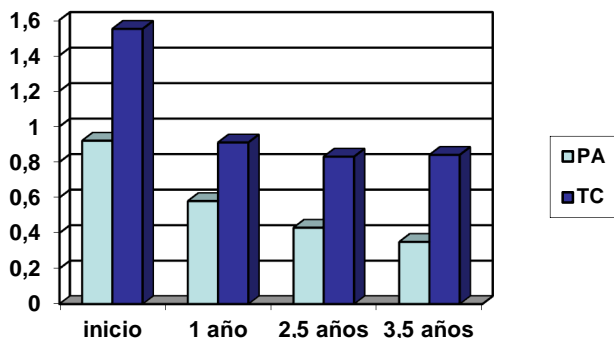


Fig. 1. Curso del Índice Global de Severidad en los grupos de psicoanálisis (PA) y de terapia conductual (TC)

A los 3½ años de la terminación del tratamiento, los valores del Inventario de Problemas Interpersonales se redujeron de forma estadísticamente significativa en 6 de 8 escalas en el grupo de psicoanálisis y en 3 de 8 escalas en el de terapia conductual.

En ambos grupos, la probabilidad de alcanzar los objetivos planteados al inicio aumentó de forma significativa con el transcurso del tiempo.

Discusión

Debido a las diferencias iniciales entre ambos grupos de pacientes, no es permisible proponer una comparación directa de los resultados registrados con los correspondientes procedimientos terapéuticos. De hecho, el Índice General de Severidad se redujo de forma semejante en ambos grupos, pero las diferencias existentes al principio del tratamiento se mantuvieron inmodificadas. Aparte de ello, las modificaciones en el Inventario de Problemas Interpersonales fueron muy reducidas: 32% en el grupo de psicoanálisis y 32% en el de terapia conductual.

Resulta importante constatar que el número de horas de tratamiento en el grupo de psicoanálisis fue tres veces mayor que en el grupo de terapia conductual; en este sentido podría concluirse que esta última opción es desde un punto de vista económico más favorable. No obstante, los autores consideran que esta conclusión no es correcta y afirman que:

La pregunta no es cuál de los dos procedimientos terapéuticos es mejor o más económico, sino cual es el más adecuado para un determinado paciente.

Josef Brockmann terminó en 1980 sus estudios de Psicología en la Universidad de Hamburgo y en 1988 obtuvo la acreditación para ejercer la psicoterapia en el ámbito del seguro oficial de enfermedad. Su consultorio privado se encuentra en Frankfurt am Main.

Thomas Schlüter ejerce la psicoterapia de orientación conductual en Hamburgo.

Jochen Eckert es profesor de Psicología Clínica y Psicoterapia de la Universidad de Hamburgo y junto con Otto Kernberg y Birger Dulz editó *Wir: Psychotherapeuten*, una amplia exposición de los problemas y dificultades profesionales de los psicoterapeutas en Alemania.² En marzo de 2006, Eckert dimitió como miembro de la Comisión Federal Colectiva sobre Psicoterapia debido a que ésta había concluido que la psicoterapia centrada en el cliente de Karl Rogers no estaba científicamente documentada.

Valoración metodológica

Estudio prospectivo en dos grupos comparables de pacientes con trastornos de depresión o angustia diagnosticados mediante DSM-III-R y tratados con terapia conductual (n = 20) o con terapia psicodinámica (n = 28). Valoración de resultados mediante una escala válida y

fiabile (Symptom Checklist-90). El número de pacientes tratados adicionalmente con medicación psicotrópica fue significativamente mayor en el grupo de terapia psicoanalítica.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Brockmann J, Schlüter T, Eckert J. Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytische orientierter und verhaltens-therapeutischer Langzeittherapie. *Psychother Psych Med* 2003;53:163-70
2. Kernberg OF, Dulz B, Eckert J (editores). *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren «unmöglichen» Beruf*. Stuttgart: Schattauer, 2005

4.4.15

Tratamiento de los trastornos de la personalidad (Chiesa, 2003)

Chiesa M, Fonagy P, Holmes J. When less is more: An exploration of psychoanalytically oriented hospital-based treatment for severe personality disorder. *Int J Psychoanal* 2003;84:637-50

En el Hospital de Cassel (Richmond, Reino Unido) y en el National Health Service de North Devon (Barnastaple) se registraron entre 1993 y 1997 los datos de 141 pacientes de 19 a 55 años de edad que cumplían con los criterios diagnósticos correspondientes, por lo menos, a un trastorno de la personalidad y que no presentaban ningún criterio de exclusión (esquizofrenia, psicosis paranoide o trastorno cerebral orgánico). Dos terceras partes de los pacientes pertenecían al género femenino, la mayor parte eran solteras o solteros y una importante proporción había sufrido experiencias traumáticas en su infancia (deprivación materna, abandono, abusos sexuales, violación). Durante el mencionado período, la mitad de estos pacientes se habían autolesionado o habían intentado suicidarse, o ambos incidentes, por lo menos en una ocasión. Estos pacientes fueron distribuidos en tres grupos de tratamiento:

- un grupo ingresado en el hospital durante un año, tratado mediante un programa psicosocial de orientación psicoanalítica;
- un grupo tratado con el mismo programa en régimen de hospitalización durante seis meses, seguido de un período de 18 meses de tratamiento psicoanalítico, dos veces a la semana, y de un período de seis meses de vigilancia sociosanitaria, y
- un grupo que recibió exclusivamente tratamiento psiquiátrico.

Los pacientes fueron evaluados al principio del tratamiento y 6 meses, 12 meses y 24 meses después, considerándose los trastornos de tipo sintomático, los problemas de adaptación social, el funcionamiento global, la utilización de servicios sanitarios y la situación de apego.

En el grupo de pacientes hospitalizados se produjo un importante número de abandonos, de forma que, en promedio, la estancia en el hospital se redujo a nueve meses, mientras que, en el grupo que recibió tratamiento combinado, la duración media de las dos fases de tratamiento fue de 16 meses.

En los dos grupos tratados con psicoterapia psicoanalítica se constató una mejoría de carácter significativo respecto a trastornos sintomáticos, adaptación social y valoración global del estado de salud. El grupo psiquiátrico permaneció sustancialmente inmodificado durante un período de seguimiento de dos años. Las diferencias entre este grupo y los dos grupos tratados mediante psicoterapia resultaron estadísticamente significativas. En el grupo tratado en dos fases (hospitalización y psicoterapia ambulatoria), la mejoría sintomática se incrementó en el intervalo entre los 12 y los 24 meses, en tanto que en el grupo de hospitalización, si bien la mejoría conseguida al final del tratamiento se mantuvo, no se constató ninguna mejoría adicional.

Como se observa en la siguiente tabla,* en el grupo de pacientes de tratamiento combinado, el número de autolesiones se redujo en un 50%, los intentos de suicidio pasaron del 56% al 16% y sólo 1 de cada 10 pacientes tuvo que reingresar en un centro hospitalario.

* Reproducida con autorización de *The International Journal of Psychoanalysis*.

Table 1 — Clinical outcomes in the three samples (figures represent values the year prior to intake, at expected discharge and over the year after expected discharge)

Variable	Purely residential N = 47		Two-phase N = 45		General psychiatric N = 49	
	N	%	N	%	N	%
Self-harm, yes						
Intake	23	48.9	25	55.6	24	49.0
Discharge	31	66.0	14	31.0	18	36.7
24 months follow-up	23	48.9	12	26.7	20	40.8
Attempted suicide, yes						
Intake	21	44.7	25	55.6	20	40.8
Discharge	19	40.4	6	13.3	18	36.7
24 months follow-up	13	27.7	7	15.6	15	30.6
Hospital admission, yes						
Intake	24	51.1	24	53.3	28	57.1
24 months follow-up	21	44.7	5	11.1	16	32.7

Los autores comentan que los pacientes con trastornos de la personalidad que han sido ingresados en una institución experimentan frecuentemente el hecho de ser dados de alta como una expulsión, como si fueran abandonados a su propio destino. Por otra parte, la hospitalización comporta reacciones claustrofóbicas, lo que explica el elevado número de abandonos; por ello, abreviar la duración del internamiento puede considerarse como una medida protectora, de igual modo que continuar el tratamiento de forma ambulatoria proporciona la posibilidad de elaborar estas emociones y facilita una integración más rápida. Este estudio demuestra que un programa de dos fases ofrece mejores resultados que el tratamiento psiquiátrico habitual.

Mario Chiesa es psicoterapeuta del Riverside Mental Health Trust y director del Departamento de Investigación y Formación del hospital de Cassel (Reino Unido).

Comentario

Los datos numéricos de la tabla 1 no resultan fácilmente comprensibles. Además, los autores ofrecen sus conclusiones basándose en porcentajes, lo que al tratarse de muestras reducidas no siempre es lo más adecuado. Por este motivo, los resultados indicados en dicha tabla se han representado en las tres gráficas siguientes, en las que los datos se refieren al año anterior al inicio del tratamiento (inicio), al momento en que los pacientes fueron dados de alta (final) y en el curso de un año después del alta (24 meses).

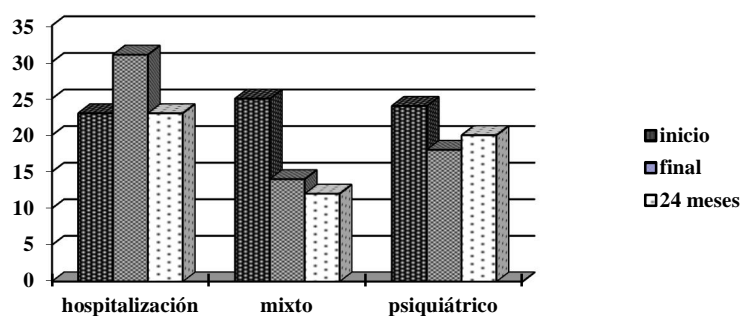


Fig. 1. Autolesiones

En la figura 1 consta el número de pacientes que se autolesionaron en los tres grupos de pacientes: no hay diferencias en el curso del tratamiento hospitalario y se observa una reducción discreta en caso de tratamiento psiquiátrico, que es mucho más marcada en el grupo de tratamiento combinado (grupo mixto). En la figura 2 se puede comprobar una tendencia semejante respecto a los intentos de suicidio: muy marcada en el grupo mixto y limitada en los otros dos grupos.

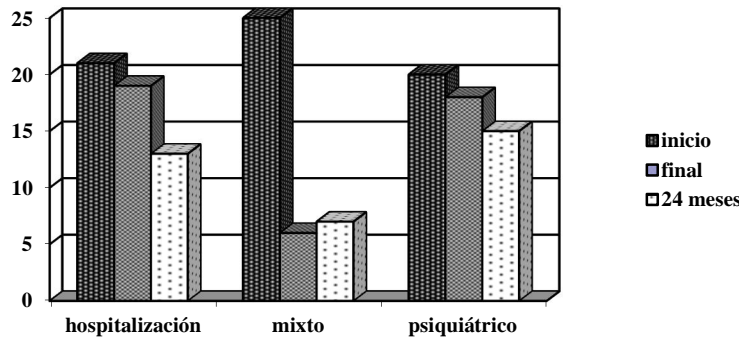


Fig. 2. Intentos de suicidio

La disminución del número de pacientes que debieron reingresar en una institución es evidente en el caso de tratamiento combinado (figura 3); por otra parte, se obtuvieron resultados algo mejores con tratamiento psiquiátrico que con hospitalización.

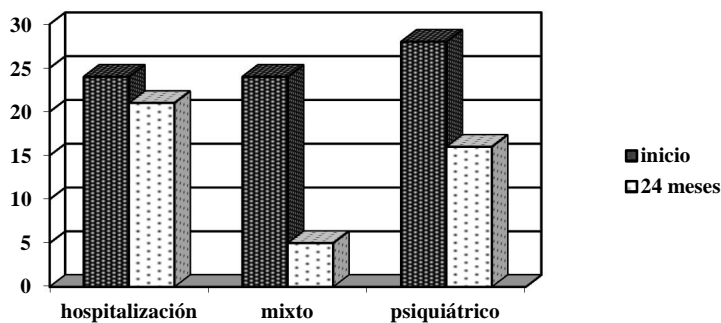


Fig. 3. Ingresos hospitalarios

Por lo tanto, el tratamiento mixto ofrece resultados más favorables en los tres parámetros valorados; el tratamiento psiquiátrico proporcionó mejores resultados que la hospitalización.

El número inicial de pacientes en el grupo de hospitalización fue de 47; en el grupo de tratamiento mixto, de 45, y en el de tratamiento psiquiátrico, de 49. No se proporcionó información respecto al número de abandonos, pero ello carece de interés si abandono se identifica con fracaso terapéutico.

Valoración metodológica

Estudio en que se incluyen tres grupos de pacientes, dos de ellos hospitalizados y el tercero tratado como habitualmente. Un grupo de pacientes hospitalizados recibió tratamiento combinado durante un año y el otro grupo recibió tratamiento en dos fases (18 meses de tratamiento más seis meses de vigilancia); en ambos grupos, importante porcentaje de abandonos. Criterios de evaluación de resultados aceptables, pero la información proporcionada al respecto resulta confusa. Los tres grupos estudiados no se consideran comparables.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencia

1. Chiesa M, Fonagy P, Holmes J. When less is more: An exploration of psychoanalytically oriented hospital-based treatment for severe personality disorder. *Int J Psychoanal* 2003;84:637-50

4.4.16

Terapia psicoanalítica o terapia conductual (II) (Brockmann, 2003)

Brockman J, Schlüter T, Brodbeck D, Eckert J. Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. *Psychother Psych Med* 2003;53:163-70

La determinación de los objetivos de un tratamiento al iniciarlo y la apreciación de los objetivos alcanzados al terminarlo constituyen un elemento básico para valorar la calidad del resultado terapéutico. En el curso de las terapias prolongadas es habitual que el paciente modifique sus objetivos: los cambios que experimenta le conducen al desarrollo de nuevas perspectivas. A fin de registrar objetivamente las modificaciones de los objetivos terapéuticos se han desarrollado diferentes categorías de los mismos; estas categorías resultan muy similares, independientemente de si se trata de valorar los resultados de terapias orientadas psicoanalíticamente o de terapias conductuales.

En ocasión del estudio colaborativo desarrollado en las ciudades de Fráncfort y Hamburgo por 12 psicoanalistas y 4 terapeutas conductuales se planteó:^{1,2}

- a) si los objetivos de la terapia de orientación psicoanalítica eran diferentes de los de la terapia conductual,
- b) si conseguir cambios en la sintomatología era de mayor importancia en el caso de terapia conductual,
- c) si las modificaciones de los objetivos estaban relacionadas con el beneficio terapéutico obtenido, y
- d) si ambos grupos de pacientes se diferenciaban en cuanto el nivel de objetivos conseguidos.

Método

A fin de poder comparar los objetivos individuales de los diferentes pacientes, se desarrolló una escala de categorías de objetivos (tabla 1). Esta escala coincide ampliamente con la desarrollada por Rolf Göllner (Inventario de Berna de Objetivos Terapéuticos).³

TABLA 1. Categorías de objetivos terapéuticos

<i>categorías</i>	<i>conceptos</i>
1	síntomas orgánicos
2	imagen corporal
3	síntomas psíquicos
4	conflictos interpersonales
5	desarrollo de la historia personal
6	encontrar orientación vital
7	otros problemas

Al iniciar el tratamiento se solicitó a los pacientes que especificaran sus objetivos y dieran a cada una de estas categorías la prioridad que consideraran adecuada, de mayor a menor importancia. Esta solicitud se repitió en la entrevista celebrada a los 3½ años de terminar el tratamiento. Los pacientes valoraron la obtención de objetivos mediante una escala de cinco puntos: *no alcanzado, apenas, medianamente, bastante, completamente alcanzado*.

Resultados

Los valores medios del número de objetivos especificados al iniciar el tratamiento fue de $3,4 \pm 1,3$ en el grupo de terapia psicoanalítica y de $3,8 \pm 1,5$ en el de terapia conductual; la diferencia no es estadísticamente significativa. Se encontró una diferencia significativa sólo en la categoría «desarrollo de la historia personal»: los pacientes del grupo psicoanalítico propusieron en esta categoría más objetivos que los del grupo conductual. De hecho, entre ambos grupos no existen diferencias de carácter cuantitativo ni de carácter cualitativo.

En la entrevista inicial se formularon en ambos grupos como máximo 8 objetivos; en la entrevista efectuada un año después de finalizar el tratamiento se formularon como máximo 4 nuevos objetivos, y en las celebradas tras 2½ y 3½ años, 3 nuevos objetivos; no se constataron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes.

En la tabla 2 se detallan los resultados registrados mediante la Escala de Objetivos Alcanzados (Goal Attainment Scaling, GAS).⁴

TABLA 2. Porcentajes de objetivos alcanzados (media \pm desviación estándar).

Grupo	tras 1 año	tras 2,5 años	tras 3,5 años
terapia psicoanalítica	53 \pm 18	63 \pm 20	75 \pm 13
terapia conductual	43 \pm 25	58 \pm 20	63 \pm 25

Mediante análisis de varianza se demostró que en ambos grupos existía una diferencia estadísticamente significativa respecto al incremento de objetivos alcanzados, es decir, el número de objetivos alcanzados aumentó de forma estadísticamente significativa a lo largo de ambos tratamientos.

Respecto a las prioridades de los objetivos, en el grupo de terapia psicoanalítica se otorgó a la categoría «desarrollo de la historia personal» una prioridad significativamente más elevada, y para la categoría «mejoría sintomática», una prioridad significativamente menor. En el grupo de terapia psicoanalítica, el objetivo «desarrollo de la historia personal» obtuvo una prioridad significativamente mayor que la otorgada en el grupo de terapia conductual.

Discusión

Los autores llegaron a las siguientes conclusiones:

- con la excepción de la categoría «desarrollo de la historia personal», al iniciar el tratamiento no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos terapéuticos;
- al completarse un año tras terminación del tratamiento se modificó en ambos grupos la tercera parte de los objetivos iniciales;
- dado que al iniciar el tratamiento, los grupos de pacientes no resultaron comparables, no fue posible determinar si entre ellos existían diferencias en cuanto a la obtención de objetivos terapéuticos.

En conjunto, esta revisión permite confirmar la observación efectuada por Martin E. Seligman en ocasión de la encuesta de *Consumer Reports*: «Este estudio nos demuestra que el tratamiento va más allá de la simple eliminación de síntomas.»⁴

Valoración metodológica

En este estudio comparativo entre terapia psicodinámica y terapia conductual no se definieron claramente las características de los pacientes incluidos en el mismo, no se especificó el tamaño de las muestras, ni el desarrollo del seguimiento, únicamente se consideraron las características de la escala de valoración de resultados (Escala de

Obtención de Objetivos) y los resultados alcanzados al valorar la misma; los autores indican en la discusión de su informe que las características iniciales de los pacientes no resultaron comparables.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (ó)

Referencias

1. Brockman J, Schlüter T, Brodbeck D, Eckert J. Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. *Psychotherapeut* 2002;47:347-55
2. Brockman J, Schlüter T, Brodbeck D, Eckert J. Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. *Psychother Psych Med* 2003;53:163-70
3. Göllner R. Kategorien psychotherapeutischer Zielsetzungen. *Psychother med Psychol* 1983;33:94-100
4. Kiresuk TJ, Sherman RE. Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating community health programs. *Community Mental Health Journal* 1986;4:443-53
5. Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy ó The Consumer Reports Study. *Am Psychologist* 1995;50:965-74

4.4.17

Valoración de las psicoterapias psicoanalíticas (Baruch, 2005)

Baruch C, Gibeault A, Loukomskaïa. Évaluation de psychothérapies psychoanalytiques: une étude pilote. *Cliniques méditerranéennes* 2005;71:259-66

Según los autores, el informe del INSERM puso de manifiesto las deficiencias existentes respecto a la evaluación de los tratamientos psicoanalíticos. Estas deficiencias son debidas a las feroces hostilidades (*farouches hostilités*) de los psicoanalistas a toda cuantificación, cuantificación que suponen que anularía la individualidad del sujeto. El psicoanalista trabaja sobre el inconsciente y el problema del inconsciente es precisamente que es inconsciente.

El objetivo de un tratamiento psicoanalítico consiste en que el individuo reajuste su funcionamiento psíquico, en el sentido de un funcionamiento más fácil, menos exigente, con una mayor flexibilidad en los trámites y las relaciones con los conflictos (internos) y los objetos (tanto internos como externos), flexibilidad que permita conciliar los principios de placer y de realidad. En estas condiciones, ¿cómo valorar los tratamientos psicoanalíticos? Los cuestionarios de auto-observación completados por los pacientes carecen de sentido en cuanto apreciación de la dinámica psíquica, y los de hétero-observación aplicados por los terapeutas interrumpen el proceso de transferencia-contratransferencia cuando el tratamiento se encuentra todavía en curso.

En el Centre de Psychoanalyse et de Psychotherapie E. et J. Kestemberg, dependiente de la Association de Santé Mentale du 13e Arrondissement (París), un grupo de cinco psicoanalistas se propuso desarrollar un instrumento de evaluación del funcionamiento mental desde una perspectiva psicoanalítica.¹ Dicho centro proporciona tratamientos psicoanalíticos gratuitos, consistentes en psicoterapias psicoanalíticas, psicodramas o relajación psicoanalítica. La estructura del centro confiere un carácter institucional a este proyecto de investigación psicoanalítica.

A partir de ciertas propuestas de Rolf Sandell se han desarrollado una serie de ítems que permiten definir las características del funcionamiento psíquico.² Estos ítems consideran los puntos de vista que surgen en cualquier discusión entre psicoanalistas cuando tratan de la organización psíquica de un paciente: «tal paciente se encuentra en completo desacuerdo, el otro pasa inmediatamente a la acción, éste muestra defensas obsesivas muy importantes, otro carece de capacidad de introspección, tal otro tiene un superyó demoledor...». A partir de estas consideraciones se ha elaborado un esquema de valoración de cinco puntos, que discurren entre 0 (ausente) y 4 (predominante). Aparte de las escalas sintomáticas clásicas, se han elaborado dos escalas destinadas a explorar los principales aspectos del funcionamiento mental:

- una escala estudia las diferentes relaciones del sujeto con la realidad de sus conflictos internos o con la realidad de los objetos externos, y consiste en 22 ítems distribuidos en 3 secciones: la primera relacionada con los afectos y las actividades (*actings*), la segunda relacionada con las posibilidades de implicarse en la realidad y la tercera relacionada con las posibilidades de autoobservación, y
- otra escala estudia específicamente el funcionamiento mental y comprende 70 ítems distribuidos en 11 secciones (defensas, identificaciones, capacidades de regresión, funcionamiento del preconscious, formas de relación objetal, insight...).

En conjunto se trata de obtener una perspectiva que permita establecer una relación entre un paciente y la teoría psicoanalítica.

Resultados

Se han recogido y valorado 9 protocolos y las observaciones iniciales permiten suponer que es posible representar la actividad psíquica de un sujeto. De hecho, los patrones de respuesta son muy diferentes de un sujeto a otro. En la tabla 1 se muestra la evaluación del funcionamiento del preconsciente de dos pacientes. Los valores más elevados reflejan la actividad psíquica considerada como más importante para el caso en cuestión. Las cifras en negritas representan los valores superiores a 2,5 y las itálicas, los inferiores a 1,5.

Tabla 1. Ejemplo de valoración de dos pacientes

	<i>Paciente A</i>	<i>Paciente B</i>
Conflictualización	3,0	<i>1,2</i>
Asociatividad	2,2	1,8
Elaboración	1,6	<i>1,2</i>
Recuerdos	2,6	1,8
Fantasmas	2,5	<i>1,4</i>
Capacidad de soñar	2,2	<i>0,4</i>

Estos elementos condujeron a los autores a suponer que este instrumento permite formular lo que hasta entonces no había sido expresado más que de forma teórico-clínica en las discusiones entre analistas. Por otra parte, a pesar del trabajo previo de consenso, se calcula que el nivel de desacuerdo entre los evaluadores es aproximadamente del 16%; no obstante, parece que será posible reducir este porcentaje tratando de clarificar las causas del desacuerdo.

El objetivo a largo plazo consiste en disponer de una cohorte de pacientes seguidos a lo largo de su tratamiento, lo que permitirá cuantificar los cambios, no en términos de síntomas o de comportamientos, sino considerando como elemento básico la valoración de la dinámica psíquica.

Clarisse Baruch es profesora emérita de la Université Paris Ouest Nanterre La Défense. En 1987 se doctoró en Psicología en la Université René Descartes (Paris V) y entre 1988 y 2003 fue profesora de Psicología Clínica y Psicopatología en la Universidad de Reims. Desde 1996 es psicoanalista del Centre de Psychothérapie et de Psychanalyse E. et J. Kestemberg (París).

Alain Gibeault es psicoanalista docente y supervisor de la Asociación Psicoanalítica de París y director del Centre de psychothérapie et de psychanalyse E. et J. Kestemberg (París).

Marina Loukomskaïa, de origen ruso, es doctora en Medicina y colaboradora del mencionado centro.

Valoración metodológica

En este estudio se ha desarrollado una escala de funcionamiento psíquico que se considera útil para futuros estudios de cohortes. No es apropiado como valoración de la eficacia de la terapia psicodinámica prolongada.

Referencias

1. Baruch C, Gibeault A, Loukomskaïa. Évaluation de psychothérapies psychoanalytiques: une étude pilote. *Cliniques méditerranéennes* 2005;71:259-66
2. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Rand H. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings of the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 2000;81:921-43

4.4.18

Psicoterapia ambulatoria: modelo conversacional (Korner, 2006)

Korner A, Gerull F, Meares R, Stevenson J. Borderline personality disorder treated with the conversational model: a replication study. *Compr Psychiatry* 2006;47:406-41

En la introducción de su informe, Anthony Korner et al. indican que el seguimiento de la cohorte de pacientes con trastornos de la personalidad estudiada inicialmente por Janine Stevenson y Russell Meares permitió comprobar que los beneficios sintomáticos y conductuales registrados al final del tratamiento (reducción de la angustia y de los síntomas afectivos, reducción de las autolesiones, de la violencia, de las visitas médicas y de las hospitalizaciones) se mantuvieron inmodificados tras un período de observación de cinco años.^{1,2} Se refieren asimismo a John Gunderson, quien resaltó la importancia de reproducir los resultados de dicho estudio y de compararlos con los de un grupo de control.³

El objetivo del estudio de Korner et al. consistió en reproducir los resultados registrados en 1992 en la cohorte de Stevenson y Meares (cohorte original).¹ Este nuevo estudio se refiere a una cohorte de 29 pacientes diagnosticados de acuerdo con los criterios del DSM-III-R como trastornos límite de la personalidad y tratados entre 1994 y 2001 mediante un modelo de psicoterapia conversacional durante 12 meses (nueva cohorte).⁴ Esta cohorte fue comparada con un grupo de 31 pacientes que se encontraron en lista de espera durante 12 meses y que fueron «tratados de la forma habitual», es decir, con atención psiquiátrica estándar y ayuda en caso de crisis (cohorte de control). Entre ambos grupos no se constataron diferencias sociodemográficas estadísticamente significativas. Todos los pacientes incluidos en el estudio otorgaron su consentimiento informado.

El tratamiento estudiado se basó en considerar el trastorno límite de la personalidad como consecuencia de un problema en el desarrollo del *self* y consistió en el modelo conversacional de psicoterapia desarrollado por Robert Hobson y Russell Meares. Este modelo se describe, en general, como una modificación de la psicoterapia psicodinámica, aunque en realidad se basa en escuchar al paciente con una mayor empatía que la utilizada en la interpretación psicoanalítica, así como en desarrollar un lenguaje de «sentimientos comunes». El modelo conversacional considera que el objetivo de la terapia es permitir el desarrollo del *self* del paciente estimulando un relato conversacional denominado «soledad-compañerismo» (*aloneness-togetherness*), lo que se relaciona con la idea de Donald Winnicott acerca de la importancia de ser capaz de sentirse solo en presencia de otro (*to be alone in the presence of another*).

Todos los pacientes fueron valorados inicialmente con la Escala de Severidad de Westmead, basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno límite de la personalidad. La Escala de Valoración Global de la Funcionalidad (Global Assessment of Functioning Scale, GAS) se utilizó como indicador del funcionamiento social general. Además, se consideraron el número de intentos de autolesiones, el de visitas médicas y el de admisiones hospitalarias.

La valoración estadística se hizo a partir de un análisis de la varianza y de un modelo de efectos mixtos del paquete S-PLUS Version 2.

Resultados

Como se indica en la tabla 1, respecto a los criterios totales de sintomatología según el DSM-III-R no se encontraron diferencias basales entre la nueva cohorte y el grupo de control, mientras que la diferencia entre ambos grupos tras un período de observación de 12 meses fue estadísticamente significativa en sentido de eficacia terapéutica. Los resultados registrados con la nueva cohorte son muy semejantes a los de la cohorte original.

TABLA 1. Comparación de los cambios observados en las tres cohortes estudiadas

cohortes	criterio diagnóstico total (DMS-III-R)		valoración global de funcionalidad	
	inicio	12 meses	inicio	12 meses
original	17,40 ± 2,87	11,03 ± 4,67	--	--
nueva	14,80 ± 3,61	9,24 ± 6,15	48,00 ± 13,7	64,56 ± 18,7
control	14,27 ± 3,90	13,00 ± 3,02	44,85 ± 11,2	50,68 ± 13,7

Respecto a la valoración global de funcionalidad, mediante análisis de la varianza se comprobó en la nueva cohorte una mejoría clínica altamente significativa tras un año de tratamiento. En el grupo de control se registró un pequeño cambio que no alcanzó significación estadística.

No se observaron cambios en la frecuencia de contactos médicos en los dos grupos estudiados. Los episodios de autolesiones y el número de ingresos hospitalarios (urgencias) disminuyeron en el grupo tratado y se incrementaron en el grupo de control. En la tabla 2 se reproducen los correspondientes datos cuantitativos.

TABLA 2. Porcentajes de pacientes con autolesiones e ingresos hospitalarios (urgencias)

cohortes	autolesiones		urgencias	
	mejor	peor	mejor	peor
nueva	41,3%	3,4%	34,6%	15,3%
control	17,8%	46,6%	10,7%	57,1%

Conclusiones

Los resultados obtenidos en una cohorte de pacientes tratados con un modelo conversacional de psicoterapia psicodinámica fueron semejantes a los registrados diez años atrás al aplicar por primera vez este tratamiento a un grupo de pacientes de las mismas características. Los autores concluyen que el modelo conversacional constituye una base teórica coherente para el tratamiento ambulatorio de los trastornos límite de la personalidad.

Anthony Korner es psiquiatra, psicoterapeuta, profesor emérito de Medicina Psicológica de la Universidad de Sidney, Australia, y colaborador del Brain Dynamics Centre, de la misma universidad, dedicado a la investigación básica en neurología y psiquiatría.

Valoración metodológica

Se comparó un grupo de pacientes con trastorno límite de la personalidad (n = 29) tratados con psicoterapia conversacional con un grupo de pacientes afectados del mismo proceso (n = 31) que se encontraban en lista de espera; los datos sociodemográficos de ambos grupos fueron comparables; todos los pacientes otorgaron su consentimiento informado; criterios de valoración de resultados (escala de severidad de Westmead) adecuados a los objetivos del estudio.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:358-62
2. Stevenson J, Meares R, DeAngelo R. Five year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. *Psychol Med* 2004;34:1-9
3. Gunderson JG. *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001
4. Korner A, Gerull F, Meares R, Stevenson J. Borderline personality disorder treated with the conversational model: a replication study. *Compr Psychiatry* 2006;47:406-41

4.4.19

El estudio Heidelberg-Berlín (Grande, 2006)

Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawitz B, Langer M, Oberbracht C, Stehle S, Stennes M, Rudolf G. Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research* 2006;16: 470-85

En la introducción del artículo, los autores indican que en el ensayo clínico randomizado (ECR) se incluyen habitualmente grupos homogéneos de pacientes, en tanto que en la práctica clínica el terapeuta se encuentra con diagnósticos que conllevan diversos procesos patológicos en un mismo paciente.¹ Por este motivo, en este estudio no se intentó homogeneizar los grupos de pacientes según los diagnósticos, lo que coincide con la perspectiva psicodinámica según la cual las características latentes, como conflictos inconscientes y algunos aspectos de la organización de la personalidad, tienen mayor importancia para la labor terapéutica que los diagnósticos basados en la sintomatología del paciente.

Los autores mencionan también que, en el caso de tratamientos de larga duración, los pacientes rechazan ser tratados al azar con diferentes opciones terapéuticas. Citan a Knekt y Lindfords, quienes informaron que la propuesta de participar en un estudio de tres años de duración que incluía de dos a tres sesiones semanales fue rechazada por el 20% de los pacientes.² De hecho, el 29% de los pacientes contactados en el estudio Heidelberg-Berlín se negaron a participar en el mismo, de lo que se concluye que en tratamientos de larga duración es especialmente difícil cumplir con las exigencias del ensayo clínico randomizado.

Por dichos motivos se recurrió a un diseño prospectivo, naturalista, cuasi-experimental, en el que se compararon dos alternativas terapéuticas:

- a) la terapia psicodinámica (PD), una orientación focal que incorpora elementos de soporte, y
- b) la terapia psicoanalítica (PA), que constituye un proceso de carácter regresivo (utilización del diván, neutralidad por parte del analista) que da valor a la transferencia y cuyo objetivo es conseguir cambios estructurales de la personalidad.

Se trata en ambos casos de tratamientos de larga duración, si bien la terapia PA implica más sesiones semanales y suele ser más prolongada que la PD.

El estudio se inició en 1997 y fue coordinado por el Departamento de Medicina Clínica General y Psicosomática de la Universidad de Heidelberg y en él participaron psicoterapeutas de Heidelberg y de Berlín. Todos ellos disponían de acreditación de la Asociación Alemana de Psicoanálisis, Psicoterapia, Psicosomática y Psicología Profunda (DGPT). Veintiséis eran psicólogos y 22, médicos; su experiencia profesional se extendía a $20 \pm 7,59$ años; de acuerdo con ello, pueden ser considerados como psicoterapeutas con una formación adecuada y con suficiente experiencia clínica. No se utilizaron manuales terapéuticos. Cada analista aportó como máximo un caso de tratamiento PA y un caso de tratamiento PD. El número de sesiones fue de $310,0 \pm 102,9$ en el grupo PA, y de $71,1 \pm 25,5$ en el grupo PD.

Los pacientes que se incluyeron ya estaban recibiendo tratamiento con uno de dichos procedimientos; por lo tanto, no se asignaron al azar a los mencionados grupos terapéuticos. Se procuró que fueran comparables en cuanto a edad, género y nivel educativo. Se excluyeron los menores de 18 años y los que padecían trastornos psicóticos.

La severidad del trastorno, que debía ser sustancial, se definió según la escala de puntuación de la severidad del deterioro (Beeinträchtigungsschwere-Score, BSS)³ y según el nivel de integración estructural del paciente de acuerdo con el Diagnóstico Psicodinámico Operacional (Operationalized Psychodynamic Diagnostic, OPD).⁴ Esta valoración fue efectuada por expertos independientes mediante registros audiovisuales de entrevistas que tuvieron lugar antes del inicio del tratamiento. El objetivo consistió en incluir 36 casos en cada grupo terapéutico. En el artículo se proporcionan los datos necesarios para construir el diagrama de flujo de inclusión de pacientes (tabla 1).

Al exponer los resultados del estudio, el primer punto se refiere a la comparabilidad entre ambos grupos: la edad media en el grupo PA fue $36,6 \pm 8,2$ años y de $38,1 \pm 0,8$ años en el grupo PD; la proporción de hombres y mujeres fue, respectivamente, de 68,8% y 31,2% en el grupo PA y de 63% y 37% en el grupo PD. Los autores analizan también las diferencias respecto a nivel de educación, tratamientos previos, diagnósticos y severidad del trastorno: no se encuentran en ningún caso diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los diagnósticos más frecuentes consistieron en procesos depresivos, seguidos de trastornos de ansiedad y de somatizaciones.

La evaluación de la eficacia del tratamiento al finalizarlo y un año después de su terminación se basó en la opinión de los propios pacientes expresada mediante el Índice de Severidad Global (GSI) de la versión en alemán de la Symptom Checklist-90-Revised y del Inventario de Problemas Interpersonales (Inventory of Interpersonal Problems, IIP).^{5,6} Por último, el significado estadístico y clínico de los cambios observados se efectuó caso por caso de acuerdo con el Índice Fiable de Cambio (Reliable Change Index, RCI) propuesto por Jacobsen en 1991, y que se calculó para cada escala tomando en cuenta su desviación estándar y la fiabilidad del instrumento.⁷

TABLA 1. Diagrama de flujo

	<i>total</i>	<i>PA</i>	<i>PD</i>
Tamaño inicial de la muestra	144 casos		
Pacientes que rechazaron participar	42 casos		
Severidad excesiva según el analista	20 casos		
Problemas de comparabilidad	6 casos		
Total de pacientes incluidos inicialmente	76 casos		
Abandonos poco después del inicio	4 casos		
Incluidos en el estudio	69 casos	35 casos	34 casos
Abandono del tratamiento	5 casos	3 casos	2 casos
Abandono del estudio	5 casos	0 casos	5 casos
Completaron el tratamiento	62 casos		
Modificaron el tratamiento	3 casos		
Tratamiento completado sin modificación	59 casos	32 casos	27 casos
Completaron seguimiento (12 meses)	54 casos	29 casos	25 casos

Para evaluar la diferencia entre los efectos terapéuticos de ambos tratamientos se aplicó un análisis de la varianza para comparación de dos grupos con mediciones repetidas. En relación con los cambios observados en el índice GSI, los autores identifican en el grupo PA un efecto altamente significativo al finalizar el tratamiento [$F(56,1) = 51,85; p = 0,001$] y un año después de su terminación [$F(52, 1) = 68,66; p = 0,001$]. La magnitud del cambio (valor d de Cohen) en el grupo PA fue de 1,54 al finalizar el tratamiento y 1,58 un año después; en el grupo PD los valores correspondientes fueron 0,92 y 1,04.⁸ La valoración estadística de los cambios experimentados por el IIP proporciona resultados similares.

Los autores consideran que el criterio proporcionado por el Reliable Change Index no es suficiente para evaluar clínicamente los resultados terapéuticos, por lo que introducen un nuevo parámetro, la «significación clínica», que resulta de sumar dicho índice y el paso de una distribución disfuncional a una distribución funcional experimentado por el paciente.

En la tabla 2 se encuentran los cambios correspondientes al índice de severidad global (GSI) y al inventario de problemas interpersonales (IIP) observados en ambos grupos al

finalizar el tratamiento, y en la tabla 3 se reflejan los mismos datos al comparar los valores iniciales con los registrados a los 12 meses de la terminación del tratamiento.

TABLA 2. Cambios clínicamente significativos entre inicio y final del tratamiento en los grupos de terapia psicoanalítica (PA) y de terapia psicodinámica (PD)

Significación clínica	GSI (SCL-90-R)		IIP (puntuación total)	
	PA (n = 31)	PD (n = 27)	PA (n = 32)	PD (n = 26)
Mejoría	19 (61,3%)	10 (37,0%)	15 (46,9%)	7 (26,9%)
Sin mejoría	12 (38,7%)	17 (63,0%)	17 (53,1%)	19 (73,1%)

TABLA 3. Cambios clínicamente significativos entre inicio y al año de finalizar el tratamiento en los grupos de terapia psicoanalítica (PA) y de terapia psicodinámica (PD)

Significación clínica	GSI (SCL-90-R)		IIP (puntuación total)	
	PA (n = 29)	PD (n = 25)	PA (n = 28)	PD (n = 24)
Mejoría	15 (51,7%)	6 (24,0%)	12 (42,9%)	6 (25,0%)
Sin mejoría	14 (48,3%)	19 (76,0%)	16 (57,1%)	18 (75,0%)

Estos datos permiten extraer las siguientes conclusiones:

- Según el Índice Global de Severidad, en el grupo tratado con terapia psicoanalítica, se observó al finalizar el tratamiento mejoría clínicamente significativa en el 60% de los pacientes; este porcentaje se redujo a un 50% cuando se compararon los valores iniciales con los registrados un año después de la terminación del tratamiento. En el grupo tratado con psicoterapia psicodinámica, al finalizar el tratamiento se obtuvo mejoría clínicamente significativa en el 37% de los pacientes, en tanto que a los 12 meses este porcentaje se redujo al 24%.
- Según el Inventario de Problemas Interpersonales (IIP, Inventory of Interpersonal Problems), en el grupo tratado con psicoterapia psicoanalítica había mejorado el 47% de los pacientes al finalizar el tratamiento, porcentaje que, en el control efectuado un año después, permaneció prácticamente inmodificado, mientras que en el grupo tratado con psicoterapia psicodinámica, al finalizar el tratamiento mejoró el 25% de los pacientes, cifra que se incrementó al 75% al comparar los valores iniciales con los registrados un año después de terminado el tratamiento.

Tilman Grande, descendiente de una familia de hugonotes, obtuvo el doctorado en Psicología en 1997 en la Ruprecht-Karls Universität (Heidelberg) y es colaborador científico del Departamento de Medicina Psicosomática (director: Prof. Gerd Rudolf) de la Clínica Universitaria de Heidelberg.

Comentario

- I. *Al contrario de lo que afirman Grande et al., el ensayo clínico tiene su razón de ser precisamente en el hecho de que en la práctica clínica los pacientes no son estructuras uniformes, sino que difieren en cuanto a edad, género, educación y enfermedades concomitantes, así como en cuanto a algunos factores desconocidos que pueden explicar que, aunque los grupos sean aparentemente uniformes, los resultados terapéuticos puedan ser dispares.*

Por otra parte, los criterios de homogeneización son importantes para llegar a conocer a qué pacientes se aplicarán los resultados. Si sólo se tratara de reducir la variabilidad, ello podría compensarse con una muestra de mayor tamaño. Inicialmente es preciso reunir a los pacientes en un solo grupo y luego asignarles al azar a una u otra opción terapéutica, lo que implica subdividir el grupo inicial en dos grupos que, por definición, resultarán comparables.

- II. *Es difícilmente aceptable que el rechazo a participar en un ensayo clínico sea un factor determinante de la viabilidad de un proyecto de investigación clínica. En una breve revisión bibliográfica sobre este tema se registran porcentajes de rechazo muy superiores a los mencionados por Grande et al. En ensayos en psiquiatría, hasta el 49% de los pacientes se niegan a participar en un ensayo clínico controlado; en oncología este porcentaje llega también al 49% y en un estudio multicéntrico en personas mayores de 75 años alcanzó un 57%. En la siguiente tabla se resumen los datos en cuestión:*

<i>Estudios</i>	<i>N</i>	<i>rechazo</i>	<i>%</i>
Estudio de clozapina ⁹	384	129	33,6
Tratamiento de la agresión comunitaria ⁹	218	19	8,7
Estudio de riesgo de infección por VIH ⁹	178	14	7,9
Estudio de actividades carcelarias ⁹	396	15	3,8
Estudios del National Cancer Institute ¹⁰	-	-	14,0
Quimioterapia con doxorubicina ¹⁰	-	-	36,0
Estudio canadiense en oncología ¹⁰	79	35	44,3
Tratamiento del dolor postoperatorio ¹¹	-	-	16,7
Estudios en oncología ¹²	1303	190	14,6
Estudio en pediatría ¹³	-	-	49,0
Estudio en pediatría ¹³	-	-	37,0
Estudio en pediatría ¹³	-	-	12,5
Ginkgo y evaluación de la memoria ¹⁴	12.186	6.944	57,0

No obstante, el mencionado argumento se ha utilizado de forma repetida para negar la posibilidad de evaluar la eficacia del psicoanálisis mediante ensayos clínicos aleatorizados.

- III. *Cuando se comparan dos procedimientos terapéuticos administrados a dos grupos de pacientes es preciso averiguar, en primer lugar, si estos grupos (muestras) proceden de la misma población. El requisito imprescindible para efectuar esta comprobación es que las muestras hayan sido obtenidas al azar. Si entre los dos grupos existen diferencias significativas en cuanto a parámetros conocidos (género, edad, nivel de educación), se concluye que las muestras no son comparables (es decir, proceden de poblaciones diferentes) y que, por lo tanto, las diferencias que se observen los resultados terapéuticos pueden ser debidas a factores distintos a la intervención estudiada. Sin embargo, no encontrar diferencias entre los grupos no significa que se haya demostrado que éstas no existan («la ausencia de pruebas no es prueba de ausencia»). En un estudio observacional, las pruebas de homogeneidad basal pueden servir para concluir que los grupos eran diferentes, pero no para establecer que eran comparables. Aparte de ello, no es posible descartar un sesgo de selección. ¿Qué ha provocado que el paciente o el profesional opten por una u otra alternativa terapéutica? Existen infinidad de variables que podrían originar diferencias iniciales entre los grupos, diferencias que pueden influir de forma decisiva en el resultado final.*
- IV. *El valor de las pruebas de significación estadística es dudoso si no se ha procedido previamente a asignar los tratamientos de forma aleatoria a ambos grupos de pacientes. En el estudio Heidelberg-Berlín se efectuó una valoración estadística que permitió concluir que al final del tratamiento los pacientes estaban mejor, pero no que ello hubiera sido efecto del tratamiento. Esta valoración no responde a las preguntas:*
- *¿cómo habrían evolucionado los pacientes si no hubieran sido tratados?*
 - *¿la evaluación se efectuó en condiciones de anonimato?*
 - *¿existe un efecto placebo?*

- V. *Suponiendo que los pacientes proceden de la misma población, la única comparación válida es la efectuada «entre» los dos grupos estudiados. En la discusión del artículo no se menciona razón alguna que explique la importante diferencia entre la valoración del índice de problemas interpersonales al terminar el tratamiento y la valoración un año después de su terminación. Por otra parte, los autores comparan ambos grupos mediante la prueba exacta de Fisher y llegan a los siguientes resultados:*

	inicio - final	inicio - 12 meses
Índice de Severidad Global	$p = 0,057$	$p = 0,099$
Inventario de Problemas Interpersonales	$p = 0,099$	$p > 0,05$

Estos datos llevan a la conclusión de que las ligeras diferencias que se encuentran entre los dos grupos terapéuticos a favor de la alternativa psicoanalítica no justifican por sí mismas el esfuerzo relativamente elevado que ésta exige, excepto si conduce a los profundos cambios estructurales que persigue el psicoanálisis; esta posibilidad es el objetivo de un estudio que se halla en curso.

- VI. *En el artículo no se discute la posibilidad de que las diferencias observadas entre las alternativas terapéuticas estudiadas sean debidas no a mecanismos de acción distintos sino a dosis diferentes, es decir, la terapia psicoanalítica tal vez sea más eficaz que la terapia psicodinámica simplemente porque se administra en dosis unas cuatro veces más elevadas. Proponer un estudio comparativo en el que ambos procedimientos se administren con idéntica frecuencia no parece disparatado.*

Valoración metodológica

Comparación entre un grupo de 36 pacientes tratados con terapia psicodinámica y un grupo del mismo tamaño tratado con terapia psicoanalítica; características sociodemográficas y psicopatológicas comparables. Criterio de valoración (Índice de Severidad Global) apropiado a los objetivos del estudio.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawitz B, Langer M, Oberbracht C, Stehle S, Stennes M, Rudolf G. Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research* 2006;16: 470-85
2. Knekt P, Lindfors O. *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders*. Helsinki: Edita Prima, 2004
3. Schepank H. *Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Göttingen: Beltz, 1995
4. OPD Task Force. *Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD). Foundations and manual*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber, 2001
5. Franke G. *The Derogatis Symptom Checklist*. Göttingen: Beltz, 2002
6. Horowitz LM, Strauss B, Kordy H. *Inventory of Interpersonal Problems*. Göttingen: Beltz, 2000
7. Jacobsen NS, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59:12-9
8. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Nueva York: Academic Press, 1977
9. Covell NH, Linda K, Frisman LK, Essock SM. Rates of refusal to participate in research studies among men and women. *Psychiatric Services* 2003;54:1541-4
10. Shim DS, Spece RG. Rate of refusal to participate in clinical trials. *IRB* 1992;42:7-9
11. Van den Berg L, Lobatto RM, Zuurmond WWA, de Lange JJ, Wagemans MFM, Bezemer PD. Patients' refusal to participate in clinical research. *Eur J Anaesthesiol* 1997;14:287-9

12. Midathada MV, Spencer T, Mack K, Erkman L, Govindarajan R. Influence of demographics on patient refusal to enroll into clinical trials. *Journal of Clinical Oncology* 2005;23 (Supplement): 6038
13. Goodman M, Black AMS. Consent rates in clinical trials. *Pediatrics* 1994;93:A56
14. Fitzpatrick AL, Fried LP, Williamson J, Crowley P, Posey D, Kwong L, Bonk J, Moyer R, Chabot J, Kidoguchi L, Furberg CD, DeKosky ST for the GEM Study Recruitment of the elderly into a pharmacologic prevention trial. The Ginkgo Evaluation of Memory Study experience. *Contem Clin Trials* 2006;27:541-53

4.4.20

El estudio TRANS-OP (Puschner, 2007)

Puschner B, Kraft S, Kächele H, Kordy H. Course of improvement over 2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychol Psychother* 2007;80:51-68

Desde 1967, el tratamiento psicoanalítico a largo plazo en Alemania forma parte de las prestaciones del Seguro Oficial de Enfermedad. Todos los trabajadores con ingresos inferiores a 3.900,00 euros mensuales están obligados a aportar aproximadamente el 15% de su salario bruto a un Fondo de Enfermedad (Krankenkasse). En el caso de ingresos superiores, es posible asegurarse en una Krankenkasse o en una entidad de seguro privado de enfermedad. En 2006 existían en Alemania 253 Krankenkassen con un total de unos 70 millones de asegurados, es decir, el 91% de la población. El seguro privado de enfermedad agrupa unas 75 empresas, de las cuales Deutsche Krankenversicherung AG es la mayor, con un total de 3.138.658 asegurados a principios de 2006.

En las Krankenkassen, los tratamientos psicoterapéuticos deben ser autorizados previamente, para lo que se exige el informe de un médico o un psicólogo debidamente acreditados; la financiación de un psicoanálisis está limitada a 300 sesiones, con una frecuencia máxima de tres sesiones semanales. En el seguro privado no se exige autorización previa, pero la financiación y la duración del tratamiento dependen de la tarifa que se haya concertado.

Deutsche Krankenversicherung AG (DKV AG) ha calculado que la psicoterapia aumenta de forma considerable los costes de la atención sanitaria: el presupuesto medio antes del tratamiento psicoterapéutico es de 4.236,13 euros por paciente y año; esta cifra se incrementa en promedio hasta 7.430,65 euros en el primer año de tratamiento psicoterapéutico. Este hecho indujo a DKV AG a patrocinar un estudio destinado a comprobar las bases científicas de la psicoterapia ambulatoria: se trata del estudio TRANS-OP (Transparency and Outcome Orientation in Outpatient Psychotherapy), en el que se propuso estudiar una muestra de 932 pacientes que habían solicitado tratamiento psicoterapéutico entre septiembre de 1998 y febrero de 2000.

La coordinación del estudio fue responsabilidad de la Forschungsstelle für Psychotherapie (Unidad de Investigación de Psicoterapia), localizada en la Universidad de Heidelberg. Bernd Puschner y Horst Kächele (respectivamente, Departamento de Psiquiatría y Departamento de Medicina Psicosomática, Universidad de Ulm) y Susanne Kraft y Hans Kordy (Hospital Universitario de Heidelberg) han publicado los primeros resultados de este estudio, en el que se compararon dos formas de tratamiento analítico respecto a las siguientes dimensiones:¹

- a) trastornos iniciales (síntomas, trastornos somáticos, problemas interpersonales);
- b) evolución de la sintomatología;
- c) factores predictivos del resultado clínico;
- d) curso clínico tras tratamiento breve y tras tratamiento a medio o largo plazo;
- e) curso de los trastornos tras finalización del tratamiento.

