

# Estudio epidemiológico sobre la práctica clínica de la psicoterapia psicoanalítica en España: pacientes y terapeutas

Epidemiological study on the clinical practice of psychoanalytic psychotherapy in Spain: patients and therapists

RICARDO GALLEGO LUIS<sup>a</sup>, ROSARIO CASTAÑO CATALÁ<sup>b</sup>, CELIA ARROYO LÓPEZ<sup>b</sup>, MARTA PÉREZ ADROHER<sup>c</sup>, EDUARDO REGUERA NIETO<sup>d</sup>, ERIKA BARBA-MÜLLER<sup>e</sup>

*a) Centro de Estudio y Aplicación del Psicoanálisis, CEAP, Madrid.*

*b) Instituto de Psicoterapia Relacional, IPR, Madrid.*

*c) Asociación Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes. AECPNA, Madrid.*

*d) Centro Psicoanalítico de Madrid, CPM, Madrid.*

*e) Instituto Psicoanalítico de Barcelona, Sociedad Española de Psicoanálisis, SEP, Barcelona.*

*Correspondencia: Ricardo Gallego (rgalluis@gmail.com)*

Recibido: 25/05/2020; aceptado con modificaciones: 05/05/2021

**Resumen:** Sabemos poco sobre los dispositivos asistenciales de salud mental que tratan mediante psicoterapia psicoanalítica en España. Presentamos los resultados de un estudio epidemiológico que recoge la información proporcionada por 97 psicoterapeutas con orientación psicoanalítica pertenecientes a la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP). Se describen los perfiles de los terapeutas, de los pacientes atendidos (n=1862) y de sus tratamientos. Los resultados son discutidos a la luz de otros estudios y representan un 7% de la actividad psicoanalítica de FEAP.

**Palabras clave:** psicoanálisis, psicoterapia, terapia psicoanalítica, dispositivo asistencial, trastorno mental, psicología, estudio epidemiológico.

**Abstract:** We do not know much about mental health care centers that treat through psychoanalytic psychotherapy in Spain. We present the results of an epidemiological study that collects the information provided by 97 psychoanalytic-oriented psychotherapists belonging to the Spanish Federation of Psychotherapist Associations (FEAP). Therapists' profiles are described, as well as the patients attended (n=1862) and their treatments. The results are discussed in the light of other studies and represent 7% of the psychoanalytic activity of FEAP.

**Key words:** psychoanalysis, psychotherapy, psychoanalytic therapy, health care center, mental disorder, psychology, epidemiological study.

## INTRODUCCIÓN

“**N**O HAY SALUD SIN SALUD MENTAL” (1).

La OMS estima que de los 7700 millones de personas que somos en el mundo, unos 450 millones padecen un trastorno mental o del comportamiento en un momento dado de su vida. Además, más de 300 millones de personas sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen un trastorno de ansiedad (2,3).

El estudio epidemiológico ESEMeD-España, basado en una muestra de 5473 individuos entrevistados en el año 2001, estima que el 19,5% de los españoles presentaron un trastorno mental alguna vez en su vida (15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres) y un 8,4% en los últimos 12 meses (5,2% en hombres y el 11,4% en mujeres). El trastorno mental más frecuente fue la depresión mayor (3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida). La prevalencia anual para cualquier trastorno de ansiedad fue del 6,20% (4,5).

Este mismo trabajo fue el primero que estudió la utilización de los servicios de salud mental en la población general española. De la población con algún tipo de trastorno mental, únicamente un 35% consultó a los servicios sanitarios por un motivo relacionado con su salud mental y un 35% de los que consultaron no recibió ningún tipo de tratamiento. La farmacoterapia fue el tratamiento más frecuente (33-37% como terapia única y entre un 29,4 y un 32,2% como terapia combinada con alguna forma de terapia psicológica). La terapia psicológica como tratamiento único fue el tipo de terapia administrado con menor frecuencia, oscilando entre un 0,9% para aquellos con algún trastorno de ansiedad y el 5,8% para aquellos con algún trastorno del estado de ánimo. Se concluye que una gran proporción de individuos afectados por trastornos mentales no consulta a los servicios sanitarios o, consultando, no recibe ningún tipo de tratamiento (5-8).

En España, la reforma del sistema público de salud mental comenzó en 1983, lográndose importantes avances en la desinstitutionalización de los enfermos mentales, la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria y la creación de una red comunitaria de centros de salud mental (7,9-11). El funcionamiento de estos dispositivos ha sido ampliamente estudiado en nuestro país, encontrando algunas características comunes (7, 12-20).

- La mayoría de los pacientes proceden del ámbito de la atención primaria (7, 12,15-18) y el predominio es de mujeres en un 57-65% (7,12,14,15,17,18).
- Se constata un cambio en el patrón de utilización de los servicios, con un incremento de la demanda por “cuadros menores” (trastornos neuróticos y reacciones de adaptación) que pueden llegar a ser el 65-70% de la demanda (14,16,18,20).
- Hay una insuficiencia de recursos humanos especializados en salud mental (7,19).
- Gran parte de la práctica asistencial se fundamenta en la psicofarmacología (7,14,17).
- La duración media de la consulta es de 35 minutos (16) con un alto intervalo entre consultas –5 consultas por paciente al año (12,15,16)–. Aproximadamente el 25% recibe psicoterapia de algún tipo (16).

Sabemos muy poco sobre los dispositivos asistenciales de salud mental comunitaria que no pertenecen al Sistema Público de Salud, es decir, multitud de clínicas y consultas privadas. Tan solo se hace referencia a estos dispositivos de forma ocasional y con poco nivel de detalle (17, 18).