El diseño experimental preveía que los pacientes proporcionaran información sobre su situación personal en cinco ocasiones en el curso de dos años y que los terapeutas expusieran su juicio clínico al iniciar el tratamiento y un año y medio después. Consintieron en participar

en el estudio 616 pacientes; de ellos 144 recibieron tratamiento psicoanalítico y 472, psicoterapia psicodinámica. El cuestionario inicial fue completado por 312 terapeutas (81 psicoanálisis y 231 psicoterapias) y el segundo cuestionario, por 274 (75 psicoanálisis y 199 psicoterapias).

Los pacientes recibieron un cuestionario al iniciar el tratamiento y a los 18 meses y los dos años después del principio del mismo; completaron además dos valoraciones intermedias, administradas al azar a las 4, 8, 16, 26, 40, 52 o 64 semanas de tratamiento. El trastorno psicológico se valoró mediante la versión alemana de la Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), utilizándose como indicador el Índice Global de Severidad, que proporciona el valor medio de los 90 ítems de la SCL-90-R.² Junto a ello se aplicaron las siguientes escalas:

- a) la versión alemana del Cuestionario de Resultados (Outcome Questionnaire, OQ-45.2), con 11 ítems de cinco puntos, para valorar las relaciones interpersonales;³
- b) el Cuestionario de Molestias de Giessen (Giessener Beschwerdebogen, GBB-24) con 24 ítems de cinco puntos, como indicador subjetivo de los trastornos somáticos;⁴
- c) el Cuestionario sobre Satisfacción de Vivir (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, FLZ), que valora ocho áreas de la calidad de vida;⁵
- d) y la versión alemana del Cuestionario de Ayuda de la Alianza Terapéutica (Helping Alliance Questionnaire), con 11 ítems de seis puntos, destinado a valorar la relación entre paciente y terapeuta.⁶

El terapeuta proporcionó información diagnóstica de acuerdo con la *Clasificación Internacional de Enfermedades-10* de la Organización Mundial de la Salud, publicada en 1993, así como el Índice de Daños (Impairment Score, IS), que considera 3 ítems de cinco puntos sobre problemas psicológicos, somáticos y sociales;⁷ también completó el Helping Alliance Questionnaire para dar el punto de vista del terapeuta sobre sus relaciones con el paciente.

Inicialmente, dos terceras partes de los pacientes aquejaban problemas en las relaciones interpersonales, dos terceras partes se encontraban gravemente insatisfechos con sus vidas y el 60% informó acerca de trastornos somáticos graves. La calidad de la relación con los terapeutas fue calificada como muy satisfactoria, sin que al respecto se observaran diferencias entre las dos formas de psicoterapia estudiadas. Los pacientes comenzaron el tratamiento con un nivel considerable de trastorno psicológico: el Índice Global de Severidad se situó sustancialmente por encima del percentil 95 de la población representativa; dicho percentil delimita los casos de trastorno grave.

La duración media del tratamiento fue de 21,4 meses para psicoanálisis y de 16 meses para psicoterapia psicodinámica.

El curso clínico se valoró según el cambio en la severidad de la sintomatología definida según la SCL-90-R. El resultado queda reflejado en la gráfica reproducida en la figura 1, en la que las líneas horizontales se refieren al percentil 68 (que distingue «trastorno» de «no trastorno») y al percentil 95 (que distingue «trastorno grave» de «trastorno»). En esta gráfica se comprueba que, antes de iniciar el tratamiento ambulatorio, los pacientes experimentaron una marcada mejoría de su sintomatología, aunque debe señalarse que el número de observaciones fue muy bajo. Los participantes del grupo de psicoanálisis iniciaron el tratamiento con una situación algo más deficiente que los del grupo de psicoterapia psicodinámica, y mejoraron algo más rápidamente, pues a los 17 meses habían superado la zona de trastornos más graves (un mes antes que los del grupo de psicoterapia psicodinámica), pero estas diferencias no son estadísticamente significativas.

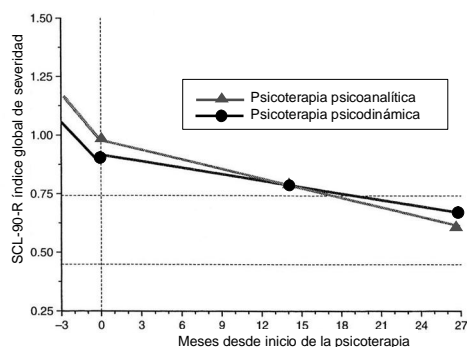


Fig. 1. Evolución de la sintomatología antes y en el curso del psicoanálisis y de la psicoterapia psicodinámica.

A los dos años de tratamiento, el criterio de mejoría clínica significativa, obtenido cuando se cumple el criterio de «cambio clínico fiable» (*reliable clinical change*)⁸ y se supera el percentil 98, pudo ser aplicado al 29,5% de los sujetos, correspondiendo el 28,1% al grupo de psicoanálisis y el 30,0% al de psicoterapia psicodinámica.

Los autores señalan que resulta sorprendente que entre psicoanálisis y psicoterapia no se observaran diferencias en cuanto a la evolución de la sintomatología, sobre todo si se considera que la duración del tratamiento fue más prolongada en el primer caso. También resulta asombroso que la sintomatología disminuyera más rápidamente antes de iniciar los tratamientos que en el curso de los mismos: más de una tercera parte de la mejoría observada durante dos años de tratamiento se había alcanzado en la fase anterior a la iniciación del mismo. Este dato puede explicarse sencillamente por un fenómeno de regresión a la media o bien mediante lo que se ha descrito como «efecto del tirador de la puerta»: la posibilidad de iniciar un tratamiento esperado durante largo tiempo despierta esperanzas que se traducen en una mejoría inicial de la sintomatología.^{9,10}

La intensidad del trastorno inicial fue el único factor relacionado con el resultado del tratamiento: en ambos grupos experimentales, los casos más graves evolucionaron más favorablemente. En cambio, la calidad inicial de la relación entre analista y paciente no influyó en el resultado terapéutico obtenido, a diferencia de lo que se concluye en la revisión de Beutler.¹¹ El número de sesiones terapéuticas tampoco estuvo relacionado con el resultado del tratamiento.

Bernd Puschner nació en 1965 en Tegernsee (Baviera, Alemania) y en 1990 inició sus estudios de Psicología en la Universität des Saarlandes. Entre 1996 y 1998 fue colaborador científico de la cátedra de Ciencias de la Educación de la Universidad de Mannheim y desde 1999 es colaborador científico de la Forschungsstelle für Psychoanalyse (Stuttgart).

Comentario

Los resultados de este estudio no dejan de ser sorprendentes. Sólo en el 28% de los pacientes del grupo de psicoanálisis se alcanzó una mejoría clínica significativa. Respecto a este criterio, no fue posible diferenciar entre psicoanálisis y psicoterapia psicodinámica, a pesar de que se puede calcular que el número de sesiones de psicoanálisis fue entre tres y cuatro veces mayor que el de sesiones de psicoterapia. La brusca disminución de intensidad de la variable principal (el Índice Global de Severidad) en el curso de los tres meses previos a la iniciación de los tratamientos psicoterapéuticos no queda explicada de forma satisfactoria en la discusión del artículo. Este parámetro parece que debiera haber sido analizado con mayor detalle: ¿afectó a todos los pacientes por igual o fue el resultado de la mejoría experimentada en algunos pacientes? La mejoría adicional observada en el curso de los tratamientos psicoterapéuticos sólo podría ser atribuida al mecanismo de acción específico de los mismos si dicha mejoría no hubiera sido observada en un grupo sin tratamiento.

Este estudio tropieza, además con un problema importante: los pacientes proporcionaron amplia información sobre su situación clínica en cinco ocasiones, pero en ningún momento se les preguntó si habían consumido algún tipo de medicación psicoactiva. Cuando se dispone de

psicofármacos cuya eficacia terapéutica es ampliamente reconocida, esta información es imprescindible.

Valoración metodológica

Comparación de un grupo de 144 pacientes tratados con terapia psicoanalítica y un grupo de 472 pacientes tratados con terapia psicodinámica; valoración de los resultados terapéuticos mediante la versión al alemán de la Symptom Checklist-90-R. Seguimiento de ambos grupos de características comparables.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Puschner B, Kraft S, Kächele H, Kordy H. Course of improvement over 2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychol Psychother* 2007;80:51-68
2. Franke GH. *Die Symptom-Checklist von Derogatis-Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test, 1995
3. Lambert MJ, Hannover W, Nisslmüller K, Richard M, Kordy H. Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2. *Zsch Klin Psychol* 2002;1:40-7
4. Brähler E, Scheer JW. *Der Giessener Beschwerdebogen*. Berna: Huber, 1995
5. Fahrenberg J, Myrtek M, Wilk D, Kreutel K. Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit. *Psychother Med Psychol* 1986;36:347-54
6. Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der Helping Alliance Questionnaire von Luborsky: Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 1995;40:23-32
7. Schepank H. *Der Beeinträchtigung-Schwere-Score: ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogener Erkrankung*. Göttingen: Beltz, 1995
8. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:12-9
9. Frank JD. Therapeutic factors in psychotherapy. *Am J Psychother* 1971;25:350-61
10. Lueger RJ, Howard KI, Martinovich Z, Lutz W, Anderson EE, Grissom G. Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:150-8
11. Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, Wong E. Therapist variables. En: M.J. Lambert (editor). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley, 2004

4.4.21

Efectividad de tres orientaciones psicoterapéuticas (Stiles, 2008)

Stiles WB, Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine* 2008;38:677-88

Se han publicado varios estudios que demuestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en un amplio abanico de trastornos, pero en pocas ocasiones se han estudiado sistemáticamente los resultados de la terapia psicodinámica (TPD) y de la terapia centrada en la persona (TCP); no existen estudios que demuestren la superioridad de la primera de las opciones terapéuticas mencionadas.

El Servicio Nacional de la Salud (NHS) del Reino Unido disponía el año 2002 de una base de datos de 33.587 pacientes cuyos terapeutas habían proporcionado el Formulario de Valoración del Terapeuta, completado al iniciarse el tratamiento, y el Formulario de Final de Terapia, que forman parte del sistema CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation ó Outcome Measures) desarrollado en 1998 por Michael Barkham et al.¹ De esta base de datos, William Stiles y colaboradores (Departamento de Psicología, Universidad de Miami, Oxford, Estados Unidos) seleccionaron 5.613 pacientes adultos tratados entre abril de 2002 y septiembre de 2005 con una de las orientaciones terapéuticas mencionadas (TCC, TPD o TCP), solas o combinadas con otras alternativas (estructural/breve, integrativa, sistémica, de soporte, terapia por el arte u otras), lo que dio lugar a seis grupos de pacientes. Los tratamientos en cuestión tuvieron lugar en 32 centros de atención primaria del NHS.¹ Cada uno de dichos centros proporcionó información de entre 3 y 669 pacientes atendidos en total por 399 terapeutas, cada uno de los cuales trataron entre 3 y 153 pacientes. El 70,7% de los pacientes eran mujeres y la edad media fue de $40,7 \pm 12,7$ años.

El CORE-OM comprende 34 ítems acerca de bienestar subjetivo, sintomatología, funcionamiento psíquico y riesgo (riesgo para sí mismo o para otros). Cada ítem es evaluado mediante una escala de 5 puntos (*nunca, ocasionalmente, algunas veces, frecuentemente, casi siempre*). El valor medio de todos los ítems multiplicado por 10 proporciona un índice de entre 0 y 40; se considera que el valor 10 separa la población normal de la población enferma. En el Formulario de Final de Terapia se registran el tipo de terapia y el número de sesiones que recibió cada paciente.

Resultados

Las características iniciales de los pacientes de los seis grupos terapéuticos resultaron completamente comparables. En los pacientes valorados se constataron resultados terapéuticos muy positivos: valores iniciales medios de $17,60 \pm 6,33$ y valores finales medios de $8,83 \pm 6,64$; la magnitud del efecto (calculada dividiendo la diferencia entre los valores iniciales y finales por la desviación estándar de los valores iniciales) fue de 1,39.

El análisis de varianza de la comparación de los valores iniciales de los seis grupos terapéuticos no dio resultados significativos, lo que indica que el nivel inicial de trastorno de todos los grupos fue semejante (tabla 1). La comparación entre (a) los tratamientos en los que se aplicó sólo un procedimiento terapéutico y (b) los tratamientos combinados tampoco alcanzó significación estadística.

TABLA 1. Media \pm desviación estándar de las diferencias de los valores iniciales y finales de CORE-OM y magnitud del efecto de las terapias estudiadas

<i>tratamiento</i>	<i>n</i>	<i>valores</i>			<i>magnitud del efecto</i>
		<i>iniciales</i>	<i>valores finales</i>	<i>diferencia</i>	
TCC	1045	17,3 \pm 6,7	8,6 \pm 6,5	8,7 \pm 6,8	1,38
TPD	1709	17,7 \pm 6,4	8,9 \pm 6,9	8,8 \pm 7,0	1,39
TCP	261	17,7 \pm 6,7	9,5 \pm 6,9	8,2 \pm 7,1	1,29
TCC + otro	1035	17,3 \pm 6,0	8,4 \pm 5,7	8,9 \pm 6,2	1,40
TDP + otro	1033	17,9 \pm 6,4	8,9 \pm 6,4	9,0 \pm 6,4	1,43
TCP + otro	530	17,7 \pm 5,6	8,8 \pm 6,2	9,0 \pm 6,2	1,42

Adicionalmente se valoraron los resultados de los pacientes que habían alcanzado una mejoría fiable y clínicamente significativa, definiendo el término «fiable» como una magnitud de efecto igual a 1,96 y definiendo «clínicamente significativa» como la situación en la que el índice CORE inicial era superior a 10 y el índice final era inferior a 10. Esta valoración demostró que el número de pacientes con resultados fiables y clínicamente significativos fue semejante en los 6 grupos terapéuticos ($\chi^2 = 4,14$; $p = 0,530$). Asimismo, se constató una diferencia estadísticamente significativa en el número de sesiones contabilizadas en el grupo de psicoterapia psicodinámica, que resultó algo mayor que en los otros grupos.

Discusión

Los autores señalan que los resultados de este estudio confirman el veredicto de hace 70 años del pájaro Dodó: «Todos han ganado y todos merecen premio».³

Entre las deficiencias que pueden atribuirse a este estudio, los autores indican en primer lugar que no consta que los tratamientos fueran aplicados como en la teoría se supone que deben ser aplicados. Asimismo, no se dispuso de las cualificaciones de los terapeutas y estos no recibieron ningún tipo de información acerca de la forma de participar en este estudio. Los pacientes no fueron asignados a los grupos terapéuticos de forma aleatoria, lo que no permite excluir la existencia de sesgos. Dado que no se incluyó un grupo de control, la mejoría terapéutica no puede ser atribuida con toda certeza a los tratamientos estudiados. Los pacientes que abandonaron el tratamiento o que no tuvieron acceso al mismo merecen un interés especial por parte de los investigadores, especialmente si se considera los satisfactorios resultados constatados en este estudio.

Es posible que los resultados obtenidos reflejen una posición optimista de pacientes y terapeutas respecto a los beneficios obtenidos. En un estudio no publicado, los autores han observado que los pacientes tratados con 1 o 2 sesiones obtienen por término medio resultados semejantes a los tratados con 15 o 16 sesiones. Este hecho puede parecer paradójico pero tiene una explicación clínica aceptable: los pacientes y los terapeutas terminan los tratamientos cuando alcanzan un equilibrio entre beneficios obtenidos y esfuerzo adicional necesario.

William B. Stiles nació en 1944 en Seattle y en 1968 obtuvo el título de Ph.D. en la Universidad de California (Los Angeles). Su formación en Psicología Clínica tuvo lugar en el Instituto Neuropsiquiátrico de la UCLA. En 1985 fue nombrado profesor de Psicología Clínica de la Miami University y en 1986, director de la Clínica de Psicología de la misma universidad (Oxford, Ohio, Estados Unidos).

Valoración metodológica

Estudio retrospectivo de seis grupos de pacientes tratados con terapia cognitivo-conductual, terapia psicodinámica o terapia centrada en la persona o con la combinación de uno de estos métodos con otras alternativas terapéuticas; las características de los pacientes resultaron comparables; valoración de los resultados mediante el Formulario de Final de Terapia.

Evaluación global: estudio con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Barkham M, Evans C, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, Milne D, Connell J. The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *J Mental Health* 1998;7:35-47
2. Stiles WB, Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine* 2008;38:677-88
3. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 1936;6:412-5

4.5. ESTUDIOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

Los recursos de que dispone la sociedad para atender las necesidades sanitarias siempre resultan limitados. Por otra parte, la mayoría de dichos recursos tienen usos alternativos: cuando se emplean para cubrir una supuesta necesidad, dejan de utilizarse para responder a otras demandas. Estos hechos explican la creciente importancia del análisis económico de los procedimientos terapéuticos, tanto sean medicamentos, intervenciones quirúrgicas, terapias psicológicas u otros. Pero no se trata simplemente de utilizar las alternativas más económicas: una medicación barata puede suponer más días de hospitalización, lo que conlleva decisiones que deben ser adecuadamente ponderadas. Ello requiere en primer lugar distinguir tres conceptos capitales:

- eficacia: beneficio que se obtienen en las condiciones ideales de un ensayo clínico;
- efectividad: beneficio obtenido en las condiciones reales de la práctica clínica;
- eficiencia: no se consideran sólo los beneficios, sino también los costes.

La eficiencia es el objetivo de las evaluaciones económicas de las alternativas terapéuticas. En estas evaluaciones se distinguen cuatro grandes tipos de estudios.

1. **Estudios de minimización de costes**, en los que se identifica la opción de coste más bajo entre las que muestran un beneficio igual; es la opción más sencilla, pero exige disponer de ensayos clínicos comparativos en los que no se ha podido demostrar la superioridad de una opción frente a las otras; el tratamiento preferido será el de menor coste.
2. **Estudios de coste beneficio**, en los que se miden los beneficios en unidades monetarias: la decisión consiste en escoger el tratamiento que proporciona el mayor beneficio neto o la relación más favorable entre beneficio y coste.
3. **Estudios de coste-efectividad**, que comparan los beneficios en unidades físicas: si la opción más efectiva es a su vez la más costosa, se debe decidir si los beneficios aportados compensan el coste añadido; se trata de medir, por ejemplo, coste por «año de vida ganado» o coste por «muerte perinatal evitada».
4. En los **estudios de coste utilidad** se mide el impacto de la terapéutica en la calidad de vida, análisis que permite agrupar diferentes aspectos en una única medida global, expresada en forma de «años de vida ajustados por calidad»; estos estudios se utilizan para comparar enfoques alternativos a un único problema de salud, o para comparar una misma estrategia terapéutica aplicada a diferentes problemas de salud.

La bibliografía sobre los estudios de evaluación económica es muy amplia. En el libro de Olav M. Bakke, Xavier Carné y Fernando García Alonso se encuentra una detallada exposición de este planteamiento.¹

Referencia

1. Bakke OM, Carné X, García Alonso F. *Ensayos clínicos con medicamentos*. Barcelona: Doyma, 1994

4.5.1

El estudio de efectividad de la AOK Berlin (Dührssen, 1965)

Dührssen A, Jorswieck E. Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 1965;36:166-169

La Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin (AOK, Caja General de Enfermedad de Berlín) es, en cuanto al número de asegurados, el organismo administrativo más importante del Seguro Oficial de Enfermedad de Alemania. Desde 1951, la AOK mantiene un archivo de servicios (Leistungskartei) en el que se registran las inversiones económicas efectuadas en favor de cada uno de sus asegurados. Estas inversiones incluyen los días de hospitalización de cada paciente.

Por otra parte, el Institut für psychogene Erkrankungen (Instituto de Enfermedades Psicogénicas), dependiente de la AOK Berlin, disponía en 1958 de un archivo de las historias clínicas de 1.004 pacientes que habían recibido tratamiento psicoanalítico.

Ambos hechos posibilitaron que se efectuara un estudio acerca de la efectividad (Leistungsfähigkeit) del tratamiento psicoanalítico.¹ En este estudio, a partir del mencionado archivo de 1.004 pacientes, se seleccionaron al azar 125 que habían completado su tratamiento psicoanalítico en 1958 y se registraron los días de hospitalización en el curso de los cinco años precedentes al inicio del tratamiento y en el curso de los cinco años subsiguientes a su terminación. No se incluyeron, en cambio, las hospitalizaciones que tuvieron lugar durante el tratamiento psicoanalítico.

A fin de disponer de un grupo de control que no hubiera sido tratado mediante psicoanálisis ni con otros procedimientos psicoterapéuticos, se seleccionaron al azar 100 pacientes que se encontraban en la lista de espera de tratamiento psicoanalítico y 100 pacientes del colectivo de asegurados de la AOK Berlin a los que en ningún momento se había atendido en el Institut für psychogene Erkrankungen. En estos dos grupos de pacientes se determinaron también los días de hospitalización durante un período de cinco años antes y después de la anamnesis (grupo I, lista de espera) o antes y después de 1958 (grupo II, lista de asegurados de la AOK).

La siguiente tabla resume los resultados obtenidos:

Grupo	n	período	días de hospitalización
I. Grupo tratado	125	a) 5 años antes del tratamiento	26,09 ± 26,87
		b) 5 años después del tratamiento	5,90 ± 14,16
II. Lista de espera	100	a) 5 años antes de la anamnesis	25,55 ± 30,40
		b) 5 años después de la anamnesis	23,91 ± 28,65
III. Grupo de asegurados	100	a) 5 años antes de 1958	10,04 ± 18,20
		b) 5 años después de 1958	11,70 ± 19,45

A partir de estos resultados, los autores concluyen que:

1. Entre el grupo tratado (grupo I-a) y los pacientes de la lista de espera (grupo II-a) no existen diferencias significativas en cuanto a días de hospitalización en el curso de los cinco años anteriores al inicio del tratamiento o a la primera entrevista médica, respectivamente.
2. En los dos grupos mencionados (grupo I-a y grupo II-a), el número de días de hospitalización en el período previo al tratamiento fue mayor que en el grupo de asegurados de la AOK Berlin (grupo III-a); la diferencia es estadísticamente significativa.

3. En el grupo de pacientes tratados mediante psicoterapia (grupo I-b) se observó en el período siguiente a la terminación del tratamiento una importante reducción del número de días de hospitalización; la diferencia respecto al período anterior al inicio del tratamiento (grupo I-a) es estadísticamente significativa.
4. En el grupo de asegurados (grupo III-b), el número de días de hospitalización después de 1958 no se diferenció del número de días de hospitalización antes de dicha fecha (grupo III-a).
5. En el grupo de pacientes no tratados (grupo II, lista de espera), en el segundo período estudiado (grupo II-b) no se observó reducción alguna del número de días de hospitalización durante el período anterior (grupo II-a).
6. En el grupo tratado (grupo I-b), el número de días de hospitalización tras la terminación del psicoanálisis es inferior al constatado en los pacientes en lista de espera tras la anamnesis (grupo II-b).
7. Una vez concluido el tratamiento, los pacientes tratados (grupo I-b) fueron hospitalizados menos días que los pacientes del grupo de asegurados (grupo III-b).
8. Los pacientes en lista de espera fueron hospitalizados en el período posterior a la anamnesis con mayor frecuencia que los pacientes del grupo de asegurados (grupo III-b).

En resumen,

- a) la salud de los pacientes neuróticos crónicos mejora gracias al tratamiento psicoanalítico; esta mejoría puede definirse como importante, pues el número de hospitalizaciones tras dicho tratamiento resulta muy inferior al número de hospitalizaciones de la población general;
- b) en el curso de los cinco años siguientes a la anamnesis, los pacientes en lista de espera fueron tratados también con otros procedimientos terapéuticos, pero estos procedimientos no redujeron sus necesidades de atención médica;
- c) los pacientes con trastornos neuróticos precisan ser hospitalizados con más frecuencia que los pacientes de la población general.

Los autores concluyen que el tratamiento psicoanalítico es un instrumento terapéutico específico y que los resultados de este estudio demuestran que la idea de que en los pacientes neuróticos es suficiente la «pequeña psicoterapia» del médico práctico es claramente errónea.

Annemarie Dührssen nació en 1916 y en 1940 superó el Staatsexamen (licenciatura) y se dedicó inicialmente a la Medicina Interna. Tras finalizar la Segunda Guerra Mundial se especializó en psiquiatría y neurología en el famoso hospital de la Charité de Berlín. Su colaboración con el Institut für psychogene Erkrankungen se inició en 1949, y en 1965 se hizo cargo de la dirección del mismo. En 1954 publicó su obra más conocida, *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*, traducida al español.⁴ Su artículo «Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung» constituyó un importante argumento para que la psicoterapia fuera introducida en 1967 de forma obligatoria en el Seguro de Enfermedad de Alemania. Falleció en 1998.

Comentario

En esta publicación, los términos «tratamiento psicoanalítico», «tratamiento psicoterapéutico», «psicoterapia analítica», «terapia psicoanalítica prolongada», «análisis» y «psicoanálisis» se utilizan de forma indiscriminada, y en ningún momento se explica en qué consisten. En el presente resumen, se entiende que «psychoanalytische Behandlung» o «tratamiento psicoanalítico» se refiere a la «psicoterapia psicodinámica».

Los días de hospitalización son una «variable subrogada», es decir, una variable que se elige en lugar de otra, denominada «variable primaria de interés», porque se cree que está correlacionada con ella, refleja la totalidad o gran parte del efecto terapéutico y puede obtenerse con un coste inferior, en un período más breve o en circunstancias en las que la variable primaria no podría ser estudiada.² La validez de la utilización de una variable

*subrogada depende, en gran parte, de la validez de los estudios que demuestren la correlación entre ella y la variable primaria, así como de los conocimientos fisiopatológicos, epidemiológicos y clínicos que se tengan sobre la enfermedad en estudio. Pueden cometerse muchos errores al utilizar variables subrogadas, entre los que pueden citarse los tres siguientes:*³

- a) *la relación entre la variable subrogada y el acontecimiento clínico (la resolución de un problema psicológico) no es una relación de causalidad, sino que es sólo coincidente o se asocia con un tercer factor;*
- b) *la variable subrogada mide únicamente uno de los efectos del tratamiento, sobre todo cuando su mecanismo es desconocido;*
- c) *la validez de la variable subrogada depende del grado de especificidad con que se pueda predecir su efecto.*

Annemarie Dührssen no consideró la posibilidad de que entre los días de hospitalización y la mejoría del trastorno psíquico no existiera correlación alguna, es decir, que la reducción de dicho parámetro pudiera explicarse por factores que no tuvieran nada que ver con el tratamiento psicoanalítico; un estudio observacional retrospectivo no permite descartar sesgos importantes. No obstante, este artículo mereció en 1998 una reimpresión en el Zeitschrift für psychosomatische Medizin.

Por otra parte, la concordancia de los resultados registrados en los tres grupos de pacientes no deja de ser notable:

- *la psicoterapia determinó una reducción de los días de hospitalización del 75%;*
- *en los pacientes en lista de espera, el número de días de hospitalización permaneció inmodificado en el curso de dos periodos consecutivos de cinco años cada uno;*
- *el número de días de hospitalización en los individuos con trastornos psicológicos resultó 2,5 veces superior al registrado en una población que no había precisado tratamiento psicológico.*

De ello puede deducirse que los trastornos psicológicos son una importante causa de hospitalización. Para aceptar esta conclusión parece que hubiera sido adecuado registrar los diagnósticos que motivaron el ingreso hospitalario de los pacientes estudiados. Dado que el número de pacientes no es excesivo (325 pacientes, de los cuales sólo una parte necesitó ser hospitalizado) es sorprendente que esta sencilla e importante comprobación no fuera efectuada, especialmente teniendo en cuenta que la Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin disponía de un archivo de los servicios prestados a sus asegurados, en el que cabe suponer que constaban no sólo los días sino también los motivos de la hospitalización.

Referencias

1. Dührssen A, Jorswieck E. Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 1965;36:166-169
2. Wites J, Lakatos E, Probstfield J. Surrogate endpoints in clinical trials: Cardiovascular diseases. *Stat Med* 1989;8:415-25
3. Boissel JP, Collet JP, Moleur P, Haugh M. Surrogate endpoints: A basis for a rational approach. *Eur J Clin Pharmacol* 1992;43:235-44
4. Dührssen A. *Psicoterapia de niños y adolescentes*. México DF: Fondo de Cultura Económica, 1966

4.5.2

Costes y beneficios de la terapia psicoanalítica (de Maat, 2007)

de Maat S, Philipszoon F, Schoevers R, Dekker J, de Jonghe F. Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: Changes in health care use and work impairment. *Harv Rev Psychiatry* 2007;15:289-300

Si se considera su elevado coste económico, la efectividad de la terapéutica psicoanalítica no está demostrada. Saschia de Maat et al., del Mentaran Mental Health Institute (Ámsterdam), revisaron los estudios sobre costes y beneficios de la terapia psicoanalítica prolongada publicados a partir de 1970.¹ Para ello efectuaron una búsqueda bibliográfica en las bases de datos habituales (PubMed, Embase, Cochrane y PsychLit) utilizando las palabras clave «*long-term psychotherapy*», «*psychoanalysis*», «*psychoanalytic psychotherapy*» y «*psychodynamic therapy*». *An open door eviuew*,² la revisión de Yvonne Brandl et al.³ y la de Falk Leichsenring⁴ constituyeron fuentes adicionales de información. En esta búsqueda se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

1. los estudios debían tratar sobre resultados de la terapia psicoanalítica;
2. debían ser estudios de cohortes o ensayos clínicos;
3. la casuística se debía limitar a pacientes ambulatorios de 18 a 65 años de edad;
4. los estudios debían haberse realizado en los consultorios profesionales habituales;
5. la duración media del tratamiento debía ser, por lo menos, de un año y de 50 sesiones, y
6. la calidad metodológica debía ser «suficiente» según un cuestionario diseñado al efecto.

Inicialmente se localizaron 742 estudios. Mediante la revisión de títulos y resúmenes se excluyeron 672, así como 45 estudios que se referían a niños, pacientes hospitalizados o psicoterapia breve. Los 28 estudios restantes trataban de la terapia psicoanalítica de larga duración y, de ellos, 7 proporcionaron información sobre utilización de servicios sanitarios o días de baja por enfermedad.

De cada artículo se registró el número de sesiones, la utilización de servicios sanitarios y los datos relativos a ocupación laboral. Las determinaciones se refirieron a los datos correspondientes a (a) antes o al iniciar el tratamiento, (b) al terminarlo y (c) al concluir el período de seguimiento.

Los cálculos económicos se efectuaron de acuerdo con los estándares de Holanda en 2005:

○ coste medio de una sesión de psicoterapia:	76,00 p
○ coste medio de un día de baja por enfermedad:	288,30 p
○ coste medio por día en un hospital psiquiátrico:	257,55 p
○ coste medio de una consulta médica:	38,91 p
○ coste medio de medicación por año y paciente:	272,55 p

Resultados

Seis estudios, en los que se incluyeron en total 776 pacientes, especificaron las bajas por enfermedad expresadas en días por año. La reducción media registrada entre el inicio y la terminación del tratamiento fue del 61%, y la registrada entre el inicio del tratamiento y el final del seguimiento del 67%. El período de seguimiento osciló entre 1 y 6 años, con un valor medio

de 3 años. Excluyendo un estudio en el que participaron pacientes con trastornos graves de la personalidad, las bajas por enfermedad antes del inicio del tratamiento comportaron por término medio 16,2 días por año; al finalizar el tratamiento esta cifra se redujo a 8,1 días/año y en el seguimiento, a 6,0 días/año.

Los cambios en los días de hospitalización por año fueron registrados en cinco estudios en los que se incluyeron 719 pacientes. El período de seguimiento osciló entre 1 y 6 años, con una media de 2,6 años. La reducción media registrada entre entrevista inicial y finalización del tratamiento fue del 85%, y la registrada entre inicio del tratamiento y final del seguimiento, del 59%. Este último valor fue debido a que un estudio no proporcionó los datos de seguimiento: al excluirlo, resultó que el número de días de hospitalización fue inicialmente de 4,4 días, al terminar el tratamiento fue de 1,2 días y en el seguimiento, también de 1,2 días.

En tres estudios, con un total de 632 pacientes, constaba el número de visitas médicas por año. El seguimiento fue de entre 1 y 6 años, con una media de 2,6 años. La reducción inicial fue del 54% y la correspondiente al final del período de seguimiento, del 56%. Si se excluye un estudio en pacientes con trastornos de la personalidad, la media de visitas antes de iniciar el tratamiento fue de 5,4 al año; al terminarlo, de 3,3 y en el seguimiento, de 2,9.

Tres estudios (190 pacientes) proporcionaron información sobre el porcentaje de pacientes que utilizaron algún tipo de medicación durante un período medio de seguimiento de 5,8 años. La reducción inicial fue del 70% y la reducción en el seguimiento, del 19%.

TABLA 1. Modificaciones en el curso de la terapia psicoanalítica a largo plazo

	<i>antes del tratamiento</i>	<i>al terminar el tratamiento</i>	<i>reducción</i>
días de baja al año	20,8	8,1	12,6
días de hospitalización al año	7,8	1,2	6,6
número de visitas médicas al año	7,1	3,3	3,8
uso de medicamentos (% de pacientes)	50%	15,1%	34,5%

Los costes económicos relativos a utilización de servicios sanitarios y baja por enfermedad en el año precedente al inicio del tratamiento comportaron, por término medio, 8.414 p por persona. En el curso del año posterior a la terminación del tratamiento, estos costes fueron de 2.828 p por persona, es decir, hubo una reducción del 66%. El 65% del ahorro (5.586 p) fue debido al menor número de días de baja por enfermedad. La comparación entre los costes iniciales y los del último año del período de seguimiento representó un ahorro de 5.372 p por persona, es decir una reducción del 64%. Dado que el coste total del tratamiento psicoanalítico se valoró en 20.900 p por persona, se puede concluir que su amortización tuvo lugar unos tres años después de la terminación del tratamiento.

Discusión

Los autores señalan que su revisión tiene muchas limitaciones. La mayor parte de la información procede de estudios de cohortes, no de ensayos clínicos. Cuatro de los estudios incluidos en esta revisión fueron retrospectivos (lo que implica la posibilidad de sesgos importantes), en alguno de ellos no se especificaron los diagnósticos, las evaluaciones no fueron efectuadas por asesores independientes, la mayor parte de estudios no distinguieron entre psicoanálisis y psicoterapia. En consecuencia, los datos obtenidos deben interpretarse con cautela.

Aunque todos los estudios muestran buenos resultados en cuanto a bajas por enfermedad y costes de atención sanitaria, es evidente que la ausencia de un grupo de control comparable complica las interpretaciones. Además, muchos pacientes usaron medicamentos junto con la psicoterapia: es posible que parte de los ahorros deba atribuirse a la farmacoterapia.

A pesar de estas limitaciones, los autores opinan que se trata de una valoración válida de carácter preliminar, que permite concluir que los pacientes tratados con psicoterapia psicoanalítica de larga duración experimentan una reducción en la utilización de servicios sanitarios y en los días de baja por enfermedad, y que estas reducciones comportan la

amortización de los costes del tratamiento en el curso de tres años tras la terminación del mismo.

Referencias

1. de Maat S, Philipszoon F, Schoevers R, Dekker J, de Jonghe F. Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: Changes in health care use and work impairment. *Harv Rev Psychiatry* 2007;15:289-300
2. Fonagy P (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. Londres: International Psychoanalytic Association, 1999
3. Brandl Y, Bruns G, Gerlach A et al. Psychoanalytische Therapy: eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für die wissenschaftliche Beirat Psychotherapy. *Forum Psychoanalyse* 2004;20:13-125
4. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 2005;86:841-68

4.6. ENSAYOS CLÍNICOS

Para autorizar el uso de un medicamento en una indicación determinada, las autoridades sanitarias exigen que se haya demostrado su eficacia mediante la realización de ensayos clínicos adecuados y bien realizados. La Food and Drug Administration estableció que un «estudio adecuado y bien controlado» debía responder a las siguientes características:¹

- a) se dispone de una descripción clara de los objetivos del estudio y, en el protocolo y en el informe de resultados, de un resumen de los métodos de análisis estadístico propuestos y aplicados;
- b) el estudio utiliza un diseño que permite una comparación válida con un control para proporcionar un juicio cuantitativo acerca del efecto del medicamento;
- c) el método de selección de sujetos asegura que éstos padecen la enfermedad o el trastorno objeto del estudio;
- d) el método para asignar un paciente a los grupos de tratamiento o de control minimiza los sesgos y permite la comparación entre ambos grupos;
- e) se toman medidas adecuadas para minimizar los sesgos por parte de sujetos, observadores y analistas de datos;
- f) los métodos para valorar la respuesta de los sujetos están bien definidos y son fiables;
- g) se dispone de un análisis de los resultados del estudio adecuado para valorar el efecto del medicamento.

Por extensión, se puede admitir que estos criterios son válidos para valorar la eficacia de cualquier intervención terapéutica. No obstante, en un artículo científico acostumbra ser difícil comprobar que se han respetado todos los criterios mencionados. A este respecto, en una revisión sobre listas de comprobación para autores, revisores y editores de revistas médicas, Albert Cobos-Carbó indicó que:²

í los ensayos clínicos bien diseñados y correctamente ejecutados proporcionan la mejor evidencia sobre el efecto de las intervenciones sanitarias, pero una metodología inadecuada puede resultar en estimaciones exageradas de este efecto [í] Para poder evaluar la metodología de un ensayo clínico aleatorizado a partir de su publicación, es preciso que su diseño, ejecución y análisis se describan detalladamente, con exactitud y con transparencia. Sin embargo, se ha constatado repetidamente que la información facilitada en las publicaciones es muchas veces insuficiente, o inexacta (por abuso de términos como intención de tratar o aleatorización) y que ciertos problemas metodológicos son frecuentes.

Con ánimo de mejorar esta situación, en los años noventa se desarrolló la guía CONSORT, cuyo objetivo es facilitar la lectura crítica y la interpretación de las publicaciones sobre ensayos clínicos aleatorizados. Diversas revistas han adoptado esta guía, pero no lo ha hecho ninguna de las publicaciones especializadas en psicoterapia.

En la siguiente revisión se han considerado «ensayos clínicos» todos los estudios de carácter comparativo en los que los tratamientos se asignaron de forma aleatoria, lo que cumple con la exigencia básica del método experimental en investigación clínica.³

Valoración metodológica. Según Ian Crombie, en la valoración de un informe sobre un ensayo clínico se plantean en primer lugar tres preguntas esenciales:⁴

- ¿los tratamientos fueron asignados al azar?
- ¿se valoraron todos los pacientes?
- ¿los resultados, fueron valorados a ciegas?

También se debe preguntar si el método para asignar los tratamientos se mantuvo de forma íntegra a lo largo del ensayo. Los tratamientos deben estar descritos con todo detalle. Cuando se utilizan diferentes criterios para valorar una intervención, se debe decidir si uno de ellos constituye el criterio principal para juzgar la eficacia del tratamiento. Asimismo se debe comprobar que entre los grupos estudiados no existan diferencias que puedan influir en los resultados de la intervención. Específicamente, de acuerdo con Crombie, se plantean las siguientes cuestiones:

- ¿Los criterios de inclusión pueden influir la magnitud del efecto?
- ¿Cómo se efectuó la asignación aleatoria?
- ¿Los tratamientos están descritos con toda claridad?
- ¿La falta de enmascaramiento, puede determinar sesgos?
- ¿Los resultados son clínicamente relevantes?
- ¿Los grupos estudiados eran inicialmente comparables?
- ¿Se ha informado acerca de las desviaciones del tratamiento?
- ¿Los resultados se valoraron según intención de tratamiento?
- ¿Se ha informado acerca de reacciones adversas?

Los resultados de la valoración se expresarán según el riesgo de sesgos involucrado en los mismos: elevado (-), bajo (+) o mínimo (++)

Referencias

1. §314.126. Adequate and well controlled studies. *21 Code of Federal Regulations*. Revised as of April 1, 1987
2. Cobos-Carbó A. Ensayos clínicos aleatorizados (CONSORT). *Med Clin (Barc)* 2005;125 (extraordinario):21-7
3. Bakke OM, Carné X, García Alonso F. *Ensayos clínicos con medicamentos*. Barcelona: Doyma, 1994
4. Crombie IK. *The pocket guide to critical appraisal*. Londres: BMJ Publishing Group, 1998

4.6.1 Psicoterapia psicoanalítica en la esquizofrenia (Karon, 1972)

Karon BP, VandenBos GR. The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychother Theory Res Pract* 1972;9:111-9

La psicoterapia individual en el paciente esquizofrénico es un tratamiento extremadamente costoso acerca de cuyos resultados existen grandes diferencias de opinión. Para intentar dar respuesta a este problema, se diseñó el Michigan State Psychotherapy Research Project,¹ un estudio en el que participaron 36 pacientes esquizofrénicos que se agruparon en conjuntos de tres pacientes, los cuales se asignaron al azar a los siguientes grupos experimentales:

- grupo A, tratado con terapia psicoanalítica de tipo activo, sin medicación adicional;
- grupo B, tratado con terapia psicoanalítica y medicación concomitante; y
- grupo C, tratado únicamente con medicación antipsicótica.

El tratamiento utilizado en este estudio es una forma de terapia de orientación psicoanalítica; la mayor parte de sus intervenciones son de carácter psicoanalítico. Gary VandenBos define esta orientación terapéutica como sigue:²

El terapeuta que consigue tener éxito en los individuos con esquizofrenia utiliza «palabras» para crear un mundo más sano óun mundo en el cual el paciente pueda vivir sin la constante presencia del miedo; un mundo en el cual está permitido hablar sobre las peores posibilidades del comportamiento entre los individuos; un mundo en el que se pueden discutir y explorar las más intensas y terroríficas imágenes, emociones y recuerdos [...]. Lo que se necesita para conseguir todo esto, puede no ser lo que un observador externo espera de la psicoterapia psicoanalítica, pero es preciso recordar que, en estos casos, el paciente es un esquizofrénico.

Las sesiones de psicoterapia tuvieron lugar cinco veces a la semana hasta que el paciente fue dado de alta (lo que se programó después de dos a ocho semanas de hospitalización) y posteriormente una vez a la semana de forma ambulatoria. Por término medio, los pacientes asistieron a 42 sesiones por año.

La medicación prescrita fue una fenotiazina, en dosis de entre 50 mg y 200 mg de torazina (o un compuesto equivalente), dos a tres veces al día, medicación que se redujo o fue suprimida tras el alta hospitalaria. Los pacientes que no obtuvieron remisión en el curso de unas semanas fueron ingresados en un hospital psiquiátrico.

La valoración incluyó una entrevista sobre el estado clínico (Clinical Status Interview, CSI), una serie de pruebas de carácter intelectual [el Test Visual-Verbal de Feldman-Drasgow (VVT), la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS), la Prueba de Porteus Mazes (PM) y el Test de Vocabulario de Thorndike Gallup (TGV)], así como el Test de Apercepción Temática (TAT) y el test de Rorschach (ROR). Estas evaluaciones se realizaron antes de iniciar el tratamiento y al concluirlo. Los datos de los pacientes de los grupos A y B (terapia psicoanalítica, combinada o no con medicación) se compararon de forma conjunta con los resultados de los pacientes del grupo C, tratados exclusivamente con medicación antipsicótica (tabla 1).

TABLA 1. Duración de la hospitalización, estado clínico, tests intelectuales y valores proyectivos

	<i>n</i>	<i>hospital</i> (días)	<i>CSI</i>	<i>VVT</i> (errores)	<i>WAIS</i>	<i>PM</i>	<i>TGV</i>	<i>TAT</i>	<i>ROR</i>
control	12	113,5	0,89	17,5	89,1	10,8	7,9	0,98	1,02
experimental	21	78,4	1,00	12,9	97,4	12,9	9,0	1,02	1,03
<i>p</i>		< 0,05	< 0,02	< 0,005	< 0,005	< 0,05	= 0,07	n.s.	n.s.

En la tabla 1 se observa que:

- la duración de la hospitalización fue significativamente menor en el grupo tratado mediante psicoterapia;
- las valoraciones clínicas, efectuadas por colaboradores que no habían participado en el tratamiento de los pacientes, proporcionaron mejores resultados en el grupo tratado con psicoterapia;
- tres de las cuatro determinaciones referidas a trastornos del pensamiento (VVT, WAIS y PM) favorecieron los dos grupos de psicoterapia, y se comprobó que el cambio más importante correspondió al Test Verbal-Visual de Feldman-Drasgow (VVT), diseñado específicamente para valorar el trastorno del pensamiento esquizofrénico; y
- las pruebas de carácter proyectivo (TAT y ROR) no mostraron diferencias entre los grupos experimentales y el grupo de control.

En conjunto, en cinco de las ocho variables aplicadas para valorar los resultados de este ensayo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas a favor de los grupos experimentales.

Dos años después de la terminación del tratamiento se registró el curso clínico de este grupo de pacientes y se comprobó que la duración de la hospitalización en los tratados mediante psicoterapia fue aproximadamente la mitad de la duración de la hospitalización de los pacientes tratados sólo con medicación.

Los autores concluyen que la psicoterapia produce modificaciones clínicas significativamente mayores que la medicación, en especial en cuanto a los trastornos del pensamiento. Sin embargo, estos resultados no coinciden con los de la mayor parte de los estudios dedicados al tratamiento de la esquizofrenia. Por ejemplo, Philip May concluyó en 1968 que, en comparación con la terapia medicamentosa, la psicoterapia ofrecía pocos beneficios al paciente esquizofrénico,³ lo que Karon y VandenBos rebaten indicando que el estudio de May se efectuó en un entorno convencido de que la psicoterapia no era apropiada ni posible en el caso de la esquizofrenia, mientras que un principio básico para el éxito de la psicoterapia es la confianza del terapeuta en su método terapéutico; además añaden que los tratamientos fueron efectuados por psicólogos en fase de formación y, por lo tanto, sin suficiente experiencia, y que la terapia psicoanalítica en estos pacientes exige un grado de dedicación y esfuerzo difícilmente compensable.

Bertram P. Karon obtuvo el doctorado en Psicología en 1957 en la Universidad de Princeton (New Jersey, Estados Unidos). En 1958 se incorporó al Reformatory of Annandale (New Jersey), una institución correccional para jóvenes, y en 1959 al Philadelphia Psychiatric Hospital. A partir de 1962 desarrolló su carrera docente en la Michigan State University (East Lansing, Michigan), donde en 1968 le fue concedido el título de profesor. Entre 1966 y 1981 dirigió el Michigan State Psychotherapy Research Project. Se ha interesado en el estudio de la efectividad de la psicoterapia en esquizofrénicos y en los efectos de la discriminación.

Gary R. VandenBos es doctor en Psicología Clínica por la Universidad de Detroit y ha sido coordinador del Michigan State Psychotherapy Research Project, profesor visitante de Psicología en la Universidad de Bergen (Noruega) y director de la Oficina de Publicaciones y Comunicaciones (Washington) de la American Psychological Association (APA). Es editor del *Journal of Clinical and Consulting Psychology* y del *APA Dictionary of Psychology*, publicado este último en julio de 2006.

Philip R.A. May nació en Inglaterra en 1920, estudió Medicina en la Universidad de Cambridge y se especializó en neurología y psiquiatría en la Stanford University School of Medicine (Stanford, California). En 1962 fue nombrado director clínico del Instituto Neuropsiquiátrico de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA). El Dr. May publicó más de 150 artículos sobre esquizofrenia,

psicofarmacología y farmacocinética y actualmente está considerado como el introductor de la fenotiazina en el tratamiento de la esquizofrenia. Falleció en 1986.

Comentario

Karon y VandenBos no aplicaron, evidentemente, la psicoterapia psicoanalítica de forma ortodoxa, lo cual no parece posible caso de esquizofrenia, pero su estudio tiene especial interés por tratarse del primer ensayo clínico controlado efectuado con dicho método terapéutico, así como por la trascendencia individual y social de la enfermedad estudiada.

El Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, tras revisar todos los artículos publicados entre 1990 y 2003 sobre tratamiento de la esquizofrenia, hizo las siguientes recomendaciones:⁴

- 1. el diagnóstico precoz y el tratamiento completo del primer episodio tienen carácter prioritario;*
- 2. debe asegurarse un tratamiento continuado durante los 3-5 primeros años de la enfermedad;*
- 3. la medicación antipsicótica constituye la piedra angular del tratamiento;*
- 4. la clozapina debe prescribirse en cuanto se observe resistencia a dos antipsicóticos clásicos;*
- 5. deben proporcionarse las necesarias intervenciones psicosociales a todos los pacientes y a sus familiares;*
- 6. el cuidado del entorno social y cultural es un componente básico para la recuperación y la calidad de vida;*
- 7. el tratamiento debe adaptarse a las fases de la enfermedad, al género del paciente y a su ambiente social y cultural;*
- 8. debe estimularse la participación de la población en el desarrollo adecuado de la atención a estos pacientes;*
- 9. en el caso de la esquizofrenia, las medidas que aseguran un tratamiento precoz adecuado han sido descuidadas, lo que ha resultado en gran morbilidad y en muertes prematuras;*
- 10. el médico de familia debe participar en el cuidado de las personas con esquizofrenia.*

Josep M. Costa Molinari ha desarrollado las líneas generales del tratamiento de la esquizofrenia.⁵ A continuación se resumen los aspectos de mayor interés teórico:

El tratamiento de la esquizofrenia requiere la aplicación conjunta de todos los recursos terapéuticos disponibles. Se insiste en la necesidad de que el tratamiento global vaya a cargo de un equipo de profesionales, lo cual resulta más factible en régimen de hospitalización. Se recurre a la hospitalización cuando el proceso representa un peligro para el paciente o para su entorno, cuando no existe conciencia de enfermedad o en caso de incapacidad de la familia de controlar una conducta marcadamente inapropiada. No hay ningún tratamiento psiquiátrico que no incluya, en mayor o menor grado, una acción psicoterapéutica, entendida de forma amplia. El soporte a la familia, la terapia ambiental y los procedimientos de rehabilitación son imprescindibles. El recurso terapéutico más eficaz es la farmacoterapia. Los neurolépticos de acción prolongada (flufenazina, por ejemplo) permiten tratamientos de larga duración con pocas molestias por parte del paciente. Normalmente los antipsicóticos se administran en régimen hospitalario, pero por lo menos el 40% de los pacientes precisan tratamiento farmacológico para poder convivir en sociedad. La acción anticolinérgica de los antipsicóticos explica la mayor parte de sus efectos adversos, que hacen que el paciente «no se encuentre bien», que abandone la medicación y que sufra una recaída.

Costa Molinari concluye que el tratamiento óptimo de la esquizofrenia exige una orientación multidisciplinaria bajo la dirección de un psiquiatra.

Valoración metodológica

Asignación aleatoria de las alternativas terapéuticas estudiadas, criterios de inclusión adecuados a los objetivos del ensayo, descripción apropiada de los tratamientos aplicados, variables de interés clínico, valoración por intención de tratamiento, evaluación de los resultados a ciegas, métodos estadísticos convencionales.

Evaluación global: ensayo clínico con un mínimo riesgo de sesgos. (++)

Referencias

1. Karon BP, VandenBos GR. The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychother Theory Res Pract* 1972;9:111-9
2. VandenBos GR. Psychotherapy can be helpful for schizophrenics. *Pragmatic case studies in psychotherapy*. <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>
3. May PRA. *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. Nueva York: Science House, 1968
4. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust NZ J Psychiatry* 2005;39:1-30.
5. Costa Molinari JM. *Manual de Psiquiatria*. Bellaterra (Barcelona): Manuals de la Universitat Autònoma de Barcelona, 1994

4.6.2

Esquizofrenia: dos formas de tratamiento (Stanton & Gunderson, 1984)

- Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH, Frank AF, Vannicelli ML, Schnitzer R, Rosenthal R. Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull* 1984;10:564-83
 - Gunderson, JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984;10:564-98
-

El McLean Hospital, fundado en 1811 y afiliado al Massachusetts General Hospital es uno de los centros psiquiátricos más importantes de Estados Unidos. En 2010 ocupaba a 182 psiquiatras y psicólogos, disponía de 174 camas y el número de visitas a pacientes ambulatorios ascendió a 38.709. En 1955, Alfred H. Stanton MD se hizo cargo de la dirección de dicho centro y consiguió modernizarlo, introduciendo principios psicodinámicos y sociales decisivos para el tratamiento de sus pacientes.

En el McLean Hospital, la piedra angular del tratamiento de la esquizofrenia era una correcta farmacoterapia, lo cual no obviaba la utilización de diferentes métodos psicoterapéuticos centrados en los problemas vivenciales del paciente.

A fin de comprobar si esta estrategia aportaba algún beneficio a dichos pacientes, en 1972 Alfred Stanton, tras obtener la colaboración del Illinois State Psychiatric Institute, del New York State Psychiatric Institute y de la Universidad de Boston, presentó al National Institute of Mental Health un protocolo de ensayo clínico en el que propuso comparar la psicoterapia expresiva orientada a la introspección (PEOI) y la psicoterapia de soporte de adaptación a la realidad (PSAR) en el tratamiento de la esquizofrenia.¹

Métodos psicoterapéuticos. La «psicoterapia expresiva orientada a la introspección» (PEOI) es una forma de psicoterapia psicoanalítica descrita por Frieda Fromm-Reichmann en 1950 que se basa en la teoría psicoanalítica e intenta utilizar las funciones disponibles del ego del paciente esquizofrénico con el propósito de explorar sus experiencias internas y sus relaciones con los otros, de forma que el paciente pueda llegar a un mejor comprensión de sí mismo.² La PEOI se propone tres veces por semana.

La «psicoterapia de soporte de adaptación a la realidad» (PSAR) fue desarrollada por Philip R.R. May en 1968 y se centra más en la conducta del paciente que en el significado oculto de su comportamiento; se administra una vez por semana durante 50 minutos, habiendo sido ampliamente utilizada en el cuidado del paciente esquizofrénico; sus ventajas respecto a la ausencia de tratamiento fueron convincentemente demostradas por Gerard E. Hogarty (1973).^{3,4}

Diseño. Como criterio de admisión se estableció en primer lugar un diagnóstico de esquizofrenia acorde con las normas de la DSM-II (American Psychiatric Association, 1968).⁵ A fin de que la acción terapéutica se pudiera desarrollar, debía tratarse de pacientes no definitivamente cronificados ni de episodios agudos que pudieran evolucionar favorablemente con independencia del tratamiento que recibieran. Todos los pacientes considerados adecuados para participar en el estudio fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos de tratamiento utilizando una lista de números aleatorios administrada por una oficina ajena al proyecto. Se calculó, de acuerdo con los resultados de estudios previos, que una muestra de 60 pacientes en cada grupo experimental sería suficiente para constatar una moderada diferencia,

con una probabilidad igual o menor de 0,05.⁶ Según los resultados de estudios anteriores, se consideró que un plazo de dos años resultaría suficiente para comprobar si entre los dos tratamientos existía alguna diferencia.

Variables. En este estudio se planteó la hipótesis de que la PEOI determinaría resultados más satisfactorios que la PSAR en las siguientes siete áreas de la personalidad: cognición, funcionamiento del ego, relaciones interpersonales, signos y síntomas, rendimiento personal, medicación y días de hospitalización.

Para la valoración de los resultados clínicos se utilizaron las siguientes escalas psicológicas.

- | | |
|--|--|
| ○ Psychiatric Status Schedule (PSS) | ○ Thematic Apperception Test (TAT) |
| ○ Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale | ○ Visual-Verbal Test (VVT) |
| ○ Menninger Health-Sickness Rating Scale | ○ Psychotherapy Outcome Interview (POI) |
| ○ Camarillo Dynamic Assessment Scale | ○ Katz Adjustment Scales (KAS-S, KAS-R) |
| ○ Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) | ○ Soskis Attitude Toward Illness Questionnaire |
| ○ Rorschach | ○ Gottschalk Social Alienation Scale |

La valoración estadística tuvo lugar mediante análisis de varianza, aplicando la corrección de Bonferroni.

Desarrollo. El ensayo se inició en 1984 y en él participaron 81 terapeutas con una experiencia profesional media de 10 años (entre 5 y 35 años), de los cuales 54 administraron PEOI y 27, PSAR. A partir de una población de unos 2.000 sujetos afectados de esquizofrenia, se obtuvo una muestra de 186 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión en el estudio. De este grupo, 164 pacientes aceptaron en participar y fueron asignados aleatoriamente a los tratamientos estudiados; la edad de estos pacientes osciló entre 18 y 35 años. Ochenta y ocho pacientes fueron tratados inicialmente mediante psicoterapia introspectiva y 76 mediante psicoterapia de adaptación a la realidad. Abandonaron el tratamiento de forma prematura 69 pacientes, por lo que sólo fue posible valorar 95 pacientes de ambos géneros que continuaron el tratamiento durante más de seis meses.

En 1980 los criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association se modificaron (DSM-III), lo que condujo a que 13 de los pacientes considerados como adecuados fueran excluidos del estudio, siendo diagnosticados como maníaco-depresivos o esquizoides.

Resultados. Tras dos años de tratamiento se dispuso de 47 pacientes, de ellos 22 tratados con psicoterapia expresiva orientada a la introspección (PEOI) y 25, con psicoterapia de soporte de adaptación a la realidad (PSAR).⁷ En estos pacientes, el análisis de varianza demostró que mediante PEOI se redujo la «desorganización cognitiva» y se incrementó la «regresión adaptativa»; asimismo se redujo la «apatía» y se estimularon las «actitudes positivas respecto a la enfermedad». La ventaja con el tratamiento con PSAR consistió en una reducción de la «expansividad paranoide» y del «proceso mental primario».

En los pacientes del grupo PSAR se comprobaron mejores resultados en cuanto «recidivas» y «rendimiento global personal» (responsabilidades domésticas y funcionalidad independiente), en tanto que en el grupo PEOI se registró un menor número de hospitalizaciones.

En general se comprobó que, en ambos grupos, los resultados favorables se encontraban asociados con una duración del tratamiento más prolongada. El tiempo invertido en algún tipo de actividad productiva durante el periodo de seguimiento estuvo relacionado con la magnitud de la terapia recibida, tanto en el grupo PSAR como en el grupo PEOI.

En cuanto a las hipótesis iniciales formuladas en 1973, las 32 variables estudiadas se agruparon en siete categorías que proporcionaron los siguientes resultados.

1. Cognición: no se confirmaron los importantes efectos que se esperaba conseguir con la PEOI.
2. Funcionamiento del ego: se comprobó un moderado efecto que favoreció a la PEOI; los pacientes resultaron más capaces de expresar sus impulsos y sus emociones.
3. Relaciones interpersonales: no se constataron diferencias entre ambos grupos.

4. Signos y síntomas: la reducción sintomática resultó semejante en los dos grupos de pacientes.
5. Rendimiento personal: la ventaja del grupo tratado con PSAR fue clara, substancial y significativa.
6. Medicación: No se constataron diferencias entre ambos grupos en cuanto al uso de medicación antipsicótica en el curso de los dos años que se prolongó el estudio.
7. Hospitalización: Los pacientes del grupo PEOI permanecieron hospitalizados durante más tiempo, pero los del grupo PSAR fueron reingresados con mayor frecuencia.

Estos resultados se hallan resumidos en la tabla 1.

TABLA 1. Resultados de las hipótesis planteadas al iniciar el ensayo.

Variables	Los resultados favorecen a		
	Psicoterapia orientada a la introspección	Psicoterapia de adaptación a la realidad	Ninguna
Función cognitiva			
Desorganización mental			X
Introspección			X
Funcionamiento del ego	X		
Relaciones interpersonales			X
Signos y síntomas			X
Rendimiento personal			
Funcionamiento social			X
Autosuficiencia			X
Funcionamiento laboral		X	
Medicación			X
Hospitalización		X	

En conjunto, tras 6, 12 y 24 meses de tratamiento no se constataron diferencias significativas entre los dos grupos de pacientes en ninguna de las variables valoradas

Los autores. Alfred H. Stanton, profesor asociado de Psiquiatría de la Harvard Medical School, psicoanalista y discípulo de Harry Stack Sullivan, publicó en 1954 junto con Morris Schwartz *The Mental Hospital*, que reflejó los problemas administrativos y del día a día de un gran centro psiquiátrico; sus planteamientos constituyen una interesante fuente de información sobre la práctica psiquiátrica en la primera mitad del siglo XX.⁸ Alfred Stanton falleció en 1983. Los resultados de este estudio no confirmaron sus planteamientos sobre la eficacia de la psicoterapia intensiva en el tratamiento de la esquizofrenia.

John Gunderson es profesor de Psiquiatría de la Harvard Medical School, institución en la que se doctoró en Medicina en 1967. Sus estudios sobre el diagnóstico, la patogenia y el tratamiento del trastorno límite de la personalidad han conducido a que este proceso sea reconocido como un diagnóstico validado empíricamente.⁹ Dirige el programa clínico, docente y de investigación del Borderline Center del McLean Hospital (Belmont, Massachusetts).

Comentarios

Se trata de dos artículos extraordinariamente detallados. En conjunto, el texto ocupa 50 páginas y los anexos, 26 páginas. Las diferencias registradas entre la psicoterapia expresiva orientada a la introspección y la psicoterapia de soporte de adaptación a la realidad son de carácter exploratorio, tanto en cuanto sus características como en cuanto su número, y en el mejor de los casos sólo pueden ser consideradas de interés como punto de partida de nuevos ensayos controlados y aleatorizados.

Valoración metodológica

Procedimientos terapéuticos descritos con claridad, criterios de inclusión adecuados a los objetivos del ensayo, asignación de los tratamientos al azar, variables bien definidas, valoración estadística adecuada, desarrollo del ensayo correcto.

Evaluación global: ensayo clínico con un mínimo riesgo de sesgos. (++)

Referencias

1. Stanton AH, Gunderson JG, Knapp AF, Vannicelli ML, Schnitzer R, Rosenthal R. Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull* 1984;10:520-63
2. Fromm-Reichmann F. *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press, 1950
3. May PRA. *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. Nueva York: Science House, 1968
4. Hogarty GE, Goldberg SC, and the Collaborative Study Group. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: One year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry*, 1973;28:54-64
5. *DSM II. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association, 1968
6. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Nueva York: Academic Press, 1977
7. Gunderson, JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984;10:564-98
8. Stanton AH, Schwartz MS. *The Mental Hospital: A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. Nueva York: Basic Books, 1954
9. Gunderson JG, Links P. *Borderline personality disorder: A clinical guide*. 2ª edición. Washington: American Psychiatric Press, 2008

4.6.3

Cuatro formas de psicoterapia (Piper, 1984)

Piper WE, Debbane EG, Bienvenu JP, Garant J. A comparative study of four forms of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:268-79

En el Allan Memorial Institute se aplicaban en 1984 dos tipos de psicoterapia, individual y de grupo, con dos duraciones diferentes del tratamiento, 6 meses y 24 meses. Estas alternativas condujeron a cuatro tipos de intervención terapéutica: (a) terapia individual breve, (b) terapia individual prolongada, (c) terapia de grupo breve y (d) terapia de grupo prolongada. Para estudiar la eficacia relativa de estas intervenciones se compararon mediante un ensayo clínico aleatorizado los resultados obtenidos en cuatro grupos de pacientes tratados con cada una de ellas.

En dicho ensayo se incluyeron 106 pacientes afectos de neurosis (66% de los pacientes) o de problemas caracteriales leves o moderados (30%) tratados de forma ambulatoria. Se excluyeron los casos de psicosis, adicción, desviaciones sexuales o conducta sociopática. La edad media de los pacientes fue de 32 años, oscilando entre 18 y 56 años y el 62% fueron mujeres.

La experiencia de los terapeutas participantes en el ensayo con la utilización de psicoterapia individual o de grupo osciló entre 2 y 12 años; todos ellos habían recibido formación especializada en un instituto psicoanalítico.

Inicialmente, los pacientes fueron entrevistados por un colaborador del instituto, quien decidió en cada caso si el tratamiento psicoterapéutico era o no adecuado. Durante los dos primeros años del estudio, los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a tratamiento prolongado individual o de grupo. A partir del segundo año, un psicólogo no participante en el estudio solicitó a los pacientes su consentimiento para ser incluidos en un ensayo clínico en el que se compararía la psicoterapia breve individual con la psicoterapia breve grupal; la asignación a ambos grupos se efectuó, asimismo, de forma aleatoria. En ambos casos, los psicólogos que valoraron los resultados del tratamiento desconocían a qué grupo habían sido asignados los pacientes.

Para dicha valoración, se utilizó una batería de pruebas psicológicas aplicadas por el propio paciente (9 escalas), por el terapeuta (5 escalas) o por un asesor independiente (9 escalas), lo que dio lugar, en total, a 23 escalas. Se calculó la matriz de correlación de estas 23 escalas y en 10 de ellas se obtuvo un resultado significativo ($r > 0,50$), lo que permitió concluir que los resultados obtenidos con estas 10 escalas representaban a todo el conjunto de 23 escalas.

IBSD	Escala comportamiento interpersonal	TST	Severidad de todos los objetivos
CAT	Escala H de Catell	TCT	Modificación de todos los objetivos
COR	Índice de Cornell	DA	Subescala de depresión-ansiedad
TSP	Severidad del objetivo principal	SSIAM	Valoración de los déficits de adaptación
OUP	Utilidad global del tratamiento	TSIA	Severidad de todos los objetivos*

Las valoraciones se efectuaron (a) antes de iniciar el tratamiento, (b) cada seis meses una vez iniciado, y (c) a los seis meses después de haberlo terminado.

* Debe tratarse de un error tipográfico: TST y TSIA se definen en el artículo de forma idéntica.

Resultados

Se registraron 27 abandonos del tratamiento (25%), de forma que se dispuso de los resultados de 79 pacientes, que se distribuyeron como se detalla en la tabla 1.

TABLA 1. Número de pacientes en cada grupo experimental

<i>individual-breve</i>	<i>grupal-breve</i>	<i>individual-prolongada</i>	<i>grupal-prolongada</i>	<i>total</i>
21	19	20	19	79

Se aplicó un análisis multivariante de la varianza (MANOVA) para tres factores a los resultados de las diez escalas mencionadas, y se distinguieron las diferencias registradas (a) entre inicio y final del tratamiento y (b) entre inicio y a los seis meses de concluir el tratamiento (tabla 2).

TABLA 2. Análisis de la varianza para 10 escalas con correlación significativa

	<i>inicio-final</i>		<i>inicio-seguimiento</i>	
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
tipo de terapia	3,31	0,01	1,92	<i>ns</i>
duración	0,68	<i>ns</i>	1,19	<i>ns</i>
terapeutas	1,98	0,02	1,35	<i>ns</i>
tipo x duración	1,89	<i>ns</i>	1,34	<i>ns</i>
tipo x terapeuta	1,43	<i>ns</i>	0,49	<i>ns</i>
duración x terapeuta	1,83	<i>ns</i>	0,71	<i>ns</i>
tipo x duración x terapeuta	0,94	<i>ns</i>	1,15	<i>ns</i>

De acuerdo con este análisis, no se comprobó que existiera interacción alguna entre los tres factores valorados, ni tampoco entre los resultados iniciales y los registrados tras seis meses de seguimiento; asimismo, la evidencia de una relación entre tipo de tratamiento y resultados alcanzados tras seis meses de seguimiento fue mínima.

Mediante la prueba de la *t* se valoró si existía una relación estadísticamente significativa entre los cuatro tipos de tratamiento y la valoración global de la mejoría del paciente determinada de acuerdo con las diferencias registradas en las 10 escalas utilizadas en el MANOVA: la terapia grupal prolongada proporcionó diferencias estadísticamente significativas en seis escalas; la terapia individual breve, en cuatro escalas, y la terapia individual prolongada y la terapia grupal breve, en tres escalas, respectivamente.

Los autores concluyen que, en el caso de la terapia grupal, los resultados favorecen claramente un tratamiento prolongado, en tanto que en caso de terapia individual, el tratamiento breve resulta preferible. Al concluir el tratamiento, la terapia grupal breve proporcionó los resultados más desfavorables; asimismo, los resultados tras seis meses de seguimiento fueron negativos en el caso de terapia grupal breve. Este último resultado no debe considerarse como especialmente desfavorable: según los autores, si la terapia grupal breve hubiera sido estudiada de forma aislada, los resultados habrían sido más favorables.

William E. Piper, Ph.D. es director de la División de Ciencias del Comportamiento y director del Programa de Psicoterapia del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de British Columbia. Es un psicólogo bien conocido entre los especialistas en investigación en psicología. Se ha interesado particularmente en la psicoterapia psicodinámica, la depresión complicada y las opciones de tratamiento grupal.

El **Allan Memorial Institute** (AMI) se encuentra en Montreal (Quebec), en la antigua mansión del acaudalado negociante Sir Hugh Allen donada por sus herederos en 1940. Alberga el Departamento de Psiquiatría del Royal Victoria Hospital, un hospital integrado en el Centro de Salud de la McGill University.

Comentario

Este estudio utiliza un muy complejo análisis estadístico pero no informa, por ejemplo, acerca del número o porcentaje de pacientes que mejoraron, permanecieron igual o empeoraron con cada una de las opciones terapéuticas estudiadas. Por otra parte, los resultados de los análisis de varianza de las diez variables que mostraron una correlación aceptable son discordantes. La psicoterapia grupal prolongada es mejor que la psicoterapia individual prolongada, lo que exigiría una reflexión desde el punto de vista psicodinámico. Pero, por el contrario, la psicoterapia individual breve es mejor que la psicoterapia grupal breve, lo que en todo caso no parece coincidir con la conclusión precedente. En conjunto, parece que no existen grandes diferencias entre psicoterapia individual y psicoterapia grupal, ni entre psicoterapia breve y psicoterapia prolongada. Puede concluirse que este ensayo clínico no ha aportado información suficiente para tomar objetivamente una decisión acerca del tipo de tratamiento preferible para un paciente neurótico o con trastornos caracteriales leves o moderados.

Valoración metodológica

Criterios diagnósticos bien definidos, consentimiento informado, asignación al azar de las intervenciones estudiadas, criterios de valoración de resultados confusos, proporción de abandonos elevada, no aplica valoración por intención de tratamiento, valoración estadística compleja, resultados discordantes.

Evaluación global: ensayo con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencia

1. Piper WE, Debbane EG, Bienvenu JP, Garant J. A comparative study of four forms of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:268-279

4.6.4

Terapias dinámica y analítica, y psicoanálisis (Dührssen, 1986)

Dührssen A. Dynamische Psychotherapie, Psychoanalyse und analytische Gruppen-psychotherapie im Vergleich. *Zschr Psychosom Med* 1986;32:161-80

En la base de datos de la Colaboración Cochrane (*The Cochrane Central Register of Controlled Trials*) este estudio se encuentra registrado como «ensayo clínico controlado». Se trata de una comparación de tres grupos de 30 pacientes cada uno, tratados entre 1981 y 1984 mediante psicoanálisis, psicoterapia dinámica o psicoterapia analítica grupal, y de un grupo de control formado por 30 pacientes que no completaron el tratamiento de psicoterapia grupal que se les había prescrito. Los terapeutas que participaron en el estudio disponían de la misma formación y la misma experiencia en la aplicación de las tres formas de terapia mencionadas. La Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin (Mutua General de Enfermedad de Berlín) se hizo cargo de los costes de estas intervenciones.

A fin de delimitar las características iniciales de los pacientes incluidos en cada uno de los grupos, se utilizó una *suma de riesgos* y un *índice de riesgos* definidos de acuerdo con los factores de sobrecarga en la niñez y en la juventud que comportaban la posibilidad de un trastorno neurótico. La *suma de riesgos* del grupo de pacientes incluidos en este estudio ($\bar{x} = 11,6$) fue mucho mayor que la *suma de riesgos* de un grupo de 120 voluntarios sanos con las mismas características demográficas ($\bar{x} = 5,5$). Por otra parte, dicho parámetro demostró que el grupo tratado mediante psicoterapia dinámica estuvo constituido por los casos más graves, en tanto que los casos menos graves se incluyeron en el grupo de psicoanálisis estándar (tabla 1).

TABLA 1. Valores medios de la suma de riesgos

<i>grupos terapéuticos</i>	<i>suma de riesgos (\bar{x})</i>
psicoanálisis estándar	8,1
psicoterapia dinámica	15,6
terapia grupal analítica	10,0
interrupciones del tratamiento	12,7

El *índice de riesgos* proporcionó resultados completamente comparables a los de la *suma de riesgos*.

En el informe se analizaron los valores medios de las escalas correspondientes al Test de Giessen (6 ítems), al Cuestionario de Personalidad de Freiburg (12 ítems) y al Cuestionario de molestias de Giessen (73 ítems) y, según las diferencias encontradas, se definieron las características de los pacientes incluidos en cada grupo terapéutico. Así, por ejemplo, los pacientes que interrumpieron el tratamiento grupal se caracterizan por presentar en su biografía sucesos socialmente vergonzosos; estos pacientes no fueron capaces de soportar las exigencias de una psicoterapia grupal. Asimismo, los pacientes asignados a psicoanálisis destacan por un elevado nivel depresivo, mayor nerviosismo y un valor relativamente favorable respecto a la «sinceridad». (Se trata, en todo caso, de descripciones de carácter narrativo que no quedan explicadas por los valores representados en las correspondientes tablas de resultados).

Al valorar los resultados globales, la autora afirma que «*muss man wohl ausserordentlich vorsichtig sein*» («una debe ser desde luego extraordinariamente cuidadosa») y que hay que

tomar en consideración la personalidad de los terapeutas. De forma resumida, dichos resultados son los siguientes:

- En el grupo de pacientes tratados con terapia analítica, la resonancia social, así como la potencia social, mejoraron significativamente.
- Con psicoterapia dinámica se consiguió un cambio importante en relación a la situación depresiva basal; en estos pacientes, los sentimientos de inferioridad, los sentimientos de culpa, el temor a la vida y las situaciones de angustia inmotivada mejoraron más que en los pacientes tratados con el procedimiento psicoanalítico estándar. La diferencia respecto a sentimientos de inferioridad y de culpa resulta significativa, con un valor de $p < 0,001$.

Pero, según la autora, queda por esclarecer la forma de interpretar estos resultados: en el caso del psicoanálisis, pueden existir problemas no resueltos de transición, con enemistades y sentimientos de duelo secundarios a la terminación del tratamiento.

La autora cree que las diferencias en la situación de sobrecarga del paciente al iniciar y al terminar el tratamiento son mucho más patentes que las diferencias entre los grupos terapéuticos estudiados. Cuando la indicación resultó ser afortunada (*glücklicher Indikation*), los resultados terapéuticos conseguidos con cada uno de los métodos estudiados proporcionaron resultados suficientemente favorables (*ausreichend günstige*).

Adicionalmente, en 62 de los 120 pacientes fue posible determinar los días de hospitalización y los días de incapacidad laboral registrados en un período de cinco años antes de iniciar el tratamiento y en un período de cinco años tras la finalización del mismo (tabla 2).

TABLA 2. Días de hospitalización y días de incapacidad laboral (\bar{x})

	<i>hospitalización</i>	<i>incapacidad laboral</i>
5 años antes del inicio del tratamiento	10,0 días	32,4 días
5 años tras terminación del tratamiento	1,9 días	8,0 días

Dado que, según la prueba de la t de Student, la diferencia entre los valores del período previo y del período posterior al tratamiento es estadísticamente significativa, la autora concluye que las reducciones de los días de hospitalización y de incapacidad laboral deben ser referidas causalmente al tratamiento efectuado.

Comentario

La estructura del artículo de Annemarie Dührssen es confusa, tal vez porque no sigue ninguna de las recomendaciones existentes para redactar artículos científicos. A ello se suman otros problemas: las características de los pacientes incluidos en el estudio quedan sin detallar y no se consideran los criterios diagnósticos. Además, la selección de variables es confusa: no se dan datos ni referencias acerca de cómo se constituyen las sumas ni los índices de riesgo, ni cuáles son los valores de sobrecarga en la infancia y la juventud que comportan un mayor riesgo de neurosis en la edad adulta. Tampoco se explican las diferencias entre ambos parámetros (suma e índice). Las conclusiones acerca del valor terapéutico de las intervenciones estudiadas no tienen aparentemente relación alguna con los resultados de las escalas aplicadas antes y después del tratamiento. Se dan valores de p y de t , pero no se indican ni desviaciones estándar ni intervalos de confianza. En resumen: se trata de un estudio que no contribuye a definir el valor terapéutico ni del psicoanálisis estándar, ni de la psicoterapia dinámica ni de la psicoterapia analítica grupal, procedimientos que, por otra parte, no se encuentran definidos en ningún apartado de este informe.

El bioestadístico que se hizo cargo de la valoración de este estudio parece que desconocía el problema de las pruebas repetidas de significación estadística. La autora no consideró la posibilidad del error «post hoc ergo propter hoc».

Por último, parece que hubiera sido necesario descartar otras causas que pudieran explicar las diferencias entre ambos períodos respecto a los días de hospitalización de los pacientes

estudiados. Los pacientes fueron tratados desde 1981 hasta 1984 (al parecer, tres años, aunque en el informe esto no queda claramente definido): es posible que entre 1976 y 1981 (cinco años antes del inicio del tratamiento) hubiera incidido en Berlín una epidemia de gripe que habría determinado un importante incremento de hospitalizaciones y de incapacidad laboral... Además, pueden existir otras explicaciones, como que uno de los 64 pacientes hubiera sido hospitalizado durante tres meses a causa de un grave accidente de tráfico. En todo caso, establecer una relación de causalidad no es tan simple como se supone en este informe.

Valoración metodológica

Los objetivos del estudio son confusos, las características basales de los pacientes no fueron comparables, el resultado clínico esperado no quedó definido con precisión, la valoración de los resultados no consideró el problema de las pruebas repetidas de significación estadística, no se consideraron las posibles causas alternativas que explicaran la reducción de los días de hospitalización de los pacientes estudiados.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencia

1. Dührssen A. Dynamische Psychotherapie, Psychoanalyse und analytische Gruppen-psychotherapie im Vergleich. *Zschr Psychosom Med* 1986;32:161-80

4.6.5

Trastornos alimentarios: terapia psicodinámica o terapia cognitiva (Bachar, 1999)

Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM. Empirical comparison of two psychological therapies: Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1998;8:115-28

El objetivo del presente estudio fue determinar la eficiencia de la psicoterapia psicodinámica basada en la psicología del *self* de Heinz Kohut en el tratamiento de los trastornos alimentarios, en comparación con un tipo específico de psicoterapia cognitiva, la terapia de orientación cognitiva desarrollada por Shulamith Kreitler y Hans Kreitler.¹⁻³ Ambos tratamientos se aplicaron de forma individual, una vez por semana durante un año y no se centraron directamente en las actitudes o el comportamiento del paciente respecto a su alimentación. En este estudio se incluyó un grupo de control que únicamente recibió asesoramiento dietético durante seis meses.

La muestra experimental estuvo formada por 31 pacientes afectas de bulimia y 13 afectas de anorexia atendidas en las unidades de trastornos alimentarios de dos hospitales generales de Israel. Los diagnósticos se establecieron de acuerdo con los criterios del *Diagnostic and Statistic Manual* de la American Psychiatric Association (DSM-IV). Las pacientes bulímicas fueron asignadas de forma aleatoria a uno de los tres grupos experimentales mencionados, mientras que las anoréxicas, debido a la severidad del proceso, se dividieron aleatoriamente sólo en los dos grupos de tratamiento psicoterapéutico.

Entre la primera y la quinta semanas de tratamiento se produjeron en total 11 abandonos, de forma que finalmente se dispuso de los resultados de 33 pacientes (25 bulímicas y 8 anoréxicas); 14 fueron de ellas recibieron tratamiento con psicoterapia psicodinámica (TP), 12 con terapia cognitiva (TC) y 7 recibieron asesoramiento dietético (AD).

Las pacientes fueron asignadas de forma aleatoria a los diez terapeutas participantes en el estudio, todos ellos con el mismo nivel de entrenamiento en los métodos terapéuticos empleados y con la misma experiencia en el tratamiento de trastornos alimentarios.

Las valoraciones iniciales y finales fueron efectuadas por un mismo psicólogo, que no había participado ni en el diagnóstico ni el tratamiento de las pacientes. Se utilizaron las siguientes escalas:

- a) DSM-SS (Escala de Sintomatología de Anorexia y Bulimia), desarrollada para este estudio, en la que los síntomas de anorexia y bulimia descritos en DSM-IV se cuantificaron entre 1 = ausente y 5 = valor extremo.
- b) EAT 26 (Prueba de Actitudes Alimentarias), referida a las actitudes sobre peso corporal, volumen de la ingesta y comportamiento alimentario.
- c) BSI (Inventario Breve de Síntomas), en el que se incluyeron 53 ítems de la Symptom Checklist-90.
- d) Cuestionario de *selves*, una medida ideográfica sobre los atributos (1) del *self* real, (2) del *self* ideal, (3) del *self* obligatorio, (4) del *self* posible y (5) del *self* futuro.

Las comparaciones entre las valoraciones iniciales y finales de las pacientes de un mismo grupo demostraron mejorías de carácter estadísticamente significativo sólo con la terapia psicodinámica. Se utilizó un análisis de varianza multivariante para comparar los valores

medios de todas las variables determinadas antes y después del tratamiento, obteniéndose un valor de $F = 49,48$ y un valor de $p < 0,001$; con la corrección de Bonferroni se demostró que, con la escala DSM-SS y el cuestionario de *selfs*, la mejoría fue estadísticamente significativa. Con el mismo procedimiento estadístico aplicado al grupo tratado con terapia cognitiva y al grupo que recibió asesoramiento dietético no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

La comparación entre los tres grupos mostró que las pacientes tratadas con psicoterapia psicodinámica experimentaron una mejoría más pronunciada que las de los otros dos grupos en las variables DSM-SS, EAT 26 y el cuestionario de *selfs*; con el índice GSI, las mejorías registradas con TP y con TC fueron idénticas. La valoración global de las tres variables mencionadas resultó significativa a favor del grupo tratado con TP ($F = 2,21$; $p = 0,048$). Por último se valoraron las diferencias respecto al porcentaje de pacientes en las que, tras el tratamiento, los criterios diagnósticos de bulimia y anorexia según DSM-IV no resultaron aplicables; los resultados se reproducen en la siguiente tabla.

terapia	bulimia		anorexia		total	
	n	remisión	n	remisión	n	remisión
psicoanalítica	8	4 (50%)	6	5 (83%)	14	9 (64%)
cognitiva	10	2 (20%)	2	0	12	2 (17%)
asesoramiento	7	1 (14%)	--	--	7	1 (14%)

Las diferencias entre terapia psicoanalítica y terapia cognitiva y entre terapia psicoanalítica y asesoramiento dietético resultaron estadísticamente significativas (test exacto de Fisher, $p < 0,02$ y $p < 0,02$, respectivamente) a favor de la terapia psicoanalítica.

Los autores indican que el tamaño de la muestra fue reducido, por lo que sería deseable que este ensayo fuera reproducido en países con mayor número de habitantes que Israel. Señalan también que no se aplicó un análisis por intención de tratamiento debido a que los abandonos se produjeron en las primeras sesiones del estudio, cuando, de hecho, no había habido ocasión de aplicar los principios terapéuticos en que se basan las opciones estudiadas.

Los resultados de este ensayo avalan el planteamiento psicoanalítico de que la solución de los problemas subyacentes puede resolver trastornos alimentarios, incluso cuando éstos no han centrado la orientación terapéutica.

Eytan Bachar nació en 1954 en Petach Tikva, Israel, en 1982 obtuvo el título de PhD en Psicología por la Universidad Hebrea de Jerusalén y en 1990 se incorporó al Departamento de Psiquiatría de la Universidad Hadaza (Jerusalén). Se ha interesado en el estudio de los procesos psicodinámicos y cognitivos de la depresión mayor y de la anorexia y la bulimia.

Comentario

A pesar de que la terapia psicoanalítica es la opción utilizada con mayor frecuencia, los ensayos clínicos controlados y aleatorizados constituyen una excepción en la bibliografía sobre estudios comparativos con otras opciones terapéuticas.

En este estudio destaca la afirmación de que los pacientes fueron asignados aleatoriamente a 10 terapeutas, como si de hecho cada terapeuta constituyera una opción terapéutica -con lo que n sería igual a 4 o 5 pacientes por terapeuta, un tamaño muestral en todo caso insuficiente para decidir cuál de ellos ofrecía mejores resultados terapéuticos. Una opción más comprensible hubiera sido asignar los pacientes de forma aleatoria a los procedimientos terapéuticos estudiados: por ejemplo, 18 pacientes en el grupo TP y 18 en el grupo TC. No obstante, es preciso recordar que la distribución aleatoria presupone haber calculado el tamaño muestral preciso para alcanzar una respuesta significativa respecto a la eficacia de los tratamientos estudiados. Este cálculo implica conocer la variabilidad de la variable principal del estudio y decidir el nivel de sensibilidad de la comparación, es decir, la magnitud de las diferencias que se considera necesario detectar. En todo caso, distribuir aleatoriamente 44

pacientes entre 10 terapeutas sólo se puede comprender como un intento de ofrecer una imagen de ensayo clínico acorde con las exigencias básicas de este método científico.

Valoración metodológica

Criterios de inclusión bien definidos y adecuados a los objetivos del ensayo, asignación de las intervenciones terapéuticas al azar, valoración estadística adecuada, corrección de Bonferroni, pero los abandonos (24%) no se incluyen en la valoración de los resultados y no se valoró la variabilidad entre los diez terapeutas participantes en el estudio; criterios de valoración adecuados, desarrollo del ensayo correcto.

Evaluación global: ensayo clínico con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM. Empirical comparison of two psychological therapies: Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1999;8:115-128
2. Kohut H. *The restoration of the self*. Nueva York: International Universities Press, 1977
3. Kreitler S, Kreitler H. *The cognitive foundations of personality traits*. Nueva York: Plenum, 1990

4.6.6

Trastornos prepsicóticos de la personalidad (Bateman, 1999)

Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-9

Bateman y Fonagy estudiaron dos grupos de pacientes con trastorno prepsicótico de la personalidad que fueron tratados de forma aleatoria durante 18 meses con hospitalización parcial y tratamiento de orientación psicoanalítica (psicoanálisis individual o de grupo) o mediante atención psiquiátrica estándar.^{1,2} En cada grupo se incluyeron 19 pacientes. Como criterios de valoración se registraron:

- a) la frecuencia de intentos de suicidio o de actos de automutilación,
- b) el número de ingresos hospitalarios y el uso de medicación psicotrópica, y
- c) los valores de depresión, ansiedad, relaciones interpersonales y ajuste social.

La valoración estadística del estudio consistió en análisis repetidos de covarianza para la evolución de los síntomas y en el test de Mann-Whitney para las diferencias entre los grupos experimentales.

Resultados

Los pacientes tratados mediante hospitalización parcial de orientación psicoanalítica mostraron, en comparación con los del grupo de control, una reducción significativa de todas las variables estudiadas. La mejoría de los síntomas depresivos y de las relaciones interpersonales y sociales, y la reducción del número de actos de automutilación y de días de hospitalización se inició a los 6 meses de tratamiento, y a los 18 meses se comprobó que persistía.

En la figura 1 se muestra la evolución del número de intentos de suicidio al iniciar el tratamiento y a los 6, 12 y 18 meses del mismo. En el grupo de hospitalización parcial, el porcentaje inicial fue del 94% y se redujo al 5,3% a los 18 meses; la reducción resultó altamente significativa. Esta tendencia no se observó en el grupo de control. La diferencia entre ambos grupos experimentales resultó significativa a partir de los 6 meses de tratamiento.

En la misma figura se comprueba que la evolución de la frecuencia de actos de automutilación fue semejante: en el grupo de pacientes con hospitalización parcial, la mediana de dicho parámetro se redujo en seis meses de 9 a 1, en tanto que, en el grupo de control, la reducción fue de 8 a 6. La diferencia entre ambos grupos resultó estadísticamente significativa a los 12 meses de tratamiento.

En el estudio de seguimiento se constató que los 22 pacientes que completaron el programa de hospitalización parcial cometieron en 24 meses menos intentos de suicidio (9,1%) que los pacientes del grupo de control (36,8%); asimismo, a los 36 meses, la frecuencia de intentos de suicidio (18,2%) resultó menor que en el grupo de control (63,2%).³ Se observaron menos actos de automutilación en el grupo de hospitalización: a los 24 meses en el 9,1% y a los 36 meses en el 18,2% de los pacientes; en el grupo de control las cifras correspondientes fueron 63,1% y 68,4%.

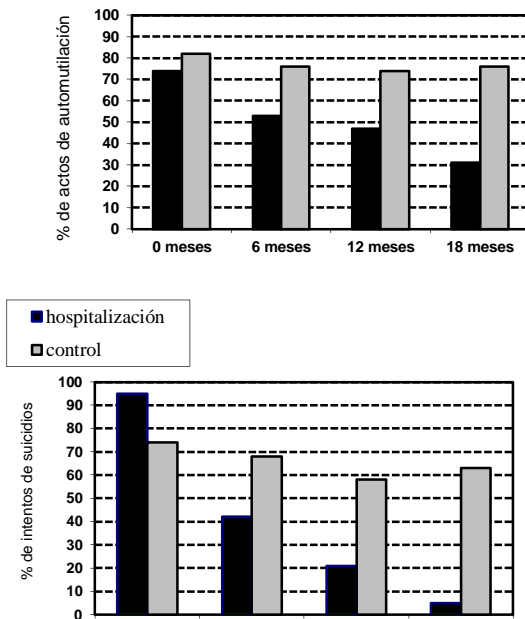
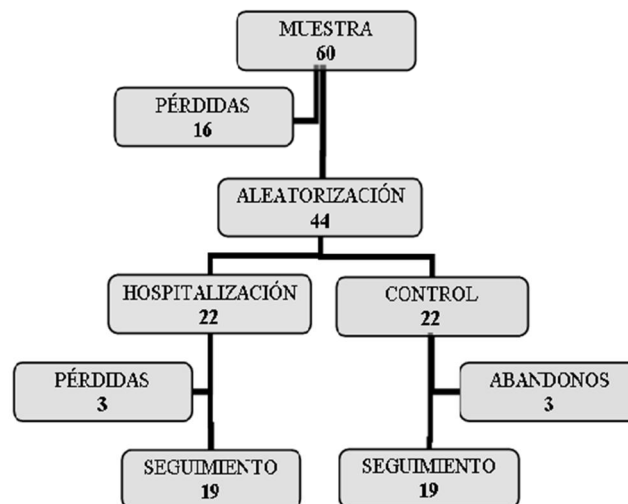


Fig. 1. Porcentaje de pacientes con trastorno de la personalidad tratados con hospitalización parcial de orientación psicoanalítica o con la atención psiquiátrica habitual que intentaron suicidarse o que cometieron actos de automutilación en el curso de tres períodos de seis meses.

Los autores concluyen que la hospitalización parcial con tratamiento de orientación psicoanalítica parece un procedimiento alternativo adecuado para los pacientes hospitalizados afectos de trastorno de la personalidad. En la discusión se indica que la mejoría en el grupo de hospitalización parcial podría ser atribuida no al método psicoanalítico empleado, sino a la atención que recibían los pacientes. De hecho, el grupo de control recibió una atención semejante, aunque de una forma poco coherente, inconsistente y con escasa coordinación del personal sanitario implicado.

DIAGRAMA DE FLUJO



Anthony Bateman, MA, FRCPsych, es profesor visitante de la Unidad de Psicoanálisis del University College de Londres y psiquiatra consultor de la Royal Free Medical School y del St. Ann's Hospital. En colaboración con Peter Fonagy ha desarrollado un tratamiento innovador de los trastornos de la personalidad (Mentalization Based Treatment).³ Ha estudiado la interacción entre trastornos de la personalidad y resultados de la psicoterapia breve en caso de ansiedad o depresión. Entre otros libros, es autor de una obra sobre los principios básicos de la psicoterapia.⁵ *Introduction to psychotherapy An outline of psychodynamic principles and practice* (Londres: Routledge, 2001).

Comentario

El cuestionario CONSORT detalla los requisitos necesarios para la publicación de ensayos clínicos, requisitos que han sido adoptados por las revistas médicas de mayor prestigio [Annals of Internal Medicine, British Medical Journal, JAMA, Lancet, Medicina Clínica (Barc)].⁴ Entre estos requisitos tiene importancia el diagrama de flujo de los pacientes incluidos en el estudio que se pretende publicar. Bateman y Fonagy no reproducen este diagrama en su publicación, pero proporcionan los datos necesarios para construirlo. El diagrama muestra entre ambos grupos experimentales un paralelismo poco frecuente. Resulta sorprendente que en el estudio de seguimiento, que se prolongó 18 meses tras finalizar el período inicial, no se produjera ningún abandono ni ninguna pérdida adicional, pues los abandonos llegan, en algunos estudios, a representar hasta el 30% de la casuística inicial. Parece que en el caso de ensayos en pacientes con trastornos de la personalidad, este porcentaje debería ser también muy elevado.

Valoración metodológica

Asignación aleatoria de las opciones terapéuticas estudiadas, criterios de valoración adecuados a los objetivos del ensayo, valoración estadística acorde con los métodos habituales, los tratamientos adicionales de ambos grupos de pacientes no resultaron comparables.

Evaluación global: ensayo con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-9
2. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42
3. Fonagy P, Bateman A. *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press, 2004
4. Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I, Pitkin R, Rennie D, Schulz KF, Simel D, Stroup DF. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *JAMA* 1996;276:637-9
5. Bateman A. *Introduction to psychotherapy An outline of psychodynamic principles and practice*. Londres: Routledge, 2001

4.6.7

¿Es posible la investigación de resultados? (Vaughan 2000)

Vaughan S, Marshall RD, Mackinnon RA, Vaughan R, Mellman L, Roose SP. Can we do psychoanalytical outcome research? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000;81:513-27

Susan Vaughan et al. plantearon si la metodología desarrollada para el ensayo clínico de medicamentos y aplicada con éxito en ensayos de psicoterapia de corta duración podía utilizarse en la valoración de tratamientos psicodinámicos prolongados, incluido el psicoanálisis.¹ A fin de responder a esta cuestión, estudiaron 15 pacientes tratados mediante psicoanálisis y 15 pacientes tratados dos veces a la semana con psicoterapia psicodinámica.

TABLA 1. Cuestionarios

1. Basic demographic data
2. Structured Clinical Interview for DSM-II-R, Axis I
3. Symptom Checklist90
4. Beck Depression Inventory
5. Spielberger State-trait Anxiety Inventory
6. Golumbach Rust inventory of sexual satisfaction
7. Structured Clinical Interview (DSM-III-R)
8. Neuroticism, extraversion and openness self-report questionnaire
9. Social adjustment scale
10. Psychological mindedness scale
11. Locus of control of behaviour
12. Structural Analysis of Social Behaviour
13. Inventory of interpersonal problems
14. California Psychotherapy Alliance Scale

Para definir la muestra que se iba a estudiar y para valorar los resultados se propusieron 14 cuestionarios (tabla 1), desde el Basic Demographic Data hasta la California Psychotherapy Alliance Scale. El cuestionario de neuroticismo constaba de 240 ítems; debido al tiempo exigido para completarlo se sustituyó por una versión de 60 ítems. Otro de los cuestionarios, el Structural Analysis of Social Behaviour, fue rechazado por los pacientes pues les resultaba difícil comprender el lenguaje utilizado en el mismo, por lo que fue sustituido por otro con 127 preguntas.

El período de reclutamiento se prolongó un año y medio. Sólo 9 de los 34 pacientes considerados adecuados aceptaron participar en el grupo de psicoanálisis; de ellos, 2 dejaron la terapia en el primer mes y otro paciente la dejó en el segundo. Así, sólo 6 pacientes completaron un año de tratamiento psicoanalítico. En el grupo de psicoterapia, 6 pacientes abandonaron el tratamiento en el curso de los 4 primeros meses, con lo que sólo 9 completaron un año de psicoterapia.

Ante esta situación, los autores decidieron «a causa del pequeño tamaño de las muestras, combinar los grupos de psicoanálisis y de psicoterapia psicodinámica a fin de poder proceder al análisis de los datos».

En la tabla 5 del artículo se muestran, en la primera columna, los 14 cuestionarios utilizados en el estudio, y en las columnas siguientes (aunque no se indica en los encabezados), los valores medios y la desviación estándar registrados al iniciar el estudio (*baseline*) y a su terminación (*one year*) y el correspondiente valor de *p*.

Table 5
Baseline and one-year results

Symptom measures:			
SCL-90 (GSI)	2.1 (0.61)	1.3 (.88)	0.34
BDI	19.2 (12.32)	8.6 (7.73)	0.01
STAI	55.8 (11.91)	42.67 (10.93)	0.007
Function measures:			
SAS	3.7 (1.81)	2.2 (0.68)	0.0001
GRISS-Male	4.2 (3.11)	3.80 (3.27)	0.42
GRISS-Female	3.18 (2.83)	2.50 (1.35)	0.15
Interpersonal problems			
IIP	2.0 (.5)	1.3 (.5)	0.01
Dimensional personality: NEO			
1. Neuroticism	32.2 (7.2)	30.5 (7.4)	0.56
2. Extraversion	22.0 (8.3)	25.0 (8.9)	0.42
3. Openness	32.3 (5.6)	32.2 (5.7)	0.87
4. Agreeableness	29.1 (5.9)	30.7 (4.0)	0.69
5. Conscientiousness	24.7 (8.3)	25.7 (10.2)	0.46
Psychodynamic measure:			
PM	133.8 (16.50)	143.0 (15.83)	0.03
LCB	32.0 (10.67)	31.4 (13.9)	0.83
Therapeutic alliance:			
CALPAS - Patient	5.7 (1.05)	5.9 (0.88)	0.94
CALPAS - Therapist	3.8 (1.2)	5.5 (0.76)	0.04

La diferencia entre valores iniciales y finales resultó significativa en cinco escalas: la de depresión de Beck, la de ansiedad de Spielberger y las de adaptación social (SAS), de problemas interpersonales (IPP) y de estado de ánimo (PM). Cabe destacar que el valor basal de la Escala de Depresión de Beck fue igual a $19,20 \pm 12,32$ y que después de un año se redujo a $8,60 \pm 7,73$ ($p = ,01$), una diferencia con considerable significación clínica.

En la mencionada tabla 5 se encuentra también la valoración de la relación terapéutica entre paciente y analista (California Psychotherapy Alliance Scale, CALPAS): esta escala demostró que dicha relación había mejorado en el curso de un año de forma significativa.

Susan C. Vaughan es profesora de Psiquiatría en el Columbia University College of Physicians and Surgeons de Nueva York y autora de varios libros sobre psicoanálisis,^{2,3} **Lisa Mellman** está vinculada a la misma institución y **Roger A. Makinnon** es miembro de la International Psychoanalytical Association.

Comentario

1. Tanto el hecho de someter a los pacientes a una batería de 14 escalas psicométricas como el complejo planteamiento del proyecto (sesiones registradas mediante magnetófono, entrevistas con formularios semiestructurados efectuadas por analistas desconocidos por el paciente, etc.) explican suficientemente los abandonos del estudio y ponen en cuestión la metodología del ensayo y la representatividad de los resultados. El que se produjeran menos abandonos en el grupo tratado con psicoterapia es debido probablemente a que estos pacientes tenían que dedicar a su tratamiento menos tiempo (sólo participaron en dos sesiones a la semana) que el exigido a los del grupo de psicoanálisis (cinco sesiones semanales).
2. En la discusión del artículo, el problema de reclutamiento es tratado de forma extensa, y los autores llegan a la conclusión de que «también es posible que los procedimientos del propio estudio fueran un obstáculo demasiado grande para los clínicos y para los pacientes». En este contexto, añaden dos frases que tienen un interés especial:

«Creemos que todavía existe entre los psicoanalistas una gran resistencia a la investigación, que es comunicada a sus pacientes.»

«Ciertamente, algunos analistas argumentan que cada psicoanálisis es una experiencia única, lo que impide que el propio procedimiento pueda ser estudiado de forma significativa. Creemos que esta posición es insostenible si se pretende que el psicoanálisis sea considerado como un tratamiento.»

3. *Valorar conjuntamente los resultados obtenidos mediante psicoanálisis y mediante psicoterapia es una decisión difícil de comprender, pues ello impide que los resultados sean atribuidos a alguno de los dos procedimientos terapéuticos estudiados. Tampoco puede negarse la posibilidad de mejoría espontánea, ni la posibilidad de que en realidad se hubiera registrado un efecto Hawthorne.**
4. *Es raro que este equipo de investigadores, vinculado a una importante institución académica, no se planteara la posibilidad de buscar la colaboración de profesionales con experiencia en la metodología desarrollada para ensayos farmacológicos, un modelo que, como indican al iniciar el artículo, puede servir para demostrar la eficacia del psicoanálisis.*

Valoración metodológica

Métodos de valoración inadecuados; seguimiento del curso clínico irregular.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (ó)

Referencias

1. Vaughan S, Marshall RD, Mackinnon RA, Vaughan R, Mellman L, Roose SP. Can we do psychoanalytical outcome research? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000;81:513-27
2. Vaughan SC. *La psicología del optimismo. El vaso medio vacío o medio lleno*. Buenos Aires: Paidós, 2004
3. Vaughan SC. *The talking cure: The science behind psychotherapy*. York: Henry Holt, 1997

* El efecto Hawthorne se refiere a la tendencia de las personas a modificar sus hábitos cuando son objeto de interés y atención especial, independientemente de la naturaleza de la intervención que reciban. La denominación de este efecto se originó en un estudio realizado por la Western Electric en Hawthorne (Illinois): los trabajadores, expuestos a niveles variables de la intensidad de la luz, incrementaban su producción con independencia de que la intensidad de la iluminación hubiera aumentado o disminuido.

4.6.8 El Estudio de Psicoterapias de Múnich (Huber, 2001)

Huber D, Klug G, von Rad M. Münchner Psychotherapie-Studie. En: M. Leuzinger-Bohleber, U. Stuhr (editores). *Psychoanalysen im Rückblick*. Giessen: Psychosozial Verlag, 2001

En la introducción del artículo que describe el protocolo del Estudio de Psicoterapias de Múnich se indica que, según Henry Bachrach et al., los estudios acerca de la eficacia del psicoanálisis efectuados antes de 1991 adolecían de importantes defectos: muestras de pequeño tamaño, falta de grupo de control, ausencia de criterios de valoración definidos antes del inicio del proyecto.^{1,2} En la mayor parte de esos estudios, la efectividad del psicoanálisis se determinaba sólo mediante una comparación con diferentes métodos psicoterapéuticos. Pero, de hecho, no se dispone de comparaciones entre psicoanálisis y psicoterapias conductuales. Esta situación justifica la realización de un estudio comparativo entre ambos procedimientos psicoterapéuticos que, por una parte, respete las exigencias del método experimental y que por otra pueda realizarse en las condiciones habituales de la clínica psicoterapéutica.

En este estudio se propone comparar la eficacia de (a) el psicoanálisis, (b) la psicoterapia basada en la psicología profunda y (c) la terapia conductual. Cada grupo experimental deberá incluir 30 pacientes. Como criterios de inclusión se especifican: (a) edad entre 25 y 45 años, (b) diagnóstico de depresión según la *International Classification of Diseases-10* y (c) severidad media o grave del proceso patológico. Los pacientes deberán vivir en Múnich, hablar alemán y no tomar medicación antidepressiva. Los tres métodos terapéuticos serán asignados al azar y de forma estratificada de acuerdo con la severidad del proceso depresivo y considerando (si resulta posible) edad, género y situación social de los pacientes. En cada grupo experimental participarán diez terapeutas con experiencia en los procedimientos estudiados. La valoración de los resultados tendrá lugar de acuerdo con las opiniones del paciente, del terapeuta y de un profesional externo. Los investigadores externos entrevistarán a los pacientes antes y después del tratamiento con el objetivo de controlar efectos de memoria y de expectativas. Se utilizarán las escalas psicométricas detalladas en la tabla 1.