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) es una institución de carácter no gubernamental y sin ánimo de lucro que regula la formación y la práctica de la psicoterapia para garantizar que sus miembros desarrollen una actividad profesional altamente cualificada. Se fundó en 1992 y es miembro de la Asociación Europea de Psicoterapia.

La sección psicoanalítica de la FEAP está formada por 23 asociaciones y uno de sus objetivos es potenciar la investigación en psicoterapia y el trabajo en red entre sus asociaciones (21).

Actualmente no existen publicaciones que analicen específicamente la actividad clínica psicoanalítica en España: los tipos de demanda, el perfil de las personas tratadas y las características de la terapia. Sí hay estudios de estas características realizados en países europeos donde se financia la psicoterapia psicoanalítica, como Alemania, Suecia y Finlandia (22-26).

También existen estudios que analizan las características de los psicoterapeutas de diversas orientaciones, pero no de los pacientes, tanto en población española (27,28) como de otros países europeos y de Estados Unidos (29-31).

Convencidos de la importancia que tiene conocer la actividad clínica que se lleva a cabo en los dispositivos asistenciales de salud mental, y tomando como base un estudio piloto realizado en el CEAP de Madrid (32), pusimos en marcha este estudio llamado EPIFEAP 2018 desde la sección psicoanalítica de la FEAP.

## OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos en las consultas de psicoterapia psicoanalítica pertenecientes a asociaciones de la FEAP, así como algunas características del tratamiento recibido y de los terapeutas, para elaborar perfiles tanto de los pacientes como de los terapeutas.

## MATERIALES Y MÉTODO

Para determinar el perfil del paciente que consulta y es tratado por psicoterapeutas de asociaciones de la FEAP, así como el perfil del propio psicoterapeuta, se decidió utilizar un diseño de estudio epidemiológico observacional transversal retrospectivo. Al tratarse de un diseño sencillo, permite una recogida de datos breve en el tiempo, pues no requiere visitas de seguimiento.

Se elaboró un protocolo del estudio que contenía un cuaderno de recogida de datos (CRD) dividido en dos apartados: el primero recoge siete variables sobre los psicoterapeutas y el segundo, diecinueve variables sobre los pacientes, el diagnóstico y la terapia. Las variables fueron seleccionadas de acuerdo con el esquema seguido en estudios similares (12,15,16,18,23,27). Se acordó que la información sobre los pacientes se recogería en base a las primeras entrevistas, a excepción de información sobre la duración de la terapia y la terminación de la misma. El CRD está disponible bajo petición a los autores.

Como criterios de inclusión, se decidió incluir pacientes de ambos sexos, sin límite de edad y que hubiesen comenzado su psicoterapia psicoanalítica en el periodo 2000-2017.

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital de la Princesa, Madrid, el 21 de diciembre de 2017.

Desde la sección psicoanalítica de la FEAP, se envió una comunicación a los presidentes de las 23 asociaciones que componen dicha sección explicando el proyecto. Doce de las 23 asociaciones decidieron participar. No se dispone de información sobre las 11 asociaciones que no participaron.

Se definió la figura del coordinador nacional del estudio, así como una figura de enlace en cada asociación participante, para asegurar la homogeneidad en la interpretación de las variables y en la resolución de dudas.

A cada asociación se le facilitó la documentación del estudio y el comienzo de la recogida de datos. El periodo de reclutamiento retrospectivo duró 4 meses.

A cada terapeuta-investigador se le envió por correo electrónico su CRD, el cual quedó identificado con un código único, siendo el coordinador del estudio la única persona capaz de vincular investigador y código para preservar el anonimato de los terapeutas, así como para la posterior resolución de dudas.

Los investigadores completaron a mano su CRD, con la información de tantos pacientes como consideraran oportuno, y una vez cumplimentado lo enviaban escaneado al coordinador del estudio.

Se elaboró una base de datos en SPSS v24.0 donde fueron introducidos todos los datos recibidos y posteriormente analizados.

#### *a) Estadística descriptiva*

Para las variables de tipo cualitativo, empleamos como resumen la frecuencia absoluta (n) y la relativa en forma de porcentaje (%).

En el caso de las variables cuantitativas utilizamos como medidas de resumen la media, desviación típica (DT), mediana, mínimo, máximo, cuartiles (Q1, Q3) y N.

#### *b) Estadística analítica*

Para estudiar la asociación entre variables cualitativas, se realizaron tablas de contingencia, empleando la prueba Chi cuadrado si el tamaño de la muestra era suficientemente grande y el test exacto de Fisher en los casos en los que fue necesario debido al escaso tamaño de la misma (20% o más celdas con valores de frecuencia esperada inferiores a 5).

En las variables cuantitativas, se comprobó la “normalidad” de estas mediante el test de Kolmogorov-Smirnov (Shapiro Wilk en muestras pequeñas). Para estudiar las diferencias de medias entre dos grupos, en el caso paramétrico, se utilizó la prueba t de Student y en el caso de que las variables no se aproximaran a la distribución normal, la prueba U de Mann Whitney.

En todos los análisis se estableció un nivel de significación estadística en valores por debajo de 0,05.

## RESULTADOS

Se recibieron registros de 1862 pacientes, que fueron recogidos por 97 psicoterapeutas-investigadores pertenecientes a 12 asociaciones psicoanalíticas de la FEAP (Tabla 1). La muestra de pacientes procedía de 12 provincias en 7 comunidades autónomas (CC. AA) distintas (Figura 1).