Los cuestionarios, una vez cumplimentados, serán remitidos al centro coordinador mediante correo electrónico. Las valoraciones se efectuarán antes de iniciar el tratamiento y al terminarlo. Las entrevistas de seguimiento tendrán lugar un año después de terminar el tratamiento y posteriormente, si es posible, de forma anual. El análisis de los datos y su valoración se realizará mediante los programas utilizados habitualmente para la evaluación estadística de resultados (Statistical Product and Service Solutions, SPSS).

TABLA 1. Escalas psicométricas

paciente
o Lista de Comprobación de Síntomas (Symptom Checklist)
o Escala de Depresión de Beck
o Inventario de Problemas Interpersonales
o Cuestionario de introyección
o Cuestionario de estrategias de solución de conflictos
o Inventario de Personalidad de Freiburg
o Cuestionario sobre satisfacción vital
o Documentación básica
o Cuestionario de protección social
o Cuestionario de la alianza terapéutica
o Cuestionario de modificaciones de vivencias y comportamientos
profesional externo
o Índice de severidad del trastorno
o Clasificación Internacional de Enfermedades ICD-10
o Valoración global de la escala de funcionamiento
o Escala de capacidades psicológicas
o Escala de consecución de objetivos
o Documentación básica
o Hoja de documentación de la entrevista inicial
terapeuta
o Cuestionario sobre la relación terapéutica
o Cuestionario del curso del tratamiento
o Valoración del proceso terapéutico

En este estudio, la inclusión de pacientes se inició en 1996. En 2005 se dispuso de los resultados preliminares de 42 pacientes que habían completado su tratamiento y a los que se examinó tras un año de seguimiento.³ Al concluir el tratamiento, se obtuvieron resultados claramente positivos en las siguientes escalas: Symptom Checklist, Índice de Severidad del Trastorno (Global Severity Index) e Inventario de Problemas Interpersonales (Inventory of Interpersonal Problems). Un año más tarde no se comprobaron cambios adicionales significativos. No se encontró correlación alguna entre los resultados obtenidos y la duración o la intensidad de la terapéutica. El reducido tamaño muestral no permitió una comparación válida entre los procedimientos terapéuticos estudiados.

El estudio fue coordinado por Dorothea Huber, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Klinikum rechts der Isar, de Múnich.

Dorothea Huber estudió Psicología y Medicina en las universidades de Kiel, Freiburg, Hamburgo y Múnich. Es especialista en Medicina psicoterapéutica y jefa de la Clínica Psicosomática de las Clínicas Municipales de Múnich.

Comentario

Se trata de un estudio en el que se aplican los principios básicos de la investigación clínica experimental: diseño prospectivo, comparación de grupos paralelos tratados con diferentes alternativas terapéuticas, aleatorización. Lamentablemente, encierra un problema importante: hay un exceso de variables para valorar los resultados terapéuticos. Los pacientes incluidos en el estudio deben cumplimentar 11 cuestionarios diferentes; los colaboradores externos, 7 cuestionarios y los terapeutas, 3. Se espera que dicha labor se repita en tres ocasiones. Esta exigencia implica, al menos por parte de los pacientes, un evidente sobreesfuerzo que difícilmente puede ser compensado. La consecuencia más probable será un importante porcentaje de abandonos. Por otra parte, el exceso de variables comporta un problema estadístico: se admite que una diferencia es estadísticamente significativa cuando la hipótesis nula («no existen diferencias entre las intervenciones estudiadas») es refutada por el 95% de las observaciones. Por lo tanto, cuando se utilizan múltiples variables, la probabilidad de cometer un error de primer orden (rechazar la hipótesis nula cuando es cierta) depende

directamente del número de las variables empleadas. En otras palabras, si se aplica un centenar de variables, cinco de las mismas demostrarán que entre los tratamientos existe una diferencia, aunque ello sea falso. El investigador, que espera publicar resultados positivos, estará muy tentado a referirse a las variables que coinciden con sus intereses. La solución a este problema es muy simple: debe distinguirse entre variables primarias y variables secundarias. La variable primaria es la que nos da la respuesta al problema planteado: ¿es más eficaz el psicoanálisis que las otras dos formas de psicoterapia estudiadas? En este caso específico, tal vez la respuesta la debe dar la escala de Beck. Las escalas restantes pueden servir para delimitar este resultado: «pero ello no ha mejorado las relaciones interpersonales de los pacientes incluidos en el estudio», por ejemplo. Esta diferenciación es importante.

Valoración metodológica

Objetivos bien definidos. Características basales comparables. Asignación al azar adecuada. Criterios de evaluación de resultados aceptables. Dado que se trata de resultados preliminares, no es posible incluir este estudio en una valoración de la terapia psicoanalítica prolongada.

Referencias

1. Huber D, Klug G, von Rad M. Münchner Psychotherapie-Studie. En: M. Leuzinger-Bohleber, U. Stuhr (editores). *Psychoanalysen im Rückblick*. Giessen: Psychosozial Verlag, 2001
2. Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron Jr. S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychol Assoc* 1991;39:871-916
3. Huber D, Klug G. Munich Psychotherapy Study (MPS): Preliminary results on process and outcome of psychoanalytic psychotherapy. óA prospective psychotherapy study with depressed patients. *Psychother Psychosom Psych Med* 2005;55:101

4.6.9

Anorexia nerviosa: tratamiento psicológico (Dare, 2001)

Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21

Desde hace mucho tiempo, se recurre a la terapia psicoanalítica para el tratamiento de los trastornos nutricionales, y sin embargo sólo ha sido objeto de un estudio piloto publicado en 1955.¹

El ensayo clínico aleatorizado dirigido por Chris Dare, colaborador del Institute of Psychiatry del King's College, y efectuado en el Maudsley Hospital (Londres), se propuso comparar tres formas de terapia especializada con el tratamiento «de rutina» en pacientes adultas afectas de anorexia nerviosa.² Con ello, en el ensayo se dispuso de cuatro grupos experimentales:

- a) un grupo de psicoterapia psicoanalítica focal, una forma estandarizada de psicoterapia psicoanalítica de corta duración; las sesiones se prolongan durante 50 minutos y tienen lugar una vez a la semana durante un año;
- b) un grupo de terapia familiar, que considera la anorexia como un problema que afecta a toda la familia, por lo que las sesiones de 1 hora a 1½ horas se desarrollan junto con el marido, la esposa o los padres de la paciente, una vez a la semana o cada tres semanas;
- c) un grupo de terapia cognitivo-analítica, que combina elementos de terapia cognitiva y de psicoterapia psicodinámica focal; se aplica en sesiones semanales de 50 minutos durante las primeras 20 semanas, seguidas de sesiones de una vez al mes durante tres meses;
- d) un grupo de tratamiento de rutina, consistente en sesiones de 30 minutos en las cuales la paciente es informada de las características y las consecuencias de la anorexia nerviosa y se le propone una dieta más saludable y controlar su peso y su estado físico.

Se incluyeron 84 pacientes que cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-IV de la American Psychiatric Association y se excluyeron aquellas cuya situación mental o física exigió que fueran ingresadas inmediatamente en un hospital. Las pacientes, a las que se informó de forma detallada de las características del ensayo, otorgaron su consentimiento antes de ser incluidos en el mismo. La asignación a los grupos experimentales se efectuó mediante un procedimiento de aleatorización denominado «minimización», en el que se consideró la edad de inicio y la duración previa de la enfermedad, la presencia de síntomas bulímicos y la situación de pareja.³

Las valoraciones clínicas fueron efectuadas por tres psicólogos que no participaron en el tratamiento de las pacientes y se basaron en la entrevista psiquiátrica estandarizada de Morgan y Russell, en la que se consideran cinco áreas relacionadas con la situación del paciente: situación nutricional; escala menstrual; escala mental; escala psicosexual; escala socioeconómica.⁴

Las características de las 84 pacientes (de hecho, 82 mujeres y 2 hombres) incluidas en el ensayo fueron las siguientes: (a) edad media de 26,3 años; (b) duración previa de la enfermedad de 6,3 años por término medio; (c) 66 pacientes tratadas anteriormente a causa de su trastorno alimentario, y (d) la mayoría con un déficit importante de peso corporal (valor medio del índice

de masa corporal: $15,4 \pm 1,6$.* No se constaron diferencias estadísticamente significativas al principio del ensayo entre los grupos experimentales mencionados.

Resultados

Sólo 65 pacientes completaron las valoraciones clínicas previstas, pero la valoración de resultados se efectuó según intención de tratamiento, es decir, incluyendo las 84 pacientes que iniciaron el ensayo. Los abandonos se valoraron de acuerdo con los resultados de la última entrevista clínica.

El incremento de peso corporal en el conjunto de pacientes al finalizar el tratamiento fue relativamente reducido: $IMC = 16,5 \pm 2,4$. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de la entrevista psiquiátrica de Morgan y Russell.

En la tabla 1 se registran los resultados obtenidos en los cuatro grupos experimentales de acuerdo con las siguientes categorías predeterminadas:

- a) recuperación: peso > 85% PCM;^A recuperación de la menstruación; sin síntomas de bulimia
- b) mucho mejor: peso > 85% PCM; amenorrea; síntomas bulímicos ocasionales
- c) mejor: peso > 75% PCM y 10% de incremento de peso; síntomas bulímicos semanales
- d) fracaso: peso < 75% PCM o incremento de peso < 10%; síntomas bulímicos diarios

TABLA 1. Resultados tras un año de tratamiento

terapia	categoría de los resultados				total
	recuperación	mucho mejor	mejor	fracaso	
focal	3	4	4	10	21
familiar	3	5	1	13	22
cognitivo-analítica	3	3	1	15	22
rutina	0	1	4	14	19
conjunto	9	13	10	52	84

Al finalizar el tratamiento, aproximadamente una tercera parte de las pacientes tratadas con psicoterapia especializada no cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-IV para anorexia, en tanto que en el grupo de tratamiento de rutina, el 95% de las pacientes (es decir, 18/19) cumplieron con estos criterios. A este respecto, las diferencias entre psicoterapia psicoanalítica focal y terapia familiar en relación con el tratamiento de rutina fueron estadísticamente significativas ($p = 0,05$ y $p = 0,03$ respectivamente). Entre psicoterapia cognitivo-analítica y tratamiento de rutina no se observaron diferencias significativas ($p = 0,07$).

Los autores indican que el estudio adolece de varios aspectos insatisfactorios. Inicialmente se calculó que la muestra debía incluir 120 pacientes, pero por diferentes motivos fue preciso interrumpir el reclutamiento con sólo 84 sujetos. Por otra parte, debido a determinados cambios en el Eating Disorder Service (Servicio de Trastornos Alimentarios), se incluyeron predominantemente pacientes con trastornos graves, en las que sólo se podía alcanzar un beneficio limitado con las alternativas terapéuticas estudiadas. Según los autores, es preciso realizar más estudios experimentales acerca del tratamiento de la anorexia nerviosa.

El **Intitute of Psychiatry** forma parte de la Universidad de Londres y es la única institución del Reino Unido dedicada de forma integral al estudio y a la práctica de la psiquiatría y de las orientaciones relacionadas con la psiquiatría. Fue inaugurado en 1923 y desde 1997 es una de las escuelas del King's College London. Se encuentra ubicado en el mismo emplazamiento que el Maudsley Hospital, que forma parte de la Fundación South London and Maudsley NHS, una de las mayores instituciones de Inglaterra dedicadas a la salud mental.

* Índice de masa corporal (IMC) normal: 18,50-24,99

^A PCM: peso corporal medio

Valoración metodológica

Criterios de inclusión compatibles con los objetivos del ensayo, consentimiento informado, asignación de los procedimientos terapéuticos mediante minimización, criterios de valoración de resultados correctos y a ciegas, cálculo estadístico adecuado según intención de tratamiento.

Evaluación global: ensayo con un mínimo riesgo de sesgos. (++)

Referencias

1. Treasure J, Todd G, Brolly M, Tiller J, Nehmed A, Denman F. A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs. educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 1995;33:363-7
2. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21
3. Pocock SJ. *Clinical trials: a practical approach*. Chichester: Wiley, 1983
4. Morgan JG, Russell GFM. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1975;5:355-71

4.6.10

Trastornos de la personalidad y psicoterapia de soporte (Vinnars, 2005)

Vinnars B, Barber JP, Noren K, Gallop R, Weinryb RM. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: Bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatry* 2005;162:1933-1940

Los ensayos clínicos efectuados acerca del tratamiento de los trastornos de la personalidad adolecen de varios defectos: tamaño de la muestra insuficiente limitación a unos pocos trastornos específicos, exclusión de los casos más severos. Además, sólo hay dos estudios que hayan utilizado manuales terapéuticos, lo que actualmente constituye una verdadera exigencia en los ensayos clínicos aleatorizados destinados a demostrar la eficacia de la psicoterapia.^{1,2}

Paul Crits-Christoph y Jacques Barber consideran que los resultados terapéuticos en los trastornos de personalidad pueden mejorar prolongando la duración del tratamiento y cambiando la orientación del mismo: en lugar de los síntomas se debe prestar atención a los sistemas de creencias rígidas y a los deficientes esquemas interpersonales que caracterizan a estos pacientes.³ La psicoterapia expresiva de soporte es una forma de psicoterapia psicodinámica que tiene en cuenta los mencionados objetivos; este método se aplica según el manual terapéutico de Lester Luborsky.⁴ Bo Vinnars (Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario de Huddinge, Estocolmo) et al. efectuaron un ensayo clínico aleatorizado en el que compararon dicho método terapéutico con el tratamiento psicodinámico utilizado habitualmente en la comunidad.⁵

En este ensayo, de un total de 371 pacientes consecutivos que acudieron a dos centros de salud mental del área de Estocolmo, 156 cumplieron con el criterio de inclusión (diagnóstico de un trastorno de personalidad según DSM-IV) y no presentaron ninguno de los criterios de exclusión (más de 60 años de edad, psicosis, trastorno bipolar, abuso de sustancias, enfermedad cerebral orgánica) previstos en el protocolo de este estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación del Karolinska Institutet. Tras ser adecuadamente informados de palabra y por escrito, los pacientes otorgaron su consentimiento y fueron asignados de forma aleatoria al grupo de psicoterapia expresiva de soporte ($n = 80$) o al grupo de psicoterapia psicodinámica habitual ($n = 76$). La asignación a los grupos experimentales tuvo lugar mediante un procedimiento computarizado estratificado, en el que se consideraron el tipo de trastorno de la personalidad (A, B o C), la situación de pareja, la edad (cuatro grupos de entre 20 y 60 años) y el género del paciente.

La psicoterapia expresiva de soporte corrió a cargo de seis psicólogos y se desarrolló durante 40 sesiones. El tratamiento psicodinámico fue aplicado por 21 terapeutas experimentados en la utilización del mismo, si bien se realizó de forma más intensiva de lo que es habitual en Suecia.

Los diagnósticos se establecieron de acuerdo con la Entrevista Clínica Estructurada para trastornos de la personalidad de DSM-IV. Los síntomas psiquiátricos se valoraron mediante la Escala de Verificación de Síntomas (Symptom Checklist-90) y la funcionalidad social, con la Escala de Valoración Global de Funcionalidad de DSM-IV (GAF, Global Assessment of Functioning). La escala de Barber et al. se utilizó para comprobar la exactitud con la que los terapeutas siguieron el manual de psicoterapia expresiva de soporte.⁶

El poder estadístico de la prueba para detectar una diferencia entre ambos grupos de entre 0,33 y 0,41 unidades (magnitud del efecto) fue de 0,80 para un error de tipo I de 0,05. La

valoración tuvo lugar según intención de tratamiento, para lo que se utilizó un análisis de la varianza. Para determinar el significado clínico de los resultados se aplicó el método de Kendall, consistente en verificar si los resultados de la SCL-90 tras dos años de seguimiento en los dos grupos experimentales ($n = 115$) eran equivalentes a los de una muestra de 750 individuos suecos sin trastornos clínicos.⁷⁻⁸ En todos los análisis se aplicó un valor de α de 0,05 para pruebas bilaterales.

Resultados

Entre los dos grupos de pacientes no se encontraron diferencias significativas respecto a sus características sociodemográficas iniciales ni respecto a la frecuencia de los tratamientos previos.

En la tabla 1 se detallan la mediana y los márgenes de los días transcurridos entre el inicio del tratamiento, su terminación y el momento en que se efectuó el seguimiento de los resultados.

TABLA 1. Mediana y márgenes de los intervalos del tratamiento

	<i>grupo experimental</i>	<i>grupo de control</i>
inicio-terminación	432 días (351-679)	428 días (347-770)
inicio-seguimiento	409 días (264-1358)	388 días (287-1284)

Entre el inicio del tratamiento y el seguimiento, 25 pacientes del grupo experimental y 31 del grupo de control recibieron medicación psicotrópica; la diferencia no es estadísticamente significativa.

Al concluir el tratamiento, 38 pacientes no cumplían con los criterios diagnósticos de trastorno de la personalidad, cifra que se incrementó a 58 en el momento del seguimiento. No se constataron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en ninguna de las dos evaluaciones.

Los cambios del trastorno de funcionalidad resultaron significativos en dependencia del tratamiento y de los cuatro tipos de trastorno de la personalidad ($\chi^2 = 59,51$; $p < 0,001$). No se encontraron diferencias entre el grupo experimental y el grupo de control.

El análisis de la varianza demostró que la severidad del trastorno de personalidad se redujo a lo largo del tiempo, al igual que alguno de los índices del SCL-90 y de los valores del GAF, pero sin diferencia alguna entre los dos tratamientos. La valoración del resultado clínico indicó que los pacientes habían cambiado significativamente, pero sin alcanzar los valores del grupo de individuos sin trastornos clínicos.

En resumen, los resultados de este ensayo demuestran que, en los pacientes con trastornos de la personalidad, el tratamiento con psicoterapia expresiva de soporte o con psicoterapia psicodinámica durante un año reduce la severidad del trastorno y mejora la funcionalidad; no obstante, no puede afirmarse que estos pacientes alcanzaran un nivel de salud satisfactorio. Los autores concluyen que la psicoterapia expresiva de soporte aplicada de acuerdo con un manual terapéutico no es superior a la psicoterapia psicodinámica aplicada sin un manual terapéutico.

Este estudio fue supervisado por **Jacques P. Barber**, PhD, profesor de Psicología en la Universidad de Pensilvania, y por **Robert Weinryb**, doctor en Medicina, colaborador del Departamento de Neurociencias Clínicas, Sección de Psiquiatría y Psicología, Karolinska Institutet, Estocolmo. **Bo Vinnars** obtuvo el doctorado en Psicología (PhD) por la Universidad de Estocolmo en marzo de 2008. El Dr. Robert Weinryb falleció en julio de 2004.

Valoración metodológica

Tratamientos aplicados según manual terapéutico, asignación aleatoria mediante estratificación, criterios de inclusión bien definidos, consentimiento informado, criterios de valoración adecuados, valoración estadística según intención de tratamiento.

Evaluación global: ensayo clínico con un mínimo riesgo de sesgos. (++)

Referencias

1. Winston A, Laikin M, Pollack J, Samstag LW, McCullough L, Muran JC. Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1994;151:190-4
2. Munroe-Blum H, Marziali E. A controlled trial of short term group treatment for borderline personality disorders. *J Person Disord* 1995;9:190-8
3. Crits-Christoph P, Barber JP. Psychological treatments for personality disorders. En: P.E. Nathan J.M. Gorman (editores). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press, 2002
4. Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. Nueva York: Basic Books, 1984
5. Vinnars B, Barber JP, Noren K, Gallop R, Weinryb RM. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: Bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatry* 2005;162:1933-1940
6. Barber JP, Mercer D, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin L. Development of an adherence and competence rating scale of dynamic therapists in the treatment of cocaine dependence. *J Psychother Pract Res* 1997;6:12-24
7. Kendall PC, Mars-García A, Nath SR, Sheldrick RC. Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:285-99
8. Andersen MS, Johansson M. *SCL-90 (Symptom Checklist): En Svensk normering och standardisering*. Lund: Lunds Universitet, Institutionen for Tillämpad Psykology, 1998

4.6.11

La transferencia en la psicoterapia dinámica (Høglend, 2006)

Høglend P, Amlo S, Marble A, Bøgwald K-P, Sørbye Ø, Cosgrove Sjaastad M, Heyerdahl O. Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry* 2006;163:1739-46

Sigmund Freud describió el fenómeno de transferencia como una reconstrucción del pasado histórico reprimido del paciente que se transfiere en la relación con el terapeuta.¹ En general, se considera que la transferencia es el principal ingrediente activo del psicoanálisis y de la psicoterapia psicodinámica. Así, la interpretación de la relación con el terapeuta se define como una interpretación transferencial. En psicoterapia breve, las interpretaciones transferenciales pueden provocar ansiedad en el paciente. Una alternativa a la interpretación transferencial es la interpretación extra-transferencial: en el curso de la sesión terapéutica no se incluye referencia alguna a la interacción entre paciente y terapeuta. Per Høglend et al. intentaron definir los efectos de un nivel moderado de interpretaciones transferenciales en la psicoterapia psicodinámica breve.² La hipótesis consistió en que los pacientes tratados con interpretaciones transferenciales (grupo transferencial) mejoran más que los tratados sin interpretaciones transferenciales (grupo de control).

En el estudio se incluyeron 100 pacientes que solicitaron tratamiento psicoterapéutico a causa de trastornos depresivos, ansiedad, trastornos de la personalidad o problemas interpersonales. Se excluyeron los pacientes con psicosis, enfermedad bipolar, trastorno mental orgánico o abuso de sustancias. Los sujetos fueron entrevistados durante dos horas, completaron los correspondientes cuestionarios y otorgaron su consentimiento tras ser informados de las características del proyecto. Cincuenta y dos pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental y 48 al grupo de control. El cálculo del poder estadístico indicó que esta muestra de sujetos permitiría detectar magnitudes de efecto moderadas ($d = 0,55$) para un valor de p de 0,05 y de $1 - \beta = 0,80$.

Los tratamientos estuvieron a cargo de seis psiquiatras y un psicólogo clínico, todos ellos con una experiencia en psicoterapia psicodinámica de entre 10 y 25 años. Cada uno trató entre 10 y 17 pacientes. Los resultados de la asignación aleatoria a los grupos experimentales sólo los conocían los terapeutas participantes en el estudio.

Cinco sujetos del grupo de control abandonaron el estudio. El tratamiento consistió en una sesión de 45 minutos a la semana durante un año. La duración media del tratamiento fue de $34 \pm 6,1$ sesiones en el grupo transferencial y de $33 \pm 6,6$ sesiones en el grupo de control. Los tratamientos se efectuaron de acuerdo con un manual publicado en noruego en 1990.

La valoración de los resultados se efectuó mediante cuatro escalas psicológicas:

- las escalas de funcionalidad psicodinámica, referidas a la calidad de las relaciones familiares, de las relaciones de amistad, de las relaciones de pareja, y de la tolerancia;³
- la Escala de Valoración Global de Funcionalidad;
- el Cuestionario de Problemas Interpersonales, utilizado para valorar los problemas interpersonales comunicados por el paciente;⁴ y
- el Índice Global de Severidad (GSI) de la Symptom Checklist-90-R.

Adicionalmente, la Escala de Calidad de Relaciones Objetales y la presencia o ausencia de trastornos de la personalidad se aplicaron para valorar la influencia de las características del paciente en los resultados obtenidos.

En el análisis estadístico de los resultados se excluyó a un paciente que había abusado de sedantes y analgésicos. En los 99 pacientes restantes se aplicó un análisis longitudinal; los resultados clínicos se valoraron mediante análisis de covarianza. Para las escalas de funcionalidad psicodinámica y para la valoración global de funcionalidad, un resultado de 71 o mayor de 71 se consideró equivalente a funcionalidad normal.

Resultados

En la tabla 1 se encuentran los resultados descriptivos de las cuatro variables estudiadas. No se observó ninguna diferencia significativa entre las variables determinadas antes del tratamiento o después del mismo, tanto en el grupo experimental (terapia psicodinámica transferencial) como en el grupo de control.

TABLA 1. Media y desviación estándar de los resultados obtenidos en los pacientes tratados con o sin interpretación transferencial

		<i>grupo transferencial</i>	<i>grupo comparativo</i>
Escala de funcionalidad psicodinámica	previo	62,9 ± 4,60	63,3 ± 5,20
	12 meses	69,7 ± 5,80	69,4 ± 6,80
Valoración Global de Funcionalidad	previo	61,2 ± 6,10	60,4 ± 7,20
	12 meses	69,8 ± 7,50	69,4 ± 8,80
Cuestionario de Problemas Interpersonales	previo	1,17 ± 0,53	1,14 ± 0,51
	12 meses	1,02 ± 0,55	0,89 ± 0,51
Índice Global de Severidad	previo	1,01 ± 0,62	1,03 ± 0,54
	12 meses	0,59 ± 0,58	0,61 ± 0,51

En la muestra de sujetos con un valor bajo en la escala de relaciones objetales ($n = 44$), la magnitud del efecto en la Escala de Funcionalidad Psicodinámica fue moderada (d de Cohen = 0,54). En los sujetos con un valor elevado en la Escala de Relaciones Objetales ($n = 55$), no se constató en la Escala de Funcionalidad Psicodinámica ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Discusión

En este estudio no fue posible detectar diferencias significativas entre los pacientes tratados con psicoterapia transferencial o con psicoterapia no transferencial.

En el análisis de subgrupos, las interpretaciones transferenciales fueron más eficaces en los pacientes con una puntuación baja en la Escala de Calidad de las Relaciones Objetales, es decir, en los pacientes menos adecuados para el tratamiento psicoterapéutico. Este resultado coincide con el informe del Proyecto Menninger, según el cual los pacientes con debilidad del ego responden mejor a la psicoterapia expresiva con interpretaciones transferenciales que a la psicoterapia de soporte.⁵

Los autores indican que tal vez el tamaño de la muestra no fue suficiente para determinar de forma precisa la magnitud de los efectos. Por otra parte, no puede descartarse que los terapeutas, a pesar de que estaban suficientemente entrenados con el uso de psicoterapia no transferencial, no encontraran más adecuadas las interpretaciones transferenciales. Este estudio precisaría ser repetido por otros grupos de investigadores.

Per Andreas Høglend fue nombrado profesor de Psiquiatría por la Universidad de Oslo en 1997. Nacido en esta misma ciudad en 1946, terminó los estudios de Medicina en 1972, obtuvo el nombramiento de especialista en psiquiatría en 1981 y el doctorado en Medicina en 1995. Se ha interesado especialmente por la psicoterapia dinámica sistémica y es coautor de 74 artículos científicos, 34 de ellos publicados en revistas indexadas.

Valoración metodológica

Criterios de inclusión bien definidos, aleatorización, cálculo del tamaño muestral, tratamientos de acuerdo con manual terapéutico, reducido porcentaje de abandonos, criterios de valoración adecuados, análisis estadístico según intención de tratamiento, resultados clínicamente significativos.

Evaluación global: ensayo clínico con un mínimo riesgo de sesgos. (++)

Referencias

1. Freud S. Análisis fragmentario de una histeria. *Obras completas. Tomo II.* Barcelona: RBA, 2006
2. Høglend P, Amlo S, Marble A, Bøgwald K-P, Sørbye Ø, Cosgrove Sjaastad M, Heyerdahl O. Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry* 2006;163:1739-46
3. Høglend P, Bøgwald K-P, Amlo S, Heyerdahl O, Sørbye Ø, Marble A, Sjaastad M, Bentsen H. Assessment of change in dynamic psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 2000;9:190-9
4. Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL. Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *J Pers Assess* 1990;55:521-36
5. Kernberg OF, Burstein E, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H. Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bull Menninger Clin* 1972;36:1-275

4.6.12

Psicoterapia del trastorno límite de la personalidad (Giessen-Bloo, 2006)

Giessen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:649-58

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por inestabilidad crónica en múltiples áreas psicológicas: desequilibrio emocional, auto-agresiones, impulsividad y trastornos de la propia identidad. Se estima una prevalencia en la población general de entre el 1% y el 2,5% y el riesgo de suicidio es aproximadamente del 10%. En algunos estudios se ha demostrado la efectividad de los tratamientos de orientación psicoanalítica en determinados aspectos de dicho proceso: disminución de los intentos de suicidio y de las autoagresiones y reducción del número de hospitalizaciones. No obstante, no se dispone de estudios que demuestren la efectividad terapéutica de las intervenciones farmacológicas o psicosociales en todos los aspectos del TLP.

En el Departamento de Psicología Clínica, Médica y Experimental de la Universidad de Maastricht, Josephine Giessen-Bloo et al. diseñaron un ensayo clínico en el que se propuso comparar la terapia focalizada en esquemas (TFE) y la psicoterapia centrada en la transferencia (PCT) en el tratamiento de dicho trastorno.¹

- La TFE es un tratamiento de carácter cognitivo que distingue en caso de trastorno límite de la personalidad cuatro diferentes esquemas modales: abandono del protector, padres punitivos, niño abandonado o sometido a abusos y niño impulsivo e irritable; se acepta que haya existido la presencia de un adulto sano.² La recuperación se consigue cuando los esquemas disfuncionales no controlan la vida del paciente.
- La PCT es un tratamiento acordado entre paciente y terapeuta en el que se busca el cambio psicológico mediante análisis e interpretación de la transferencia, cuyas técnicas consisten en exploración, confrontación e interpretación.³

El diseño de dicho estudio fue de carácter multicéntrico, randomizado y con dos grupos experimentales. La randomización tuvo lugar mediante estratificación en cuatro centros comunitarios de salud mental en Amsterdam, Leiden, La Haya y Maastricht. Los pacientes otorgaron su consentimiento informado y el estudio fue aprobado por los Comités Éticos de los centros participantes.

Los diagnósticos se establecieron mediante la Entrevista Clínica Estructurada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales* (DSM-IV) y las valoraciones tuvieron lugar de acuerdo con el Índice de Severidad del Trastorno Límite de la Personalidad, basado en 70 ítems que representan la severidad y la frecuencia de las manifestaciones del TLP: el diagnóstico se estableció cuando este índice superó el valor de 20 y el criterio de mejoría se alcanzó con un índice de 15 o de menos de 15. Un segundo criterio consistió en el Índice de Cambio Fiable, que refleja la mejoría clínicamente significativa; en estos casos, el cambio fiable se alcanzó cuando la mejoría fue superior a 11,70 puntos respecto a la última valoración. La calidad de vida se valoró mediante dos cuestionarios autoaplicados: el EuroQol y el WHOQOL. Otras determinaciones secundarias consistieron en la Lista de Evaluación de Síntomas-90, la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Cuestionario de Esquemas de Young y el Cuestionario

de Estilos de Defensa, entre otras. Las valoraciones se efectuaron cada tres meses durante un período de tres años.

Resultados

El estudio se desarrolló entre septiembre de 1999 y abril de 2004. De 173 pacientes con diagnóstico inicial de TLP, 95 fueron excluidos por diferentes razones, de forma que en el estudio se incluyeron 44 pacientes en cada grupo experimental. A los tres años, habían completado el tratamiento de forma satisfactoria 6 pacientes en el grupo de terapia focalizada en esquemas y 2 pacientes en el de terapia centrada en la transferencia, en tanto que se encontraban todavía en tratamiento 27 pacientes en el primero de ambos grupos y 19 en el segundo.

Inicialmente, entre ambos grupos no se encontraron diferencias en cuanto edad, género, nivel educativo, actividad profesional y utilización de medicación psicotrópica. Los índices de Trastorno Límite de la Personalidad, calidad de vida y patología psicológica fueron también comparables.

Utilizando un análisis por intención de tratamiento, se comprobó en ambos grupos de pacientes una mejoría estadística y clínicamente significativa en todas las determinaciones efectuadas tras 1, 2 y 3 años de tratamiento. Aparte de ello, a los 3 años, mediante análisis de supervivencia se demostró que en el grupo tratado con terapia focalizada en esquemas,

- el número de pacientes que se habían recuperado era mayor que en el grupo tratado con psicoterapia centrada en la transferencia (riesgo relativo = 2,18; $p = 0,04$);
- que en dicho grupo, se obtuvo una mejoría clínica fiable en un mayor número de pacientes que en el grupo tratado con psicoterapia centrada en la transferencia (riesgo relativo = 2,33; $p = 0,009$);
- que con dicha terapia, más pacientes mejoraron más respecto a disfunción general psicopatológica que en el grupo de comparación ($p < 0,001$ según análisis de covarianza),
- y que un mayor número de pacientes obtuvieron mejores resultados en las escalas de calidad de vida que en el grupo de terapia centrada en la transferencia ($p < 0,001$ según análisis de covarianza).

Los autores concluyen que, en el tratamiento del trastorno límite de personalidad, la terapia focalizada en esquemas es más eficaz que la psicoterapia centrada en la transferencia. No obstante, añaden que es difícil efectuar recomendaciones clínicas tomando como base los resultados de un sólo estudio.

Josephine Giesen-Bloo estudió Psicología en la Universidad de Maastricht entre 1990 y 1994 y se doctoró en Psicología en 2006. Desde 2003 colabora con LavOri, un equipo de psicólogos especializado en temas laborales localizado en ocho ciudades de los Países Bajos, y desde 2006 es colaboradora del Departamento de Psicología Médica, Clínica y Experimental de la Universidad de Maastricht.

Comentario

La valoración estadística de este estudio es extraordinariamente compleja, habiéndose considerado las siguientes variables:

- Criterio de recuperación < 15 (sí, no)
- Cambio fiable (sí/no)
- Índice de Severidad del TLP
- Escalas de calidad de vida EuroQol
- Índice compuesto: psíquico y personal
- Utilización de medicación psicotrópica

y las escalas del Índice de Severidad del Trastorno Límite de Personalidad:

- escala de abandono
- escala de relaciones inestables
- escala de trastornos de la identidad
- escala de impulsividad
- escala de suicidabilidad
- escala de inestabilidad afectiva
- escala de sentimiento de vacío
- escala de ideación paranoide

Es conocido que el incremento del número de variables incrementa la posibilidad de cometer un error de tipo I, es decir de rechazar erróneamente la hipótesis nula. Por otra parte, resulta sorprendente que, a pesar de los buenos resultados registrados, una proporción importante de pacientes (46 de 54) continuaran, a los tres años, siendo tratados. Existe por lo tanto una clara discrepancia entre los resultados experimentales y los resultados clínicos. En este sentido, parece adecuado revisar estos últimos datos. De acuerdo con la información proporcionada en las páginas 652 y 653:

- a) en el estudio se incluyeron 88 pacientes distribuidos en dos grupos de 44 pacientes tratados respectivamente con terapia focalizada en esquemas (TFE) o con psicoterapia centrada en la transferencia (PCT),
- b) en cada grupo, un paciente fue excluido por razones ajenas al tratamiento,
- c) terminaron satisfactoriamente el tratamiento 6 pacientes del grupo TFE y 2 pacientes del grupo PCT,
- d) a los tres años, 27 pacientes del grupo TFE y 19 pacientes del grupo PCT continuaban en tratamiento, y
- e) 11 pacientes del grupo TFE y 23 pacientes del grupo PCT habían abandonado el tratamiento (esta dato no queda claramente explicado en la publicación de Giesen-Bloo et al.).

Por lo tanto, de acuerdo con un análisis por intención de tratamiento, en una tabla de 4 x 4 tenemos los siguientes datos:

	terminación sí	terminación no	
Terapia focalizada en esquemas	6	38	44
Psicoterapia centrada en transferencia	2	42	44
	8	80	88

La valoración estadística proporciona: $\chi^2 = 2,20$ y $p > 0,10$. Desde un punto de vista exclusivamente clínico, no existe diferencia alguna entre los dos procedimientos terapéuticos estudiados.

Valoración metodológica

Las intervenciones estudiadas están claramente descritas y fueron asignadas correctamente al azar (estratificación), criterios de inclusión bien definidos, consentimiento informado y aprobación por comité ético, grupos comparables, criterios de valoración correctos, análisis estadístico según intención de tratamiento pero no consideran la corrección de Bonferroni, los resultados clínicos no pueden considerarse concluyentes.

Evaluación global: ensayo clínico con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:649-58
2. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press, 1994
3. Clarkin JF, Yeomans FF, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality disorders*. Nueva York: Wiley, 1999

4.6.13

Tratamiento del trastorno límite de la personalidad (Clarkin, 2007)

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164:922-8

La prevalencia del trastorno límite de personalidad oscila entre el 1,2% y 1,3% de la población. La terapia dialéctica-conductual se ha mostrado eficaz en el tratamiento de este trastorno.¹ El manual terapéutico de la American Psychiatric Association propone tratarlo mediante psicoterapia psicodinámica.² La psicoterapia centrada en la transferencia es un modelo prometedor de tratamiento psicodinámico basado en la teoría de las relaciones objetales.³ El tratamiento de soporte proporciona apoyo emocional al paciente para enfrentar los problemas del día a día. Estas tres alternativas terapéuticas fueron objeto de un ensayo controlado en el que (a) los sujetos se asignaron aleatoriamente a los tratamientos, (b) se utilizaron manuales terapéuticos, (c) las valoraciones tuvieron lugar en condiciones de anonimato, (d) los terapeutas desconocían las valoraciones basales y (e) se utilizaron variables específicas y fiables.⁴

Los tratamientos estudiados fueron aplicados durante un año. La terapia dialéctica-conductual se administró una vez por semana, de forma individual y grupal; la psicoterapia centrada en la transferencia, dos veces a la semana, y el tratamiento de soporte, una sesión a la semana.

La edad de los pacientes participantes en el estudio osciló entre 18 y 50 años y en todos ellos se cumplieron los criterios diagnósticos de DSM-IV para trastorno límite de la personalidad. Se excluyeron los pacientes con trastornos psicóticos concomitantes, delirio, demencia o trastornos cognitivos.

En el estudio participaron 19 terapeutas que disponían, por lo menos, de dos años de experiencia en trastornos límite de la personalidad. Los tratamientos fueron supervisados por tres conocidos expertos en las correspondientes modalidades terapéuticas.

Los criterios primarios de evaluación de resultados consistieron en suicidabilidad, agresión e impulsividad, y los criterios secundarios, en ansiedad, depresión y adaptación social. Estas variables se valoraron antes de iniciar el tratamiento y a los 4, 8 y 12 meses en el curso del mismo.

Resultados

En el análisis de resultados de este estudio se incluyeron los pacientes de los que se dispuso de tres o más valoraciones: 23 pacientes en el grupo de psicoterapia centrada en la transferencia, 17 en el de terapia dialéctica-conductual y 22 que recibieron tratamiento de soporte.

Los cambios en la sintomatología y la funcionalidad se analizaron estadísticamente mediante curvas de crecimiento individual, basadas en la hipótesis de que las variables continuas correspondientes a un determinado sujeto constituyen una función temporal específica en la que se distinguen dos importantes parámetros personales: la interceptación y la pendiente. La interceptación representa la «elevación» neta de la trayectoria a través del tiempo. La pendiente es la frecuencia de cambios a lo largo del tiempo. Las trayectorias se especifican en un nivel 1, que implica el cambio individual temporal, y en un nivel 2, en el que se estudia la forma con la que los parámetros individuales de crecimiento del nivel 1 se relacionan con los factores interindividuales.

Mediante este análisis se determinó si el nivel y la frecuencia de los cambios observados en los grupos experimentales diferían significativamente de cero, y se concluyó que, en el nivel 2, la predicción de cambio para los parámetros depresión, ansiedad, funcionamiento global y ajuste social resultó significativa ($p < 0,05$). Ninguno de los tres tratamientos se asoció con mejoría en el factor impulsividad. La psicoterapia centrada en la transferencia proporcionó mejorías significativas en 10 de las 12 variables; la terapia dialéctica-conductual, en 5 de las mismas, y el tratamiento de soporte, en 6.

Con un modelo linear jerárquico, se comprobó que la psicoterapia centrada en la transferencia y la terapia dialéctica-conductual se relacionaron con mejoría del comportamiento suicida de forma más importante que el tratamiento de soporte, en tanto que entre psicoterapia centrada en la transferencia y terapia dialéctica-conductual no se constataron diferencias.

Se aplicó también un análisis según intención de tratar, cuyos resultados no se distinguieron de los de la valoración de los pacientes que habían completado el tratamiento.

Por último, se aplicó una serie de curvas de crecimiento para determinar la influencia del tratamiento farmacológico que 39 pacientes recibieron concomitantemente a lo largo del período estudiado: en esta cohorte, los cambios observados en las 12 variables dependientes fueron semejantes a los observados en el conjunto de pacientes.

Discusión

El resultado más importante de este ensayo clínico consiste en que demostró que, entre las tres opciones terapéuticas estudiadas y los cambios observados en múltiples variables a lo largo de un año de tratamiento ambulatorio, existía una relación estadísticamente significativa.

La psicoterapia centrada en la transferencia y la terapia dialéctica-conductual se asociaron significativamente con una mejoría de las tendencias suicidas, en tanto que la psicoterapia centrada en la transferencia y el tratamiento de soporte se asociaron con una mejoría en las manifestaciones de ira. Sólo la psicoterapia centrada en la transferencia mejoró la impulsividad, la irritabilidad, las agresiones verbales y las agresiones personales. Los tres tratamientos se asociaron con cambios positivos de los síntomas depresión, ansiedad, funcionalismo global y ajuste social. Mediante análisis de contrastes, se observó una tendencia significativa respecto a que la psicoterapia centrada en la transferencia y la terapia dialéctica conductual son más eficaces que el tratamiento de soporte.

John F. Clarkin, PhD, es director asociado del Instituto de Trastornos de la Personalidad del New York Presbyterian Hospital, y profesor de Psicología Clínica en el Joan and Sanford I. Weill Medical College y en la Graduate School of Medical Sciences de la Cornell University, Nueva York. Fue presidente de la International Society for Psychotherapy Research.

Comentario

Este ensayo clínico demuestra que la psicoterapia centrada en la transferencia y la terapia dialéctica-conductual mejoran significativamente las tendencias suicidas, y que la psicoterapia centrada en la transferencia mejora adicionalmente la irritabilidad, la impulsividad, las agresiones verbales y las agresiones personales. No obstante, en la publicación no se proporciona una valoración cuantitativa de estas modificaciones, que puede considerarse como necesaria cuando se trata de comparar estos resultados con los de otros ensayos clínicos sobre el tratamiento del trastorno límite de personalidad.

Valoración metodológica

Aleatorización, utilización de manuales terapéuticos, valoraciones a ciegas, variables específicas y fiables, grupos inicialmente comparables, resultados clínicamente significativos.

Evaluación global: ensayo clínico con bajo riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard H. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1060-4
2. Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Soloff P, Spiegel D, Stone M, Phillips KA. Practice guideline for the treatment of patients with borderline disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158 (suppl):1-52
3. Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg OF. *Psychotherapy of borderline personality*. Nueva York: Wiley, 1999
4. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164:922-8

4.6.14

Trastorno límite de la personalidad y alcoholismo (Gregory, 2008)

Gregory R, Chlebowski S, Kang D, Remen AL, Soderberg MG, Stepkovitch J, Virk S. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for cooccurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychother Theo Res Pract Train* 2008;45:28-41

Entre el 50% y el 70% de los pacientes afectos de trastorno límite de la personalidad (TLP) cumplen los criterios diagnósticos correspondientes al abuso de sustancias, especialmente alcohol. Muchos de los ensayos clínicos efectuados para determinar la eficacia de diferentes alternativas terapéuticas en dicho trastorno han excluido a los sujetos con abuso concomitante de sustancias. En un estudio observacional de 39 pacientes tratados durante 18 meses con terapia analítica cognitiva se comprobó que el abuso concomitante de alcohol se encontraba asociado con resultados más deficientes y menor cumplimiento del tratamiento.¹ En un ensayo aleatorizado en el que participaron 58 mujeres se comprobó que la terapia dialéctica-conductual era ineficaz para reducir el consumo de alcohol o de drogas.² Se dispone de algunos estudios de casos sobre la utilización de la psicoterapia psicodinámica en el TLP con abuso concomitante de alcohol, pero no se han efectuado ensayos clínicos acerca de esta alternativa terapéutica.³ Por este motivo, en el Departamento de Psiquiatría del State University of New York (SUNY) Upstate Medical University se diseñó un ensayo clínico destinado a valorar la viabilidad, la tolerabilidad y la eficacia de un modelo de psicoterapia psicodinámica en personas con TLP y abuso concomitante de alcohol.⁴

Los criterios de inclusión consistieron en edad de entre 18 y 45 años y diagnóstico de TLP y de abuso o dependencia de alcohol; se excluyeron los pacientes con trastornos esquizoafectivos, retraso intelectual o procesos neurológicos. Entre junio de 2004 y noviembre de 2005 se reclutaron 103 sujetos, de los cuales 30 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión mencionados. El 80% de estos pacientes pertenecían al género femenino y su edad media fue de $28,7 \pm 7,7$ años.

Un coordinador del estudio aplicó a dichos pacientes las secciones de trastornos de personalidad límite y de trastornos antisociales de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV Axis II, y los módulos de abuso de alcohol, trastorno bipolar y esquizofrenia de DSM-IV Axis I. Tras las entrevistas previas y después de obtener su consentimiento informado, los pacientes fueron asignados a un grupo de tratamiento habitual o a un grupo de tratamiento experimental utilizando un procedimiento de minimización cuyos factores específicos fueron edad, género, abuso o dependencia de alcohol, personalidad antisocial y número de ingresos hospitalarios y de intentos de suicidio.⁵

Los pacientes asignados al grupo de tratamiento habitual (TH) fueron remitidos a un centro de rehabilitación alcohólica. El tratamiento experimental (PD) consistió en una modificación de la psicoterapia psicodinámica denominada «psicoterapia dinámica deconstructiva», desarrollada de forma específica para los casos complejos de TLP. El tratamiento se efectuó de acuerdo con el correspondiente manual terapéutico, con una sesión por semana durante 12 meses. Los tratamientos fueron aplicados por seis terapeutas y cinco residentes de psiquiatría. Las variables principales fueron las siguientes:

- a) comportamiento suicida, valorado mediante una entrevista estructurada (Lifetime Parasuicide Count);
- b) abuso de alcohol, definido como consumo de cinco o más copas en una sola ocasión en el curso de los 30 días precedentes (Addiction Severity Index);

- c) cuidado institucional, o número de días de permanencia en una unidad psiquiátrica o similar (Treatment History Interview).

Las variables secundarias fueron: (a) depresión (Beck Depression Inventory), (b) disociación (Dissociative Experiences Scale), (c) soporte social (Social Provisions Scale) y (d) evaluación del TLP (Borderline Evaluation of Severity).

Un asistente científico registró las valoraciones de las variables primarias y secundarias al iniciar el ensayo y tras 3, 6, 9 y 12 meses. Este asistente desconocía a qué grupo de tratamiento pertenecían los pacientes, pero el anonimato fue sólo parcial, pues pudo deducirlo correctamente en el 67% de los casos.

El análisis estadístico consistió en una comparación de dos grupos de pacientes (TH y TE) según intención de tratamiento en el curso de cinco períodos temporales, utilizando escalas de carácter binario. Se aplicaron los siguientes métodos:

- para las variables principales, un análisis de regresión logística para los efectos anidados de tiempo (valor previo y a los 12 meses) y grupo experimental;
- para las variables secundarias, un análisis de varianza de dos factores;
- los valores faltantes fueron sustituidos por los registros de la última observación (*last observation carried forward*);
- para determinar si las diferencias entre los tratamientos fueron clínicamente significativas se calculó la reducción del riesgo absoluto y el número que es necesario tratar.

Resultados

En ambos grupos experimentales se incluyeron 15 pacientes. En el curso del estudio se produjeron 6 abandonos en el grupo tratado como habitualmente (TH) y 5 en el grupo tratado con psicoterapia dinámica (PD). En general, la psicoterapia dinámica deconstructiva fue bien tolerada, y los abandonos no se produjeron a causa de que los pacientes hubieran empeorado o que sufrieran algún tipo de crisis.

Para las variables principales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos experimentales. No obstante, en el grupo de tratamiento de psicoterapia dinámica deconstructiva las diferencias entre los valores iniciales y finales de todas las variables principales resultaron estadísticamente significativas; esta observación no se pudo confirmar en el grupo tratado de forma habitual.

En el grupo PD, el comportamiento suicida se redujo a los 12 meses del 73% inicial (11/15 pacientes) a un 30% (3/10 pacientes); la reducción del riesgo absoluto respecto al tratamiento habitual fue del 21%, es decir, el comportamiento suicida se evitó en 20 de cada 100 sujetos. El número que es necesario tratar fue de cinco: tratando cinco personas se evita dicho comportamiento en una persona.

La proporción de pacientes que informaron sobre abuso de alcohol disminuyó del 67% (10/15 sujetos), antes del tratamiento, al 30% (3/10 sujetos), a los 12 meses. La reducción del riesgo absoluto fue del 14% y el número que es necesario tratar resultó ser siete pacientes.

El número de pacientes que precisaron ser internados se redujo del 67% (10% sujetos) al 10% (1/10 sujetos); se dio una de reducción del riesgo absoluto del 12% y el número de pacientes que sería necesario tratar fue de ocho.

En el grupo PD, la mayor parte de variables secundarias (síntomas de TLP, depresión y disociación) mejoraron también significativamente.

En conclusión, la psicoterapia dinámica deconstructiva se asoció con mejoras significativas en el comportamiento suicida, el abuso de alcohol y el ingreso en instituciones psiquiátricas y, en comparación con el tratamiento habitual, con una tendencia a su favor en todas las variables primarias y secundarias estudiadas; el cumplimiento del tratamiento con esta opción terapéutica fue, en general, satisfactorio (67%-73%).

Los autores indican que el estudio, debido al pequeño tamaño de la muestra y a que la cuantificación del uso de alcohol fue comunicada por los propios pacientes, ha de ser

considerado como exploratorio. Aparte de ello, la fidelidad de los terapeutas al tratamiento experimental puede haber incrementado los efectos del mismo.

Robert J. Gregory, MD es profesor asociado de Psiquiatría y director del programa de consultas psiquiátricas ambulatorias de SUNY Health Science Center, Syracuse, Nueva York.

Valoración metodológica

Criterios de inclusión y exclusión adecuados a los objetivos del ensayo; tras otorgar consentimiento informado, asignación al azar a los grupos experimentales mediante minimización; procedimientos terapéuticos suficientemente detallados; variable de valoración de resultados adecuadas; evaluación parcialmente a ciegas; análisis estadístico según intención de tratamiento.

Evaluación global: ensayo clínico con poco riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. Ryle A, Golykina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Factors associated with outcome. *Br J Med Psychol* 2000;73:197-210
2. Van den Bosch, Verheul R, van den Brink W. Substance abuse in borderline personality disorder: Clinical and etiological correlates. *J Personal Dis* 2001;15:416-24
3. Johnson B. Psychoanalysis of a man with active alcoholism. *J Subst Abuse Treatment* 1992;9:111-23
4. Gregory R, Chlebowski S, Kang D, Remen AL, Soderberg MG, Stepkovitch J, Virk S. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for cooccurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychother Theo Res Pract Train* 2008;45:28-41
5. Taves DR. Minimization: A new method of assigning patients to treatment and control groups. *Clin Pharmacol Therap* 1974;15:443-53

4.6.15

El Estudio de Psicoterapias de Helsinki (Knekt, 2008)

Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, et al. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 2008;38:689-703.

El Estudio de Psicoterapias de Helsinki fue financiado por la Seguridad Social de Finlandia y se realizó en la Clínica Psiquiátrica del Hospital Central de la Universidad de Helsinki y en el Departamento de Salud y Capacidad Funcional del Instituto Nacional de Salud Pública.¹

En la introducción del protocolo de dicho estudio se menciona que en Finlandia aproximadamente una persona de cada cinco sufre de algún tipo de afección mental y que en la mitad de los casos se trata de trastornos afectivos o de trastornos de ansiedad; la psicoterapia se aplica con gran frecuencia en el tratamiento de estos procesos.