### *a) Análisis perfil psicoterapeutas*

La muestra de psicoterapeutas participantes en el estudio fue de 97 personas con una edad media de 51,4 años, de los cuales el 62% tenían 50 o más años de edad (Tabla 2). El 75,3% de la muestra fueron mujeres. La media de años de ejercicio profesional estaba en 23. Respecto a la variable formación universitaria del terapeuta, el 79% estudió psicología. Respecto a la especialización del terapeuta, de forma monográfica o combinada, un 95% trataba a adultos. Las combinaciones más comunes fueron: adultos monográfico 36%, niños/adolescentes/adultos el 21%, adolescentes/adultos el 11% y niños/adolescentes/adultos/parejas el 9%. La localización geográfica del terapeuta corresponde a 12 provincias en 7 CC. AA, donde Madrid y Barcelona aglutinan al 65% de los terapeutas. El 73% de los terapeutas ejercían en el ámbito privado.

Por tanto, el perfil más frecuente del terapeuta participante en este estudio es: mujer, de 51,4 años, psicóloga, con 23 años de experiencia profesional, especializada en adultos, que trabaja en el ámbito privado y que reside en Madrid o Barcelona (Tabla 2).

### *b) Análisis perfil pacientes*

De los 1862 pacientes del estudio, el 60% eran mujeres (n=1113). El 68% de los pacientes tenían menos de 40 años. La cuarta década de la vida es a la que pertenecen mayor número de pacientes (26,3%), seguida de la tercera década, con un 25,1% (Tabla 3). En relación a la edad, existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) en el sexo del paciente: en todas las categorías de edad hay más mujeres que hombres, a excepción de los menores o iguales a 18 años, donde el porcentaje de hombres (21,6%) es superior al de mujeres (12,8%) (Figura 2).

La variable *Estado civil* se resume como sigue: mayoría de hombres estaban solteros (61,6% frente al 49,7% de mujeres;  $p < 0,001$ ), el 38,4% de las mujeres estaban casadas o en pareja (frente al 32% de los hombres;  $p < 0,001$ ) y el 11% de las mujeres estaban separadas o divorciadas (frente a un 5,5% los hombres;  $p < 0,001$ ). Respecto a la variable *Profesión*, había más mujeres con profesión cualificada (53,7% vs. 50,7%) y en situación de desempleo (6,9% vs. 3,9%), mientras que más hombres eran estudiantes (30,3% vs. 22,7%;  $p = 0,01$ ). El 40% de nuestra población tiene formación universitaria (34,1% de los hombres y 43,8% de las mujeres) y el 9,7% estudios de postgrado. El *Nivel económico* fue medido en función de los ingresos anuales, en tres categorías: el nivel medio (15.000-25.000 €/año) fue más frecuente en la mujer (46,3% vs. 41,8%;  $p = 0,029$ ), mientras que el nivel alto (más de 25.000 €/año) lo fue en los hombres (36,9% vs. 31%;  $p = 0,029$ ) y no hubo diferencias por sexos respecto

al nivel bajo (menos de 15.000 €/año). En la variable *Orientación sexual*, el 90,2% de los pacientes eran heterosexuales (87,1% hombres vs. 92,4% mujeres;  $p < 0,001$ ) y el 6,5% eran homosexuales (9,8% hombres vs. 4,3% mujeres;  $p < 0,001$ ).

Con relación a las variables *Motivo de consulta principal y secundario* (Tabla 4), la sensación de malestar y/o insatisfacción fue el motivo de consulta principal más frecuente tanto de manera general (21%) como en el análisis por sexo. Existen diferencias estadísticamente significativas en los motivos de consulta “problemas de comportamiento o adaptación” (10,5% hombres vs. 5,6% mujeres;  $p < 0,001$ ) e “insatisfacción sexual” (10% hombres vs. 2% mujer;  $p < 0,001$ ) siendo estos más frecuentes en los hombres. En cambio, fue más común en mujeres que consultaran por “sensación de malestar y/o insatisfacción” (18% hombres vs. 23% mujer;  $p = 0,019$ ) y “cansancio o tristeza prolongados” (8% hombres vs. 13% mujer;  $p < 0,001$ ).

En el apartado de *Psicopatología* (Tabla 5) el diagnóstico más común fueron las neurosis, presentes en el 67,3% de los pacientes. En el análisis por sexo, hubo diferencias estadísticamente significativas en “neurosis”, más frecuente en mujeres (70% vs. 63,5%;  $p = 0,004$ ) y en “psicosis”, más frecuentes en hombres (7,2% vs. 4,6%;  $p = 0,015$ ). Un 10,3% ( $n = 190$ ) de los pacientes presentó una combinación de categorías en el diagnóstico (comorbilidad). La más frecuente fue “neurosis + trastorno personalidad” en el 9,3% de los pacientes. La neurosis de ansiedad fue la más frecuente tanto de forma global (22,7%) como en mujeres (25,2% mujeres vs. 19% hombres;  $p = 0,029$ ) y la obsesiva la más frecuente en hombres (22,6% vs. 8,4%;  $p < 0,001$ ). El trastorno límite de personalidad fue el trastorno de personalidad más frecuente de forma global (9,7%) y también en la mujer (11,9% vs. 6,4%;  $p < 0,001$ ), mientras que en el hombre fue más frecuente la organización narcisista (11,3% vs. 4,8%;  $p < 0,001$ ). Dentro del grupo de las psicosis, se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de las mujeres en la frecuencia de la psicosis maniaco-depresiva (2,1% vs. 1,1%;  $p = 0,001$ ), que también fue la psicosis más frecuente de forma global, y a favor de los hombres en el espectro autista (2,6% vs. 0,6%;  $p = 0,001$ ).