El objetivo consistió en valorar los efectos de cuatro tipos de psicoterapia, que los autores definen como sigue.

- La terapia centrada en las soluciones es un tratamiento breve que se basa en identificar el problema y en encontrarle una solución; las sesiones tienen lugar cada dos o tres semanas, hasta un máximo de doce, en un plazo que no debe llegar a ocho meses.
- La psicoterapia psicodinámica breve, que parte del concepto de que el malestar psíquico es generado por un conflicto inconsciente que debe ser identificado por el paciente y el terapeuta mediante la confrontación, la clarificación y la interpretación; se desarrolla en unas veinte sesiones, una vez por semana, en el curso de cinco a seis meses.
- La psicoterapia psicodinámica prolongada, basada en la exploración de los conflictos inconscientes y orientada a la solución de los mismos y al fomento del autoconocimiento; se realizan dos o tres sesiones a la semana durante unos tres años.
- El psicoanálisis, que explora los conflictos interpersonales e intrapsíquicos presentes y pasados, así como los fenómenos de transferencia y el retardo del desarrollo psíquico, intenta reestructurar la personalidad y estimular el desarrollo psíquico a través de la relación psicoanalítica, y tiene lugar mediante cuatro sesiones a la semana durante un período de hasta cinco años.

Entre junio de 1994 y junio de 2000, en los servicios de psiquiatría de la región de Helsinki se seleccionaron 638 pacientes afectados de ansiedad o de trastornos depresivos; a 580 de ellos se les prescribió psicoterapia y los 58 restantes fueron considerados adecuados para tratamiento psicoanalítico.

En el grupo de psicoterapia se produjeron 345 exclusiones o abandonos, con lo cual 293 pacientes pudieron ser asignados al azar de acuerdo con un esquema de 1:1:1,3 a uno de los tres procedimientos psicoterapéuticos mencionados, de lo que resultó: (a) un grupo de 93 pacientes tratados con psicoterapia centrada en soluciones; (b) un grupo de 98 pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica breve, y (c) un grupo de 102 pacientes que recibieron psicoterapia psicodinámica prolongada.

En el grupo de psicoanálisis, 18 pacientes fueron excluidos del estudio o abandonaron el tratamiento, con lo que quedó constituido por 40 pacientes. Los resultados registrados en los

pacientes asignados a psicoterapia prolongada y a psicoanálisis se compararon mediante un diseño cuasi-experimental.

En el estudio participaron 71 terapeutas. Los diagnósticos se establecieron según los criterios para depresión o ansiedad del *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). El ensayo se realizó estrictamente de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Al comparar el grupo de psicoterapia centrada en soluciones con el grupo de psicoterapia analítica breve se valoró:

- el curso de la sintomatología psiquiátrica según la Symptom Checklist-90, la Escala de Depresión de Beck y las escalas de depresión y de angustia de Hamilton,
- la capacidad laboral, según la SAS Work Subscale,
- la personalidad, mediante la Level of Personality Organization, y
- las funciones sociales, que incluyen escalas de optimismo, capacidad de resolver problemas y calidad de vida.

En este estudio se registró una rápida disminución de los indicadores de sintomatología psiquiátrica, una mejoría moderada de la capacidad laboral y del funcionamiento social y, tras un año de seguimiento, una ligera mejoría de las funciones referentes a la personalidad. No se encontraron diferencias notables entre las dos formas de tratamiento estudiadas.

Los autores concluyen que las dos tipos de intervención psicoterapéutica son eficaces en el tratamiento de los problemas de ansiedad y depresión en la práctica clínica, pero que no resultan suficientes para determinar la recuperación de todos los pacientes afectados de los mencionados trastornos.

La comparación cuasi-experimental entre los pacientes tratados con psicoterapia analítica de larga duración y los tratados con psicoanálisis exige un seguimiento de cinco años, durante el cual se registrarán los síntomas psiquiátricos, la necesidad de tratamiento, la capacidad laboral, las modificaciones de la personalidad, el funcionamiento social y el estilo de vida; también se considerará la relación entre coste y eficacia terapéutica.

El estudio de seguimiento

Paul Knekt et al. publicaron en 2008 los resultados del seguimiento durante tres años de un ensayo clínico aleatorizado en el que se comparó la efectividad de la psicoterapia psicodinámica a largo y a corto plazo y de la terapia centrada en soluciones en el tratamiento de la depresión y de la ansiedad. Este ensayo clínico constituyó la parte más importante del Estudio de Psicoterapias de Helsinki.²

El estudio se efectuó de acuerdo con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Consejo Ético del Hospital Central de la Universidad de Helsinki.

Los diagnósticos se establecieron de acuerdo con el *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* de la American Psychiatric Association (1994). Se excluyeron los pacientes con trastornos psicóticos o trastornos graves de la personalidad, así como los casos de abuso de sustancias, enfermedad cerebral orgánica o retraso intelectual.

La asignación aleatoria a los tratamientos estudiados se efectuó de forma secuencial mediante sobres cerrados numerados.

Se calculó que, para detectar una diferencia del 20% estadísticamente significativa, en los grupos de psicoterapia psicodinámica breve y de terapia centrada en soluciones se precisaban 100 pacientes y en el grupo de psicoterapia psicodinámica prolongada, 130 pacientes. La valoración estadística se efectuó de acuerdo con el principio de intención de tratar. En el análisis primario, los valores faltantes (abandonos) fueron ignorados; en el análisis secundario fueron sustituidos mediante imputación múltiple de acuerdo con el método de Markov chain Monte Carlo. Las variables continuas se valoraron mediante modelos lineares y las respuestas binarias, mediante modelos de regresión logística.

Los pacientes eran relativamente jóvenes y pertenecían, en su mayoría, al género femenino; cerca del 60% recurrieron a tratamientos adicionales (predominantemente fármacos psicotrópos)

en el curso de los tres años de seguimiento. El número de sesiones, la duración del tratamiento y los abandonos se detallan en la tabla 1. La razón principal para abandonar el estudio consistió en un rechazo del tratamiento por considerarlo mentalmente insoportable o insatisfactorio.

TABLA 1. Duración del tratamiento (media \pm desviación estándar) y abandonos

	<i>sesiones</i>	<i>meses</i>	<i>abandonos</i>
psicoterapia psicodinámica prolongada	232 \pm 105	31,3 \pm 11,9	18%
psicoterapia psicodinámica breve	18,5 \pm 3,4	5,7 \pm 1,3	13%
terapia centrada en soluciones	9,8 \pm 3,3	7,5 \pm 3,0	15%

En los tres grupos experimentales, durante los tres años del período de seguimiento se comprobó una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en todas las puntuaciones de las cinco variables estudiadas [Índice de Depresión de Beck (BDI), Escala de Hamilton de Depresión (HAMD), listado de comprobación de síntomas para ansiedad (SCL-90 Anx), Escala de Hamilton de Ansiedad (HAMA) e Índice Global de Síntomas (GSI) de la SCL-90]. La reducción media de la escala de HAMD fue del 51% y la de las escalas de ansiedad (SCL-90-Anx y HAMA), del 41% y del 38% respectivamente. El índice global SCL-90-GSI se redujo en promedio un 39%. Durante el primer año, la reducción se estableció más rápidamente en los grupos de psicoterapia breve.

A los 7 y a los 12 meses de seguimiento, la psicoterapia psicodinámica breve resultó más eficaz que la psicoterapia prolongada en cuanto a reducción de síntomas depresivos. Durante el segundo año no se observaron diferencias entre ambos métodos psicoterapéuticos, pero a los tres años de seguimiento la psicoterapia psicodinámica prolongada fue más eficaz que la psicoterapia breve: 3,8 puntos menos en el BDI (95% CI: 1,4-6,2) y 1,9 puntos menos en HAMD (95% CI: 0,3-3,5)*. Los resultados para los síntomas de ansiedad y para el índice global GSI fueron similares.

Las diferencias entre psicoterapia psicodinámica prolongada y terapia centrada en soluciones fueron semejantes a las observadas entre psicoterapia prolongada y psicoterapia breve. La mayor diferencia consistió en que la terapia centrada en soluciones resultó, durante el primer año, más eficaz que la psicoterapia prolongada en cuanto a reducción de los síntomas de depresión y ansiedad. No se encontraron diferencias significativas entre psicoterapia breve y terapia centrada en soluciones. Tampoco se constataron interacciones entre diagnósticos y grupos terapéuticos. En resumen:

- a los 7-12 meses de seguimiento, en los grupos de tratamiento breve se constató que había mejorado un mayor número de pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad que en el grupo de psicoterapia prolongada ólas diferencias son estadísticamente significativas;
- a los 3 años, en el grupo de terapia prolongada el número de pacientes afectados de ansiedad o depresión que se habían recuperado fue significativamente mayor que en los grupos de psicoterapia breve ólas diferencias son estadísticamente significativas.

Comentario

En la discusión, los autores indican que, dado el largo período de seguimiento, no se pudo incluir un grupo de pacientes no tratados debido a razones éticas. En consecuencia, no fue posible comprobar si la reducción de síntomas fue debida a factores distintos a los tratamientos administrados. Uno de dichos factores podría ser la regresión a la media pero, según los autores, en el presente estudio este hecho puede descartarse debido a que las magnitudes de la reducción de los síntomas en los grupos de psicoterapia breve y de psicoterapia prolongada durante los primeros meses de seguimiento fueron muy diferentes.

Este es el primer ensayo clínico correctamente aleatorizado en el que se compararon los resultados de la psicoterapia prolongada y la psicoterapia breve. El tamaño muestral se

* 95% CI: intervalo de confianza del 95%

calculó de forma correcta, se dispuso de un protocolo previo aprobado por un comité ético y los resultados del ensayo se han publicado siguiendo ampliamente las recomendaciones de la guía CONSORT. Este hecho contradice las afirmaciones de numerosos autores que repetidamente han insistido en que el ensayo clínico aleatorizado no es un instrumento adecuado para valorar la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica ni del psicoanálisis.

En ausencia de un grupo de control que no reciba tratamiento alguno, en un ensayo clínico comparativo entre dos intervenciones terapéuticas, cuando no se encuentran diferencias entre ellas no es posible llegar a conclusión alguna acerca de su eficacia terapéutica: las mejoras observadas pueden ser sencillamente debidas a la evolución espontánea de la enfermedad. No obstante, el que a los tres años de seguimiento los resultados favorezcan de forma estadísticamente significativa a la psicoterapia psicodinámica prolongada no puede dejar de considerarse. En todo caso, es imprescindible comparar las psicoterapias breves con un grupo de pacientes no tratados. Dado que estos tratamientos se aplican durante períodos que no exceden los seis meses, parece que la objeción ética mencionada podría por lo menos ser reconsiderada.

Valoración metodológica

Diagnósticos de acuerdo con DSM-III, aprobación por Comité Ético, consentimiento informado, cálculo del tamaño muestral, procedimientos terapéuticos bien detallados, escalas psicológicas de acuerdo con los objetivos del estudio, análisis estadístico según intención de tratamiento, publicación según la recomendación CONSORT.

Evaluación global: ensayo clínico con mínimo riesgo de sesgos. (++)

Referencias

1. Knekt P, Lindfors O (editores). *A randomised trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders*. Helsinki: Kela, 2004
2. Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, Marttunen M, Kaipainen M, Renlund C and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 2008;38:689-703.

4.6.16

El tratamiento basado en la mentalización (Bateman, 2009)

Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1355-64

El tratamiento basado en la mentalización (TBM) es una terapia psicodinámica vinculada con el apego y con la teoría cognitiva. Su objetivo consiste en fortalecer la capacidad del paciente para comprender su propio estado mental y el estado mental ajeno a fin de superar sus dificultades respecto a afectos, impulsos y funcionalidad interpersonal en cuanto desencadenantes de actos autoagresivos. Puede ser administrado de forma ambulatoria por profesionales de la salud mental que sólo precisan de una información básica sobre este procedimiento terapéutico y sin supervisión específica. Se administra dos veces por semana, alternando entrevistas individuales y grupales.

El ensayo clínico controlado y randomizado dirigido por Anthony Bateman y Peter Fonagy tuvo como objetivo determinar la eficacia de la terapia basada en la mentalización para combatir la ideación suicida y autoagresiva en pacientes con trastorno límite de personalidad.¹ El grupo de control fue asignado a un programa clínico estructurado (PCE), consistente en aconsejamiento, ayuda legal e intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a la resolución de problemas; este programa fue considerado como la mejor alternativa terapéutica disponible. Ambos grupos recibieron medicación psicotrópica de acuerdo con las normas de la American Psychiatric Association; la prescripción fue revisada cada tres meses.²

La hipótesis consistió en que los pacientes del grupo TBM desistirían con mayor frecuencia de comportamientos suicidas (autoagresiones e intentos de suicidio) y precisarían ser hospitalizados con menor frecuencia que los pacientes del grupo de control. El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Consejo de Salud Mental del Servicio Nacional de la Salud de las poblaciones de Barnet, Enfield y Haringey, del norte de Londres, y fue desarrollado en el Servicio de Terapias Psicológicas de Halliwick, en el Saint Annæ Hospital (Londres) y en la Unidad de Psicoanálisis del University College (Londres).

Inicialmente se seleccionaron 146 pacientes de entre 18 y 65 años de edad, diagnosticados entre enero de 2003 y febrero de 2006 de trastorno límite de la personalidad según DSM-IV y que en el curso de los seis meses precedentes hubieran experimentado algún intento de suicidio o algún episodio autoagresivo. Doce pacientes no aceptaron participar en el estudio, resultando por lo tanto una muestra de 134 pacientes. Tras haber otorgado consentimiento informado, los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a uno de los grupos experimentales: 71 fueron incluidos en el grupo TBM y 63, en el grupo PCE. La asignación aleatoria se efectuó por teléfono de acuerdo con un programa de minimización.

Las valoraciones tuvieron lugar tras 6, 12 y 18 meses de tratamiento. Se consideró que el tratamiento había sido completado si en el curso del primer año se habían celebrado 70 de las 140 sesiones previstas en el curso de los 18 meses de duración del estudio. La valoración estadística siguió el principio de «intención de tratamiento».

Resultados. No se encontraron diferencias entre los pacientes asignados a TBM o a PCE en cuanto edad, número de episodios previos de autoagresión y días de hospitalización en los seis meses anteriores al inicio del ensayo; tampoco se constataron diferencias entre ambos grupos

respecto al número de los que completaron el tratamiento. Las variables primarias se hallan especificadas en la tabla 1 (resumida de la tabla 2 de la publicación original).

- En el curso del período de observación, el número de ingresos hospitalarios, de intentos de suicidio y de autoagresiones graves se redujo en ambos grupos; esta reducción resultó significativamente mayor en el grupo tratado con TBM.
- El comportamiento suicida se redujo también en ambos grupos, siendo esta mejoría significativamente mayor en el grupo TBM; en el curso de los últimos seis meses de tratamiento, en dicho grupo sólo 2 de 52 pacientes intentaron suicidarse; en el grupo PCE, este número fue de 16 pacientes de un total de 47.
- El análisis de la frecuencia de comportamiento autoagresivo mostró a partir de los seis meses de tratamiento una tendencia más rápida en el grupo TBM.
- El número de pacientes que precisaron ser hospitalizados fue mucho menor en el grupo TBM.

TABLA 1. Valores medios de los resultados registrados tras 18 meses de tratamiento

	TBM		TCE		2
	inicio	18 meses	inicio	18 meses	
número de episodios	5,70	0,50	5,10	2,20	63,30; p < 0,001
intentos de suicidio	1,28	0,03	1,00	0,32	76,21; p < 0,001
autoagresiones graves	4,11	0,38	3,75	1,66	62,77; p < 0,001
hospitalizaciones	0,31	0,03	0,32	0,19	31,01; p < 0,001

Respecto a las variables secundarias se consideraron la Valoración Global de Funcionamiento (GAF), los síntomas psiquiátricos comunicados espontáneamente por el paciente, el funcionamiento social e interpersonal y el uso de medicación, evaluados en condiciones ciegas cada seis meses.

- El índice GAF se incrementó sustancialmente en ambos grupos (de 41 a 57), pero este incremento resultó más marcado en el grupo TBM.
- La pendiente de la reducción de síntomas y de la mejoría de las relaciones interpersonales y del ajuste social fue significativamente más pronunciada en el grupo TBM.
- El uso de medicación se redujo en ambos grupos: el número de sujetos que no recibían medicación se incrementó de 27% a 57%; esta diferencia resultó mayor en el grupo TBM.

Discusión. El tratamiento basado en la mentalización, aplicado de forma ambulatoria, es más eficaz que un programa clínico estructurado en cuanto intentos de suicidio, episodios autoagresivos graves y parámetros psicopatológicos autovalorados

De acuerdo con lo observado por otros autores, la mejoría constatada en ambos grupos de pacientes no puede ser considerado como expresión de una remisión espontánea de los síntomas del trastorno límite de la personalidad.³

Los autores consideran que la atención prestada de forma consistente a la forma de pensar y de comportarse del paciente resulta de mayor ayuda que los procedimientos psicoterapéuticos genéricos.

En la discusión se indica que existe un riesgo importante de resultados sesgados cuando los autores de un ensayo clínico son los mismos que los que han desarrollado el procedimiento terapéutico estudiado: para obviar este problema es imprescindible que un grupo de investigadores independientes reproduzca este estudio.

Comentario

Este estudio demuestra claramente que es posible efectuar un ensayo clínico comparativo y aleatorizado bien diseñado y bien realizado acerca de procedimientos psicoterapéuticos.

Valoración metodológica

Objetivos bien definidos, características basales de los pacientes comparables, asignación al azar adecuada, aspectos éticos correctos, valoración en condiciones ciegas, variables adecuadas al objetivo del ensayo, valoración estadística apropiada, conclusiones pertinentes con los objetivos del estudio.

Evaluación global: estudio sin riesgo aparente de sesgos. (++)

Referencias

1. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1355-64
2. American Psychiatric Association. Practice Guidelines. *Treatment of patients with borderline personality disorder*.
http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_13.aspx
3. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of Borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003;160:274-83

4.6.17

Eficacia de la terapia focalizada en la transferencia (Doering, 2010)

Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Puchheim A, Martius P, Buchheim P. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:389-395

La Medizinische Universität de Viena nombró en enero de 2011 al primer autor de este estudio, Stephan Doering, profesor de Psicoanálisis y Psicoterapia y director del Departamento de Psicoanálisis y Psicoterapia de dicha institución.¹ Stephan Doering había nacido en 1966 en Rotterdam (Holanda), se doctoró en 1994 en Medicina por la Universidad de Göttingen y es especialista en Psiquiatría y Neurología y psicoanalista.

En este ensayo clínico se examinó la eficacia de la psicoterapia focalizada en la transferencia (de ahora en adelante, «terapia focal») en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad en comparación con la eficacia del tratamiento proporcionado en la comunidad por psicoterapeutas de diferentes orientaciones («grupo de control»).

La psicoterapia focalizada en la transferencia es un modelo terapéutico basado en principios psicodinámicos que fue desarrollado por Otto Kernberg en la Cornell University (Nueva York) en las décadas de 1980 y 1990.² El tratamiento se centra en la integración de experiencias disfuncionales anteriores; con este propósito se examina la relación entre el paciente y el terapeuta con toda la profundidad posible. El objetivo del tratamiento consiste en reducir la impulsividad (agresividad contra sí mismo o contra otros, abuso de sustancias, trastornos alimentarios), estabilizar el humor y mejorar las relaciones interpersonales y la funcionalidad laboral. Se administra dos veces por semana mediante sesiones de 50 minutos. La American Psychological Association considera que la eficacia de este método no ha sido demostrada de forma científicamente suficiente.³

El protocolo del ensayo fue aprobado por la Comisión de Ética de la Medical University de Innsbruck (Austria). Los sujetos incluidos en el mismo procedieron de los dispensarios de psiquiatría de la Universidad de Múnich y de la Medizinische Universität de Viena y tras otorgar por escrito su consentimiento informado fueron asignados aleatoriamente a tratamiento mediante psicoterapia focalizada en la transferencia o a tratamiento por psicoterapeutas experimentados.

La terapia farmacológica no fue estandarizada: medicamentos y dosis fueron decididas en ambos grupos de forma individualizada.

El diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se estableció de acuerdo con las especificaciones de DSM-IV.⁴ Los criterios de inclusión consistieron en género femenino, edad de entre 18 y 45 años y conocimiento suficiente del alemán; se excluyeron los pacientes con trastorno antisocial de personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar, toxicomanía, enfermedades orgánicas o deficiencia intelectual.

Las pacientes fueron valoradas clínicamente por cuatro asistentes antes de ser incluidas en el estudio y tras completar un año de tratamiento; la valoración se condujo sin conocer a que grupo experimental pertenecían las pacientes. En esta valoración se distinguieron variables primarias y criterios secundarios. Las primeras consistieron en (a) número de pacientes que abandonaron el tratamiento, y (b) número de intentos de suicidio. Para definir los criterios secundarios se aplicaron las versiones al alemán de:

- a) los criterios diagnósticos de trastorno límite de la personalidad según DSM-IV;
- b) la Valoración Global de Funcionamiento (GAF);
- c) la Escala de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y el Inventario Breve de Síntomas;
- d) el Inventario revisado de Historia del Tratamiento de Cornell; y
- e) la organización de la personalidad, en la que se consideran las funciones básicas más importantes de la personalidad en cuanto regulación del *self* y de las relaciones con otros.

El tratamiento del grupo experimental se administró de acuerdo con la traducción al alemán del *Manual de Tratamiento Psicodinámico* de Clarkin et al. (2001);⁵ los 31 terapeutas responsables de este tratamiento disponían de una experiencia profesional media de 9,4 años. En el grupo de control, 19 pacientes fueron tratados con psicoanálisis, 18 con terapia conductual, 4 con terapia centrada en el cliente, 4 con terapia sistémica y 1 con terapia Gestalt; * en este grupo participaron 36 terapeutas.

Aceptando una prevalencia del 30% de intentos de suicidio en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, se calculó que para detectar una reducción del 10% en el grupo tratado con psicoterapia focalizada en la transferencia se precisarían 41 sujetos en cada grupo experimental ($p < 0,05$).

Resultados. El período de inclusión comenzó en octubre de 2004 y finalizó en agosto de 2006. En el estudio participaron en total 104 mujeres; 45 fueron asignadas a tratamiento con psicoterapia focalizada y 39 a otras opciones psicoterapéuticas; las características sociodemográficas y clínicas de los dos grupos de pacientes fueron comparables.

En el grupo de psicoterapia focalizada, 32 pacientes completaron el tratamiento de 12 meses de duración y en el grupo de control lo completaron 17 pacientes. El número de abandonos fue por lo tanto más elevado en el grupo de control: 67,3% versus 38,5%, ($\chi^2 = 8,683$; $p = 0,003$).

En el curso del tratamiento, los participantes del grupo de psicoterapia focalizada que completaron el tratamiento recibieron 72,9 sesiones (s.d. = 14,5) y los del grupo de control, 39,4 sesiones (s.d. = 26,3); la diferencia es estadísticamente significativa ($t = 4,984$; $p < 0,001$).

No se constataron diferencias entre ambos grupos en relación al tratamiento psicofarmacológico.

El número de pacientes en los que tras un año de tratamiento se constataron menos de cinco criterios diagnósticos según DSM-IV fue significativamente más elevado en el grupo de psicoterapia focalizada que en el de control: 51,2% versus 27,6% ($\chi^2 = 3,961$; $p = 0,047$).

Aparte de ello,

- a) en el grupo de psicoterapia focalizada mejoró el funcionalismo psicosocial y la organización de la personalidad y se redujo el número de intentos de suicidio; también se redujo el número de ingresos hospitalarios y las hospitalizaciones fueron de menor duración;
- b) en el grupo de control no se constataron cambios respecto al número de intentos de suicidio, ni al de ingresos hospitalarios, ni respecto a la duración de las hospitalizaciones;
- c) en cuanto estos dos últimos parámetros (ingresos hospitalarios y duración de las hospitalizaciones) no se encontraron diferencias entre los dos grupos estudiados;
- d) en ambos grupos se observó mejoría de las manifestaciones psicopatológicas (depresión, ansiedad, otras manifestaciones psicopatológicas) sin que se constatará diferencia e alguna entre ellos;
- e) no se comprobaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a comportamiento auto-agresivo.

* En total, 46 pacientes, pero en el grupo de control sólo fueron incluidos 39 pacientes; es probable que siete pacientes fueran tratados con más de un método.

Conclusiones. Los autores concluyen que sus resultados demuestran una superioridad significativa de la psicoterapia focalizada en la transferencia respecto al tratamiento por psicoterapeutas experimentados en cuanto número de abandonos y número de intentos de suicidio (variables primarias) en el curso de un año de tratamiento; la misma conclusión resulta válida respecto a los criterios secundarios: (a) reducción del número de criterios diagnósticos del trastorno límite de personalidad según DSM-IV; (b) mejoría del funcionamiento psicosocial y del nivel de la organización de la personalidad y (c) reducción del número y la duración de las hospitalizaciones psiquiátricas.

Comentarios

La estructura de este artículo es clara y concisa, pero tanto los métodos de valoración estadística como los criterios de eficacia exigen ciertas matizaciones.

1. *En el informe de Doering et al. se da importancia a la valoración según «last observation carried forward» (LOCF) o «extrapolación de los resultados de la última observación». Esta orientación implica un problema importante. Dado que los datos faltantes se refieren a 55 de los 104 pacientes incluidos en el estudio (52,9%), no es posible descartar un importante incremento del error de tipo I (rechazar la hipótesis nula cuando es realidad es correcta). Valorar los resultados de un tratamiento según lo registrado en el momento en que el paciente abandona el tratamiento, implica ignorar si la condición del mismo hubiera mejorado a lo largo de los meses en que no recibió el tratamiento previsto y, dado que en el grupo de control se produjeron más abandonos (22 de 39; 56,4%) que en el grupo tratado (13 de 45; 28,9%), se podría suponer que ello implica un sesgo evidente en favor del grupo tratado con terapia focalizada. En este resumen del informe de Doering et al. se han considerado sólo los resultados de los pacientes que, en ambos grupos, completaron el tratamiento previsto.*
2. *En segundo lugar, es difícil aceptar que el número de abandonos de un tratamiento constituya un criterio de la eficacia del mismo. Los abandonos se pueden producir por múltiples causas, entre ellas, por ejemplo, la identificación del terapeuta con el método que utiliza: no es difícil comprender que si el profesional está firmemente seguro de la bondad de sus tratamientos, transmitirá esta sensación a sus clientes, quienes incluso continuarán atendiendo las sesiones de terapia simplemente para no defraudarle. Es el caso del vendedor que cree firmemente en la calidad de su producto. Existen muchas otras razones que pueden explicar que un paciente abandone un tratamiento, entre ellas que crea que no le proporciona ningún beneficio. En la figura 1 del artículo de Doering et al. consta que en el grupo de control, 8 de 22 participantes (36,4%) abandonaron por «no estar satisfechos con el terapeuta», en tanto que en el grupo de terapia focalizada, 2 de 45 pacientes abandonaron por el mismo motivo (4,4%) y uno porque «el tratamiento no le resultó de ayuda»í La conclusión válida es que en el grupo de terapia focal el número de pacientes satisfechos con su terapeuta fue significativamente superior al número de pacientes satisfechos con su terapeuta del grupo de control ($\chi^2 = 12,31$; $p < 0,001$), lo que no significa que el resultado terapéutico registrado en el grupo de terapia focal fuera mejor que el resultado registrado en el grupo de control.*
3. *No se constataron diferencias respecto a número de intentos de suicidio en los dos grupos de pacientes estudiados. La siguiente frase lo confirma: «Both groups did not show a significant change in self-harming behaviour» (página 393, primera columna, penúltimo párrafo). Por otra parte, no queda clara la distinción entre «intentos de suicidio» y «comportamiento autoagresivo».*
4. *La mejoría registrada en el grupo de terapia focalizada respecto a reducción del número de intentos de suicidio, mejoría de la funcionalidad psicosocial y de la organización de la personalidad y reducción de las manifestaciones psicopatológicas, se estableció en comparación con los datos registrados inicialmente. Se trata por lo tanto de datos no «observados» sino «registrados». Aunque esta favorable evolución no se observó en el grupo de control, ello no permite comparar los resultados correspondientes a ambos*

grupos: en este caso se trataría de la valoración de un estudio de cohortes, que por definición proporciona un nivel de certeza muy inferior al que se otorga a los resultados de un ensayo clínico.

5. El único parámetro que permite una comparación entre los dos grupos de pacientes es el número de criterios diagnósticos de trastorno límite de personalidad según DSM-IV. Aunque se trata de una variable secundaria, parece que este resultado permite asegurar la superioridad de la terapia focalizada en la transferencia respecto al grupo de control. No obstante, es preciso tener en cuenta que este grupo de control estuvo constituido inicialmente por 39 pacientes que habían sido tratados con métodos psicoterapéuticos tan dispares como el psicoanálisis, la terapia cognitiva o la terapia Gestalt. Aunque el artículo no proporciona información sobre los tratamientos que recibieron los 17 pacientes que completaron un año de tratamiento, es evidente que la comparación está sesgada: si todos estos 17 pacientes hubieran sido tratados de forma uniforme con una de las mencionadas alternativas, es posible que (a) no se hubiera encontrado diferencia alguna en cuanto a número de criterios diagnósticos o que (b) esta diferencia hubiera sido mucho mayor que la detectada.

Valoración metodológica

Objetivos bien definidos. Características basales comparables. Asignación al azar adecuada. Valoración de resultados con desconocimiento del tratamiento. «Last observation carried forward» aplicada con un elevado margen de error. Al finalizar el periodo de observación, el grupo de control está constituido por un número indeterminado de pacientes tratados con opciones terapéuticas completamente dispares. Los abandonos no son un criterio de eficacia. Sólo una variable secundaria (número de criterios diagnósticos) favorece la terapia focaliza en la transferencia. Los restantes criterios de evaluación de resultados no son aceptables: comparar la evolución de las manifestaciones respecto a sus valores iniciales no es un método de valoración adecuado en el caso de un ensayo clínico controlado.

Evaluación global: estudio con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Puchheim A, Martius P, Buchheim P. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:389-395
2. Kernberg, O. *The psychotherapeutic treatment of Borderline Personality Disorder*. Arlington: American Psychiatric Press, 1994
3. Society of Clinical Psychology. American Psychological Association. Division 12. *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder*. APA 2012 (http://www.psychology.sunysb.edu/eklonsky-/division12/treatments/bpd_transference.html)
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. (4th edn) (DSM-IV)*. APA, 1994
5. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapie der Borderline Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapien*. Stuttgart: Schattauer, 2001

4.7 METAANÁLISIS

El metaanálisis de ensayos clínicos es un instrumento importante para tomar decisiones terapéuticas. El término metaanálisis fue empleado por primera vez por Gene Glass y a partir de 1980 ha sido utilizado de forma creciente en medicina con el propósito de evaluar de forma conjunta los resultados obtenidos en diferentes ensayos clínicos: el estimador global del efecto debe tener mayor poder estadístico que el obtenido en cada ensayo por separado.¹

Los dos principales problemas metodológicos del metaanálisis son la posible heterogeneidad de los ensayos clínicos agregados y el llamado sesgo de publicación.² Por lo que respecta al primer problema, combinar datos implica presuponer que las diferencias entre estudios se deben al azar, pero si se deben a otros factores (diferencias en el diseño de los estudios, en su calidad metodológica, o en las poblaciones estudiadas o las variables utilizadas) es posible que se generen resultados erróneos.

En cuanto al segundo problema, el sesgo de publicación, es conocido que los ensayos en los que se ha registrado un resultado «negativo» raramente se publican. Con ello, los metaanálisis que sólo incluyen los ensayos clínicos publicados tienden a dar un resultado sesgado. Es muy difícil impedir este sesgo de publicación o incluso hacerse una idea de su magnitud.

En un metaanálisis se deben definir previamente los criterios de inclusión de los ensayos, pues la calidad de los mismos puede ser variable. Por este motivo se han propuesto escalas de puntuación que ajusten el peso de la contribución de cada ensayo según su calidad metodológica. El interés de estas escalas es muy relativo, ya que no sólo dependen de criterios intrínsecos de calidad (representatividad de la población estudiada, calidad de la técnica de asignación aleatoria y del enmascaramiento), sino también de la hipótesis examinada en cada caso.

Diversos estudios han comparado la validez de los resultados de metaanálisis de ensayos clínicos con los resultados de grandes ensayos clínicos realizados sobre la misma cuestión. En una revisión de 79 metaanálisis realizada por la Colaboración Cochrane se observó que el sentido de los resultados coincidía en el 80-90% de los casos, pero en una comparación de 12 ensayos clínicos de gran tamaño y 19 metaanálisis sobre diferentes problemas médicos, se encontró que los resultados del metaanálisis habrían conducido a adoptar un tratamiento inefectivo en un 32% y a rechazar un tratamiento efectivo en un 33% de los casos.

Un metaanálisis es riguroso si cumple una serie de condiciones:

- a) es conveniente que participen un clínico y un bioestadístico;
- b) es preciso incluir todos los ensayos clínicos publicados sobre el problema en cuestión;
- c) es preciso aplicar criterios de inclusión estrictos y cuidadosamente definidos;
- d) es preciso evaluar la calidad de los ensayos incluidos;
- e) es preciso describir los ensayos no incluidos y las razones por las que se han excluido;
- f) es preciso expresar los resultados de cada ensayo mediante una escala común.

Es necesario, asimismo, que las publicaciones de metaanálisis se ajusten a las recomendaciones del grupo QUORUM (Quality of Reporting of Meta-Analysis), consistente en una lista de comprobación que describe la manera de presentar el resumen, la introducción, los métodos, el resultado y la discusión de los resultados del metaanálisis.³

Metaanálisis de estudios de eficacia de las psicoterapias

Muchos metaanálisis que pretendían valorar los resultados de diferentes procedimientos psicoterapéuticos han sido criticados por haber aceptado estudios que no cumplieran con los criterios de inclusión exigibles.

El primer metaanálisis de estudios de psicoterapia o de asesoramiento psicológico en los que se había utilizado algún tipo de control, bien placebo o bien listas de espera o tratamientos alternativos, fue publicado en 1977 por Mary Lee Smith y Gene Glass.⁴ En dichos estudios se habían valorado 25.000 pacientes tratados con 78 métodos psicoterapéuticos diferentes. Los sujetos tenían en promedio 22 años y habían sido tratados durante 17 horas por terapeutas con unos 3½ años de experiencia profesional. La psicoterapia resultó en promedio superior a la administración de un placebo: los individuos tratados con psicoterapia obtuvieron mejores resultados que el 75% de los no tratados. Pero entre las diversas escuelas de psicoterapia, sólo se encontraron diferencias de escasa relevancia en cuanto al beneficio obtenido.

Este metaanálisis fue objeto de numerosas críticas: la calidad científica de los estudios incluidos en el mismo resultó deficiente; los diagnósticos y los parámetros de valoración fueron muy diversos, y el tamaño de las muestras, reducido. Debido a ello, se efectuó una nueva valoración de los datos de dicho metaanálisis, en la que se consideraron sólo 32 estudios comparativos con placebo en los que se habían incluido exclusivamente pacientes psiquiátricos.⁵ Los resultados de los pacientes tratados con placebo y de los tratados con psicoterapia fueron semejantes.

En 1982, David Shapiro y Diana Shapiro efectuaron un nuevo metaanálisis de 143 estudios comparativos publicados en un período de cinco años.⁶ Este metaanálisis proporcionó resultados semejantes a los de Smith y Glass: el efecto medio del tratamiento se aproximó a una desviación estándar, por lo que se llegó a la conclusión de que el tratamiento activo dio mejores resultados que la administración de un placebo; por otra parte, los datos obtenidos mostraron una innegable superioridad de los métodos cognitivos y conductuales, y una cierta inferioridad de los métodos dinámicos y humanísticos.

Un metaanálisis de 28 estudios en los que se comparó la terapia racional-emotiva (RET) con otras opciones terapéuticas demostró que la primera opción era más eficaz que un placebo, pero que sus efectos no se diferenciaban de los de otros tipos de tratamiento, como las combinaciones terapéuticas o la desensibilización sistemática.⁷ No obstante, debido a la heterogeneidad de los estudios y su tamaño muestral relativamente reducido, estos resultados deben interpretarse con precaución.

Por último, es preciso hacer referencia a una revisión de los estudios empíricos sobre la terapia psicodinámica: sus autores, Mary Beth Connolly Gibbons et al., indicaron que es preciso tener en cuenta que el concepto «psicodinámico» incluye un amplio abanico de alternativas terapéuticas, desde una orientación en la que el terapeuta es considerablemente activo y proporciona soporte emocional, hasta orientaciones de carácter exploratorio, con una actitud menos activa por parte del terapeuta.⁸ En esta revisión se concluyó que, a pesar de décadas de investigación sobre psicoterapia psicodinámica, todavía no se dispone de ensayos clínicos controlados que demuestren que las intervenciones psicodinámicas producen, en el caso de trastornos mentales específicos, cambios superiores a los debidos al simple paso del tiempo o a intervenciones de carácter inespecífico.

Valoración metodológica

La calidad de los estudios incluidos en un metaanálisis se debe evaluar preferentemente mediante listas de comprobación. De acuerdo con Ian Crombie,⁹ las preguntas esenciales al respecto son las siguientes.

- ¿Cómo se identificaron los estudios?
- ¿Cómo se valoró su calidad?
- ¿Cómo se resumieron sus resultados?

Se deben haber utilizado métodos estadísticos adecuados para calcular si el grado de heterogeneidad de los resultados es mayor que el que pueda explicarse por el azar. Es tan fácil cometer errores al interpretar los resultados de las revisiones sistemáticas como al interpretar los resultados de cualquier otro método de valoración: se debe rechazar la idea de que son infalibles. Las preguntas específicas son las siguientes.

1. ¿El objetivo de la revisión está bien definido?
2. ¿Se ha considerado la posibilidad de un sesgo de publicación?
3. ¿Se ha buscado la información faltante?
4. ¿Se revisó el diseño de los estudios?
5. ¿Se consideró la heterogeneidad de los resultados?
6. ¿Existen otros resultados que merecen ser considerados?
7. ¿Están justificadas las conclusiones alcanzadas?

Las preguntas 2 y 3 son adecuadas para los metaanálisis de estudios de carácter farmacológico. Como en el caso de las valoraciones metodológicas de ensayos clínicos, los resultados de las mismas se expresan según riesgos de sesgos (elevado, bajo o mínimo). Las listas de comprobación metodológica de Ian Crombie siguen de hecho las recomendaciones del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).¹⁰

Referencias

1. Glass GV. Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher* 1976;5:3-8
2. Laporte J-R. *Principios básicos de investigación clínica*. Barcelona: AstraZeneca, 2001
3. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF for the QUORUM Group. Improving the quality of reports of meta-analysis of randomised controlled trials: The QUORUM statement. *Lancet* 1999;354:1896-900
4. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist* 1977;32:752-60
5. Prioleau L, Murdoch M, Brody N. An analysis of psychotherapy v. placebo studies. *Behavioral and Brain Sciences* 1983;6:275-310
6. Shapiro DA, Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychol Bull* 1982;92:581-604
7. Engels GI, Garnefski N, Diekstra REW. Efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative analysis. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:1083-90
8. Connolly Gibbons MB, Crits-Christoph P, Hearon B. The empirical status of psychodynamic therapies. *Ann Rev Clin Psychol* 2008;4:93-108
9. Crombie IK. *The pocket guide to critical appraisal*. Londres: BMJ Publishing Group, 1998
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. *The guidelines manual 2009*. <http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual>

4.7.1

The benefits of psychotherapy (Smith, 1980)

Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.

The benefits of psychotherapy fue publicado por The Johns Hopkins University Press en 1980.¹ El propósito del libro consistió en actualizar la casuística de un estudio previo de Mary Lee Smith y Gene Glass en el que se habían incluido 375 estudios sobre los resultados de tratamientos psicológicos.² Este proyecto comenzó en 1975 y se desarrolló gracias a la ayuda económica de la Spencer Foundation (Chicago), fundada en 1962 con el objetivo de promover la investigación en educación.

En *The benefits of psychotherapy* se plantea en primer lugar el problema de la investigación de la efectividad de la psicoterapia, se describe el método estadístico utilizado (metaanálisis) y se exponen los resultados obtenidos mediante el metaanálisis de los 475 estudios resultantes de la actualización de la revisión de Smith y Glass de 1977. La segunda parte trata de los resultados de un metaanálisis de 112 estudios en los que se valoró la utilización de psicofármacos o de la combinación de psicofármacos y psicoterapia en caso de trastornos mentales.

El método metaanalítico fue desarrollado por Gene Glass, quien en su artículo seminal afirmó que

El metaanálisis se refiere al análisis de los análisis. Utilizo este término para describir al análisis estadístico de un gran conjunto de resultados de estudios individuales, efectuado con el propósito de llegar a integrarlos. El metaanálisis consiste en una alternativa sólida a las discusiones de carácter narrativo, lo que expresa nuestro interés en obtener una visión clara del creciente número de publicaciones sobre estudios experimentales.

El metaanálisis se basa en el hecho de que los síntomas de los pacientes incluidos en las revisiones oscilan entre leves y severos; la puntuación de los síntomas de un paciente determinado se distribuye de forma normal alrededor de la puntuación del paciente medio. La asignación aleatoria a los grupos de tratamiento y de control determina dos grupos con una distribución semejante de la sintomatología. Tras una intervención eficaz, el grupo tratado mejorará más que el grupo de control y la medida de la eficacia vendrá determinada por la distancia entre las distribuciones de las puntuaciones de la sintomatología de los grupos de control y de tratamiento. Esta distancia se mide en unidades de distribución estándar y recibe el nombre de magnitud del efecto (*effect size*). Esta unidad es independiente de las características del procedimiento utilizado para valorar la sintomatología, lo que posibilita comparar estadísticamente diferentes estudios: la unidad que se analiza no es el paciente, sino el estudio. La magnitud del efecto se calcula dividiendo la diferencia entre los valores medios de las puntuaciones de los grupos tratado y de control por la desviación estándar de las puntuaciones del grupo de control. Una magnitud de efecto de 1,0 indica que en el paciente medio del grupo tratado se ha obtenido una mejoría que corresponde al percentil 84 del grupo de control, es decir, una mejoría de 34 grados percentiles.

Para probar la importancia de su estudio, los autores se refieren inicialmente a la constatación de Martin Gross en *The psychological society* (1978), según la cual más de siete

millones de personas iniciaban anualmente en Estados Unidos un tratamiento psicoterapéutico, con una inversión total de unos 2.000 millones de dólares.³

En el segundo capítulo se discuten las revisiones previas de los estudios de resultados de la psicoterapia: Eysenck (1952, 1961),^{4,5} Bergin (1970),⁶ Rachman (1971),^{7,6} Meltzoff et Kornreich (1970)⁸ y Luborsky et al. (1975).⁹ En la tabla 1 se resumen los resultados de dichas revisiones, en las que se excluyeron los estudios sobre tratamientos conductuales o sobre los resultados obtenidos en niños o en caso de psicosis.

TABLA 1. Resumen de las revisiones de los estudios sobre los resultados de la psicoterapia

	<i>positivo</i>	<i>negativo</i> ^a	<i>dudoso</i>	<i>rechazado</i> ^b	<i>total</i>
Eysenck 1952	0	3	0	1	4
Eysenck 1961	0	7	0	1	8
Bergin	22	15	23	0	60
Rachman	1	5	0	17	23
Meltzoff et Kornreich	81	20	0	0	101
Luborsky et al.	7	2	0	0	9
<i>Total</i>	<i>111</i>	<i>52</i>	<i>23</i>	<i>19</i>	<i>205</i>

^a negativo: estudios cuyos resultados no fueron superiores a los del grupo de control

^b rechazado: estudios metodológicamente incorrectos

En conjunto, en estas revisiones el 54% de los estudios favorecieron las psicoterapias. No obstante, dado que los criterios aplicados no fueron unitarios, es posible que un mismo estudio fuera calificado como «rechazado» por un revisor y «positivo» por otro revisor. Smith et al. concluyen que a partir de estos datos no es posible alcanzar ninguna conclusión válida.

Los autores consideran que el ensayo clínico controlado es el único procedimiento válido para demostrar la eficacia de una intervención psicoterapéutica y revisan con todo detalle las objeciones planteadas por diversos autores (tabla 2).

TABLA 2. Objeciones al ensayo clínico controlado

1. Los grupos de control no son éticos, pues se priva de tratamiento a algunos pacientes.
2. No es posible asegurar que los individuos del grupo de control no utilicen otras opciones terapéuticas.
3. Las psicoterapias no son tratamientos estandarizados: no existen dos clientes tratados de igual forma.
4. La psicoterapia es más arte que ciencia: no se le puede aplicar un método científico de valoración.
5. No hay nada tan complejo, difícil y humano como la psicoterapia: sus efectos no pueden ser cuantificados.
6. Todos los individuos son diferentes: no es lógico valorar el curso de un individuo según una escala estándar.
7. Algunos resultados están sesgados en favor de ciertos tipos de psicoterapia: las comparaciones no son imparciales.
8. Preguntar si la psicoterapia es eficaz carece de sentido: es como plantearse si la medicina es buena o si las escuelas deben permanecer abiertas.

En el tercer capítulo, los autores se refiere a la diferencia entre investigación y evaluación, considerando que esta última es un proceso meramente descriptivo acerca de la eficiencia de una intervención terapéutica, y tratan de los métodos utilizados para la integración de los resultados de estudios experimentales: integración narrativa, integración mediante *box-scores* (Light y Smith, 1971)¹⁰ o metaanálisis.¹¹

El cuarto capítulo trata de la definición de población y muestra y de la clasificación de variables, incluyendo, entre otros, el tipo de publicación, la filiación del autor, los diagnósticos y abandonos, la validez interna, la duración de la terapia, la experiencia del terapeuta, la magnitud del efecto y las características de los tratamientos.

La cuantificación de resultados es el objeto del capítulo quinto. El valor medio de 1.766 magnitudes de efecto registrados en 475 estudios controlados fue de 0,85 con un error estándar de la media de 0,03. La diferencia de los valores medios entre los grupos tratados con algún tipo

de psicoterapia y los grupos no tratados fue de 0,85 unidades de desviación estándar, lo que significa que el individuo medio del grupo tratado con psicoterapia se encuentra mejor que el 80% de los individuos no tratados. Según los autores, en comparación con intervenciones experimentales estudiadas en ciencias sociales, los resultados de la psicoterapia son claramente favorables y las publicaciones que afirman que la psicoterapia carece de efectos terapéuticos, son incorrectas.

En cuanto a los efectos de 18 diferentes tipos de psicoterapia, en la tabla 3 se resumen el número de efectos y los valores medios y el error estándar de la media de las magnitudes de efecto registradas en 1.761 efectos estudiados en 475 estudios controlados. El error estándar de la media permite determinar la diferencia entre el valor observado y el valor poblacional de la media.

TABLA 3. Número de efectos (n), media de las magnitudes de efecto (ES) y error estándar de la media (ES) de 18 tipos de intervención psicoterapéutica.

	<i>n</i>	<i>ES</i>	<i>ES</i>
1. Terapia psicodinámica	108	0,69	0,05
2. Terapia dinámica ecléctica	103	0,89	0,08
3. Terapia adleriana	15	0,62	0,18
4. Hipnoterapia	19	1,82	0,26
5. Terapia centrada en el cliente	150	0,62	0,07
6. Terapia Gestalt	68	0,64	0,11
7. Terapia racional-emotiva	50	0,68	0,06
8. Otras terapias cognitivas	57	2,38	0,27
9. Análisis transaccional	28	0,67	0,17
10. Terapia de la realidad	9	0,14	0,13
11. Desensibilización sistemática	373	1,05	0,08
12. Implosión	60	0,68	0,09
13. Modificación conductual	201	0,73	0,05
14. Terapia cognitivo-conductual	127	1,13	0,07
15. Terapia conductual ecléctica	37	0,89	0,12
16. Desarrollo vocacional-personal	59	0,65	0,08
17. Aconsejamiento indiferenciado	97	0,28	0,06
18. Placebo	200	0,56	0,05
<i>Total</i>	<i>1.761</i>	<i>0,85</i>	<i>0,03</i>

El valor medio más elevado se registró con las terapias cognitivas (2,38), encontrándose en segundo lugar la hipnoterapia (1,05) y en tercer lugar la terapia cognitivo-conductual (1,13). Mediante desensibilización sistemática se obtuvo una magnitud de efecto de 1,05 y con las terapias dinámicas eclécticas, una magnitud de 0,89. La terapia psicodinámica, la terapia Gestalt, la terapia racional-emotiva, el análisis transaccional, la implosión, la modificación conductual y el aconsejamiento vocacional-personal, proporcionaron magnitudes semejantes (2/3 de desviación estándar) sin que se apreciaran diferencias significativas entre ellas. No obstante, las diferencias entre los efectos terapéuticos dependen de las características del cliente, de los diagnósticos, de la experiencia del terapeuta y de la elección de los criterios de eficacia. A fin de aclarar esta situación, se estudiaron los efectos de tres diferentes grupos de psicoterapias respecto a nueve grupos diagnósticos diferentes (tabla 4).

Las terapias verbales y conductuales ofrecen los mismos resultados en psicóticos, individuos normales, delincuentes, drogadictos, minusválidos y depresivos y en caso de trastornos psicosomáticos. Las terapias conductuales son más eficaces en neurosis, fobias complejas y fobias simples. En los pacientes psicóticos, todas las terapias estudiadas tiene la misma efectividad. Las terapias personales determinaron las magnitudes de efecto más reducidas.

TABLA 4. Magnitud del efecto según diagnósticos y tipo de tratamiento

<i>Diagnósticos</i>	<i>terapias verbales</i>	<i>terapias conductuales</i>	<i>terapias personales</i>
Neurosis	0,64	0,81	0,38
Fobias	1,61	1,13	0,33
Psicosis	0,65	0,85	0,59
Individuo normal	0,67	0	0
Delincuentes	1,03	0,78	0
Drogadictos	1,07	0,82	0
Psicosomáticos	1,39	0,86	0
Minusválidos	0,59	0	0,52
Depresivos	0,95	1,27	0

Smith, Glass y Miller concluyen sin ningún tipo de dudas (*unequivocally*) que la psicoterapia es efectiva y añaden que prácticamente no se observaron efectos negativos o empeoramiento que se pudiera asociar con las intervenciones psicoterapéuticas estudiadas.

Mary Lee Smith se graduó en Historia en 1965 y obtuvo el doctorado en Aconsejamiento y Metodología Científica en 1972. Desde 1986 es profesora de Educación en la Universidad Estatal de Arizona.

Gene V. Glass es un estadístico norteamericano nacido en 1940 que se dedicó especialmente a la psicología en educación y a las ciencias sociales. El término «metaanálisis» lo desarrolló en la Universidad de Colorado (Boulder, Colorado).

Thomas I. Miller consiguió su Ph.D. en investigación y métodos de valoración en el Laboratorio de Investigación Educativa de la Universidad de Colorado. En 1977 era director de la División de Investigación y Evaluación de la Ciudad de Boulder y profesor asociado de la Universidad de Colorado. Posteriormente ha desarrollado una brillante carrera profesional en el ámbito de la sociología.

Comentario

The benefits of psychotherapy *es uno de los estudios que han conseguido un mayor número de referencias bibliográficas en el ámbito de la psicología. Los resultados de la revisión de Smith, Glass y Miller hicieron que la administración federal de Estados Unidos incluyera la salud mental entre los servicios dispensados a los funcionarios gubernamentales. No obstante, no dejó de ser objeto de acerbos críticas, en especial por parte de Hans Eysenck.*¹²

*De hecho, puede afirmarse que a partir de 1996, año en que tuvo lugar la Conferencia sobre Calidad de la Elaboración de los Informes de Metaanálisis, cuyo resultado fue la Declaración QUORUM, ninguna de las revistas afiliadas a la World Association of Medical Editors o al International Committee of Medical Journal Editors habría publicado la revisión en cuestión.*¹³ QUORUM consiste en una lista de comprobación de 18 puntos y de un diagrama de flujo de los ensayos clínicos identificados, incluidos y excluidos en el metaanálisis, así como los motivos de su exclusión. Por ejemplo, el criterio 10 exige para cada estudio definir la población, la intervención, los resultados principales y el diseño del estudio, y el criterio 11 exige determinar la validez del estudio, definiendo por ejemplo las condiciones de enmascaramiento, la valoración de la calidad y los hallazgos. La revisión de Smith et al. no cumple con estos criterios. Hay que tener presente que la inclusión de estudios de baja calidad tiende a sobreestimar los efectos de la intervención estudiada.