Respecto a la *Duración de la terapia* (Tabla 6), el 53% de los pacientes ( $n = 941$ ) llevaban menos de 2 años en terapia y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo. El 55,4% ( $n = 1029$ ) de los pacientes seguían en terapia en el momento de la recogida de datos del estudio. No se encontraron diferencias significativas respecto a la duración de la terapia entre aquellos pacientes que seguían en terapia frente a aquellos que no seguían en terapia en el momento del estudio (Tabla 6).

De los pacientes que no seguían en terapia, el motivo de la finalización fue “alta consensuada” en el 65,1% frente a “interrupción del tratamiento” en el 34,1%. Respecto al *Tipo de terapia psicoanalítica* que estaban recibiendo los pacientes, el

97,3% estaba recibiendo terapia individual, apareciendo la terapia de pareja y de grupo de forma residual. El 39% de los pacientes (n=717) recibieron psicoterapia de cualquier tipo como tratamiento previo antes de acudir a nuestras consultas. Este porcentaje fue mayor en mujeres que en hombres (43,1% vs. 35,1%;  $p=0,008$ ). El *Tratamiento con psicofármacos* (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos) estuvo prescrito en el 33,3% de los pacientes (n=617) y fue más frecuente en mujeres que en hombres (35,3% vs. 30,2%;  $p=0,022$ ).

Por tanto, el perfil más frecuente del paciente participante en este estudio es: mujer, residente en Madrid o en Barcelona, con una edad menor de 40 años, soltera, que vive en pareja, universitaria, heterosexual, con ingresos medios, que acude a terapia individual por presentar sensación de malestar general, diagnosticada de neurosis de ansiedad, que estaba en terapia en el momento del estudio, llevaba menos de 2 años de terapia y no estaba en tratamiento con psicofármacos.

## DISCUSIÓN

Revisaremos algunos de los datos de nuestro estudio y los pondremos en perspectiva con la literatura publicada, destacando algunos puntos que nos parecen de especial relevancia.

Respecto a la elevada edad media de los terapeutas (51,4 años) y a la experiencia acumulada, en torno a 23 años de media, podemos pensar que estos hallazgos están condicionados por el itinerario formativo de la psicoterapia en España, que requiere una formación universitaria previa y una formación de postgrado de varios años de duración. Esta situación es también frecuente en otros países como el Reino Unido (30), Estados Unidos, Finlandia (31,33) o Alemania (23). También es conocido el predominio de las mujeres en profesiones como la psicología (34), que es la profesión de acceso más frecuente a la formación como psicoterapeuta en España. En nuestro estudio había un 79% de psicólogas. En un estudio español con una muestra con psicoterapeutas de la FEAP (27), describieron una menor edad media (42 años) y experiencia (12 años), así como un porcentaje menor de mujeres: 54%. El 57% definió su orientación profesional como psicodinámica. El resto de variables fueron similares a las nuestras. Es posible que estas diferencias se deban a la evolución de esta población en los últimos 13 años, que es el tiempo entre ambos estudios o a la diferencia en el tamaño muestral. En una encuesta realizada por el Consejo General de Psicología (28) a un grupo de 349 psicoterapeutas de distintas orientaciones (35% eran psicodinámicos), la edad media fue de 52 años, 15 años de experiencia y el 62% eran mujeres.

En todos los estudios consultados donde se analiza la psicoterapia, incluyendo el nuestro, la terapia individual y de adultos es la más frecuente, así como el ámbito



privado del ejercicio profesional. En cuanto a la localización geográfica de nuestra muestra, el 65% de los terapeutas trabajan en Madrid o en Barcelona, posiblemente debido a que estas ciudades concentran la mayoría de las instituciones que imparten formación acreditada, así como una importante parte de la población y la actividad económica. De las 12 asociaciones psicoanalíticas de FEAP que participan en el estudio, 5 están en Madrid y 4 en Barcelona. En relación con lo anterior, era lógico que el 67% de los pacientes del estudio también vivieran en esas mismas ciudades. Aun así, hay actividad clínica psicoanalítica en hasta 12 provincias de 7 CC. AA en nuestro estudio. Desconocemos el número total de psicoterapeutas que existen en España. La FEAP tiene su propio registro nacional de aquellos profesionales que acredita, accesible desde su página web. Según datos facilitados por la sección psicoanalítica de FEAP, existen 836 psicoterapeutas psicoanalíticos/ psicoanalistas acreditados y en torno a 560 psicoterapeutas más, no acreditados, pero asociados a las asociaciones pertenecientes a la sección psicoanalítica. La División de Psicoterapia del Consejo General de Psicólogos la conforman 1552 miembros (74% mujeres) (28).

En los estudios sobre salud mental que encontramos en la literatura científica, hay dos grandes bloques: aquellos realizados en población general (4,35,36) y aquellos realizados en población usuaria de servicios de salud mental (12,15,16,18,22-26,37,38). La muestra de pacientes de nuestro estudio pertenece a la segunda categoría. La muestra de estos estudios tiende a ser más joven y con mayor prevalencia de trastornos mentales y de comorbilidades. Nuestro tamaño muestral (1862 pacientes) está en línea e incluso supera en algunos casos a los tamaños muestrales encontrados en estudios similares, que van de los 62 (39) a los 5908 pacientes del estudio alemán DPG (40).