Por último, incluir en un mismo metaanálisis procedimientos tan dispares como el «desarrollo vocacional-personal» de Theo Volksky¹⁴ y la «hipnoterapia» de Lewis Wolberg,¹⁵ no deja de constituir, al menos desde un punto de vista clínico, una decisión sorprendente.

Valoración metodológica

Publicado en 1980 por el creador del método metanalítico, en esta revisión se incluyeron todos los estudios sobre la eficacia de las terapias psicológicas (en total, 18 métodos diferentes) sin considerar su calidad, lo que sobreestima los resultados de la intervención estudiada. Este metaanálisis no sigue por lo tanto las recomendaciones de la Declaración QUORUM,

publicada en 1996, por lo que actualmente no puede ser tomado en consideración en una valoración de los estudios sobre terapia psicodinámica prolongada.

Referencias

1. Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980
2. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychologist* 1977;32:752-60
3. Gross ML. *The psychological society*. Nueva York: Random House, 1978.
4. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1952;16:319-24
5. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy. En: Eysenck HJ (ed.) *Handbook of abnormal psychology*. Nueva York: Basic Books, 1961
6. Bergin AE. The evaluation of therapeutic outcomes. En: Bergin AE, Garfield SL (eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley, 1971.
7. Rachman S. *The effects of psychotherapy*. Oxford: Pergamon Press, 1971
8. Meltzoff J, Kornreich M. *Research in psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1970
9. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy. *Arch Gen Psychiat* 1975;32:995-1008
10. Light RJ, Smith P. Accumulating evidence: Procedures for resolving contradictions among different research studies. *Harvard Educational Review* 1971;41:429-71
11. Glass GV. Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher* 1976;10:3-8
12. Eysenck HJ. An exercise in mega-silliness. *Am Psychol* 1978;33:517
13. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF, et al. Improving the quality of reports of meta-analysis of randomised controlled trials: The QUORUM Statement. *Lancet* 1999;354:1986-900
14. Volsky T. *The outcomes of counseling and psychotherapy*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1965
15. Wolberg LR. *Medical hypnosis. The principles of hypnotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton, 1948

4.7.2

La psicoterapia ¿beneficia a los pacientes neuróticos? (Andrews, 1981)

Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients? *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1203-8.

Gabin Andrews y Robin Harvey afirman que estudiar la eficacia de los tratamientos psicológicos es difícil y que virtualmente todos los estudios que incluyen pacientes reales presentan sesgos importantes.¹ No obstante, estos estudios son muy valiosos, al menos por el esfuerzo que ha exigido su realización.

Cuando se intenta revisar los resultados de una serie importante de estos estudios, la complejidad de los mismos en cuanto diagnósticos, métodos terapéuticos y criterios de valoración, exige descartar de la revisión un elevado número de estudios, con lo que el sesgo de selección puede distorsionar los resultados de forma importante.

Gene Glass desarrolló la técnica metaanalítica con el objetivo de facilitar la integración de los resultados de los estudios de carácter experimental.² Mary Lee Smith y Gene Glass aplicaron esta técnica para valorar inicialmente 375 estudios sobre la eficacia de la psicoterapia.³ En estos estudios se incluyeron diferentes tipos de pacientes, desde estudiantes universitarios hasta delincuentes convictos, lo que determinó que los resultados obtenidos fueran objeto de importantes críticas por parte, entre otros, de Hans Eysenck.⁴ Posteriormente, Smith, Glass y Miller añadieron a su metaanálisis otros 100 estudios sobre la eficacia de la psicoterapia, concluyendo que «la demostración de la eficacia de la psicoterapia es suficientemente convincente».⁵

A fin de comprobar si los datos originales de dicho estudio se encontraban sesgados, Andrews y Harvey revisaron los 475 estudios en cuestión, limitando su análisis a los que habían incluido pacientes que solicitaron tratamiento a causa de procesos neuróticos: 81 de los estudios de la base de datos de Smith, Glass y Miller cumplían ambas condiciones.

Resultados

Los 81 ensayos controlados fueron publicados entre 1941 y 1976 e incluyeron 2.202 pacientes, de los cuales 1.934 sufrían neurosis o fobias y 317 trastornos psicósomáticos; la edad media fue de 30 años (márgenes entre 7 y 52 años) y el 50% eran hombres; los terapeutas disponían por término medio de 4 años de experiencia clínica y una titulación equivalente al doctorado en psicología. El 94% de los tratamientos fueron asignados al azar o aparejados con los sujetos del grupo de control. La proporción de abandonos fue baja: menos del 15%. El 75% de los tratamientos fueron individuales y su duración media fue de 15 semanas (1 a 102 semanas).

Dado que se calculó una magnitud del efecto para cada variable estudiada y que las variables pudieron ser determinadas en más de una ocasión, el número de magnitudes fue superior al número de estudios, resultando 292 magnitudes para los 81 estudios valorados. El resultado medio de las magnitudes de efecto fue de 0,72, con márgenes entre -0,79 y 2,93, lo que indica que, tras el tratamiento, la puntuación de un sujeto medio fue superior a la puntuación del 76% de los sujetos del grupo de control.

Los tratamientos se clasificaron en tres grupos: psicoterapias verbales, psicoterapias conductuales y psicoterapias personales. En la tabla 1 se indican los resultados de los diferentes tipos de psicoterapia utilizados.

TABLA 1. Magnitudes de efecto (media \pm desviación estándar) según tipos de tratamiento

<i>tipos de psicoterapia</i>	<i>n° de magnitudes</i>	<i>media \pm de</i>
Verbal	95	0,74 \pm 0,05
dinámica	90	0,72
cognitiva y Gestalt	5	1,20
Conductual	110	0,97 \pm 0,06
conductual	103	0,99
cognitivo-conductual	7	0,74
Personal	56	0,35 \pm 0,06
centrada en el cliente	31	0,39
aconsejamiento	25	0,31
Placebo	28	0,55 \pm 0,06
No clasificable	3	...
<i>Total</i>	292	0,72 \pm 0,03

Las diferencias entre las tres clases de terapias estudiadas (verbal, conductual y personal) resultaron significativas ($p < 0,001$). En los estudios en los que se comparó un grupo tratado con placebo con un grupo que no recibió tratamiento alguno, la magnitud de efecto fue de 0,55. Las psicoterapias verbales y conductuales fueron superiores al tratamiento con placebo; las terapias personales no se diferenciaron de la administración de un placebo.

La magnitud del efecto en casos leves (estudiantes de segundo grado o universitarios) fue de 0,67, en los pacientes ambulatorios fue de 0,76 y en los pacientes hospitalizados, de 1,00. Mediante análisis de varianza se demostró que la efectividad fue mayor en los pacientes más graves ($p = 0,02$).

La media de la magnitud de efecto en caso de psicoterapia muy breve (0 a 9 horas) fue de 0,68, en caso de psicoterapias breves (10 a 18 horas) fue de 0,73 y en caso de psicoterapias prolongadas (20 a 100 horas), de 0,86; el análisis de varianza respecto a duración del tratamiento y resultado terapéutico no alcanzó significación estadística ($p = 0,09$).

Los valores medios de la magnitud del efecto al finalizar el tratamiento fueron de 0,76, y en las valoraciones efectuadas dos meses y nueve meses después fueron respectivamente de 0,82 y de 0,71 respectivamente.

Gavin Andrews es profesor de Psiquiatría en la Universidad de New South Wales (Sidney, Australia). Andrews obtuvo el diploma en Medicina psicológica en la Universidad de Melbourne y completó el doctorado en Newcastle upon Tyne (Reino Unido). Es miembro del Royal College of Psychiatrists y del Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists y autor de unos 400 artículos y libros, habiéndose interesado especialmente en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Robin Harvey es psicóloga, trabaja en el Child Study Centre de la University of Western Australia e insiste en que mediante la intervención precoz e interesada de profesionales bien formados los niños pueden aprender a convivir sin tener que recurrir a la agresión.

Comentario

Andrews y Harvey comentan que los 475 estudios incluidos en la revisión de Smith et al. no pueden considerarse representativos de la práctica psiquiátrica. El problema metodológico más grave de este estudio fue la ausencia de datos acerca de diagnósticos y de severidad del proceso. La importancia clínica del beneficio obtenido en los casos tratados mediante psicoterapia es difícil de interpretar. En la mayor parte de estudios no se utilizaron escalas de valoración adecuadamente validadas, no obstante, el cambio observado mediante terapias psicodinámicas y conductuales (magnitud de efecto de 0,86) parece importante en la mayor parte de las valoraciones. Los datos obtenidos en esta revisión parecen demostrar que existe una clara tendencia a que la duración del tratamiento se encuentre asociada con una mejoría clínica más importante.

Los autores concluyen que, en los pacientes afectos de neurosis, mediante psicoterapia verbal o conductual es posible alcanzar una mejoría significativa incluso con tratamientos de corta duración y que dicha mejoría puede persistir, por lo menos, durante un año.

Valoración metodológica

Los objetivos de este metaanálisis están bien identificados. Los estudios se seleccionaron a partir del metaanálisis de Smith, Glass y Miller y la calidad de los mismos se dio por supuesta; no se valoró la heterogeneidad de los resultados.

Evaluación global: metaanálisis con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients? *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1203-8
2. Glass GV. Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educ Res* 1978;5:3-8
3. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977;32:752-60
4. Eysenck HJ. An exercise in mega-silliness. *Am Psychol* 1978;33:517
5. Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980

4.7.3

Depresión en edad avanzada: efectividad terapéutica (McCusker, 1998)

McCusker J, Cole M, Keller E, Bellavance F, Berard A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998;58:705-12.

McCusker et al., mediante búsquedas bibliográficas con las palabras clave «depresión», «trastorno depresivo», «anciano» y «ensayo clínico» en las bases de datos MEDLINE y PsycInfo, localizaron 233 artículos, de los cuales 40 cumplían con los siguientes criterios de inclusión:¹

- investigación original,
- publicación en inglés o francés,
- inclusión de sujetos de más de 55 años de edad,
- diagnósticos de depresión,
- tratamientos ambulatorios o en instituciones comunitarias,
- estudios prospectivos con diseño experimental controlado,
- resultados cuantitativos,
- tratamientos farmacológicos o psicológicos.

Estas 40 publicaciones correspondían en realidad a 37 estudios clínicos diferentes. La calidad metodológica de cada estudio fue valorada de acuerdo con los seis criterios de Chalmers et al. por dos expertos independientes utilizando un formulario estandarizado que proporcionó un rango de calidad de entre 6 y 18 puntos, correspondiendo el valor más elevado a una mejor calidad.²

Se efectuó un metaanálisis basado en comparaciones entre un tratamiento y un control o entre dos tratamientos según los valores medios del tamaño muestral y de las diferencias de las escalas de depresión al iniciar y al terminar el tratamiento. Si en un estudio se utilizaron diferentes escalas psicológicas, se valoraron los resultados de la utilizada más habitualmente (la Escala de Depresión de Hamilton) en caso de que se dispusiera de los datos correspondientes de la misma.³ Los resultados del metaanálisis se expresaron mediante los valores medios de las diferencias calculadas al terminar los tratamientos y mediante magnitudes de efecto, considerando los diferentes tipos de tratamiento estudiados.

Resultados

La calidad media de los ensayos clínicos incluidos en este metaanálisis fue de $14,9 \pm 2,2$; los valores medios correspondientes a los grupos tratados con psicoterapia fue de $13,9 \pm 2,4$ y de $15,5 \pm 1,9$ para los grupos tratados con psicofármacos.

Veintiséis estudios se refirieron a tratamientos farmacológicos y 14 estudios a tratamientos psicológicos. En 12 estudios se compararon los antidepresivos tricíclicos con un placebo y en 9 de ellos la diferencia fue estadísticamente significativa a favor de la intervención farmacológica: en comparación con un placebo, los antidepresivos tricíclicos redujeron de forma significativa la puntuación de la Escala de Hamilton para la Depresión (diferencia -5,79; intervalo de confianza del 95% entre -8,31 y -3,25) no habiéndose encontrado diferencias en los estudios que compararon diversos antidepresivos (imipramina, nortriptilina, nomifensina, doxepina); los

inhibidores de la recaptación de serotonina parecieron tan efectivos como los antidepresivos tricíclicos.

Ninguna de las cuatro comparaciones entre psicoterapias emotivas y grupos no tratados proporcionó diferencias estadísticamente significativas. En cinco de seis comparaciones entre psicoterapias racionales y grupos no tratados se constataron resultados estadísticamente significativos: puntuación de la Escala de Hamilton para la Depresión al completar el tratamiento: -7,25; 95% IC entre -10,10 y -4,40. En seis comparaciones entre los diferentes tratamientos psicológicos no se encontrándose diferencias entre los tratamientos emotivos y los tratamientos racionales

Conclusiones

Las terapias racionales (es decir, la terapias cognitivas o conductuales) parecen más «prometedoras» (*promising*) que las terapias emotivas. La comparación entre terapias racionales y antidepresivos tricíclicos no demostró diferencia alguna (reducción de 7 puntos de la Escala de Hamilton para la Depresión). Los beneficios de las terapias emotivas parecen menores que los proporcionados por las terapias racionales y los antidepresivos tricíclicos. No obstante, es posible que muchos de los efectos de los tratamientos psicológicos puedan ser atribuidos a efectos terapéuticos inespecíficos. Estos resultados no pueden considerarse definitivos debido a diferentes sesgos:

- los estudios acerca de tratamientos con psicofármacos tuvieron lugar generalmente en pacientes hospitalizados, en tanto que los estudios sobre tratamientos psicológicos incluyeron en la mayor parte de los casos pacientes ambulatorios;
- en los pacientes tratados con antidepresivos se aplicaron diagnósticos estandarizados más frecuentemente que en caso de tratamientos psicológicos;
- la Escala de Depresión de Hamilton se desarrolló considerando la sintomatología de casos relativamente severos, por lo que tal vez no sea una medida apropiada para la sintomatología que se observa en los casos más leves de pacientes ambulatorios;
- los efectos terapéuticos fueron generalmente mayores cuando en el ensayo se incluyó un grupo de control sin tratamiento;
- entre los problemas metodológicos cabe mencionar la dificultad de asignar los tratamientos de forma aleatoria y de analizar los resultados de acuerdo con el principio de intención de tratar.

Los antidepresivos tricíclicos y las terapias psicológicas racionales parecen ser los tratamientos más eficaces en caso de pacientes ambulatorios de edad avanzada afectos de depresión leve o moderada. No obstante, los autores concluyeron que los clínicos deberían esperar sólo beneficios modestos con los medios disponibles en aquel momento, que deberían ser prudentes al usar los fármacos antidepresivos y que deberían considerar asimismo la posibilidad de prescribir intervenciones de carácter psicológico, especialmente en pacientes con depresión leve.

Jane McCusker se doctoró en Medicina en la McGill University y obtuvo el doctorado en Salud Pública en la Columbia University, Nueva York. Es profesora de Epidemiología, Estadística y Salud Ocupacional de la McGill University y directora del Departamento de Epidemiología Clínica y Estudios Comunitarios del St. Mary's Hospital (Montreal, Canadá). Su actividad científica se centra en el desarrollo de estrategias eficaces para el cuidado de la salud de personas de edad avanzada.

En este estudio colaborativo participaron las siguientes instituciones de Canadá:

- Departamento de Epidemiología y Estadística (Drs. McCusker y Bellavance, y Ms. Berard) y Departamento de Psiquiatría (Dr. Cole) de la Universidad McGill (Montreal);
- Departamento de Epidemiología Clínica y Estudios Comunitarios (Drs. McCusker, Bellavance y Cole) y Departamento de Psiquiatría (Dr. Cole) del St. Mary's Hospital (Montreal);

- Centro de Epidemiología y Estudios Comunitarios (Ms. Berard) del Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital (Montreal);
- Roy-Rousseau Clinic (Dr. Keller) de Beauport (Quebec).

Comentario

El metaanálisis de McCusker y colaboradores encierra en relación a los procedimientos psicoterapéuticos estudiados algunos problemas evidentes.

- a) *La psicoterapia racional parece que debería referirse a la Terapia Racional Emotiva Conductual desarrollada por Albert Ellis en 1955, pero en la figura 3 de la publicación original se detallan bajo este epígrafe la terapia cognitiva, la biblioterapia, la terapia conductual y la terapia cognitivo-conductual.⁴ En esta misma figura, la psicoterapia psicodinámica y la psicoterapia interpersonal de Gerald Klerman son calificadas como psicoterapias emotivas, lo que no deja de ser sorprendente si se tiene en cuenta que la psicoterapia interpersonal fue desarrollada en la década de 1970 como un tratamiento específico de la depresión, y que se sitúa metodológicamente entre las terapias dinámicas y las terapias cognitivo-conductuales; parece difícil asociar sus resultados con los de la psicoterapia psicodinámica.⁵*
- b) *En cuanto a la terapia psicodinámica, McCusker et al. se refieren a los estudios de Lyssi Jarvik et al. y de Joanne Steuer et al. El primero de ellos, publicado en 1982, consistió en un análisis intermedio (26 semanas) de dos ensayos clínicos: (a) una comparación entre antidepresivos tricíclicos y placebo, que demostró la superioridad de los primeros y (b) una comparación entre psicoterapia psicodinámica y psicoterapia cognitiva, en la que se constató cierta eficacia con ambos tratamientos, pero con sólo un 12% de remisiones completas.⁶ La segunda comparación fue objeto, dos años más tarde, de una publicación en el Journal of Consulting and Clinical Psychology: 20 de 33 pacientes de entre 55 y 78 años completaron 9 meses de tratamiento con psicoterapia emotiva o con psicoterapia racional, observándose en ambos casos una reducción clínica y estadísticamente significativas de las escalas de Hamilton para depresión y para ansiedad, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas intervenciones, aunque el Inventario de Depresión de Beck favoreció el tratamiento cognitivo-conductual.⁷*

Por lo tanto, en el metaanálisis de McCusker et al., al comparar terapia psicodinámica y placebo se partió de los datos de dos ensayos clínicos, uno en el que se comparó terapia psicodinámica con terapia cognitiva y otro en el que se contrastaron antidepresivos con placebo; se trata por lo tanto de una integración de los datos de dos ensayos, lo cual parece difícilmente aceptable como paso previo de un metaanálisis. En el mismo metaanálisis (figura 3) se afirma que la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que la terapia psicodinámica, basándose al parecer en la diferencia detectada con el Inventario de Depresión de Beck y sin tener en cuenta los resultados obtenidos con la Escala de Depresión de Hamilton, en contra precisamente de lo especificado en el apartado «metaanálisis» de la misma publicación. Por último, los estudios de Jarvik et al. y de Steuer et al. se interpretan como si tratara de dos ensayos clínicos, cuando en realidad el primero es un análisis intermedio (26 semanas) y el segundo una valoración de los resultados obtenidos en los mismos pacientes tras nueve meses de tratamiento.

El metaanálisis es un procedimiento estadístico importante, pero debe aplicarse correctamente, de lo contrario induce a interpretaciones muy alejadas de la realidad clínica.

Valoración metodológica

Criterios de inclusión de los estudios bien definidos. Búsqueda en la base de datos MedLine. Valoración de calidad de los estudios según los criterios de Chalmers. La revisión detallada de

los estudios incluidos muestra divergencias importantes respecto a las conclusiones registradas en este metaanálisis.

Evaluación global: metaanálisis con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. McCusker J, Cole M, Keller E, Bellavance F, Berard A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998;58:705-12.
2. Chalmers TC, Smith H, Blackburn B, Silverman B, Schroeder B, Reitman D, Ambroz A. A method for assessing the quality of a randomised control trial. *Control Clin Trials* 1981;2:31-49.
3. Hamilton A. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
4. Ellis A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *J Clin Psychol* 1957;13:344-5.
5. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: Basic Books, 1984.
6. Jarwick LF, Steuer J, Gerner R. Treating geriatric depression: a 26 week interim-analysis. *J Am Geriatr Soc* 1982;30:713-7
7. Steuer JL, Mintz J, Hammen C, Hill MA, Jarvik LF, McCarley T, Motoike P, Rosen R. Cognitive-behavioral and psychosomatic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:180-9.

4.7.4 Psicoterapias en trastornos de la personalidad (Leichsenring, 2003)

Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1223-32

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por una disfunción generalizada y crónica de los procesos cognitivos y afectivos, de las relaciones interpersonales y del control de los impulsos, que comportan una importante afectación personal. La prevalencia entre la población psiquiátrica es elevada: entre el 15% y el 25%. Se dispone de algunos estudios que indican que en general la psicoterapia es un tratamiento efectivo en estos casos.

A fin de delimitar la eficacia de la terapia psicodinámica y de la terapia cognitiva en dicho proceso, Falk Leichsenring y Eric Leibing (Departamento de Psicología y Psicoterapia, Universidad de Göttingen, Alemania) efectuaron una revisión en la que incluyeron todos los estudios publicados entre 1974 y 2001 que cumplieran las siguientes condiciones:¹

- a) utilización de métodos estandarizados para establecer los diagnósticos;
- b) aplicación de instrumentos válidos y fiables para valorar los resultados;
- c) datos que permitieran calcular la magnitud del efecto o valorar la frecuencia de la recuperación del trastorno.

En esta revisión se identificaron 9 estudios sobre terapia psicodinámica, 8 sobre terapia cognitiva y 2 en los que se compararon ambas orientaciones. Dado que sólo se dispuso de pocos estudios controlados, en la revisión se incluyeron tanto estudios naturalísticos como estudios aleatorizados.

Análisis de la magnitud del efecto

En la tabla 1 se resumen los resultados registrados en el metaanálisis de Leichsenring y Leibing:

TABLA 1. Media \pm desviación estándar y ajustes por tamaño muestral en 11 estudios de terapia psicodinámica y 10 estudios de terapia cognitiva en trastornos de la personalidad

<i>magnitud del efecto</i>	<i>terapia psicodinámica</i>		<i>terapia cognitiva</i>	
	<i>media</i>	<i>ajuste</i>	<i>media</i>	<i>ajuste</i>
efecto general	1,46 \pm 0,73	1,40	1,0 \pm 0,48	0,95
determinado por el propio individuo	1,08 \pm 0,36	1,73	1,20 \pm 0,38	1,14
determinado por un observador	1,79 \pm 1,07	1,71	0,87 \pm 0,71	0,82

En ambos grupos, entre las determinaciones efectuadas por los sujetos y por los observadores se constató una correlación positiva pero no de carácter estadísticamente significativo. En el caso de psicoterapia psicodinámica se pudo comprobar una correlación positiva entre magnitud del efecto y duración del tratamiento, aunque no alcanzó significación estadística; debido al escaso número de estudios, este cálculo no fue posible en el grupo de terapia cognitiva.

Discusión

Los autores afirman que una de las mayores limitaciones de esta revisión fue el escaso número de estudios que fue posible incluir en la misma. Las magnitudes de efecto calculadas en los estudios revisados se refieren en todos los casos a cambios observados a largo plazo en los pacientes con trastornos de la personalidad: el seguimiento medio fue de 1½ años (78 semanas) en caso de terapia psicodinámica y de 13 semanas en caso de terapia cognitiva.

No es posible comparar directamente las magnitudes de efecto correspondientes a los dos grupos estudiados, pues los datos no proceden de estudios semejantes de carácter experimental: de hecho, los estudios difieren entre sí respecto a varios aspectos del tratamiento, a las muestras de pacientes, a los métodos de valoración de resultados y a otras variables.

De acuerdo con los resultados de esta revisión, existen pruebas de que la terapia psicodinámica y la terapia cognitiva son efectivas en el tratamiento de los trastornos de la personalidad

Comentario

En este metaanálisis se incluyeron estudios controlados y estudios naturalísticos. De acuerdo con los datos de la tabla 1, sólo 3 de los 9 estudios sobre terapia psicodinámica fueron aleatorizados (Winston et al,² Munroe-Blum et Marzialli,³ y Bateman et Fonagy⁴). Es importante señalar que en los estudios de Winston et. al y de Munroe-Blum et Marzialli se valoró la psicoterapia psicodinámica breve (lo que no impidió que se valoraran los resultados a largo plazo). Por otra parte, 5 de 7 estudios sobre terapia cognitiva fueron ensayos clínicos aleatorizados. Por último, en este metaanálisis se incluyeron 2 estudios en los que se compararon ambas orientaciones terapéuticas: el estudio de Hardy et al.⁵ tuvo como objetivo comparar la terapia psicodinámica breve con la terapia cognitiva en pacientes deprimidos, y Woody et al.⁶ compararon tres tratamientos: aconsejamiento, psicoterapia cognitiva + aconsejamiento y psicoterapia expresiva de soporte + aconsejamiento.

Todos estos estudios cumplen con las condiciones exigidas por Leichsenring et Leibing para ser incluidos en su revisión, pero esta revisión difícilmente puede ser calificada como metaanálisis. De acuerdo con la Declaración QUORUM (1996), en un metaanálisis se deben incluir únicamente ensayos clínicos aleatorizados.⁷ El número de los mismos es indiferente: dos ensayos pueden ser suficientes para proporcionar resultados clínicamente válidos.⁸ No se puede olvidar que la inclusión de estudios de baja calidad tiende a sobrestimar los efectos de la intervención valorada, en este caso, los de la terapia psicodinámica.

Valoración metodológica

Los criterios de inclusión de los estudios quedaron claramente definidos, pero se aceptaron tanto estudios naturalísticos como estudios experimentales, lo que se encuentra en contradicción evidente con la Declaración QUORUM. Los resultados del metaanálisis no son clínicamente significativos.

Evaluación global: metaanálisis con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1223-32
2. Winston A, Laikin M, Pollack J, Samstag LW, McCullough L, Muran JC. Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1994;151:190-4
3. Munroe-Blum H, Marzialli E. A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *J personal Disord* 1995;9:190-8

4. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-9
5. Woody GE, McLeilan T, Luborsky L, O'Brien CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1081-6
6. Hardy GE, Barkham M, Shapiro DA, Stiles WB, Rees A, Reynolds S. Impact of cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:997-1004
7. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analysis of randomised controlled trials: the QUORUM statement. *Lancet* 1999;354:1896-900
8. Urrutia G, Tort S, Bonfill X. Metaanálisis (QUORUM). *Med Clin (Barc)* 2005;125 (extraordinario): 32-37

4.7.5

Depresión: ¿psicoterapia o farmacoterapia?

(de Maat, 2006, 2007)

- de Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychother Res* 2006;16:562-72
 - de Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Europ Psychiatry* 2007;22:108-26
-

Con los términos «depression», «major depressive disorder», «psychotherapy», «pharmacotherapy» y «antidepressants», se efectuó una búsqueda sistemática en las bases de datos MedLine, Embase, Cochrane y PsychInfo y se seleccionaron los artículos publicados entre 1980 y 2005 que cumplieran con los siguientes criterios:

- diseño aleatorizado,
- tratamientos adicionales semejantes,
- información sobre abandonos,
- valoración a ciegas de los resultados.

Las publicaciones resultantes se utilizaron para efectuar dos metaanálisis: (a) una comparación entre psicoterapia y farmacoterapia en el tratamiento de la depresión, y (b) una comparación entre psicoterapia y tratamiento combinado en la misma indicación.

A. Eficacia relativa de la psicoterapia y de la farmacoterapia

Se dispuso de 10 estudios en los que se incluyeron en total 1.233 pacientes, 640 tratados con farmacoterapia y 593 con psicoterapia. Siete estudios incluyeron casos de depresión no crónica y 3 estudios, casos de depresión crónica, 5 estudios trataron sobre depresión leve y 5, sobre depresión moderada; 6 de estas publicaciones aportaron datos sobre los resultados registrados en la entrevista de seguimiento.¹

Resultados

Abandonos: 28,43% con farmacoterapia y 23,60% con psicoterapia; la diferencia es estadísticamente significativa (RR = 1,29; $p = 0,0009$).

Riesgo de recaída: con psicoterapia, 37,94%, con farmacoterapia 34,84%; la diferencia no es estadísticamente significativa (RR = 0,91; $p = 0,24$).

Depresión crónica: no existen diferencias entre psicoterapia y farmacoterapia en cuanto frecuencia de remisiones (36,11% y 36,64%, respectivamente).

Severidad: no se observan diferencias en la frecuencia de remisiones con psicoterapia o con farmacoterapia en caso de depresión leve (46,47% y 44,37%, respectivamente; $p = 0,34$) ni en caso de depresión moderada (33,15% y 31,90%, respectivamente).

Seguimiento: respecto a la frecuencia de recaídas, existe una diferencia estadísticamente significativa (RR = 0,46; $p < 0,0001$) entre los casos tratados con farmacoterapia (recaídas: 56,56%) y los tratados con psicoterapia (recaídas: 26,51%). Dado que la prueba de ² demostró una evidente falta de heterogeneidad ($p = 0,68$), se efectuaron varios análisis de subgrupos de

estudios: todos ellos mostraron una diferencia estadísticamente significativa en favor de la psicoterapia.

Discusión

Los abandonos fueron algo mayores en caso de farmacoterapia, pero la diferencia con la psicoterapia no es muy importante (5%); hay que tener en cuenta que uno de los mayores problemas terapéuticos de la depresión es precisamente el abandono del tratamiento, que con psicoterapia puede llegar a ser del 25%.

Las conclusiones de una revisión basada sólo en ensayos clínicos tienen limitaciones bien conocidas, entre ellas la exclusión de los casos con enfermedades concomitantes graves, como drogadicción, riesgo de suicidio o trastornos graves de la personalidad. Gavon I. Keitner et al. comprobaron que en un ensayo clínico controlado participaban sólo 14,5% de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.²

En los estudios incluidos en este metaanálisis, la eficacia terapéutica se valoró únicamente con la Escala de Hamilton de Depresión, sin considerar la funcionalidad social o la calidad de vida, que deben ser los objetivos más importantes del tratamiento.

La calidad metodológica de los estudios es muy variable; en algunos, el tamaño de la muestra fue insuficiente para calcular el poder estadístico, y sólo un reducido número de ellos consideraron el cumplimiento de la prescripción en el grupo de control.

La limitación más importante es tal vez que este metaanálisis se basó, en cuanto severidad del proceso, en los valores medios iniciales de cada estudio, no en los datos individuales; no obstante, los resultados obtenidos no parecen diferenciarse de los registrados en valoraciones basadas en datos individuales.

Los autores concluyen que los pacientes con depresión, tras un tratamiento breve, se benefician tanto de la psicoterapia como de la farmacoterapia; asimismo concluyen que, en un período de seguimiento de uno a dos años de duración, los beneficios de la psicoterapia resultaron superiores a los de la farmacoterapia.

B. Eficacia relativa de la psicoterapia y del tratamiento combinado

La búsqueda bibliográfica dispuso de 7 estudios en los que se incluyeron 903 pacientes, de los cuales 459 recibieron psicoterapia y 444, tratamiento combinado. Seis de estos estudios se referían a la depresión no crónica y uno a depresión crónica; 3 estudios incluyeron pacientes con depresión leve y 4, pacientes con depresión moderada; no se encontraron estudios en los que participaran pacientes con depresión grave.³

Resultados

Abandonos: El número de abandonos observados en caso de terapia combinada (46%) es significativamente mayor el observado con psicoterapia (34%) (RR = 1,32; $p = 0,0007$).

Remisión: La razón de ventajas (*odds ratio*) de las remisiones conseguidas con terapia combinada y psicoterapia es igual a 1,59 ($p = 0,0007$), lo que indica que no puede rechazarse la hipótesis nula.

Número necesario de tratamientos: Se precisó administrar la terapia combinada a ocho pacientes para conseguir una recuperación de la depresión que no habría tenido lugar en caso de tratamiento exclusivamente psicoterapéutico.

Cronicidad: En la depresión no crónica, no se observaron diferencias entre la frecuencia de remisiones con tratamiento psicoterapéutico y con tratamiento combinado: 37% y 43%, respectivamente; $p = 0,22$. En la depresión crónica, se constató una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tratamientos (32% y 48%, respectivamente; $p < 0,001$) que favorece al tratamiento psicoterapéutico.

Severidad: En la depresión leve no existen diferencias entre ambos tratamientos: 37% y 42%; $p = 0,29$. En la depresión moderada se encuentran diferencias de carácter estadísticamente significativo: 34% con psicoterapia y 47% con tratamiento combinada ($p = 0,001$).

Discusión

Al finalizar el tratamiento, la combinación de psicoterapia y farmacoterapia parece ser más eficaz que la psicoterapia sola en caso de depresión: la diferencia (12% de remisiones) es clínica y estadísticamente significativa. Esta diferencia no se pudo confirmar en la depresión no crónica ni en la depresión leve. No obstante, mediante la utilización aislada de psicoterapia nunca se alcanzan mejores resultados que con el tratamiento combinado. Las limitaciones de este estudio ya han sido consideradas en el apartado anterior.

Valoración metodológica

Objetivo del metaanálisis bien definido, búsqueda bibliográfica en cuatro bases de datos, criterios de inclusión de ensayos clínicos correctamente especificados. Los resultados permiten dos valoraciones metaanalíticas:

- a) *Metaanálisis comparativo entre farmacoterapia y psicoterapia: calidad metodológica de los estudios muy variable; resultados clínicos de interés limitado.*
- b) *Metaanálisis comparativo entre psicoterapia y tratamiento combinado: resultados clínicos de interés limitado.*

Evaluación global: metaanálisis con escaso riesgo de sesgos. (+)

Referencias

1. de Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychother Res* 2006;16:562-72
2. Keitner GI, Posternak MA, Ryan CE. How many subjects with major depressive disorder meet eligibility requirements of an antidepressant efficacy trial? *J Clin Psychiatry* 2003;59:598-607
3. de Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Europ Psychiatry* 2007;22:108-26

4.7.6

Efectividad de la terapia psicodinámica prolongada (Leichsenring, 2008)

Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA* 2008;300:1551-65

En este metaanálisis, Falk Leichsenring y Sven Rabung localizaron 11 ensayos clínicos y 12 estudios observacionales publicados entre 1960 y 2008 en los que se había estudiado la eficacia de la terapia psicodinámica prolongada (TPP) administrada por lo menos durante un año o durante 50 sesiones a pacientes adultos con trastornos mentales complejos (trastornos de la personalidad, trastornos mentales crónicos, trastornos mentales múltiples, trastornos complejos de depresión o ansiedad). Los estudios localizados debían tener carácter prospectivo y en ellos debían haberse utilizado criterios de valoración fiables; además, debían proporcionar datos suficientes para calcular la magnitud del efecto (*effect size*).¹

La TPP se define en este artículo de acuerdo con John G. Gunderson y Glen O. Gabbard como:

...una terapia que supone atención cuidadosa a la interacción entre el terapeuta y el paciente, con una prudente interpretación temporal de la transferencia y la resistencia implicadas en una sofisticada apreciación de la contribución del terapeuta a la relación interpersonal.²

Este metaanálisis propuso combinar estudios de gran validez interna (ensayos clínicos aleatorizados) y estudios con gran representatividad clínica (estudios observacionales). Esta alternativa se justificó por el hecho de que las magnitudes de efecto registradas en los estudios observacionales no resultaron significativamente diferentes de las observadas en los ensayos clínicos aleatorizados.

El resultado global de los estudios incluidos en este metaanálisis se calculó de acuerdo con los valores medios de los problemas objetivo, los síntomas psiquiátricos generales y la funcionalidad personal y social.

La magnitud del efecto se valoró según el estadístico *d*, resultante de restar el valor medio tras terminación del tratamiento del valor medio anterior al tratamiento y de dividir esta diferencia por la desviación estándar de las determinaciones efectuadas antes del tratamiento. Un valor de 0,80 es considerado como un efecto grande.

Resultados

- a) No se encontraron indicios de que existiera un sesgo de publicación: para modificar los resultados del análisis respecto a la valoración global se precisarían 921 publicaciones con resultados no significativos.
- b) La TPP combinada con medicación psicotrópica proporcionó magnitudes de efecto inferiores a las determinadas cuando los pacientes fueron tratados con sólo TPP; por este motivo, en el análisis se valoraron únicamente los estudios en los que se prescindió de medicación psicotrópica concomitante.
- c) El número de sesiones resultó significativamente correlacionado con el resultado terapéutico en el caso de problemas objetivo y de sintomatología psiquiátrica. Entre

- duración del tratamiento en semanas y resultados terapéuticos no se comprobó correlación alguna.
- d) En los pacientes con trastornos de la personalidad, la TPP proporcionó magnitudes de efecto superiores a 0,80 para el resultado global, los problemas objetivo, los síntomas psiquiátricos y la funcionalidad social.
 - e) En los trastornos mentales crónicos, los resultados fueron semejantes a los observados en los trastornos de la personalidad.
 - f) En pacientes con múltiples trastornos mentales se obtuvieron magnitudes de efecto significativas en todas las variable estudiadas, excepto en los valores correspondientes a funcionalidad social.
 - g) En los trastornos depresivos y de ansiedad complejos, la TPP proporcionó magnitudes de efecto significativas en cuanto a resultado global, sintomatología psiquiátrica y funcionalidad social.
 - h) El análisis de sensibilidad demostró que los resultados obtenidos fueron independientes de edad, género o subgrupo de pacientes, experiencia de los terapeutas o utilización de manuales de tratamiento.

Discusión

En este metaanálisis, la TPP resultó, según los autores, significativamente superior a los métodos psicoterapéuticos de corta duración en cuanto a valoración global, problemas objetivo y funcionalidad personal.

Algunos de los estudios incluidos en este análisis fueron realizados en la década de 1980, por lo que ciertos defectos metodológicos resultaron inevitables (por ejemplo, problemas de aleatorización, enmascaramiento de la asignación o sesgos del observador). Mediante la escala de Jadad et al. se comprobó que existía una cierta variabilidad entre los estudios incluidos en el análisis, pero no se constató que hubiera una correlación significativa con la magnitud del efecto de la TPP, lo que sugiere que los resultados de los ensayos clínicos incluidos en este estudio son representativos de la práctica clínica habitual.³

Por último, se constató que el número de sesiones y la duración de la TPP son parámetros que funcionan de forma diferente respecto al proceso psicoterapéutico y a sus resultados.

Editorial

En el editorial que acompaña el metaanálisis de Leichsenring y Rabung, Richard M. Glass afirma que dicho metaanálisis fue realizado cuidadosamente y que proporcionó una magnitud de efecto entre los grupos de 0,96 (intervalo de confianza del 95%, 0,87-1,05) para la diferencia de la valoración global antes y después del tratamiento, lo que puede considerarse como un efecto grande.⁴

Glass además subraya que «la psicoterapia modifica la función cerebral y su estructura», y se refiere al respecto a la revisión de Amit Etkin et al., quienes, por su parte, indican que «dado que el estudio neurobiológico de la psicoterapia se encuentra en su infancia, nuestro intento de analizar estos estudios en este momento inicial es necesariamente incompleto».⁵ Se trata de una declaración claramente alejada de la taxativa afirmación de Richard M. Glass.

Comentario

*El término effectiveness induce a una cierta confusión. Effectiveness ha sido definido como:*⁶

...la magnitud de una intervención, un procedimiento, un régimen o un servicio (por ejemplo, un fármaco) cuando, utilizado en las circunstancias clínicas habituales, determina el efecto que se espera que determine en una población definida.

En la siguiente página se encuentra la traducción al español de una carta al editor remitida el 7 de noviembre de 2008 al Journal of the American Medical Association que no fue aceptada debido a que las cartas publicadas en esta revista «must have an extremely high rating» (deben tener una valoración extremadamente elevada). Al parecer este criterio no se aplica cuando se trata de publicar un metaanálisis.

Valoración metodológica

Criterios de búsqueda de estudios bien definidos. Dado que en este metaanálisis no se diferenció entre estudios de cohortes y ensayos clínicos, se concluye que no se consideraron los requisitos de la Declaración QUORUM.

Evaluación global: metaanálisis con elevado riesgo de sesgos. (6)

Referencias

1. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA* 2008;300:1551-65
2. Gunderson JG, Gabbard GO. Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *J Am Psychoanal Assoc* 1999;47:679-704
3. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clin Trials* 1996;17:1-12
4. Glass RM. Psychodynamic psychotherapy and research evidence. Bambi survives Godzilla? *JAMA* 2008;300:1587-9
5. Etkin A, Pittenger C, Polan HJ, Kandel ER. Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic science and clinical applications. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005;17:145-57
6. Hartzema AG, Porta MS, Tilson HH (editores). *Pharmacoepidemiology. An introduction*. Cincinatti: Harvey Whitney, 1991

Efectividad de la psicoterapia psicodinámica prolongada: un metaanálisis

Carta al Editor del *Journal of the American Medical Association*
remitida el 07/11/2008

Al Editor:

Idealmente, un metaanálisis debe incluir todos los informes, publicados y no publicados, que cumplen con los criterios de inclusión en el estudio.¹ Éste no es el caso del metaanálisis de Leichsenring y Rabung publicado en *JAMA* el 1 de octubre de 2008. Por lo menos, seis estudios prospectivos de cohortes no fueron incluidos entre los estudios observacionales (EO) (Siassi 1975, Holm-Hadulla 1997, Schulz 1999, Chiesa 2003, Brockmann 2003, y Puschner 2007).*

Combinar los resultados de ensayos clínicos aleatorizados (ECR) y de EO no es una orientación habitual en las revisiones metanalíticas. QUORUM es la normativa aceptada para la primera alternativa y MOOSE, la aceptada para la segunda.^{2,3} La justificación aducida por los autores no es muy convincente: «el metaanálisis procuró incluir estudios con gran validez interna (ECR) y estudios con gran representatividad clínica (EO) y dado que las magnitudes del efecto de ambos tipos de estudios no difirieron significativamente, fueron analizados conjuntamente». Los autores no consideraron que cuando con ECR y estudios de cohortes se obtienen resultados similares, sólo existe una explicación lógica: la calidad metodológica de los ECR incluidos es semejante a la calidad de los EO. De hecho, sólo 2 de los 11 ECR incluidos (Bachar, Vinnars) fueron valorados por árbitros independientes. También se debe mencionar que en ninguno de los ensayos incluidos se describió el método aplicado para determinar la secuencia de asignación aleatoria. Además, combinar los resultados de pacientes con trastornos de la personalidad, anoréxicos y deprimidos tratados con seis modelos diferentes de terapia psicodinámica (conversacional, expresiva de soporte, psicoterapia centrada en la transferencia, etc.) induce por lo menos a confusión, especialmente considerando el elevado nivel de grado de heterogeneidad.

En consecuencia, es difícil aceptar la validez de los resultados del mencionado metaanálisis. Por otra parte, es sorprendente que el resultado global de los ECR alcance una magnitud del efecto muy elevada [Hedges $d=0,94$ (0,82 a 1,06)] dado que de los 11 ensayos revisados, en dos (Huber, Vinnars) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, otro (Høglend) no tuvo como objetivo valorar la psicoterapia psicodinámica prolongada (PPP), y el último (Piper) trató de la valoración de la psicoterapia psicodinámica breve.

Así pues, la evidencia de que la terapia psicoanalítica prolongada es un tratamiento eficaz no se ha podido demostrar con un metaanálisis basado exclusivamente en un estadístico significativo que no coincide con lo que se entiende como beneficio clínico.

Carles Vallvé, MD

vallve@telefonica.net

Xavier Carné, MD

Ferran Torres, MD

Hospital Clínic/Servei de Farmacologia Clínica

Barcelona, España

1. Cook DJ, Guyatt GH, Ryan G, Clifton J, Buckingham L, William A, McIlroy W, Oxman AD. Should unpublished data be included in a meta-analysis? Current convictions and controversies. *JAMA* 1993;269:2749-53
2. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF, et al. Improving the quality of reports of meta-analysis of randomised clinical trials: the QUORUM statement. *Lancet* 1999;354:1896-900
3. Stroup D, Berlin J, Morton S, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal of reporting. *JAMA* 2000;283:2008-12

* Las referencias completas pueden ser solicitadas al primer autor.

4.8

TERAPIA PSICOANALÍTICA PROLONGADA: VALORACIÓN GLOBAL

La búsqueda bibliográfica destinada a estimar el valor de la terapia psicoanalítica prolongada proporcionó en primer lugar 8 revisiones de conjunto (la última publicada en 2011) y 6 metaanálisis. Aparte de ello, 65 estudios específicos: 6 encuestas, 19 series de casos, 21 estudios de cohortes, 2 estudios de evaluación económica y 17 ensayos clínicos. La primera de estas publicaciones data de 1958 y la última de 2010. Resulta interesante constatar el creciente interés en la valoración de la eficacia de esta intervención terapéutica: el número de publicaciones pasa de 36 entre 1958 y 2000 (es decir, una publicación cada 17 meses), a 28 entre 2001 y 2010 (que equivale a una publicación cada cuatro meses).

Revisiones de conjunto

- En dos revisiones de conjunto se pone de manifiesto el predominio de las terapias cognitivo-conductuales en Francia y en el Reino Unido: según el informe del INSERM (2004), la terapia psicoanalítica tiene un interés limitado; la guía del National Health Service (2001) coincide en esta apreciación. El libro de Georges Fischman (2009) pone de manifiesto la encrucijada en que se encuentran las psicoterapias en Francia respecto a la necesidad o no de demostrar su eficacia terapéutica.
- La revisión de la Fundación Cochrane (Malmberg, 2001) sobre la eficacia de esta intervención en la esquizofrenia tiene indudable interés: la medicación ofrece más probabilidades de éxito que la terapia psicodinámica individual.
- En la *Revisión de puertas abiertas* de la Asociación Internacional de Psicoanálisis (Fonagy, 2002) se revisaron 15 estudios comparativos entre terapia psicoanalítica prolongada y psicoanálisis; según sus resultados, no existen dudas acerca de la superioridad de esta última opción.
- El *Position paper* de la Deutsche Gesellschaft für Psychoanalysis (Brandl, 2006) concluye de acuerdo con los resultados de 7 estudios observacionales que la terapia psicoanalítica prolongada es preferible a la terapia psicoanalítica breve, que el psicoanálisis proporciona mejores resultados, y que en el tratamiento de la esquizofrenia la terapia psicoanalítica determina modificaciones clínicas superiores a las observadas tras farmacoterapia.
- La revisión de Saschia de Maat et al. (2004) se centra fundamentalmente en 21 estudios de cohortes sobre la efectividad de la terapia psicoanalítica prolongada: a pesar de las deficiencias metodológicas de estos estudios, los resultados obtenidos sugieren que se trata de una opción terapéutica efectiva.
- Gerber et al. (2010) revisaron 16 comparaciones entre terapia psicodinámica prolongada y otras opciones terapéuticas: 10 de ellas favorecen la terapia prolongada; en cuatro no se constata diferencia alguna; en una, la terapia centrada en esquemas da mejores resultados en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad; la última comparación no permitió conclusión alguna.

Conclusiones. El psicoanálisis resulta preferible a la psicoterapia prolongada y esta es preferible respecto a la psicoterapia breve. Resultados contrapuestos en el caso de la esquizofrenia. Predominio de las terapias cognitivo-conductuales en Francia y en el Reino Unido.

Encuestas

- La encuesta del Central-Fact Gathering Committee (1967) incluyó 3.019 pacientes, de los cuales completaron el tratamiento 725 de los 1.269 tratados mediante psicoanálisis (57,1%) y 517 de los 1.393 tratados con psicoterapia (37,1%). Según los terapeutas, el funcionalismo global mejoró en el 97,3% de los pacientes que completaron el tratamiento.
- La encuesta de *Consumer Reports* (1995), se refirió a la información proporcionada por 2.700 suscriptores que habían recurrido a la ayuda de un profesional de la salud. buenos resultados en el 87% de los individuos que inicialmente se encontraban «muy mal», no constatándose diferencias entre las modalidades terapéuticas valoradas..
- En la Universidad de Konstanz (Breyer, 1997) se valoró la información proporcionada por 91 analistas que habían tratado a 545 pacientes de forma individual y a 59 de forma grupal. Los indicadores de salud mental pasaron de 4,44 al iniciar el tratamiento a 2,28 al terminarlo (mejoría del 48,6%). En una segunda publicación (Heinzel, 1998) se informó de que no se encontraron diferencias entre tratamiento individual y de grupo.
- En la Universidad del Sarre (Hartmann, 2001) se valoraron los cuestionarios completados por 979 pacientes que habían sido tratados con alguna forma de psicoterapia: el 55% afirmaron que tras el tratamiento sus problemas habían «mejorado mucho» y el 36%, que habían «mejorado algo»; no se observaron diferencias relevantes entre psicoanálisis, psicoterapia basada en la psicología profunda y psicoterapia conductual.
- Sebastian Hartman y Siegfried Zepf (2004) sometieron los datos de la encuesta de Universidad del Sarre a un análisis estadístico de datos categóricos: no consiguieron diferenciar los tres procedimientos terapéuticos estudiados (psicoanálisis, psicoterapia basada en la psicología profunda y terapia cognitiva) en cuanto a su efectividad terapéutica.

Conclusiones. Resultados excelentes, que llegan a un 97% de los pacientes, sin que se constataran diferencias entre los procedimientos terapéuticos estudiados.

Series de casos

En los 19 estudios de efectividad revisados se incluyeron 1.100 pacientes, de los cuales 112 (10,2%) abandonaron el estudio. En dos estudios no se constataron resultados satisfactorios:

- El estudio de Graham (1958) sobre la opinión de los pacientes respecto a los resultados de su tratamiento: sólo 16 de 34 pacientes neuróticos y 7 de 19 psicóticos consideraron que habían obtenido algún tipo de beneficio.
- El informe de Ryan y Bell (1983), según el que en 50 casos de esquizofrenia tratados con psicoterapia psicodinámica durante un período de 12 meses se constató persistencia de los problemas psiquiátricos.

En las restantes 17 series de casos se obtuvieron resultados favorables. El diagnóstico más frecuente (10 estudios) fue el trastorno de la personalidad (tabla 1). La duración de los tratamientos y los resultados más relevantes se encuentran en la tabla 2.

Las variables y las pruebas psicométricas utilizadas para valorar el resultado terapéutico son semejantes a las descritas en el capítulo dedicado a resumir las series de casos sobre la eficacia del psicoanálisis. En 11 estudios se detalló el porcentaje de pacientes en los que se constató mejoría clínica: valor de la media del 79,0%. No obstante, Cappon (1964) informó que la «mejoría notable» podía variar entre el 76% y el 21% de los pacientes en dependencia de los parámetros valorados.

TABLA 1. Series de casos: número de pacientes y diagnósticos

<i>autor (año)</i>	<i>n</i>	<i>diagnósticos</i>
Cremerius (1962)	605	síntomas orgánicos de carácter neurótico
Heilbrunn (1963)	241	trastorno sociopático de la personalidad
Cappon (1964)	201	psiconeurosis, trastornos psicósomáticos, trastornos de la personalidad
Clementel (1990)	84	psiconeurosis, depresión, trastornos psicósomáticos, agorafobia
Stevenson (1992)	30	trastorno límite de la personalidad
Monsen (1995)	25	trastornos graves de la personalidad, psicosis severa
Jäger (1997)	37	bulimia
Krawitz (1997)	80	trastorno límite de la personalidad
Barber (1997)	38	trastorno evitativo, personalidad obsesivo-compulsiva, alcoholismo
Beail (1998)	25	déficit intelectual
Clarkin (2001)	17	trastorno límite de la personalidad
Fava (2002)	93	trastornos emocionales, de ansiedad, somatoformes y psicóticos
Wilczeck (2004)	58	no detallados
Bond (2004)	53	depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, fobias, trastorno depresivo de la personalidad
Leichsenring (2005)	36	trastornos psicósomáticos, disfunción sexual, neurosis obsesivo-compulsiva,
Philips (2006)	142	depresión, estados de ansiedad
Young (2007)	26	problemas obsesivo-compulsivos

TABLA 2. Duración del tratamiento en meses y resultados más significativos

<i>autor (año)</i>	<i>duración</i>	<i>resultados principales</i>
Cremerius (1962)	24 meses	éxito inmediato en 447 de 573 pacientes (78,0%)
Heilbrunn (1963)	× 300 horas	resultados algo mejores que con terapia breve
Cappon (1964)	6½ meses	mejoría en 153 de 201 pacientes (70,6%)
Clementel (1990)	5-6 meses	mejoría en 60 de 84 pacientes (71,5%)
Stevenson (1992)	12 meses	reducción del número de criterios diagnósticos
Monsen (1995)	542 meses	SCL-90 < 1,0 en 19 de 25 pacientes (76,0%)
Jäger (1997)	24 meses	curación en 29 de 37 pacientes (78,1%)
Barber (1997)	16 meses	mejoría en 27 de 38 pacientes (71,0%)
Krawitz (1997)	2 meses	mejoría estadísticamente significativa de todas las escalas psicológicas
Beail (1998)	3-38 meses	mejoría en 11 de 12 pacientes (91,6%)
Clarkin (2001)	12 meses	resultados satisfactorios en 14 de 17 pacientes (82,3%)
Fava (2002)	24 meses	mejoría en 38 de 47 pacientes (80,8%)
Wilczeck (2004)	12-66 meses	resultados satisfactorios en 31 de 36 pacientes (86,1%)
Bond (2004)	36 meses	mecanismos de defensa: mejoría significativa
Leichsenring (2005)	37,4 meses	mejoría sintomática en 30 de 36 pacientes (83,3%)
Philips (2006)	15 meses	mejoría significativa del índice de funcionalidad
Young (2007)	--	mejoría en 24 de 26 pacientes (92,3%)

En cuatro estudios sobre trastornos de la personalidad (Stevenson et al., Monsen et al., Krawitz, Clarkin et al.), en los que se incluyeron 219 pacientes, la duración del tratamiento fue de hasta un año y los resultados fueron excelentes en todos ellos: reducción significativa de los criterios diagnósticos, disminución de los problemas interpersonales y de los intentos de suicidio, incremento de la satisfacción de vivir. No obstante, según Leichsenring et al., no fue posible afirmar que estos pacientes habían curado.

En el anexo I se resumen de forma más detallada los resultados registrados en las series de casos en cuestión.

Conclusiones. Las series de casos registradas en esta revisión permiten confirmar la efectividad de la terapia psicoanalítica en psiconeurosis, bulimia y trastornos de la personalidad; su utilidad en la esquizofrenia no ha podido ser confirmada.

Estudios de cohortes

En 20 estudios de cohortes, los pacientes fueron incluidos en un grupo tratado con el procedimiento que se pretendía evaluar (terapia psicoanalítica prolongada) o en un grupo de control (ausencia de tratamiento o tratamiento alternativo). En la tabla 3 se encuentran los diagnósticos de dichos pacientes.

TABLA 3. Diagnósticos de los pacientes incluidos en 20 estudios de cohortes

<i>autor (año)</i>	<i>diagnósticos</i>
Weinstock (1962)	colitis ulcerosa
O'Connor (1964)	colitis ulcerosa
Kernberg (1972)	psiconeurosis
Siassi (1979)	ansiedad, neurosis, depresión, trastornos de personalidad
Manos (1984)	trastornos de personalidad, ansiedad, psicosis, bulimia
Weber (1985)	psiconeurosis
Rudolf (1994)	psiconeurosis, trastornos de la personalidad y psicósomáticos
Holm-Hadulla (1997)	trastornos distímicos, trastornos de la personalidad
von Rad (1998)	trastornos psíquicos, funcionales o psicósomáticos
Schulz (1999)	ansiedad, depresión, trastornos personalidad, psicósomáticos
Freedman (1999)	trastornos distímicos, ansiedad, trastornos de personalidad
Sandell (2000)	psiconeurosis
Leuzinger (2001)	psiconeurosis
Brockmann (2003a)	trastornos depresivos o angustia
Chiesa (2003)	trastornos de la personalidad
Brockman (2003b)	estados de ansiedad, depresión
Korner (2006)	trastornos de la personalidad
Grande (2006)	trastornos depresivos y de ansiedad, somatoformes, sexuales, alimentarios y del sueño, abuso de sustancias, neurosis
Puschner (2007)	trastornos afectivos, de personalidad, neuróticos, conductuales,
Stiles (2008)	indicaciones del psicoanálisis y de la terapia prolongada

Los grupos terapéuticos, el número de pacientes y los resultados de mayor interés de estos estudios se detallan en la tabla 4.

En estos estudios participaron en total 6.155 pacientes, 3.542 de ellos incluidos en tres estudios [Weber (1985), Puschner (2007) y Stiles (2008)]; por lo tanto, en los 17 estudios restantes se incluyeron en promedio 163 pacientes. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos de la personalidad (9 estudios). Respecto a las variables de eficacia y a los tests psicométricos no se encontraron diferencias importantes con los estudios dedicados a valorar la eficacia del psicoanálisis.

TABLA 4. Estudios de cohortes: grupos terapéuticos, *n* y resultados de mayor interés

<i>autor (año)</i>	<i>grupos terapéuticos</i>	<i>n</i>	<i>resultados de mayor interés*</i>
Weinstock (1962)	psicoanálisis psicoterapia	14 14	<i>Con psicoanálisis, remisión en 10 pacientes y en 12 con psicoterapia</i>
O'Connor (1964)	psicoterapia psicodinámica tratamiento habitual	57 57	<i>sintomatología intestinal: mejor en el grupo tratado y peor en el de control</i>
Kernberg (1972)	psicoanálisis psicoterapia	22 20	<i>ocasionalmente mejores resultados en el grupo de psicoterapia</i>
Siassi (1979)	ansiolítico + psicoterapia ansiolítico + tratamiento habitual	28 26	<i>tras 6 meses, diferencia significativa a favor de la terapia psicodinámica</i>
Manos (1984)	psicoterapia psicodinámica pacientes en lista de espera	50 16	<i>mejoría en ambos grupos, más marcada en el grupo de terapia</i>
Weber (1985)	psicoanálisis psicoterapia	263 234	<i>beneficio: con psicoanálisis en el 93%; con psicoterapia, en el 77%</i>
Rudolf (1985)	psicoanálisis psicoterapia	44 56	<i>Con psicoanálisis mejoría más evidente que con psicoterapia</i>
Holm (1997)	terapia breve (15 sesiones) terapia prolongada (50 sesiones)	80 17	<i>mejoría sintomática; 85% con terapia breve y 94% con prolongada</i>
von Rad (1998)	psicoanálisis psicoterapia	36 33	<i>objetivos alcanzados: en 75% con psicoanálisis y en 50% con terapia</i>
Schulz (1999)	terapia psicodinámica terapia conductual	76 111	<i>sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos</i>
Freedman (1999)	Cuatro grupos: < 6 meses; 6-11 meses; 1-2 años; > 2 años	99	<i>la efectividad del tratamiento aumentó con su duración</i>
Sandell (2000)	psicoanálisis psicoterapia	74 331	<i>mejoría semejante en ambos grupos</i>
Leuzinger (2001)	psicoanálisis psicoterapia	207 194	<i>beneficio: en 89,8% con psicoanálisis y en 87,6% de las psicoterapias</i>
Chiesa (2003)	hospitalización parcial tratamiento psiquiátrico	45 49	<i>mejor resultado con hospitalización parcial psicoanalítica</i>
Brockman (2002, 2003)	psicoterapia psicoanalítica terapia conductual pacientes en lista de espera	31 31 51	<i>con ambos tratamientos, reducción de la sintomatología, mejoría de la funcionalidad</i>
Korner (2006)	psicoterapia conversacional pacientes en lista de espera	29 31	<i>mejoría significativa en el grupo en estudio; sin cambios en grupo control</i>
Grande (2006)	psicoterapia psicoanalítica psicoterapia psicodinámica	35 34	<i>las diferencias a favor de la orientación psicoanalítica no la justifican</i>
Puschner (2007)	terapia psicoanalítica (21 meses) terapia psicodinámica (16 meses)	144 472	<i>sin diferencias entre orientaciones psicoanalíticas y psicoterapéuticas</i>
Stiles (2008)	terapia cognitivo-conductual terapia psicodinámica terapia centrada en la persona	1075 1709 261	<i>sin diferencias significativas entre los tres tratamientos, solos o combinados con otras alternativas</i>

Los estudios de carácter comparativo proporcionaron los siguientes resultados:

- La eficacia de la psicoterapia psicodinámica se comparó con la del psicoanálisis en 8 estudios. Los resultados favorecen al psicoanálisis en 3 estudios, en tanto que en 1 estudio la psicoterapia psicodinámica fue mejor que el psicoanálisis, y en 4 estudios no se encontraron diferencias significativas entre ambos métodos.
- En 3 estudios en los que la terapia prolongada se comparó con las orientaciones conductuales, no se encontraron diferencia entre ambos procedimientos.
- En 3 estudios se comparó la terapia prolongada con la ausencia de tratamiento (listas de espera) o con el tratamiento habitual: los resultados favorecieron los grupos de tratamiento activo.

* El término «resultado de mayor interés» debe comprenderse como una apreciación subjetiva desarrollada a partir de un punto de vista clínico a fin de facilitar la comparación entre los diferentes estudios.

- El tratamiento prolongado proporcionó mejores resultados que el tratamiento breve en 2 estudios.

Los siguientes resultados merecen ser destacados:

- a) De acuerdo con los resultados de dos estudios [Chiesa et al. (2003), Korner et al. (2006)], la psicoterapia psicodinámica es una alternativa adecuada para el tratamiento de los trastornos de la personalidad.
- b) En el primer estudio de Weber et al. (1985) se alcanzó mejoría clínica en el 93% de los pacientes tratados con psicoanálisis en el caso de que este fuera aplicado de forma particular, en tanto que en los programas públicos, dicho resultado se constató en sólo el 59,0% de los pacientes; además, la psicoterapia reconstitutiva determinó mejoría en el 77% de los pacientes, pero en caso de procesos psicosomáticos esta cifra se redujo a un 52%.
- c) La duración del tratamiento se halla relacionada con el resultado terapéutico: Holm-Hadulla (1997) no encontró diferencias significativas entre psicoterapia breve y psicoterapia prolongada pero Freedman et al. (1999), en 99 pacientes constataron que los niveles de eficacia en los pacientes tratados durante uno o dos años mediante psicoterapia psicoanalítica eran significativamente superiores a los de los tratados con el mismo método durante menos de seis meses. El estudio de Holm-Hadulla fue valorado como sujeto a sesgos, el de Freedman, como estudio con bajo riesgo de sesgos.
- d) Los resultados de la terapia psicodinámica son muy similares a los de la psicoterapia psicoanalítica [Manos et Vasilopoulou (1984), Grande et al. (2006), Puschner et al. (2007)].
- e) Schulz et al. (1999), Brockman et al. (2003) y Stiles et al. (2008) no encontraron diferencias entre psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia conductual.
- f) Según O'Connor (1964), la terapia psicoanalítica no es eficaz en el tratamiento de la colitis ulcerosa en tanto que Weinstock alcanzó en 1962 buenos resultados tanto con psicoanálisis como con terapia prolongada.
- g) En el estudio de Siassi (1979) no fue posible decidir si la mejoría clínica fue debida al tratamiento psicoterapéutico o a la administración de un fármaco ansiolítico.

Conclusiones. Nueve de los 20 estudios de cohortes revisados fueron evaluados como «estudios con bajo nivel de riesgo de sesgos», lo que corresponde a un nivel de certeza II-2. Según estos resultados es posible concluir que existen ciertas pruebas científicas:

- a) que permiten recomendar la terapia psicoanalítica prolongada en caso de colitis ulcerosa y en los pacientes con trastorno límite de la personalidad,
- b) que la duración del terapia psicoanalítica se encuentra asociada positivamente con su eficacia terapéutica, y
- c) que no se han constatado diferencias entre la terapia psicoanalítica y la terapia conductual.

Estudios de coste-beneficio

- Dührssen et Jorswieck (1965), en una comparación con un grupo de pacientes en lista de espera, comprobaron reducción significativa de los días de hospitalización en 125 pacientes tratados mediante psicoterapia psicodinámica.
- Saschia de Maat et al. (2007) registraron tras psicoterapia ambulatoria una reducción de los costes sanitarios del 66%; el coste del tratamiento psicológico se amortizó en el curso de tres años; no obstante, los autores indican que «estos datos deben ser interpretados con precaución» (*these data are due to interpret with caution*).

Conclusiones. Dos estudios de coste-beneficio orientan a un posible disminución de los costes de la atención sanitaria vinculado con los resultados de la psicoterapia psicoanalítica prolongada.

Ensayos clínicos

Existe acuerdo en que el ensayo clínico controlado, aleatorizado y bien realizado es el estándar áureo para apreciar la eficacia de un procedimiento terapéutico. Es congruente por lo tanto que en esta valoración global se excluyan los ensayos clínicos cuya evaluación global haya permitido suponer un elevado riesgo de sesgos (ó) o que no han proporcionado resultados valorables (Huber, 2001). Por lo tanto, se incluirán únicamente 12 ensayos, publicados entre 1972 y 2009, cuyo riesgo de sesgos fue valorado como bajo (+) o mínimo (++).

En estos 12 ensayos se incluyeron 1.131 pacientes y en cinco de los mismos, en los que participaron 481 pacientes, se informó acerca de 123 abandonos, es decir una tasa del 25,6%; si se excluye el estudio de Stanton & Gunderson (1984) en pacientes esquizofrénicos (n = 164) en el que se registraron 69 abandonos, dicho porcentaje se reduce al 17,0%. Este dato tiene interés en cuanto la viabilidad del ensayo clínico con terapias psicodinámicas.

Dos ensayos clínicos estuvieron dedicados al tratamiento de la esquizofrenia.

- El primer ensayo fue efectuado por Karon y VandenBos en 1972: en 21 pacientes esquizofrénicos, mediante psicoterapia se obtuvieron modificaciones clínicas significativamente más favorables que las registradas tras tratamiento farmacológico.
- Stanton & Gunderson (1984) tras 6, 12 y 24 meses de tratamiento no encontraron diferencias en ninguna de las variables valoradas en dos grupos de pacientes esquizofrénicos tratados respectivamente con psicoterapia orientada a la introspección o con psicoterapia de soporte de adaptación a la realidad.

En seis ensayos clínicos se valoró la psicoterapia psicodinámica en sujetos con trastornos de la personalidad (tabla 6).

TABLA 6. Ensayos clínicos en trastornos de la personalidad

<i>autor (año)</i>	<i>duración del tratamiento</i>	<i>resultados de mayor interés</i>
Bateman (1999)	18 meses	con hospitalización parcial, reducción de actos de automutilación, de reingresos hospitalarios y del uso de medicación psicotrópica
Vinnars (2005)	10 meses	sin diferencias entre psicoterapia psicodinámica y psicoterapia expresiva de soporte
Giesen-Bloo (2006)	36 meses	mejores resultados con psicoterapia focalizada en esquemas que con psicoterapia centrada en la transferencia
Clarkin (2007)	12 meses	con psicoterapia basada en la transferencia y con terapia conductual dialéctica, resultados mejores que con el tratamiento habitual
Gregory (2008)	12 meses	no se comprueban diferencias entre la psicoterapia psicodinámica deconstructiva y el tratamiento habitual
Bateman (2009)	6 a 18 meses	en comparación con un programa clínico estructurado, la terapia psicodinámica basada en la mentalización resultó más eficaz en cuanto intentos de suicidio y autoagresiones graves

Los trastornos alimentarios fueron objeto de dos ensayos clínicos (tabla 7).

TABLA 7. Ensayos clínicos en trastornos alimentarios

<i>autor (año)</i>	<i>duración del tratamiento</i>	<i>resultados de mayor interés</i>
Bachar (1999)	12 meses	en comparación con la terapia cognitiva y el asesoramiento dietético, mejoría significativa en el grupo de psicoterapia psicodinámica
Dare (2001)	12 meses	la terapia psicoanalítica y la terapia familiar mejores que el tratamiento habitual y que la terapia cognitiva

Se han realizado otros dos ensayos clínicos con diferentes objetivos terapéuticos:

- Høglend et al. (2006) efectuaron una comparación entre terapia psicodinámica con interpretación transferencial y terapia psicodinámica sin interpretación transferencial: no encontraron diferencias.
- Knekt et al. (2008) constataron en 293 casos de ansiedad o depresión, a los tres años de haber concluido el tratamiento, mejores resultados con psicoterapia psicoanalítica prolongada que con psicoterapia psicoanalítica breve o con terapia centrada en las soluciones.

En todos estos ensayos se respetaron los principios básicos de la investigación clínica: diagnósticos estandarizados, asignación aleatoria, evaluación independiente, análisis por intención de tratar, aprobación por un Comité Ético y consentimiento informado. No obstante, las siguientes observaciones resultan apropiadas:

- a) En tres de los ensayos clínicos en pacientes con trastornos de la personalidad, no se encontraron diferencias entre las orientaciones psicodinámicas estudiadas, y en otro estudio, la psicoterapia basada en la transferencia proporcionó resultados semejantes a los de la terapia dialéctica conductual y mejores que los del tratamiento habitual.
- b) El ensayo de Giesen-Bloo no está exento de problemas metodológicos, pero desde un punto de vista clínico es posible afirmar que no existen diferencias entre las opciones terapéuticas estudiadas: terapia focalizada en esquemas y psicoterapia centrada en la transferencia.
- c) En caso de trastornos alimentarios, la eficacia de la psicoterapia psicodinámica parece bien documentada.
- d) El ensayo de Knekt et al. permite concluir que los beneficios de la terapia psicodinámica prolongada están asociados a la duración de la misma.

En el anexo 2 se resumen con mayor detalle los resultados de los 12 ensayos clínicos mencionados

Conclusiones. Los resultados de doce ensayos clínicos permiten concluir que existen pruebas suficientes que permiten recomendar la terapia psicoanalítica prolongada para el tratamiento de la esquizofrenia, de los trastornos alimentarios, del trastorno límite de la personalidad y de las psiconeurosis.

Metaanálisis

- El metaanálisis de Smith et al. (*The benefits of psychotherapy*, 1980) incluyó 475 estudios sobre la eficacia de las psicoterapias. El valor medio de 1.766 magnitudes de efecto registradas en dichos estudios fue de 0,85, lo que indica una eficacia terapéutica grande que permitió a los autores concluir que «las psicoterapias son efectivas sin ningún tipo de dudas.» No obstante, este metaanálisis no cumple con los criterios de la declaración QUORUM (1999), lo que impide actualmente aceptar la validez de sus resultados.
- Un subgrupo de 81 estudios incluidos en el metaanálisis de Smith et al. fue valorado por Andrews y Harvey (1981), quienes concluyeron que mediante psicoterapia verbal o conductual es posible alcanzar una mejoría, incluso con tratamientos cortos.
- El tratamiento de la depresión en pacientes de edad avanzada fue objeto del metaanálisis de McCusker et al. (1998): los antidepresivos tricíclicos y las terapias racionales parecen ser las alternativas más eficaces en estos casos.
- En 2003, Leichsenring y Leibling publicaron un metaanálisis sobre los resultados de la terapia cognitiva y de la terapia psicoanalítica en pacientes con trastornos de la personalidad y concluyeron que las diferencias metodológicas de los estudios revisados no permitían una comparación de las magnitudes de efecto registradas con dichas opciones terapéuticas.
- Saschia de Maat y colaboradores (2007) efectuaron dos metaanálisis sobre el tratamiento de la depresión: en el primero (10 estudios), tras un período de seguimiento de dos años, los beneficios de la psicoterapia resultaron superiores a los de la farmacoterapia, y en el

segundo (7 estudios), la combinación de psicoterapia y farmacoterapia fue al parecer más eficaz que la psicoterapia sola.

- El metaanálisis de Leichsenring y Rabung (2008) sobre la eficacia terapéutica de la psicoterapia psicodinámica prolongada (50 sesiones o un año de tratamiento) incluyó 12 estudios observacionales y 11 ensayos clínicos. Este metaanálisis encierra un problema metodológico importante: combinar ensayos clínicos y estudios observacionales no es adecuado; QUORUM es la normativa aceptada para la publicación de metaanálisis de ensayos clínicos y MOOSE, la normativa para metaanálisis de estudios observacionales.

Conclusión. En esta revisión se ha considerado que la evaluación global de los seis metaanálisis registrados no permite utilizarlos para definir la fuerza de la recomendación respecto a adoptar o no la intervención estudiada.

Discusión

Si la metodología utilizada en las series de casos fuera aceptable, no cabría dudar de la eficacia de la psicoterapia en diversos trastornos psiquiátricos. Las series de casos no constituyen un elemento decisorio para determinar el valor de una intervención terapéutica, pero de acuerdo con Sir Michael Rawlins es posible admitir que pueden aportar datos que matizan las conclusiones alcanzadas mediante estudios de cohortes y ensayos clínicos controlados.

Se debe mencionar que la utilización de diversos criterios para valorar el funcionalismo psíquico no coincide con los planteamientos psicoanalíticos, que definen el psiquismo como una unidad sometida a la dictadura de un *superyó* inconsciente. Por otra parte, cuando se encuentra que en un grupo de 36 pacientes, en 30 mejoró la sintomatología, en 28 la capacidad de resolver conflictos y en 19 de ellos, las relaciones interpersonales, la capacidad laboral y la capacidad de disfrute (Leichsenring et al., 2005), debería tenerse en cuenta de que la sensibilidad de los instrumentos utilizados para medir dichas variables no tiene porqué ser indistinta.

Es difícil extraer conclusiones significativas de los estudios de cohortes, aunque la más obvia es la deficiente estandarización que los caracteriza. En estos estudios se espera que:

- a. los diagnósticos se definan de acuerdo con DSM-IV-R o ICD-10,
- b. que los grupos sean homogéneos en cuanto diagnósticos y características demográficas,
- c. que el tamaño de las muestras se calcule de acuerdo con el poder estadístico del estudio,
- d. que las características de los tratamientos (duración, frecuencia y número de sesiones) estén claramente especificadas,
- e. que las escalas psicométricas se definan en función del diagnóstico,
- f. que en la valoración se distinga entre variables primarias y secundarias,
- g. que la valoración de resultados sea efectuada por árbitros independientes,
- h. etcétera.

En este sentido, la aplicación de las recomendaciones para estudios no aleatorizados (TREND) facilitaría alcanzar conclusiones clínicamente aceptables.

En todos los ensayos clínicos se especifica claramente que los pacientes fueron asignados al azar a los grupos experimentales, excepto en los de Piper et al. (1984) y de Bateman y Fonagy (1999). En dos estudios, la asignación se efectuó mediante el método de minimización, lo que orienta hacia una interesante preocupación metodológica. En la mayor parte de los ensayos se informa que se solicitó el consentimiento informado, que se utilizaron manuales terapéuticos, que las evaluaciones tuvieron lugar de forma enmascarada y que la valoración se efectuó de acuerdo con el principio de intención de tratar. En ningún ensayo se hace referencia a los posibles efectos adversos. Asimismo, la distinción entre variable primarias y secundarias sólo es mencionada en el ensayo clínico de Gregory et al. (2008). En conclusión, la metodología de los ensayos clínicos en psicoterapia psicodinámica ha mejorado de forma evidente a partir del año 2001.

Conclusión

En conjunto, los 67 estudios revisados abogan por la eficacia de la terapia psicoanalítica prolongada en diversas indicaciones psiquiátricas, incluso en la esquizofrenia; los costes del tratamiento fueron valorados en tres estudios como aceptables. Pero en todo caso no es posible olvidar el sesgo de publicación: los estudios con resultados negativos acostumbran permanecer inéditos.

ANEXO 1.**Resultados significativos registrados en 19 series de casos**

- 4.3.1 Graham, 1958
En 31 pacientes tratados una o dos veces por semana, el resultado terapéutico se halló asociado con la duración del tratamiento y la frecuencia semanal de sesiones de terapia psicodinámica.
- 4.3.2 Cremerius, 1962
El porcentaje de mejorías en un grupo de pacientes tratados con terapia psicoanalítica (n = 605) fue superior al alcanzado con otros métodos terapéuticos.
- 4.3.3 Heilbrunn, 1963
En 241 pacientes tratados a lo largo de 15 años se comprobó que en los trastornos de carácter psicótico los resultados fueron negativos, independientemente de la duración y de la técnica del tratamiento; los trastornos de la personalidad exigieron tratamientos prolongados, con un mejoría del 60% en los pacientes tratados en promedio durante 495 horas.
- 4.3.4 Cappon, 1964
De acuerdo con lo observado en 163 pacientes, con psicoterapia analítica cabe esperar que 4 de cada 10 pacientes solucionen su problema principal.
- 4.3.5 Ryan, 1983
Mediante psicoterapia intensiva no fue posible mejorar ni adaptar socialmente al paciente esquizofrénico (n = 50).
- 4.3.6 Clementel-Jones, 1990
La diferencia entre los índice de salud-enfermedad al iniciar el tratamiento y en la entrevista de seguimiento (3 a 9 años tras finalizar el tratamiento) permite concluir que mejoró el 71,5% de una muestra de 84 pacientes; existe una correlación clara entre resultado terapéutico y duración del tratamiento.
- 4.3.7 Stevenson, 1992
Mediante una forma específica de terapia psicoanalítica (el «modelo conversacional»), en 30 pacientes con trastorno de la personalidad se alcanzaron resultados positivos tras 12 meses de tratamiento.
- 4.3.8 Monsen, 1985
Un modelo de terapia psicodinámica basado en la psicología del *self* proporcionó resultados satisfactorios en una muestra de pacientes (n = 21) con trastornos de la personalidad y elevados niveles de disfuncionalidad.
- 4.3.9 Jäger, 1997
Tres años tras finalización del tratamiento (psicoterapia basada en la psicología profunda) en 29 de 37 casos de bulimia (78,1%) se constató que los criterios diagnósticos de bulimia según DSM-III-R habían retrocedido.
- 4.10 Krawitz, 1997
En 32 casos de trastorno límite de la personalidad se obtuvo una mejoría clínica y estadísticamente significativa mediante un tratamiento basado en la integración de la terapia psicoanalítica y la terapia cognitivo-conductual.
- 4.3.11 Barber, 1997
En caso de comorbilidad de trastornos del eje I y trastornos del eje II, la psicoterapia expresiva de soporte determinó en 38 pacientes una mejoría significativa de los síntomas depresivos y de los síntomas asociados con problemas de ansiedad.
- 4.3.12 Beail, 1998
En una serie consecutiva de 25 hombres con déficit mental se comprobó que la terapia psicodinámica es una medida eficaz para evitar delitos, agresiones y problemas de conducta.
- 4.3.13 Clarkin, 2001
Tras 12 meses de tratamiento con psicoterapia centrada en la transferencia se registró en un grupo de pacientes con trastorno límite de la personalidad (n = 23) una reducción significativa del número de intentos de suicidio y de hospitalizaciones.
- 4.3.14 Fava, 2002
De un grupo de 84 pacientes con trastornos emocionales o trastornos de ansiedad, 54 continuaron el tratamiento durante dos años, constatándose mejoría en 38 (66,7%) en tanto que 15 permanecieron inmodificados (26,3%) y 4 empeoraron (7%).
- 4.3.15 Wilczek, 2004
En 36 pacientes tratados durante tres años con terapia psicodinámica se comprobó una reducción substancial de la sintomatología y de los niveles patológicos referentes al carácter y la personalidad.

- 4.3.16 Bond, 2004
En un grupo de 29 sujetos con trastornos de la personalidad se comprobó, tras tres años de tratamiento, una mejoría significativa en el estilo de defensa maladaptativo y en el estilo de autosacrificio.
- 4.3.17 Leichsenring, 2005
En 36 pacientes con trastornos depresivos, de la personalidad, fóbicos, somatoformes, obsesivo-compulsivos o de la función sexual se constató mejoría significativa de la calidad de vida al terminar el tratamiento y un año después de haberlo terminado.
- 4.3.18 Philips, 2006
En 142 pacientes de entre 18 y 25 años de edad tratados durante 15 meses, la Valoración Global de Funcionalidad (GAF) pasó de un valor inicial de 57,3 a 67,3, habiéndose alcanzado asimismo una mejor situación psicológica en todas las determinaciones efectuadas.
- 4.3.19 Young, 2007
Con terapia analítica a largo plazo orientada a la introspección, resultados favorables en 24 de 26 pacientes (92,3%).
-

ANEXO 2.

Resultados de «mayor interés» en 12 ensayos clínicos sido evaluados como con «riesgo bajo» (+) o con «riesgo mínimo» (++) de sesgos metodológicos.

- 4.6.1 Karon (1972)
En un grupo de pacientes esquizofrénicos, con terapia psicoanalítica (n = 21) se alcanzaron mejores resultados que los registrados en un grupo de pacientes con el mismo diagnóstico que habían sido tratados mediante terapia farmacológica (n = 12).
- 4.6.2 Stanton & Gunderson (1984)
En caso de esquizofrenia, no se encontraron diferencias entre terapia de soporte de adaptación a la realidad (n = 76) y terapia orientada a la introspección (n = 88).
- 4.6.5 Bachar (1999)
Tres grupos de pacientes anoréxicas o bulímicas fueron tratadas con terapia psicoanalítica (n = 14), terapia cognitiva (n = 12) o asesoramiento dietético (n = 7); los resultados favorecieron significativamente la primera opción.
- 4.6.6 Bateman (1999)
En caso de trastorno prepsicótico de la personalidad (n = 19), mediante hospitalización parcial se obtuvo, en comparación con el tratamiento estándar, una reducción significativa de todas las variables estudiadas.
- 4.6.9 Dare (2001)
En 84 pacientes con trastornos nutricionales no se observaron diferencias entre terapia psicoanalítica focal y terapia cognitivo-analítica; ambas resultaron superiores a la terapia de rutina y la primera dio mejores resultados que la terapia familiar.
- 4.6.10 Vinnars (2005)
En caso de trastornos de la personalidad, no se encontraron diferencias entre psicoterapia de soporte (n = 80) y psicoterapia psicodinámica (n = 76).
- 4.6.11 Høglend (2006)
En el tratamiento de las psiconeurosis no se encuentran diferencias entre la terapia con interpretación transferencial (n = 52) y la terapia sin interpretación transferencial.
- 4.6.12 Giessen-Bloo (2006)
En el trastorno límite de la personalidad, la terapia focalizada en esquemas (n = 44) proporciona mejores resultados que la terapia transferencial (n = 44).
- 4.6.13 Clarkin (2007)
Se compararon tres grupos de pacientes con trastorno límite de la personalidad tratados con terapia dialéctica-conductual (n = 23), terapia centrada en la transferencia (n = 27) o tratamiento de soporte (n = 22), comprobándose una tendencia significativa a favor de las dos primeras opciones.
- 4.6.14 Gregori (2008)
En caso de trastorno límite de la personalidad y alcoholismo, la psicoterapia psicodinámica deconstructiva (n = 15) determinó, en comparación con el tratamiento habitual (n = 15), una reducción significativa del comportamiento suicida y de los ingresos institucionales.
- 4.6.16 Knekt (2008)
En pacientes con ansiedad o depresión no se encontraron diferencias entre terapia centrada en soluciones (n = 93) y terapia breve (n = 98); a los tres años, el número de pacientes recuperados con terapia prolongada (n = 102) fue más elevado que con terapia breve.
- 4.6.16 Bateman (2009)
El tratamiento ambulatorio basado en la mentalización (n = 71) en caso de trastorno límite de la personalidad es más eficaz que un programa clínico estructurado (n = 63) en cuanto a intentos de suicidio, episodios autoagresivos graves y parámetros psicopatológicos autovalorados.
-

Referencias

- Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients? *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1203-8.
- Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM. Empirical comparison of two psychological therapies: self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1999;8:115-128
- Barber JP, Mercer D, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin L. Development of an adherence and competence rating scale of dynamic therapists in the treatment of cocaine dependence. *J Psychother Pract Res* 1997;6:12-24
- Barendregt JT, Bastiaans J, Vermeul-van Mullen AW. A psychological study of the effect of psychoanalysis and psychotherapy. En: J.T. Barendregt (editor). *Research in psychodiagnostics*. La Haya: Mouton, 1961
- Beail N. Psychoanalytic psychotherapy with men with intellectual disabilities: A preliminary outcome study. *Br J Med Psychol* 1998;71:1-11
- Bergin A. Psychotherapy and religious values. *J Consult Clin Psychol* 1980;48:640-1
- Bond M, Perry JC. Long-term changes in defence styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:1665-71
- Breyer F, Heinzl R, Klein Th. Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 1997;2:59-73
- Brockmann J, Schlüter T, Eckert J. Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytischer orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeit-therapie. *Psychother Psych Med* 2003;53:163-70
- Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM. *Psychotherapie: trois approches évaluées*. Paris: Les Editions INSERM, 2004.
- Cappon D. Results of psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1964;110:35-45
- Chiesa M, Fonagy P, Holmes J. When less is more: An exploration of psychoanalytically oriented hospital-based treatment for severe personality disorder. *Int J Psychoanal* 2003;84:637-50
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164:922-8
- Clementel-Jones C, Malan D, Trauer T. A retrospective follow-up study of 84 patients treated with individual psychoanalytic psychotherapy. Outcome and predictive factors. *Br J Psychotherapy* 1990;6:363-74
- Cremerius J. *Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie*. Berlín: Springer, 1962
- Crits-Christoph P, Barber JP. Psychological treatments for personality disorders. En: P.E. Nathan J.M. Gorman (editores). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press, 2002
- Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21
- de Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Psychother Res* 2006;16:562-72
- de Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Europ Psychiatry* 2007;22:108-26
- de Maat S, Philipszoon F, Schoevers R, Dekker J, De Jonghe F. Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: Changes in health care use and work impairment. *Harv Rev Psychiatry* 2007;15:289-300
- de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17:1-23
- Dührssen A, Jorswieck E. An empirical-statistical investigation into the efficacy of psychoanalytic therapy. *Nervenarzt* 1965;36:166-9
- Ellis A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *J Clin Psychol* 1957;13:344-50
- Fava E, Ferrari A, Masserini C, Camarda P, Cossa M, Freni S. Esiti e predittore di esiti nelle psicoterapie psicoanaliticamente orientata: uno studio di efficacia reale in un contesto tipico di trattamento. *Ricerca in Psicoterapia* 2002;5:153-85
- Fishman G (editor). *L'evaluation des psychothérapies et de la psychoanalyse. Fondements et enjeux*. Paris: Elsevier Masson, 2009
- Freedman N, Hoffenberg JD, Vorus N, Frosh A. The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *J Am Psychoanal Assoc* 1999;47:741-72

- Gerber AJ, Fonagy P, Bateman A, Higgitt A. Structural and symptomatic change in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy of young adults: A quantitative study of process and outcome. *J Am Psychoanal Ass* 2004; 52:1235-6
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:649-58
- Graham SR. Patient evaluation of the effectiveness of limited psychoanalytically-oriented psychotherapy. *Psychological Reports* 1958;4:231-4
- Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M, Oberbracht C, Stehle S, Stennes M, Rudolf G. Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research* 2006;16: 470-85
- Gregory R, Chlebowski S, Kang D, Remen AL, Soderberg MG, Stepkovitch J, Virk S. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for cooccurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychother Theo Res Pract Train* 2008;45:28-41
- Hamburg DA, Bibring GL, Fisher C, Stanton AH, Wallerstein RS, Weinstock HI, Haggard E. Report of ad hoc Committee on Central Fact-Gathering Data of the American Psychoanalytic Association. *J Am Psychoanal Assoc* 1967;15:841-861
- Hartmann S, Zepf S. Verbesserung psychischer Allgemeinfunktionen durch Psychotherapie. Drei therapeutische Verfahren im Vergleich. *Psychotherapeut* 2004;49:27-36
- Hartmann S, Zepf S. Einflüsse auf die Symptombesserung in der Psychotherapie bei Patienten mit unterschiedlichen Beschwerdebildern. *Psychother Psych Med* 2004;54:445-56
- Heilbrunn G. Results with psychoanalytic therapy: Report of 241 cases. *Am J Psychotherapy* 1963;20:89-99
- Heinzel R, Breyer F, Klein T. Ambulante analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer bundesweiten katamnesticen Evaluationsstudie. *Gruppenpsychother Gruppensystem* 1998;34:135-52
- Heuft G, Seibüchle-Engeç H, Taschke M, Senf W. Langzeitoutcome ambulanter psychoanalytischer Psychotherapien und Psychoanalysen: eine textinhaltanalytische Untersuchung von 53 Katamneseinterviews. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für Klinische Theorie und Praxis* 1996;12:342-55
- Høglend P, Amlø S, Marble A, Bøggwald K-P, Sørbye Ø, Cosgrove Sjaastad M, Heyerdahl O. Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry* 2006;163:1739-46
- Holm-Hadulla R, Kiefer L, Sessler W. Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. *Psychother Psychosom med Psychol* 1997;47:271-8
- Jäger B, von Wietersheim J. Die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung der Bulimia nervosa. *Psychother Psychosom med Psychol* 1997;47:322-331
- Janis I. *Psychological stress*. Nueva York: Wiley, 1958
- Kächele H, Kordy H, Richard M, Research Group TR-EAT. Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study. *Psychother Res* 2001;11:239-57
- Karon BP, Vandenos GR. The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychother Theory Res Pract* 1972;9:111-9
- Kernberg OF, Burstein ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H. Psychotherapy and psychoanalysis. *Bull Menninger Clinic* 1972;36:1-178
- Klar FJ. Wirksamkeit individualpsychologisch-psychoanalytischer Psychotherapie. *Z f Individualpsychol* 2005;30:28-50
- Knekt P, Lindfors O. *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders*. Helsinki: Edita Prima, 2004
- Korner A, Gerull F, Meares R, Stevenson J. Borderline personality disorder treated with the conversational model: A replication study. *Compr Psychiatry* 2006;47:406-41
- Krawitz R. A prospective psychotherapy outcome study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997;31:465-473
- Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1223-32
- Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H. The Göttingen study of psychoanalytic therapy. First results. *Int J Psychoanal* 2005;86:433-55

- Leichsenring F. Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. *Z Psychosom Med Psychother* 2007;53:87-110
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel ME. Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche* 2001;55:193-276
- Manos N, Vasilopoulou E. Evaluation of psychoanalytic therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand* 1984;70:28-35
- McCusker J, Cole M, Keller E, Bellavance F, Berard A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998;58:705-12.
- Mental health: Does therapy help? *Consumer Reports*. 1995, November: 734-9
- Milrod B, Leon AC, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J, Aronson A, Singer M, Turchin W, Klass T, Graf E, Teres JJ, Shear K. A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164:265-72
- Monsen J, Odland T, Faugli A, Daae E, Eilertsen DE. Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scand J Psychol* 1995;36:256-68
- O'Connor JF, Daniels G, Karush A, Moses L, Flood C, Stern O. The effects of psychotherapy on the course of ulcerative colitis: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1964;20:738-42
- Parloff MB, Wolfe B, Hadley S, Waskow IE. *Assessment of psychosocial treatment of mental health disorders: Current status and prospects*. Report to the National Academy of Sciences, Institute of Medicine, Washington D.C., 1978
- Philips B, Wennberg P, Werbart A, Schubert J. Young adults in psychoanalytic psychotherapy: Patients characteristics and therapy outcome. *Psychology and Psychotherapy: Research and Practice* 2006;79:89-106
- Piper WE, Debbane EG, Bienvenu JP, Garant J. A comparative study of four forms of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:268-279.
- Puschner B, Kraft S, Kächele H, Kordy H. Course of improvement over 2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychol Psychother* 2007;80:51-68
- Rawlins M. Harveian Oration. De testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions. *Lancet* 2008; 372: 2152661
- Rudolf G, Manz R, Öri C. Ergebnisse der psychoanalytischen Therapien. *Zsch Psychosom Med* 1994;40:25-40
- Ryan ER, Bell MD. Follow-up of a psychoanalytically-oriented long-term treatment program for schizophrenic patients. *Am J Orthopsychiat* 1983;54:730-9
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Rand H. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings of the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal* 2000;81:921-43
- Schleussner D. Wirksamkeit individualpsychologisch-psychoanalytischer Psycho- therapie óEine Langzeitstudie zur Psychotherapieforschung. *Zf Individualpsychol* 2000;30:51-77
- Schulz H, Lotz-Rambaldi W, Koch U, Jürgensen F, Rüdell H. 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltens-therapeutisch orientierter Behandlung. *Psychother Psychosom med Psychol* 1999;49:114-30
- Siassi I, Thomas M, Vanov SK. Evaluation of the safety and therapeutic effects of lorazepam on long-term use. *Current Therapeutic Research* 1975;18:163-71
- Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins, 1980.
- Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:358-62
- Stiles WB, Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine* 2008;38:677-88
- Svartberg M, Stiles T, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:810-7
- *Treatment choice in psychological therapies and counseling. Evidence based practice guideline*. Londres: Department of Health, 2001.
<http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline>

- Vinnars B, Barber JP, Noren K, Gallop R, Weinryb RM. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatry* 2005;162:1933-1940
- Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). *Int Rev Psycho-Anal* 1985b;12:251-62
- Weber JJ, Solomon M, Bachrach HM. Characteristics of psychoanalytic clinic patients: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (I). *Int Rev Psycho-Anal* 1985a;12:13-26
- Wilczek A, Barber JP, Gustavsson JP, Asberg M, Weinryb RM. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 2004;52:1163-84.
- Wittels F. *Sigmund Freud. Der Mann, die Lehre, die Schule*. Leipzig: E. P. Tal & Co., 1924
- Young B. The efficacy of psychoanalysis and the analytic therapies: Reflections of a psychoanalyst and her former patients. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiat* 2007;35:313-34

5. CONCLUSIONES GENERALES

La importancia de la valoración de las terapias psicológicas queda reflejada en la frecuencia de los trastornos de carácter emocional, en los limitados recursos de que dispone el tratamiento de los mismos y en la atención que le han prestado importantes instituciones académicas.

- Según el estudio ESEMeD, el 9% de la población española padece en una enfermedad mental y algo más del 19% padecerá un trastorno psicológico a lo largo de su vida; los diagnósticos más frecuentes son depresión (12,98%) y ansiedad (12,91%), ambos accesibles al tratamiento psicológico.¹
- Los psicofármacos han constituido un desarrollo muy importante en el tratamiento de las psicopatías: fácilmente disponibles, coste reducido y con un elevado porcentaje de éxitos demostrado mediante ensayos clínicos controlados. Pero los problemas que implican son también importantes: dependencia medicamentosa en el caso de los tranquilizantes, riesgo de suicidio con los antidepresivos y sobrevaloración de la eficacia terapéutica de los inhibidores de la recaptación de serotonina que, según los últimos resultados publicados, no supera el 54% de los casos.² A este respecto, Lüllmann y Mohr han afirmado taxativamente que «en caso de trastornos depresivos no psicóticos, es dudoso que la utilización primaria de timolépticos tenga sentido» y que «las benzodiacepinas no resuelven ningún problema».³
- Ambos hechos explican que importantes instituciones profesionales y académicas (International Psychoanalytical Association, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse) hayan publicado amplias revisiones bibliográficas sobre la eficacia y la efectividad del psicoanálisis, no siempre exentas de sesgos importantes.⁴⁻⁶ Históricamente, el primer ensayo publicado sobre un metaanálisis estuvo dedicado a la valoración de las psicoterapias, ensayo que no quedó exento de importantes críticas.⁷

Es evidente que el método empírico ha dominado el desarrollo del psicoanálisis. Como contrapunto es preciso recordar que la investigación experimental fue desarrollada de forma determinante por Francis Bacon en su *Novum organum scintiarum* (1620) y que su aplicación a la valoración de la eficacia de un procedimiento terapéutico no es simplemente el resultado de las exigencias del director de una agencia reguladora de medicamentos: es uno de los corolarios del desarrollo de la cultura occidental.

El método empírico se concibe en general como el registro de los datos en que se basa una teoría científica; forma parte del método científico, y con frecuencia se considera erróneamente que es equivalente de «método experimental». Pero cuando se trata de demostrar la eficacia de un tratamiento, el método experimental más riguroso para comprobar hipótesis es el ensayo clínico, pues la distribución aleatoria permite construir grupos de pacientes comparables en todas sus características pronósticas, excepto en la intervención que reciben.⁸

Según Michael Rawlins,^{*} los ensayos clínicos controlados se encuentran en la cima de la escala de las pruebas de eficacia terapéutica, en tanto que los estudios observacionales se han

* Sir Michael Rawlins ha sido profesor de Farmacología Clínica en la Universidad de Newcastle upon Tyne entre 1973 y 2006 y presidente del Committee on Safety of Medicines entre 1993 y 1998. Dirige el National Institute of Health & Clinical Excellence (NICE) desde su fundación en 1999. Es profesor honorario de la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

colocado en los niveles inferiores de dicha escala.⁹ Esta distinción es errónea: el ensayo clínico tiene ventajas, pero también desventajas; los estudios observacionales tienen defectos, pero también méritos. Combinar las pruebas derivadas de una serie de ensayos clínicos controlados y de una serie de estudios observacionales es un objetivo de los modelos de decisión analítica así como de las recientes orientaciones de teleoanálisis (Wald y Morris, 2003, Singh *et al.*, 2007) y de los ensayos de preferencias de los pacientes.^{10,11}

Por otra parte, no existen dudas de que el ensayo clínico explicativo encierra numerosos problemas en el caso de los tratamientos psicológicos, pero en la mayor parte de los estudios incluidos en esta revisión hubiera sido posible recurrir a un diseño pragmático, que se conduce de acuerdo con las condiciones habituales en la clínica y cuya valoración está dirigida a decidir cuál de los tratamientos estudiados deberá ser el de elección para futuros pacientes. La valoración de los resultados de un ensayo de este tipo consiste en un análisis de decisiones, que requiere la aplicación de técnicas de estadística bayesiana.¹² El análisis de decisiones implica introducir un «factor de utilidad», basado por sí mismo en el cálculo de probabilidades, y en maximizar la utilidad esperada. En otras palabras, según José Miguel Bernardo, el ensayo pragmático es «...*common sense reduced to calculation*» (algo así como: «sentido común expresado según un cálculo matemático».¹³

Por último, considerando los estándares de la terapéutica farmacológica, 28 estudios observacionales y 4 ensayos clínicos es un número de estudios extraordinariamente reducido: un ansiolítico, el clobazam, dio lugar a 70 ensayos clínicos entre 1960 y 1979, a 73 entre 1980 y 1999, y a 24 entre 2000 y 2008. Puede concluirse que al psicoanálisis le queda un largo camino por recorrer.

Limitaciones

El procedimiento de valoración del National Institute for Health and Clinical Excellence utilizado en esta revisión fue avalado por la citada *Harweian Oration* pronunciada por Michael Rawlins en octubre de 2008: para tomar una decisión terapéutica es preciso considerar todas las pruebas disponibles, independientemente de si proceden de estudios experimentales o de estudios observacionales.

La mayor crítica que se puede formular a la presente revisión es que se ha tratado de una labor completamente individual: su autor ha registrado los estudios disponibles sobre los resultados del psicoanálisis, los ha resumido y ha formulado sus objeciones críticas, los ha valorado, ha determinado subjetivamente los «niveles de certeza» y ha expresado las correspondientes «recomendaciones terapéuticas». El método apropiado para llegar a un resultado objetivo exige que los resúmenes de los estudios previamente seleccionados sean efectuados por lo menos por dos especialistas debidamente acreditados y que las valoraciones tengan lugar también por duplicado utilizando formularios diseñados de forma adecuada. Por motivos obvios, no ha sido posible recurrir a este procedimiento.

En la revisión se ha aceptado en general que los estudios registrados se basan en el principio propio de las psicoterapias «bona fide», es decir:¹⁴

...un tratamiento en el que participa un terapeuta con una titulación de maestría o superior, que ha diseñado un tratamiento basado en principios psicológicos y un paciente cuyo problema puede ser tratado razonablemente mediante psicoterapia.

Esta definición puede justificar, al menos en parte, una valoración subjetiva de los resultados de este tipo de tratamientos.

Se debe mencionar que la utilización de diversos criterios para valorar el funcionalismo psíquico no coincide con los planteamientos psicoanalíticos, que definen el psiquismo como una unidad sometida a la dictadura de un *superyó* inconsciente. Por otra parte, cuando se encuentra que en un grupo de 36 pacientes, en 30 mejoró la sintomatología, en 28 la capacidad de resolver conflictos y en 19 de ellos, las relaciones interpersonales, la capacidad laboral y la capacidad de disfrute (Leichsenring *et al.*, 2005), debería tenerse en cuenta de que la sensibilidad de los instrumentos utilizados para medir dichas variables no tiene porqué ser indistinta.

La revisión se ha centrado en los estudios de eficacia y eficiencia de las terapias psicoanalíticas en el paciente adulto lo que, como es conocido, se debe a que la psicoterapia psicoanalítica en niños utiliza, a causa de su deficiente capacidad de expresión verbal, técnicas muy distintas de las aplicadas en el adulto.

Tal vez se ha pasado por alto algún estudio importante, pero en todo caso no debe de haber muchas dudas en cuanto a que los artículos registrados conforman por lo menos una muestra representativa de los estudios realizados sobre la eficiencia y la eficacia del psicoanálisis y de la terapia psicoanalítica prolongada.

Las terapias psicodinámicas

Es difícil extraer conclusiones claras cuando se trata de definir el valor terapéutico del psicoanálisis. Esta dificultad se encuentra en parte asociada a la deficiente sistematización de los estudios revisados. No obstante, de acuerdo con los resultados de los 31 estudios valorados en esta revisión puede concluirse que:

- f) el psicoanálisis es una alternativa terapéutica que puede recomendarse para el tratamiento de un determinado número de trastornos mentales (trastornos de la personalidad, síndromes de ansiedad y de depresión, fobias, neurosis obsesivo-compulsiva);
- g) sólo una tercera parte de los pacientes afectados de los mencionados trastornos resultan adecuados para el tratamiento psicoanalítico y sólo la mitad de ellos llega a completarlo;
- h) el tratamiento psicoanalítico puede determinar mejoría clínica en aproximadamente el 60% de los pacientes que completan el tratamiento;
- i) no existen datos que permitan suponer la superioridad del psicoanálisis respecto a la terapia psicoanalítica prolongada; y
- j) el psicoanálisis no se encuentra indicado en el tratamiento de la esquizofrenia.

El esfuerzo personal implicado en un psicoanálisis, tanto por parte del paciente como del terapeuta, limita de forma considerable el valor de los mencionados resultados.

Las psicoterapias han sido objeto de numerosos estudios de carácter comparativo. Sus resultados parecen inferiores a los obtenidos mediante psicoanálisis, pero cabe recordar que en el importante estudio del National Institut of Mental Health se observó recuperación del proceso depresivo en el 43% de los pacientes tratados con terapia interpersonal, en el 42% de los tratados con imipramina y en sólo el 21% de los tratados con placebo.¹⁵

En esta revisión se ha considerado que los estudios de casos, salvo contadas excepciones, carecen de valor para determinar la eficacia de una intervención terapéutica,^{*} pero en 19 series de casos se concluyó que la terapia psicoanalítica prolongada proporciona resultados favorables a entre el 60% y el 80% de los pacientes, y 21 estudios de cohortes permiten asegurar la superioridad de la psicoterapia psicoanalítica respecto a la ausencia de tratamiento; asimismo, los 17 ensayos clínicos efectuados hasta la actualidad tienden a confirmar la eficacia de la terapia psicodinámica en diversos trastornos mentales.