Es una constante en todos los estudios consultados las diferencias de género a favor de la mujer respecto al número y a la prevalencia de trastornos y síntomas mentales como la depresión o la ansiedad. También es más frecuente que la mujer consulte a los servicios de salud mental por este tipo de problemas (41). Las diferencias de género encontradas en los estudios, tanto en población general como en los estudios del ámbito de la salud mental, arrojan diferencias de hasta 50 puntos porcentuales entre hombres y mujeres (24). Lo más frecuente es que haya diferencias en torno a los 20 puntos, como ocurre en nuestro estudio. En el caso de España, estas diferencias no se justifican por las características de la pirámide poblacional, donde en 2019 había un 49% de hombres y un 51% de mujeres (42). Ahora bien, entre los menores de 18 años, el porcentaje de hombres (21,6%) fue superior al de mujeres (12,8%). Una potencial explicación para esta diferencia es que los niños y adolescentes varones, cuando tienen conflictos o dificultades a estas edades, son más agresivos y manifiestan más visiblemente sus conductas inadaptadas que las niñas o las adolescentes. Esto puede observarse en la mayor prevalencia de problemas de

salud mental encontrada en niños varones, sobre todo de trastornos de la conducta. En las niñas se encontró mayor prevalencia de ansiedad y depresión (35). El 68% de nuestra población estaba por debajo de 40 años, siendo la mayoría (51%) pertenecientes a la tercera y cuarta décadas de la vida. Encontramos edades medias similares en otros estudios realizados en población de salud mental (12,18,23,26,39), mientras que las edades medias en los estudios realizados en población general tienden a ser mayores (4).

Comparando el estado civil de nuestra muestra con otros estudios similares, nuestros datos de solteros/as son los más altos: 54,4% frente a 49% del estudio de Aranjuez (12) o al 36% del estudio canadiense (43). La mayor proporción de solteros entre los hombres (61,6% vs. 49,7%) nos hace preguntarnos si esto puede ser considerado como factor de riesgo para el sufrimiento mental o como consecuencia de él. Nuestro dato de separados y divorciados/as, 11%, está en línea con lo publicado en otro estudio español reciente (18).

Según el informe español del estudio Panorama de la Educación 2019 (44), la población española adulta (25-64 años) con estudios terciarios (grado y postgrado) es del 37,3%, con un predominio entre las mujeres (15% más que los hombres). En nuestro estudio, hubo un 49,7% de la muestra con estudios terciarios, con un predominio de la mujer (53%) frente al hombre (44%). Está descrito en la literatura que la población atendida en consultas de psicoterapia tiene un perfil formativo mayor que la población general, tal como encontramos en nuestros datos (45), pero este hallazgo no se corrobora en los Centros de Salud Mental públicos (12,15,16).

Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2018 (46), la renta media por unidad de consumo estaba en 16.937€/año. La media del rendimiento del trabajo en la campaña del IRPF 2017 (47) estaba en 20.791€. Además, el 80% de la población española declara ingresos por debajo de 30.000€ (IRPF 2016). Con estos datos, construimos los tres segmentos que definen la variable nivel económico. Nos encontramos con que un 66,6% de nuestra muestra cae dentro de las categorías económicas baja y media, es decir, ingresan menos de 25.000€/año. Este dato nos confirma que el psicoanálisis es una terapia utilizada en todos los entornos y estratos económicos y sociales, y no únicamente entre aquellos grupos con mayor poder adquisitivo.

Dalia Research estima que el 6,9% de la población española es homosexual (6,6% hombres y 7,3% mujeres) (48). Los datos de nuestro estudio están en concordancia, con un porcentaje de homosexualidad del 6,5%. Sin embargo, nosotros encontramos el doble de homosexualidad declarada entre los hombres (9,8%) que entre las mujeres (4,3%).

La mayoría de las variables recogidas en este estudio son de las primeras entrevistas con los pacientes. Entre los objetivos de estas entrevistas está el esbozar un

diagnóstico psicodinámico, lo que no significa poner una etiqueta como ocurre en medicina, sino lograr cierto discernimiento de lo que está ocurriendo en la psiquis del paciente. Y ello aún de una forma limitada y provisional (49). También en estas primeras entrevistas se delimita el motivo de consulta o demanda del paciente. Aunque solo después de un cierto tiempo puede tenerse una visión completa de cuál es la verdadera demanda del paciente, el terapeuta debe intentar esclarecer el motivo de consulta desde los primeros momentos de la interacción. Analizaremos a continuación los principales motivos de consulta recogidos en nuestro estudio (Tabla 4).

El psicoanálisis nos ha enseñado que, en la comunicación, además de las dimensiones analógica y digital, verbal y no verbal, hemos de incluir la dimensión propiamente psicoanalítica del inconsciente: lo manifiesto y lo latente (50). En nuestro estudio nos referimos a los motivos de consulta manifiestos. El motivo de consulta manifiesto obedece a la interpretación que el paciente hace de su malestar, que está mediatizada por la información médica o psicológica de que dispone, su capacidad para entenderla adecuadamente, el haber sufrido experiencias previas iguales o semejantes, el imaginario socio-cultural en el que vive, etc. (51). El motivo de consulta más frecuente es la “sensación de malestar y/o insatisfacción”, presente en 652 personas. Se trata de una demanda inespecífica. Parece que hay una dificultad en construir de modo visible la demanda de ayuda psicológica, no solo en su formulación verbal, sino incluso en aceptar que alguien pueda ayudarnos en algo que intuimos muy personal. El paciente sabe o intuye que su problema es psicológico, pero no consigue darle una forma operativa: “no me siento feliz”; “siento que algo debería cambiar en mi vida”; “me encuentro estancado y sin ilusión”; “necesito mejorar mi estado de ánimo” (52).

El segundo gran bloque de motivos de consulta son las “dificultades en las relaciones personales”, presente en 447 personas de forma directa y en otras formas como “conflictos de pareja” en 250 personas, e “incomunicación y violencia familiar” en 210 personas. En tercer lugar aparecen el “cansancio o tristeza prolongados” en 349 personas, muy probablemente en relación con cuadros depresivos de distinta intensidad, así como también las 153 personas que estaban en un proceso de “duelo” o las 106 personas que acudieron por “soledad”. Los síntomas depresivos y los trastornos del humor, junto con las múltiples manifestaciones de la ansiedad, conforman el grueso de la actividad clínica en cualquier dispositivo asistencial. Los “miedos y fobias” ocupan el siguiente grupo por frecuencia, seguido por las 240 personas con “problemas de comportamiento o adaptación”. La “insatisfacción sexual” fue el motivo de consulta de 146 personas, o lo que es lo mismo, un 5% de los motivos de consulta. Esto contrasta con la prevalencia de disfunción sexual reportada en el estudio GSSAB (53), bastante superior, donde además encontraron una correlación positiva entre depresión, problemas de pareja y disfunción sexual. Es muy probable

que los pacientes no acudan a las consultas de psicoterapia en primer término cuando tienen un problema sexual, consultando a los sexólogos y a los médicos, siendo este abordaje multidisciplinar acertado, ya que en muchas ocasiones pueden intervenir factores psicológicos y orgánicos (54-56).

Los diagnósticos relacionados con la salud mental que encontramos con mayor frecuencia en la literatura son los trastornos depresivos y los de ansiedad (3,4,12-14,16,23,35-38). En nuestro estudio utilizamos la clasificación psicopatológica propuesta por Joan Coderch (57). En la mayoría de los trabajos consultados, incluyendo los de orientación psicodinámica, utilizaron las clasificaciones DSM y/o CIE para referirse a la psicopatología. Desde una perspectiva clínica, especialmente psicoanalítica, el DSM-5 presenta serias limitaciones. Como ocurría con sus antecesores, casi todo el énfasis se coloca en lo que es posible observar y describir, prestando escasa atención a las estructuras subyacentes menos visibles, las dinámicas y los significados. Esta es una de las razones principales de que se siga dando vueltas al debate “diagnóstico categorial – diagnóstico dimensional” (58). En nuestro estudio, en concordancia con lo publicado en la literatura, los diagnósticos más comunes fueron la neurosis de ansiedad (22,7%) y la depresiva (19,6%). En su conjunto, un 67,3% de nuestra población fue diagnosticada de una neurosis, entendiéndolo como tal un trastorno mental leve. No olvidemos que estos diagnósticos fueron impresiones iniciales de los terapeutas, basadas en los datos recogidos durante las primeras entrevistas. Se trata pues de un diagnóstico sindrómico, una foto estática inicial, que es un elemento más y no el único de la evaluación inicial del paciente. Los trastornos de la personalidad fueron el segundo grupo de diagnósticos más frecuentes, presentes en un 36,4% de los casos. Los más comúnmente diagnosticados fueron el trastorno límite de personalidad (9,7%, más frecuente en mujeres) y el narcisista (7,4%, más frecuente en hombres). Los trastornos de la personalidad no son fáciles de diagnosticar, por lo que su prevalencia generalmente está infraestimada. En parte, este infradiagnóstico se da por carencia de síntomas y otras veces por ausencia de conciencia de enfermedad por parte del paciente (58,59). En dos estudios españoles realizados en población psiquiátrica, las prevalencias comunicadas de trastorno de personalidad fueron muy similares a las nuestras: 40,1% (60) y 39,4% (61). Sin embargo, hay cifras muy dispares publicadas en otros estudios, entre 3,7% y 91% (59). Las psicosis son el grupo menos frecuente de nuestra muestra, con un 5,7% de los pacientes dentro de diagnóstico. Las cifras de prevalencia de psicosis en población general están en torno al 0,5–1,5% según los estudios, pudiendo llegar al 2,5% en poblaciones con elevada concentración de factores de riesgo (62). Según el estudio multinacional EU-GEI (63) que incluía a España, existe una importante heterogeneidad en el riesgo de los trastornos psicóticos en función de las personas y de los lugares.

Cuando se habla de la duración de la terapia en general, se está haciendo una simplificación del asunto, ya que la propia naturaleza de la psicoterapia no es homo-

génea, y depende de las necesidades del paciente, del tipo de ayuda que solicita, de sus condicionantes sociales, económicos, familiares, etc. Aun así, quisimos conocer este dato, tanto para aquellos pacientes que ya habían terminado su tratamiento en el momento de la recogida de estos datos (44,6%) como para aquellos que seguían en terapia (55,4%). El grupo más numeroso (53%, n=943) fueron aquellos pacientes con una duración de la terapia inferior a dos años (478 pacientes menos de 1 año y 465 entre 1 y 2 años). La otra mitad de los pacientes se dividía entre el grupo de 2 a 4 años (25,5%) y aquellos con terapias de más de 4 años (21,6%). Para intentar discernir si el grupo más numeroso, cuya duración de la terapia era inferior a 2 años, estaba compuesto fundamentalmente por pacientes que habían empezado la terapia recientemente, construimos una tabla de contingencia (Tabla 6). En ella se cruzaron las variables duración de la terapia, en las tres categorías referidas, y si el paciente seguía o no en terapia. El resultado del análisis nos muestra que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ( $p=0,207$ ), es decir, el grupo de pacientes con duración de la terapia inferior a dos años es realmente el grupo más numeroso de la muestra y no está sesgado por contener a una mayoría de pacientes que recientemente iniciaron su terapia. En países como Alemania, donde las compañías de seguros reembolsan determinadas terapias, influyen en gran medida en la duración de las mismas (23). De hecho, financian hasta un máximo de 80 sesiones para terapia cognitivo-conductual, 100 sesiones para la psicoterapia psicoanalítica y hasta un máximo de 300 sesiones para el psicoanálisis (24). Cien sesiones a una frecuencia de una sesión semanal, que es el ritmo habitual en la psicoterapia psicoanalítica, supone una duración máxima de 2 años en estas terapias. Estos datos estarían en línea con los nuestros.