En conjunto, los 57 estudios revisados abogan por la eficacia de la terapia psicoanalítica prolongada en diversas indicaciones psiquiátricas, incluso en la esquizofrenia; los costes del tratamiento fueron valorados en tres estudios como aceptables. Pero en todo caso no es posible olvidar el sesgo de publicación: los estudios con resultados negativos acostumbra permanecer inéditos.

La mencionada conclusión, evidentemente prudente, contrasta con la opinión de Morris Parloff, quien en 1982 tras revisar los resultados de los estudios realizados para demostrar la eficacia del psicoanálisis decidió que la evidencia era «exhaustiva y positiva».¹⁶ Sin embargo, en 1982 no se disponía más que de un número indeterminado de estudios de casos (unos 32 estudios, considerando los publicados por Sigmund Freud y la revisión de Horst Kächele), que difícilmente podían contribuir a dicha demostración de eficacia, y de no más de 14 series de

* Una excepción fue Leonard Thompson, el muchacho diabético a quien Frederick Banting y Charles Best en 1921 inyectaron por primera vez una pequeña dosis de insulina.

casos y de 6 estudios de cohortes; hasta dicho momento no se había realizado ningún ensayo clínico. Esta actitud acrítica no ha favorecido la aceptación de las terapias psicodinámicas por parte de la comunidad sanitaria.

Pero se debe insistir en que la enfermedad mental es un problema de gran trascendencia: los intentos heroicos para mejorar la situación de estos pacientes (lobotomía, terapia convulsivante) lo demuestran de forma suficiente. También lo demuestran las últimas propuestas terapéuticas en el caso de depresión resistente (estimulación del nervio vago, estimulación magnética transcraneal, cingulotomía) que empezaron a desarrollarse hace más de diez años en una institución médica de gran prestigio (Massachusetts General Hospital), aunque no deja de ser sorprendente que su eficacia no haya sido comprobada mediante ensayos clínicos controlados, una situación similar a la de la terapia psicoanalítica.¹⁷⁻¹⁹

Si la investigación psicoterapéutica pretende llegar a resultados concluyentes será preciso desarrollar guías metodológicas en las que se especifiquen claramente los parámetros que se deben considerar cuando se trata de valorar un determinado método psicoterapéutico en una determinada indicación, según unas determinadas variables y aplicando un análisis estadístico previamente definido. Se trata de una exigencia ineludible, que en prácticamente todas las áreas de la atención sanitaria hace mucho que ha sido superada.

Por último, en cuanto al valor de las psicoterapias, se debe recordar también el punto de vista de Josep M. Costa Molinari, catedrático emérito de Psiquiatría de la Universitat Autònoma de Barcelona:

Me agradaría que se reflexionara sobre las diferencias entre el psicoanálisis ortodoxo, las otras formas de psicoterapia individual o colectiva y, simplemente, la relación interpersonal en su peculiar forma de relación amorosa.

Una opinión que a pesar de su aparente simplicidad debería merecer la mayor atención por parte de todos los interesados en la grave problemática de los trastornos mentales.

Referencias

1. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Alonso J. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)* 2006;126:455-51
2. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Jonson BT. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLOS Medicine* 2008;5:260-8
3. Lüllmann H, Mohr K. *Pharmakologie und Toxikologie*. 17ª edición. Stuttgart: Thieme, 2010
4. Fonagy P (editor). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. 2.ª edición. Londres: International Psychoanalytical Association, 2002
5. Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin M. *Psychotherapie: trois approches évaluées*. París: Les Editions INSERM, 2004
6. Brandl Y, Bruns G, Gerlach A, Hau S, Janssen PL, Kächele H, Leichsenring F, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W, Rudolf G, Schlösser A-M, Springer A, Stuhr U, E. Windaus E. Psychoanalytic therapy. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse* 2004;20:5-128
7. Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980
8. Hill AB. The clinical trial. *NEJM* 1952;274:113-119
9. Rawlins M. Harveian Oration. *De testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions*. *Lancet* 2008; 372: 2152-661
10. Wald NJ, Morris JK. Teleoanalysis: combining data from different types of study. *BMJ* 2003;327:616-18
11. Singh S, Loke YK, Furberg CD. Thiazolidinediones and heart failure: A teleoanalysis. *Diabetes Care*, published online May 29, 2007
12. Schwartz D, Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutic trials. *J Chron Dis* 1967;20:637-48

13. Bernardo JM. Bayesian statistics. En: R. Viertl (editor) *Probability and statistics. Encyclopedia of life support systems*. Oxford: UNESCO, 2003
14. Wampold BE, Mondin GW, Moody M. Review: bona fide psychotherapies are similar in effectiveness. *Evid Based Mental Health* 1998;1:78
15. Parloff MB. Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. *Am J Psychiatry* 1982;139:718-27
16. Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Piconis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Programm. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971-82
17. Rush AJ, Sackheim HA, Marangell LB, George MS, Brannan SK et al. Effects of 12 month of vagus nerve stimulation in treatment-resistant depression: A naturalistic study. *Biol Psychiatry* 2005;58:355-63
18. Rosa MA, Gatazz WF, Pascual-Leone A, Fregni F, Rosa Mo et al. Comparison of repetitive transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy in non-psychotic refractory depression: A randomized, single blind study. *Int J Neuropsychopharmacol* 2006;9:667-76
19. Baer L, Rauch SL, Ballantine HT Jr, Cossgrove R, Cassem EH et al. Cingulotomy for intractable obsessive-compulsive disorder. Prospective long-term follow-up of 18n patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:384-92

ÍNDICE ONOMÁSTICO

- Ablon JS, 35
 Abraham K, 14, 79
 Adler A, 14, 15, 214, 271
 Aisenstein M, 71
 Alexander F, 16, 98, 129, 334
 Allison E, 31, 227
 Altmann M, 108
 Amadei G, 110, 178
 Andrews G, 476
 Anthony WA, 285
 Appelbaum S, 140, 336
 Armengol R, 30
 Atwood GE, 14
 Bachar E, 240, 428
 Bachrach HM, 9, 22, 72, 148, 194, 199, 348, 436
 Bacon F, 510
 Bakke O, 404
 Balint M, 15
 Barber JP, 301, 442
 Barendregt JT, 123, 131, 202
 Barkham M, 401
 Baruch C, 248, 387
 Bastiaans J, 131
 Bateman A, 241, 430, 461
 Beail N, 304
 Beenen F, 110
 Bell MD, 284
 Benson K, 328
 Berger AJ, 31, 227
 Bernardo JM, 510
 Berne E, 214
 Beutel ME, 169, 374
 Beutler LE, 399
 Blatt S, 337
 Bleuler E, 101
 Bofill P, 8
 Bond M, 313, 315
 Borch-Jacobsen M, 50
 Brandl Y, 408
 Bräutigam W, 160, 359
 Breuer J, 49, 215
 Breyer B, 266
 Breyer F, 263, 265
 Brill AA, 101
 Brockman J, 378, 383
 Brücke E von, 214, 271
 Brusset B, 246
 Calogeras RC, 72
 Campbell DT, 35
 Caparrós B, 320
 Cappon D, 280
 Chartier J-P, 248
 Chejov A, 91
 Chessick RD, 69
 Chiesa M, 381
 Clarkin JF, 31, 227, 306, 452
 Clementel-Jones C, 287
 Cobo E, 113
 Cobos-Carbó A, 411
 Cochrane AL, 226
 Cogan P, 204
 Cogan R, 179
 Concato J, 328
 Connolly Gibbons MB, 469
 Coriat I, 75, 77, 201
 Costa Molinari JM, 415, 513
 Cottraux J, 37, 234
 Cremerius J, 275
 Crews F, 37, 39
 Crits-Christoph P, 10, 442
 Crockett RW, 288
 Crombie I, 217, 330, 412, 469
 Cullberg J, 70
 Dare C, 439
 de la Parra G, 197
 de Maat S, 244, 408, 486
 de Roten Y, 248
 Descartes R, 513
 Despland J-N, 248
 Deutsch H, 15
 Dewald P, 70
 Doering S, 464
 Doidge N, 319
 Dolto F, 69
 Dolto H, 15
 Douste-Blazy P, 234
 Dührssen A, 185, 186, 204, 241, 406, 425
 Dulz B, 378
 Dunbar HF, 86
 Duruz N, 250
 Eckert J, 378
 Eittington M, 79
 Eizirik CL, 44
 Elinson J, 148, 348
 Ellis A, 125, 202, 214
 Emde RN, 183
 Erle JB, 101, 115, 202
 Etkin A, 490
 Eysenck HJ, 14, 20, 81, 199, 275, 357, 474
 Ezriel H, 46
 Fairbairn R, 15
 Fairburn C, 240
 Falissard B, 246
 Fava E, 308
 Feinstein A, 123
 Feldman F, 96, 201
 Felton M, 224
 Fenichel O, 14, 15, 32, 75, 79, 201
 Ferenczi_S, 16, 75, 214
 Fischman G, 246
 Fisher R, 199
 Fisher S, 9
 Fiske D, 329
 Foa EB, 230
 Fonagy P, 68, 123, 172, 174, 183, 188, 199, 200, 241, 430, 461
 Francesconi M, 276
 Franz M, 81
 Freedman A, 70
 Freedman N, 366
 Freud A, 15
 Freud F, 366
 Freud S, 14, 24, 47, 51, 52, 81, 200, 215, 271, 280, 445, 513
 Fromm E, 14
 Fromm-Reichmann F, 417
 Gabbard G, 489

- Galatzer-Levy R, 78, 141, 150, 141, 199, 349, 336
 García Alonso F, 404
 Gardiner M, 52
 Garner DM, 240
 Gay P, 51
 Gerber AJ, 172, 176, 254
 Giesen-Bloo J, 448
 Gill MM, 46, 214
 Ginger S, 38
 Ginieri-Coccosis M, 71
 Glass GV, 469, 471, 474
 Glass M, 468
 Glass R, 490
 Glover E, 46
 Goldberg DA, 101, 115
 Gori R, 250
 Graham SR, 272
 Grande T, 391, 393, 395, 507
 Greenberg R, 9, 24, 199
 Grinspoon L, 284
 Groddeck G, 15
 Grosbois P, 249
 Gross M, 471
 Guelfi JD, 247
 Gunderson J, 225, 388, 419, 489
 Hamburg DA, 258, 259
 Hamilton J, 70
 Hartmann H, 15, 38, 101
 Hartmann S, 267, 269
 Hartz AJ, 328
 Hartzema AG, 8
 Harvey R, 476
 Hau S, 239
 Hay RA, 65
 Heilbrunn G, 137, 203, 277
 Heinz G, 267
 Heinzl R, 265
 Hendrick I, 92
 Heuft G, 161, 360
 Hill AB, 113, 139, 155, 279, 355
 Hobson R, 289, 291, 388
 Høglend P, 445
 Holm-Hadulla R, 356
 Horney K, 15
 Huber D, 195, 205, 437
 Hunter R, 49
 Hyman HT, 82, 86, 201
 Ibsen H, 90
 Jacobsen NS, 392
 Jäger B, 295
 Jameison, 18
 Janis I, 46
 Jarvik L, 481
 Johnson B, 69
 Jones E, 31, 49, 84, 201, 227
 Jorswieck E, 241
 Jung CG, 14, 101, 271, 280
 Jung CI, 200
 Jung SI, 41
 Kächele H, 31, 106, 227, 397, 513
 Kantrowitz JL, 98, 103, 202, 510
 Karon BP, 225, 284241, 414
 Kayton L, 284
 Kazdin AE, 214
 Kernberg O, 15, 69, 110, 140, 179, 203, 214, 306, 336, 378, 464
 Kessel L, 82
 Kiefer L, 356
 Klein HR, 92, 201, 334
 Klein M, 15
 Klein T, 263, 265, 266
 Klockars L, 110
 Knapp P, 10
 Knekt P, 391, 458
 Knight R, 18, 75, 101, 137, 199, 277
 Kobayashi S, 70
 Koffka K, 14
 Kohut H, 15, 29, 30, 427
 Kordy H, 397
 Korner A, 388
 Kraft S, 397
 Krause R, 31, 227
 Krawitz R, 298
 Kreitner H, 427
 Kreitner S, 427
 Kris E, 15, 46, 101
 Kubie L, 46
 Kuhn TS, 22
 Lacan J, 14, 15, 108
 Lamb WK, 16
 Lancelle G, 108
 Landoni G, 178
 Laurent E, 249
 Leibing E, 240, 483
 Leichsenring F, 10, 240, 316, 408, 483, 489
 Leuzinger M, 204
 Leuzinger-Bohleber M, 32, 118, 169, 239, 374
 Levander S, 70
 Lindfords O, 391
 Loewald H, 15
 Loewenstein R, 101
 Lombardi R, 70
 López Moreno CM, 42
 Luborsky L, 34, 112, 142, 202, 228, 301, 329, 338, 442
 Lüllmann H, 511
 Lustman S, 47
 Macalpine I, 49
 Mack-Brunswic k R, 51
 Mahler M, 15, 101
 Makinnon RA, 192, 434
 Malmberg L, 10, 224
 Manos N, 344
 May PRA, , 225284, 414
 May PRR, 417
 Mayer C, 200
 McCleary J, 65
 McCusker J, 479
 McGlashan T, 69
 McNeil, 18
 Meadows E, 230
 Meares R, 289, 293, 388
 Meichelbaum D, 214
 Mellman L, 192, 434
 Menninger CF, 140
 Menninger KA, 140
 Menninger WC, 140
 Miller TI, 474
 Monsen J, 292
 Moran GS, 188, 205
 Moss LM, 148, 348
 Nacht S, 58, 200
 Norman HF, 72
 OøBrien C, 225
 OøConnor JF, 334
 OøGrady P, 225
 Oberndorf CP, 89
 Oremland JD, 72
 Orgel SZ, 127, 203
 Orr-Andrewes A, 50
 Parloff MB, 513
 Parry G, 218
 Pell JP, 123
 Percival T, 217
 Perls F, 214
 Perls L, 214
 Perron R, 31, 227, 248
 Perry C, 314
 Perry JC, 197

- Pfeffer A, 22
Pfeffer AZ, 71
Philips B, 322
Piper W, 422
Pocock SJ, 48
Porcerelly J, 179
Puschner B, 397
Putnam J, 98
Rabung S, 489
Rad M, 160, 170, 359,
375
Rado S, 54, 147, 347
Ramonet S, 119
Rand CSW, 144, 203
Rank O, 214, 271
Rawlins M, 510
Reich A, 15
Reich W, 14
Riera R, 30
Robbins FP, 72, 95, 201
Robert JG, 456
Robert M, 248
Rogers C, 214, 284
Rogers K, 14, 378
Roth N, 71
Roughton RE, 63
Rudolf G, 153, 203, 241,
353, 393
Rüger B, 169, 374
Rush B, 170, 375
Ryan ER, 284
Sackett D, 38, 222
Sampson H, 46
Sandell R, 164, 203, 241,
369
Sargent H, 46
Sashin J, 98, 103, 202
Schade DS, 65
Schjelderup H, 89
Schlessinger N, 72
Schlüter T, 378
Schulz H, 235, 363, 365,
508
Schwartz M, 419
Seibüchler-Engec H, 161,
360
Seligman ME, 261
Sember S, 30
Senf W, 160, 161, 359,
360
Sessar W, 356
Shakow D, 46
Shapiro D, 469
Shedler J, 179
Siassi I, 340, 341
Siegel RS, 140, 336
Sinason V, 304
Skinner B, 214
Skinner BF, 14
Smith GCS, 123
Smith ML, 469, 471, 474
Socarides C, 61, 200
Spence DP, 47
Spitz R, 15
Stanley JC, 35
Steuer JL, 481
Stevenson J, 289, 293,
388
Stiles W, 401
Stoker J, 110
Stolorow RD, 14
Stuhr U, 169, 374
Stunkard AJ, 144
Sullivan HS, 14, 419
Sulloway F, 50, 51
Svartberg M, 10
Symington N, 304
Szecsödy I, 110
Target M, 156
Taschke M, 161, 360
Teufel R, 106, 107, 202,
213
Thornton EM, 50
Thurin JM, 247
Thurin M, 249
Tizón JL, 8
Truelove S, 334
Vaillant G, 313
VandenBos GR, 241, 413
Varvin S, 110
Vaughan SC, 43, 191,
205, 433
Vermeul-Van Mullen
AW, 131
Vinnars B, 442
Volk W, 106, 107
Volksky T, 474
von Rad M, 203
Wallerstein RS, 41, 46,
140, 336
Weber JJ, 148, 203, 348
Webster R, 50
Weinryb RM, 312, 443
Weinstock H, 135, 203,
25, 331
Weizsäcker CF, 52
Wertheimer M, 14
Westen D, 179
Widlöcher D, 246
Wietersheim J, 295
Wilczek A, 312
Winnicott D, 15, 388
Witts L, 334
Wolberg L, 474
Wolpe J, 14
Woodyatt RT, 65
Wright JL, 71
Wylie HW, 71
Wylie ML, 71
Yalom I, 14
Young B, 120, 122, 202,
327
Zepf S, 267, 269
Zetzel E, 51

ANEXOS

La presente revisión bibliográfica de los estudios sobre la eficacia del psicoanálisis y de la terapia psicoanalítica prolongada se dio de hecho por finalizada a principios del año 2009. En mayo de dicho año, fue inscrita como tesis doctoral en la Universidad Autònoma de Barcelona. Una vez iniciado el correspondiente procedimiento administrativo, el inesperado fallecimiento del Prof. Josep Maria Costa Molinari, director de la tesis, impidió el ulterior desarrollo del mismo. En marzo de 2012, el Prof. Adolf Tobeña, como se indica en la Introducción de este escrito, propuso recuperar la iniciativa de Costa Molinari. Una vez reiniciado el proceso se han localizado dos publicaciones cuyo interés aconseja incluirlas en esta revisión bibliográfica.

Anexo 1. La eficacia de la psicoterapia psicodinámica
(Shedler, 2010)

Anexo 2. Estudio cuasi experimental sobre la efectividad del psicoanálisi y de las psicoterapias
(Knekt, 2011)

Anexo 1

La eficacia de la psicoterapia psicodinámica (Shedler, 2010)

Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist* 2010;65(2):98-109

El título del artículo especifica de forma evidente el propósito del autor: definir o delimitar la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica.¹ Antes de proceder a revisarlo es preciso definir ambos términos:

- a) Eficacia es el grado con el que una intervención terapéutica determina un resultado beneficioso en las condiciones exigidas por el ensayo clínico controlado.²
- b) Psicoterapia psicoanalítica o psicodinámica, según el propio autor, consiste en un grupo de tratamientos basados en los conceptos y los métodos del psicoanálisis, que tienen lugar mediante entrevistas menos frecuentes y con una duración considerablemente más reducida que la del propio psicoanálisis.

Shedler inicia su artículo afirmando que «considerable research supports the efficacy and effectiveness of psychodynamic therapy». El término «considerable research» es dudoso. En comparación con otros ámbitos de la investigación clínica parece que la expresión «some research» resultaría más apropiada. La afirmación parece también excesivamente amplia, pues presupone que se dispone de pruebas a favor de la eficacia del psicoanálisis, de la psicoterapia psicoanalítica prolongada y de la psicoterapia psicoanalítica breve. En 2008, el propio Paul Knekt afirmó que «se precisan resultados de ensayos clínicos (...) antes de que se puedan obtener (...) conclusiones seguras».³ Muchos otros autores (Peter Fonagy, Cláudio Eizerik, Susan Vaughan...) se han expresado en los mismos términos.

Otra afirmación cuya validez es al menos hoy parcialmente discutible es que «en décadas anteriores, el psicoanálisis americano estaba dominado por una organización médica jerárquica que negaba el acceso a la formación a quienes no eran médicosí ». Es bien conocido que en 1958 se fundó en Nueva York una asociación de psicólogos no médicos interesados en la teoría y la técnica de Sigmund Freud, asociación que en 1960 se convirtió en el Institute for Psychoanalytic Training and Research (IPTAR); en 1991 este instituto obtuvo el reconocimiento de la International Psychoanalytical Association. Desde hace más de tres décadas, los psicólogos americanos tienen amplio acceso al estudio y la práctica de los procedimientos psicoanalíticos.

En la introducción, Shedler señala también que «revisaré en primer lugar las pruebas empíricas de la eficacia del tratamiento psicodinámico», sin tener en cuenta que la «eficacia» no está vinculada a una demostración «empírica», sino a una demostración «experimental».

Características diferenciales de la psicoterapia psicodinámica. En el primer apartado, Shedler enumera las características del proceso y la técnica de la psicoterapia psicoanalítica y define los objetivos de la misma, que van más allá de la remisión de la sintomatología: «un tratamiento exitoso no sólo debe aliviar los síntomas (es decir, librarse de algo) sino también estimular la presencia positiva de capacidades y recursos psicológicos».

Efectividad de la psicoterapia en general. En el segundo apartado el autor pregunta, es decir, plantea la cuestión de la efectividad del conjunto de técnicas psicoterapéuticas y

menciona inicialmente el metaanálisis publicado en 1977 por Mary Lee Smith et al.,⁴ en el que se valoraron 25.000 pacientes tratados con 78 métodos psicoterapéuticos diferentes. La psicoterapia resultó en promedio superior a la administración de un placebo: los individuos tratados con psicoterapia obtuvieron mejores resultados que el 75% de los no tratados, pero entre las diversas escuelas de psicoterapia, sólo se encontraron diferencias de escasa relevancia. Shedler no menciona que este metaanálisis fue objeto de numerosas críticas: la calidad científica de los estudios incluidos en el mismo resultó deficiente; los diagnósticos y los parámetros de valoración fueron muy diversos, y el tamaño de las muestras, reducido. Debido a ello, un año después se efectuó una nueva valoración de dicho metaanálisis, en la que se consideraron sólo 32 estudios comparativos con placebo y en los que se habían incluido exclusivamente pacientes psiquiátricos;⁵ los resultados de los pacientes tratados con placebo y de los tratados con psicoterapia fueron semejantes.

Como contrapunto, Shedler se refiere al metaanálisis de Turner et al., que concede a los medicamentos antidepresivos una magnitud de efecto de entre 0,26 y 0,31 pero no menciona que en este metaanálisis se valoraron *todos* los estudios disponibles sobre la eficacia de la medicación antidepresiva, es decir, tanto los estudios publicados como los no publicados.⁶ En el metaanálisis de Smith et al. no se consideraron los estudios que no habían sido publicados, lo que constituye una diferencia substancial. Por otra parte, Shedler no se refiere, por ejemplo, al sin duda importante estudio sobre tratamiento de la depresión del National Institute of Mental Health que concluyó que: «Al finalizar el estudio se llegó a una clasificación consistente de los tratamientos, habiéndose obtenido los mejores resultados en general mediante imipramina más atención clínica y los peores mediante administración de un placebo más atención clínica, encontrándose los dos procedimientos psicoterapéuticos entre ambos, aunque generalmente más cerca de la administración de imipramina más atención clínica».⁷ Al valorar globalmente la eficacia de una medida terapéutica se deben considerar *todos* los estudios efectuados sobre la misma, no sólo los que ofrecen resultados acordes con los planteamientos del autor.

Efectividad de la terapia psicodinámica. El primer metaanálisis citado por Shedler (Abbas, et al)⁸ proporcionó una magnitud de efecto del 0,81 para los síntomas somáticos, pero este metaanálisis se refirió exclusivamente a los resultados de la psicoterapia psicodinámica breve (es decir, < 40 horas), que no debe ser confundida con los de la psicoterapia psicodinámica en general; lo mismo es válido para los dos siguientes metaanálisis citados: Leichsenring et al. y Abbas et al. (1999).^{9,10} El único metaanálisis referido a la psicoterapia psicoanalítica prolongada (> 1 año o 50 sesiones) (Leichsenring, Rabung) encierra importantes problemas metodológicos, ciertamente no publicados pero de una transparencia evidente:¹¹

- No incluye 6 estudios de cohortes (1975 - 2007) que cumplían con los criterios de inclusión definidos por los autores.
- Sólo 2 de los 11 ensayos clínicos incluidos habían sido valorados por observadores independientes.
- En ninguno de estos ensayos clínicos se describe el método de asignación aleatoria.
- La combinación de pacientes con trastornos de la personalidad, anorexia y depresión tratados con seis modelos diferentes de psicoterapia psicoanalítica induce a confusión.
- Resultado global de los ensayos clínicos: magnitud de efecto *d* de 0,94 (0,82-1,06), pero de 11 ensayos, en 2 no se observaron diferencias significativas, otros 2 valoraron de hecho la psicoterapia psicoanalítica breve.
- Más importante: combinar ensayos clínicos i estudios observacionales no es una orientación aceptada por las normativas QUORUM ni MOOSE.

También se refiere Shedler a los metaanálisis de Saschia de Maat et al.^{12,13} En el primero, los autores concluyen que los pacientes con depresión, tras un tratamiento breve, se benefician tanto de la psicoterapia como de la farmacoterapia; asimismo concluyen que, tras un período de seguimiento de uno a dos años, los beneficios de la psicoterapia breve resultaron superiores a los de la farmacoterapia. En el segundo metaanálisis, al finalizar el tratamiento, la combinación

de psicoterapia y farmacoterapia pareció ser más eficaz que la psicoterapia sola en caso de depresión: la diferencia (12% de remisiones) es clínica y estadísticamente significativa.

El tercer estudio de de Maat et al. (2009) no es un metaanálisis, como afirma erróneamente Shedler, sino una revisión sistemática, en la que se incluyeron 1 ensayo clínico, 5 encuestas y 21 estudios de cohortes, de estos últimos 16 prospectivos y 5 retrospectivos.¹⁴ El objetivo de este estudio consistió en efectuar una revisión sistemática de todos los estudios sobre la efectividad de la terapia psicoanalítica de larga duración en el paciente adulto publicados a partir de 1970, concluyendo que «la calidad de una revisión depende de la de los estudios que se incluyen en ella, pero no resultó posible aumentar las exigencias de la búsqueda bibliográfica: en general, criterios de inclusión de pacientes poco definidos, escasez de diagnósticos estandarizados, información deficiente sobre las opciones terapéuticas utilizadas, falta de información sobre número de sesiones o duración del tratamiento, ausencia de valoraciones a ciegas, falta de información sobre abandonos».

Shedler concluye la exposición de los resultados de los mencionados metaanálisis afirmando que «mediante ensayos controlados y randomizados se ha demostrado la eficacia de la terapia psicodinámica en caso de depresión, ansiedad, trastornos somatoformes, trastornos alimentarios, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la personalidad». Y defiende adicionalmente esta conclusión con dos referencias.

- a) La primera es una revisión de Falk Leichsenring publicada en 2005.¹⁵ Respecto a esta revisión, Shedler no menciona la opinión del Center for Reviews and Dissemination de la Universidad de York: «resumen del CRD:¹⁶ «el autor de la revisión concluyó que existen prueba del beneficio aportado por la psicoterapia psicodinámica en varios trastornos psiquiátricos específicos. La deficiente información sobre los métodos de la revisión, la falta de valoración de los estudios aportados y la ausencia de datos relativos a sus resultados, indican que la validez de las conclusiones del autor no está clara».
- b) La segunda referencia citada por Jonathan Shedler no tiene relación alguna con la afirmación de que mediante ensayos clínicos se ha demostrado la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica: el estudio de Barbara L. Milrod et al. incluyó 49 pacientes de entre 18 y 55 años de edad afectos de trastorno de pánico que fueron asignados aleatoriamente a entrenamiento en relajación aplicada o a psicoterapia psicodinámica centrada en el pánico (2 sesiones semanales durante 12 semanas).¹⁷ Se trata por lo tanto de un estudio sobre psicoterapia psicoanalítica breve, cuyos resultados (reducción de la gravedad de los síntomas de pánico significativamente mayor en los tratados mediante psicoterapia psicoanalítica centrada en el pánico) no se pueden aplicar a los de la psicoterapia psicoanalítica en general.

Los tratamientos estudiados por John Clarkin, citado también por Shedler, fueron aplicados durante un año:¹⁸ la terapia dialéctica-conductual se administró una vez por semana, de forma individual y grupal; la psicoterapia centrada en la transferencia, dos veces a la semana, y el tratamiento de soporte, una sesión a la semana. Con un modelo lineal jerárquico, se comprobó que la psicoterapia centrada en la transferencia y la terapia dialéctica-conductual se relacionaron con mejoría del comportamiento suicida de forma más importante que el tratamiento de soporte, en tanto que entre ambos modelos terapéuticos no se constataron diferencias.

Por último, según Shedler, el ensayo clínico randomizado de Anthony Bateman y Peter Fonagy en pacientes con trastorno límite de la personalidad demuestra que los beneficios alcanzados mediante psicoterapia psicoanalítica persisten cinco años después de la terminación del tratamiento.¹⁹ Pero Shedler no precisa las características del método terapéutico («mentalization-based treatment») utilizado por Bateman y Fonagy:

- hospital de día, siete días a la semana («partial hospitalization») durante 18 meses,
- aplicación de principios de psicoterapia basada en la transferencia o en principios cognitivos,
- entrevistas individuales o de grupo dos veces por semana,

- terapia expresiva mediante grupos de arte o escritura,
- medicación psicotrópica según normas de la American Psychiatric Association, y
- al concluir este programa, tratamiento psiquiátrico general durante 18 meses.

Es difícil equiparar los resultados de este método psicoterapéutico con los de la psicoterapia psicoanalítica.

El proceso psicodinámico en otras psicoterapias. En el siguiente apartado Shedler trata de la aplicación de los principios psicoanalíticos en otros tipos de tratamiento, como la terapia cognitivo conductual, un tema alejado de la demostración de eficacia de la psicoterapia psicoanalítica.

«**El vuelo del pájaro bobo**». La misma observación puede aplicarse a este apartado en el que se discute el objetivo de la terapia psicoanalítica («la salud psicológica no es simplemente la ausencia de síntomas») y la utilización del Shedler-Westen Assessment Procedure, aspectos alejados de los conocimientos y de la experiencia del autor de la presente revisión.

Discusión. Shedler se refiere al iniciar la discusión al hecho de que los tratamientos psicodinámicos disponen de suficiente apoyo empírico («empirical support»), lo que implica recordar que empírico es lo que procede de la experiencia, en contraposición al conocimiento que se adquiere mediante el experimento. Indica también que la literatura empírica tiene importantes limitaciones: el número de ensayos clínicos controlados es menor que el disponible para otras formas de tratamiento, en especial para la terapia cognitiva conductual. Esta afirmación resulta poco comprensible, especialmente porque en su exposición Shedler no se refiere a los 17 ensayos clínicos en psicoterapia psicoanalítica prolongada publicados entre 1972 y 2008, (Karon 1972, Stanton & Gunderson 1984, Piper 1984, Dührssen 1986, Bachar 1999, Bateman 1999, Vaughan 2000, Huber 2001, Dare 2001, Vinnars 2005, Clarkin 2007, Høglend 2006, Giessen-Bloo 2006, Gregory 2008, Knekt 2008 y Bateman 2009). De estos 17 ensayos, 12 pueden ser calificados mediante el esquema del National Institute for Health and Clinical Excellence como con «escaso riesgo de sesgos» o con «mínimo riesgo de sesgos» (tabla 1). De este grupo de ensayos clínicos, Shedler solo cita dos: Clarkin 2007 y Bateman 2009.

Shedler también se refiere al importante problema de la diseminación del conocimiento científico. En este sentido afirma que pocos psicoterapeutas conocen los estudios revisados en su artículo, reconoce que descifrar algunos de ellos requiere horas de estudio y consultas con colegas dedicados a la investigación de resultados («outcome research») y concluye que la investigación en psicoterapia necesita ser de mayor relevancia para el consumidor («more consumer relevant»).

Comentario

Shedler parece que no considera que entre las diferentes psicoterapias psicodinámicas (psicoanálisis, psicoterapia prolongada, psicoterapia breve) pueden existir diferencias en cuanto eficacia terapéutica. Da un valor decisivo al metaanálisis de Smith et al. sin tener en cuenta que su metodología fue cuestionada de forma decisiva.⁴ Tampoco menciona que en una valoración de los datos de este metaanálisis no se encontraron diferencias entre psicoterapia y placebo.⁵ Shedler se refiere a un metaanálisis que demostró la escasa eficacia de los antidepresivos, pero no cita el estudio del National Institute of Mental Health que proporcionó mejores resultados con amitriptilina que con psicoterapia.^{6,7} Tres metaanálisis en los que se constató una magnitud de efecto de 0,8 se refirieron a los resultados de la psicoterapia breve.⁸⁻¹⁰ Un metaanálisis sobre los resultados de la terapia prolongada está lastrado por importantes problemas metodológicos, no considerados por Shedler.¹¹ La psicoterapia breve parece más eficaz que la farmacoterapia y la combinación de ambos procedimientos parece más eficaz que el tratamiento psicoterapéutico solo.^{12,13} En una revisión sistemática sobre la eficacia de la terapia prolongada, Shedler se refiere a magnitudes de efecto de entre 0,74 y 0,94, pero no mencionada las importantes limitaciones de estos resultados, expuestas por los propios autores de la revisión.¹⁴

TABLA 1. Ensayos clínicos en psicoterapia psicoanalítica prolongada valorados positivamente en cuanto presencia o ausencia de sesgos que no fueron incluidos en la revisión de Jonathan Shedler

<i>indicación</i>	<i>terapias</i>	<i>primer autor, año, referencia</i>
1. esquizofrenia	o terapia psicoanalítica o medicación antipsicótica	Bertram P. Karon, 1972 <i>Psychother Theory Res Pract</i> 1972;9:111-9
2. esquizofrenia	o terapia introspectiva o terapia adaptada a la realidad	Alfred H. Stanton, 1984 <i>Schizophr Bull</i> 1984;10:564-83
3. trastornos alimentarios	o terapia psicodinámica o terapia cognitiva	Eytan Bachar, 1999 <i>J Psychother Pract Res</i> 1998;8:115-28
4. trastornos prepsicóticos	o tratamiento psicoanalítico o atención psiquiátrica	Anthony Bateman, 1999 <i>Am J Psychiatry</i> 1999;156:1563-9
5. anorexia nerviosa	o terapia analítica o terapia cognitiva	Chris Dare, 2001 <i>Br J Psychiatry</i> 2001;178:216-21
6. trastornos de la personalidad	o terapia de soporte o terapia psicoanalítica	Bo Vinnars, 2005 <i>Am J Psychiatry</i> 2005;162:1933-1940
7 trastornos diversos	o terapia transferencial o terapia no transferencial	Andreas Høglend, 2006 <i>Am J Psychiatry</i> 2006;163:1739-
8. trastorno límite de la personalidad	o terapia focalizada o terapia transferencial	Josephine Giesen-Bloo, 2006 <i>Arch Gen Psychiatry</i> 2006;63:649-58
9. trastorno límite de la personalidad	o terapia psicodinámica o terapia transferencial	John F. Clarkin, 2007 <i>Am J Psychiatry</i> 2007;164:922-8
10. trastorno límite de la personalidad	o tratamiento habitual o terapia psicodinámica	Robert J. Gregory, 2008 <i>Psychother Theo Res Pract</i> 2008;45:28-41
11. trastorno afectivo o ansiedad	o terapia psicodinámica o psicoanálisis	Paul Knekt, 2008 <i>Psychol Med</i> 2008;38:689-703
12. trastorno límite de personalidad	o programa clínico o ter. basada en mentalización	Anthony Bateman, 2009 <i>Am J Psychiatry</i> 2009;166:1355-64

Los resultados de una revisión publicada en 2005 fueron catalogados como dudosos por el Center for Review and Dissemination: Shedler no hace referencia a esta crítica.¹⁵⁻¹⁶ Los positivos resultados de un estudio sobre psicoterapia breve en caso de trastorno de pánico se generalizan de nuevo a la psicoterapia psicoanalítica en su conjunto. En un ensayo clínico, la psicoterapia centrada en la transferencia y la terapia dialéctica conductual proporcionaron mejores resultados que un tratamiento de soporte, pero no se constataron diferencias entre ambos procedimientos. Un ensayo en trastorno límite de la personalidad proporcionó excelentes resultados con la terapia basada en la mentalización; Shedler no se refiere a las importantes diferencias existentes entre este método y la psicoterapia psicoanalítica.

Es preciso concluir que el nivel de errores metodológicos del artículo de Shedler no permite considerarlo como una guía adecuada para el psicoterapeuta practicante. El problema que plantea Shedler respecto a la diseminación del conocimiento sólo tiene dos respuestas: (a) las escuelas de psicología deberían enseñar a sus alumnos a valorar objetivamente los estudios dedicados a definir la calidad de una medida terapéutica, y (b) la revistas de psicología sólo deberían publicar artículos cuya validez metodológica estuviera claramente demostrada.

Jonathan Shedler es doctor en Psicología y profesor clínico asociado de Psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad de Colorado; anteriormente fue director del Servicio de Psiquiatría para pacientes ambulatorios de la misma universidad. En su currículum, Shedler destaca que su artículo sobre la eficacia de la psicoterapia psicodinámica despertó interés internacional por haber establecido la psicoterapia psicoanalítica como un tratamiento basado en «evidencias». El Dr. Shedler es coautor de la Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP) para diagnóstico de la personalidad y la definición de caso clínico.

Referencias

1. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist* 2010;65(2):98-109
2. Hartzema AG, Porta MS, Tilson HH (editores). *Pharmacoeconomics*. An introduction. Cincinnati: Harvey Whitney, 1991
3. Knekt P, Lindfors O. *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders*. Helsinki: Kela, 2004
4. Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1980
5. Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients? *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1203-8.
6. Turner EH, Mathews AM, Linadatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60
7. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(11):971-82
8. Abbas AA, Hancock JT, Henderson J, Kissely S. Short-term psychodynamic psychotherapies in common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. Article CD004687
9. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1208-16
10. Abbas AA, Kissely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapies for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009;78:265-74
11. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA* 2008;300:1551-65
12. de Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychother Res* 2006;16:562-72
13. de Maat S, Dekker J, Schoevers R, de Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Europ Psychiatry* 2007;22:108-26
14. de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17:1-23
15. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Internat J Psychoanal* 2005;8(3): 841-668
16. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective: A review of empirical data. Leichsenring F. *Center for Reviews and Dissemination*. National Institute for Health Research. University of York. Accession Number: 12005004487. Database entry date: 31/07/2007. <http://update-sbs.update.co.uk/CMS2Web/tempPDF/12005004487.pdf>
17. Milrod B, Leon AC, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J, Aronson A, Singer M, Turchin W, Klass ET, Graf E, Teres JJ, Shear MK. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164(2):265-72
18. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164:922-8
19. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1355-64

Anexo 2

La efectividad del psicoanálisis y de las psicoterapias (Knekt, 2011)

Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Härkänen T, Virtala E and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders* 2011;132:37-47

Paul Knekt et al. publicaron en 2011 los resultados obtenidos tras cinco años de seguimiento clínico en los pacientes incluidos en el Estudio de Psicoterapias de Helsinki.^{*1,2} El objetivo consistió en comparar la efectividad del psicoanálisis (PA) con la observada en tres grupos de pacientes asignados aleatoriamente a psicoterapia centrada en soluciones (PCS), psicoterapia psicodinámica breve (PPB) y psicoterapia psicodinámica prolongada (PPP), es decir, dos grupos de terapia breve (PCS y PPB) y un grupo de terapia prolongada. Los pacientes incluidos en el grupo de psicoanálisis fueron seleccionados de acuerdo con las indicaciones y contraindicaciones para tratamiento psicoanalítico de la American Psychiatric Association.³

Pacientes y métodos. El estudio tuvo lugar entre junio de 1994 y junio de 2000 y en él se incluyeron 506 pacientes de la región de Helsinki, de entre 20 y 45 años de edad, afectados de trastornos de larga duración que comprometían su capacidad laboral. Todos ellos fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* de la American Psychiatric Association (DSM-IV) como trastorno depresivo o trastorno de ansiedad. De los 506 pacientes, 139 se negaron a participar en el estudio, con lo que el número de los incluidos en el mismo fue de 367. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes y el protocolo del estudio fue aprobado por el Comité ético del Hospital Central de la Universidad de Helsinki.

La PCS se aplicó con un máximo de 12 sesiones durante un período de ocho meses, la PPB tuvo lugar mediante 20 sesiones semanales, la PPP se aplicó dos a tres veces por semana durante unos tres años y el psicoanálisis, cuatro veces a la semana durante cinco años.

En el estudio participaron 71 terapeutas, todos ellos con formación estándar en las respectivas formas de tratamiento. En la siguiente tabla se detallan algunas de las características de este estudio.

<i>psicoterapias</i>	<i>pacientes incluidos</i>	<i>terapeutas</i>	<i>pacientes por terapeuta</i>	<i>duración (meses)</i>	<i>abandonos</i>
centrada en soluciones	97	6	15,5	7,5 ± 3,0	15 (15,5%)
psicodinámica breve	101	12	8,2	5,7 ± 1,3	17 (16,8%)
psicodinámica prolongada	128	41	3,1	31,3 ± 11,9	22 (17,2%)
psicoanálisis	41	30	1,4	56,3 ± 21,3	11 (26,8%)
<i>total</i>	<i>367</i>	<i>89</i>	<i>4,1</i>		<i>65 (16,6%)</i>

Los pacientes fueron seguidos clínicamente durante cinco años, habiendo sido valorados al iniciar el estudio y en nueve ocasiones a lo largo del mismo, mediante las siguientes escalas psicológicas:

* Capítulo 4.6.15

- Inventario de depresión de Beck,
- Escalas de depresión y de ansiedad de Hamilton,
- Lista de comprobación de síntomas,
- Índice de desempeño laboral,
- Subescala de trabajo de la Escala de ajuste social,
- Escala de bienestar psicológico percibido.

En la figura 1 se encuentra un organigrama que resume el flujo de pacientes incluidos en cada grupo a lo largo de los cinco años de seguimiento.

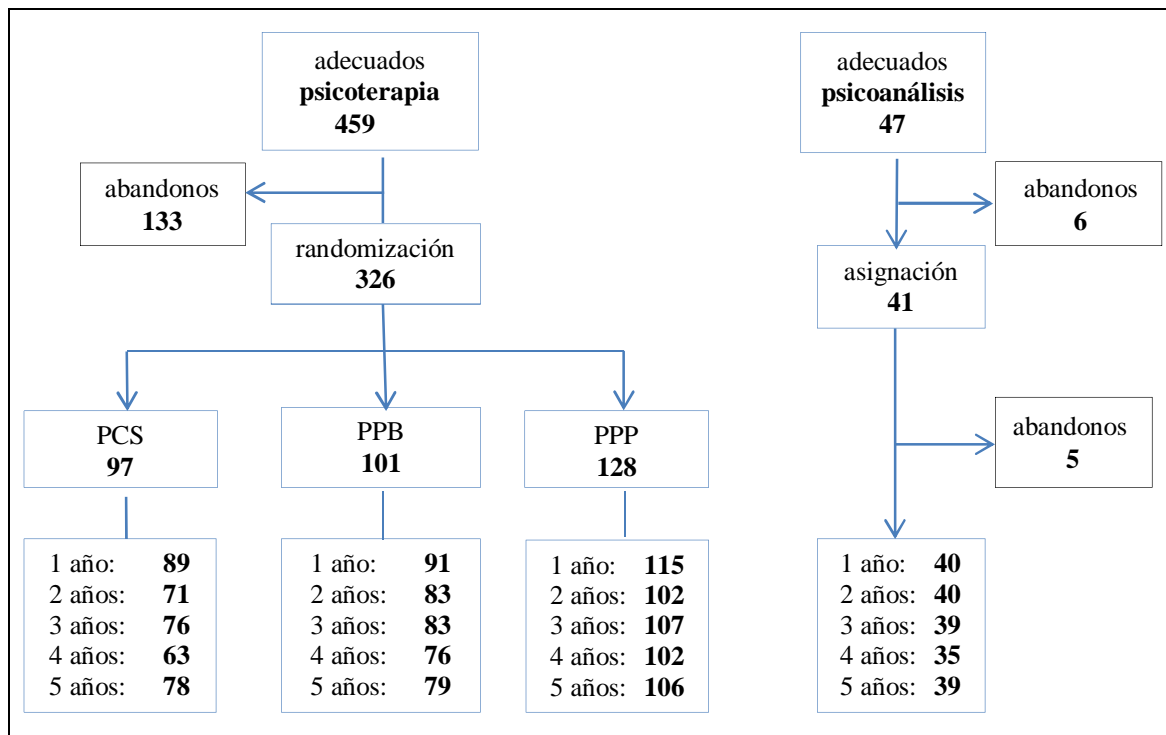


Fig. 1. Flujo de participantes registrado en el Estudio de Psicoterapias de Helsinki

La valoración estadística de los resultados tuvo lugar de acuerdo con el principio de intención de tratamiento mediante el programa SAS.

Resultados. Los pacientes fueron relativamente jóvenes y en su mayor parte de género femenino. En total, 314 (85,6%) sufrían trastornos depresivos, 151 (66,7%) trastornos de ansiedad y 67 (18,3%) trastornos de la personalidad. El uso de medicación psicotrópica fue más frecuente en los pacientes tratados mediante psicoterapia. Esquemáticamente se constataron los siguientes resultados:

1. En el grupo de psicoanálisis, tras cinco años de tratamiento se observó una reducción estadísticamente significativa en todas las variables analizadas.
2. Durante el primer año, la terapia centrada en soluciones y la terapia breve resultaron estadísticamente más efectivas que el psicoanálisis.
3. Durante los tres años siguientes, no se encontraron diferencias significativas entre terapias breves y psicoanálisis.
4. Tras cinco años de seguimiento, el psicoanálisis resultó estadísticamente más efectivo que la terapia centrada en soluciones; la diferencia respecto a psicoterapia breve en cuanto reducción de síntomas depresivos y de ansiedad no resultó estadísticamente significativa.
5. A los tres años, la psicoterapia prolongada fue más efectiva que el psicoanálisis pero a los cinco años, el psicoanálisis fue significativamente más efectivo que la psicoterapia

- prolongada en cuanto reducción de síntomas depresivos; la diferencia a favor del psicoanálisis respecto a síntomas de ansiedad no fue estadísticamente significativa.
6. En cuanto a desempeño laboral, en el primer año, las terapias breves resultaron estadísticamente más efectivas que el psicoanálisis; a los cinco años el psicoanálisis resultó significativamente más efectivo que las psicoterapias breves. Respecto a dicha variable, a los tres años, la psicoterapia prolongada fue estadísticamente más efectiva que el psicoanálisis, en tanto que a los cinco años, el psicoanálisis resultó más efectivo; esta la diferencia no fue estadísticamente significativa.
 7. Al valorar la capacidad laboral no se encontraron diferencias entre los diferentes grupos experimentales.
 8. El 51% de los pacientes tratados con psicoterapia y el 28% de los tratados mediante psicoanálisis recibieron algún tipo de tratamiento adicional; si en la valoración de resultados se descartan los pacientes tratados con intervenciones adicionales, el psicoanálisis resulta en todos los casos la alternativa más favorable.

Discusión. Los autores indican que este es el primer estudio clínico en el que se ha comparado la efectividad del psicoanálisis con la de las psicoterapias. La inclusión de un grupo de control no tratado no fue éticamente admisible debido a la prolongada duración del periodo de seguimiento (cinco años).

En este estudio se valoró en todos los grupos la reducción de síntomas psiquiátricos y la mejoría de la desempeño laboral y de la capacidad funcional, habiéndose obtenido los siguientes resultados globales:

- a) en el primer año, la psicoterapia breve es más efectiva que psicoanálisis,
- b) en el tercer año, la psicoterapia prolongada resulta más efectiva que psicoanálisis, y
- c) en el quinto año de seguimiento, el psicoanálisis es más más efectivo que la psicoterapia prolongada.

No es posible excluir la posibilidad de que la reducción sintomática y la mejoría del desempeño laboral en los pacientes tratados con procedimientos psicoterapéuticos esté relacionada con la administración de terapias adicionales.

Los autores indican que la selección de los pacientes adecuados para psicoanálisis hace que comparar este grupo con los de pacientes asignados aleatoriamente a las diferentes alternativas psicoterapéuticas tienda a introducir factores de confusión (factores socioeconómicos, historia psiquiátrica, funcionalidad personal y social) difícilmente valorables.

Conclusiones. Los autores concluyen afirmando que antes de llegar a conclusiones firmes acerca de la efectividad del psicoanálisis y de las psicoterapias en el tratamiento de los trastornos afectivos y de ansiedad, será preciso disponer de resultados de ensayos clínicos efectuados en pacientes adecuados para la terapia psicoanalítica seguidos durante períodos prolongados.

Comentario

Mireia Espallargues et al. (Universitat Oberta de Catalunya) han desarrollado claramente lo que se entiende por un estudio cuasi-experimental.⁴ A continuación, un resumen de su exposición:

En investigación cuasiexperimental existe una «exposición», una «respuesta» y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control. Por lo tanto, es un tipo de investigación que comparte gran parte de las características de un experimento, pero las comparaciones en la respuesta de los sujetos se realizan entre grupos «no equivalentes», es decir, grupos que se pueden diferenciar en muchos otros aspectos además de la «exposición». La principal dificultad será llegar a diferenciar los efectos específicos del tratamiento («exposición») de los efectos inespecíficos que se derivan de la falta de comparabilidad de los grupos al inicio y durante el estudio, lo que compromete la validez interna del estudio. Entre los efectos que hay que tener en cuenta cabe destacar el efecto Hawthorne, el efecto placebo y la regresión a la media; la evolución natural de la enfermedad

constituye asimismo un factor de confusión. En resumen, los estudios cuasiexperimentales no permiten asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención o a otras intervenciones o factores no controlados.

En el artículo de Knekt et al. se observa un error frecuente en los estudios sobre psicoterapias: afirman que en el estudio participaron 71 terapeutas: 6 proporcionaron PCS, 12 PPB, 41 PPP y 30 PA, lo que suma 89 terapeutas. No hay explicación en cuanto a los 18 terapeutas faltantes.

Es interesante constatar que en el Estudio de Psicoterapias de Helsinki la frecuencia de abandonos en el curso de un período de observación de cinco años es muy reducida: 11% para las psicoterapias breves, 17% para psicoterapia prolongada y 27% para el psicoanálisis. En investigación clínica, un índice de abandonos del 30% puede calificarse como habitual. En todo caso, dichas cifras hablan en favor de la calidad de la atención clínica prestada en el Estudio de Psicoterapias de Helsinki.

Es importante mencionar que de acuerdo con la iniciativa GRADE, los ensayos clínicos no aleatorizados y bien diseñados (de hecho, los estudios cuasi-experimentales) proporcionan un nivel de certeza de grado II-1, que permite concluir que «existen pruebas suficientes para adoptar una determinada intervención», en este caso el psicoanálisis. Esta conclusión queda restringida por dos factores:

- (a) el hecho de que en este estudio el tratamiento psicoanalítico quedó limitado a los pacientes que se consideraron «adecuados para el psicoanálisis», un juicio en el que puede influir la opinión del correspondiente terapeuta y la disponibilidad personal del paciente, y
- (b) por la dificultad de ponderar si las diferencias encontradas entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica prolongada justifican el esfuerzo económico y personal involucrado en la primera de estas opciones terapéuticas.

Es posible que se argumente que el psicoanálisis proporciona unos beneficios adicionales que no han sido valorados en este estudio. En este caso, parece oportuno proponer la realización de estudios clínicos cuyo objetivo sea valorar los mencionados beneficios adicionales.

Por último, debe destacarse la correcta metodología y el adecuado desarrollo del Estudio de Psicoterapias de Helsinki.

Referencias

1. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Härkänen T, Virtala E and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Quasi-experimental study on the effectiveness of psuychanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders* 2011;132:37-47
2. Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, et al. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 2008;38:689-703.
3. American Psychiatric Association. Manual of psychiatric peer review. Washington DC: American Psychiatric Association, 1985
4. Espallargues M, Almazán C, Pons J, Serra M. *Evaluación en servicios sanitarios*. http://www.uoc/cv.uopc.edu/UOC/a/moduls/90/90_166d
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. *The guidelines manual 2009*. <http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/clinicalguidelinedevlopmentmethods/GuidelinesManual2009.jspp>, 1998