Es interesante el hecho de que un 39% de las personas de nuestro estudio ya habían estado previamente en tratamiento con algún tipo de psicoterapia. En otros estudios similares estos porcentajes son más bajos, en torno al 20% (25,26).

El 33,3% de los pacientes de nuestro estudio fueron tratados con psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos y/o antipsicóticos). Según la Encuesta Nacional de Salud de 2017 (35), en España un 10,7% de la población general consumía benzodiazepinas y un 5,6% de los adultos, antidepresivos. En los estudios con población usuaria de los servicios de salud mental, la utilización de psicofármacos es muy variable: entre el 15% y el 60% (25,39).

Nuestro estudio refleja aproximadamente un 7% de la actividad psicoanalítica de las 23 asociaciones vinculadas a la sección psicoanalítica de la FEAP, y con estos datos no podemos estimar cuántos pacientes son tratados en España con terapia psicoanalítica. Si nos centrásemos únicamente en el ámbito privado –que ya ha quedado demostrado en distintas publicaciones que aglutina aproximadamente un 70-75% de la actividad psicoanalítica clínica– tenemos identificados unos 1400 psi-

coanalistas de la FEAP y, según datos publicados en la literatura, el número medio de pacientes por terapeuta suele estar en torno a 20-25 (27), lo que haría un total de unos 30.000 pacientes, sabiendo que este dato es una infraestimación.

## LIMITACIONES

Este estudio supone una primera experiencia de colaboración transversal en un proyecto de investigación en la sección psicoanalítica de la FEAP.

Hemos identificado un probable sesgo en la selección de los pacientes, de manera que la mayoría de los psicoterapeutas incluyeron pacientes “tipo”, aquellos que les dejaron mayor huella en su memoria, o que trataron con más éxito. En el protocolo, los criterios de selección fueron laxos a propósito, para no dificultar la inclusión de pacientes, y para no seleccionar ningún perfil específico *a priori*. Es importante señalar que, aun así, hubo un 34 % de pacientes cuyas altas no fueron consensuadas, es decir, abandonos del tratamiento.

En futuros estudios recomendamos incluir alguno de los nuevos sistemas diagnósticos psicodinámicos: OPD-2 y PDM-2 (64,65) y valorar un diseño prospectivo que recoja algunas variables de eficacia y/o de cambio terapéutico.

## CONCLUSIONES

Nuestro estudio refleja aproximadamente un 7% de la actividad psicoanalítica de la sección de terapias psicoanalíticas de la FEAP.

Este estudio concluye que la psicoterapia psicoanalítica está presente en nuestra sociedad, sobre todo en el ámbito privado, y que su utilización como herramienta terapéutica llega a personas de todas las edades, estratos socioeconómicos y severidad de la enfermedad mental. En este estudio, la mayoría de los psicoterapeutas psicoanalíticos son mujeres y la edad media de los profesionales es elevada. Es importante seguir incorporando talento a nuestras organizaciones y para ello debemos continuar evolucionando e innovando. Pensamos que el impulso de la investigación en la FEAP debe ir dirigido hacia estudios con diseños prospectivos que nos permitan valorar nuestras intervenciones a lo largo del tiempo y conocer su impacto en la calidad de vida de los pacientes.

## AGRADECIMIENTOS

Al presidente de FEAP, D. Íñigo Ochoa de Alda Martínez de Apellániz y a su Junta Directiva por el apoyo para la realización de este proyecto. A la Junta Directiva

de la sección psicoanalítica, representada por su presidenta, D<sup>a</sup> Rosario Castaño Catalá, y a todas las asociaciones participantes en el estudio EPIFEAP. A todos los investigadores que de manera altruista nos regalaron los frutos de su trabajo. A las personas que revisaron este trabajo y ayudaron a mejorarlo: Amaya García Tejedor (CEAP), Carlos Rodríguez Sutil (IPR) y al Prof. Dr. Alejandro Ávila. A Ana Ta-  
boada, por su inestimable ayuda en el análisis estadístico de nuestros datos.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Prince M, Patel V, Saxena S, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370(9590): 859-877.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Salud mental. 2017. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/)
- (3) James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858.
- (4) Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12): 445-451.
- (5) Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35 (Suppl 2): 21-28.
- (6) Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro M, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 299-306.
- (7) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: [https://www.mscols.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](https://www.mscols.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
- (8) Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar I. Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos. Diferencias por comunidades autónomas según la Encuesta Nacional de Salud de 2006. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 29-41.
- (9) Sadeniemi M, Almeda N, Salinas-Pérez JA, Gutiérrez-Colosía MR, García-Alonso C, Ala-Nikkola T, et al. A comparison of mental health care systems in Northern and Southern Europe: A service mapping study. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(6): 1133.
- (10) Salvador-Carulla L, Almeda N, Álvarez-Gálvez J, García-Alonso C. En la montaña rusa: breve historia del modelo de atención de salud mental en España. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit* 2020; 34 (S1): 3-10.
- (11) Gómez Beneyto M, de la Rica Giménez JA, García-Cubillana de la Cruz P, Moreno Pérez A, Cabeza Luque I, Fernández Liria A. ESAMEN: Descripción y medida de la estructura de los servicios de atención comunitaria en salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2019; 39(136): 59-88.
- (12) Belloso Roperó JJ, Espín Jaime JC. Un año de pacientes nuevos en un servicio de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2007; 27(99): 39-58.
- (13) Castaño Ferro C, Rodríguez Gorostiza MI, Sánchez de la Blanca MS, Solana Azurmendi B. Utilización de los servicios de salud mental de Alcalá de Henares. Características. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1991; 11(39): 45-53.
- (14) Martínez O, Beitia M, Araluce K, Ayerra JM, Cela C, Grijalvo J, et al. Estudio de las primeras consultas en un centro de salud mental (II). Características clínicas, sucesos



- vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1997; 17(62): 203-222.
- (15) De Francisco Beltrán P, Goenaga Palancares E. Diferencias de la demanda en salud mental según hábitat. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2002; 22(82): 105-113.
  - (16) Montilla JF, González C, Retolaza A, Dueñas C, Alameda J. Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2002; 21(84): 25-47.
  - (17) Martínez O, Beitia M, Araluce K, Elejabarrieta J, Quesada I. Estudio de las primeras consultas de un centro de salud mental (1). Características sociodemográficas, vías de derivación y tratamiento anterior. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1997; 17(61): 37-60.
  - (18) Valencia Agudo F, García Haro J, Gimeno Peón A, Pérez Zabalza A, de la Viuda Suárez ME. Análisis de la demanda en salud mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2014; 34(124): 741-752.
  - (19) Jiménez Estévez JF. El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2011; 31(112): 735-751.
  - (20) Madoz-Gúrpide A, Ballesteros Martín JC, Leira Sanmartín M, García Yagüe E. Enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Rev Esp Salud Pública* 2017;91.
  - (21) FEAP. ¿Qué es FEAP? 2020. [Consultado el 6 de Marzo de 2021] Disponible en: <http://www.feap.es/index.php/federacion/que-es-feap>
  - (22) Strauss BM, Wolfgang L, Steffanowski A, Wittmann WW, Boehnke JR, Rubel J. Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychother Res.* 2015; 25(1): 32-51.
  - (23) Henkel M, Zimmermann J, Huber D, Staats H, Wiegand-Grefe S, Taubner S, et al. Patient characteristics in psychodynamic psychotherapies. *Psychoanal Psychol.* 2019; 36 (1):1-8.
  - (24) Huber D, Guenther K. Research evidence and the provision of long-term and open-ended psychotherapy and counselling in Germany. *Eur J Psychother Couns* 2017; 19 (2):158-174.
  - (25) 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 (STOPPP). *Int J Psychoanal.* 2000; 81, 921-942.
  - (26) Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Härkänen T, et al. 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 – Helsinki study. *J Affect Disord* 2011; 132: 37-47.
  - (27) Coscollá A, Caro I, Ávila A, Alonso M, Rodríguez S, Orlinsky D. Theoretical orientations of Spanish psychotherapists: Integration and eclecticism as modern and postmodern cultural trends. *J Psychother Integr.* 2006; 16(4): 398-416.

- (28) Labrador Encinas FJ, Berdullas Temes M. Actualidad de la psicoterapia en España. Infocop online, 15 diciembre 2017. [Consultado el 14 de abril de 2021] Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7174](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7174)
- (29) Orlinsky D, Ronnestad MH, Gerin P, Willutzki U, Dazord A, Ambühl H, et al. Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychother Res.* 1999; 9 (2): 127-153.
- (30) Tantam D. Psychotherapy in the UK: Results of a survey of registrants of the United Kingdom Council for Psychotherapy. *Eur J Psychother and Counsel.* 2006; 8: 321-342.
- (31) Cook JM, Biyanova T, Elhai J, Schnurr PP, Coyne JC. What do psychotherapists really do in practice? An internet study of over 2,000 practitioners. *Psychotherapy.* 2010; 47(2): 260-267.
- (32) Gallego-Luis R. Presentación del estudio epidemiológico sobre una muestra de pacientes atendidos por terapeutas del CEAP (Centro de Estudio y Aplicación del Psicoanálisis). Jornada Evolución del psicoanálisis: 40 años del CEAP. Madrid, 18 febrero, 2017. FEAP. [Consultado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://feap.es/images/feap/documentos/Formacion/Programa%20para%20la%20FEAP.pdf>
- (33) Heinonen E, Knekt P, Jaaskelainen T, Lindfors O. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *Eur Psychiatry.* 2014; 29 (5): 265-274.
- (34) INE. Estadística de profesionales sanitarios colegiados en España. 2018. [Consultado el 29 abril de 2021]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/epsc\\_2018.pdf](https://www.ine.es/prensa/epsc_2018.pdf)
- (35) Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - salud mental. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf)
- (36) Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca de 2018 (ESCAV 18). Disponible en: <http://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones-encuesta-salud-2018/web01-a3osag17/es/>
- (37) Caballero L, Bobes J, Vilardaga I, Rejas J. Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009; 37 (1): 17-20.
- (38) Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de resultats. Àmbit de salut mental i addiccions. Dades 2017. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. [Consultado en abril 2021] Disponible en: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral\\_resultats/informes/fitxers\\_estatics/Central\\_resultats\\_salut\\_mental\\_dades\\_2017.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral_resultats/informes/fitxers_estatics/Central_resultats_salut_mental_dades_2017.pdf)
- (39) Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M, et al. Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychother Res.* 2006; 16 (4): 470-485.
- (40) Henkel M, Zimmermann J, Huber D, Frommer J, Staats H, Benecke C. Patientencharakteristika in psychoanalytischen Ausbildungsambulanzen und Praxen. *Forum Psychoanal.* 2018; 34:99-111.

- (41) Díaz-Granados N, McDermott S, Wang F, Posada-Villa J, Saavedra J, Rondon MB, et al. Monitoring gender equity in mental health in a low-, middle-, and high-income country in the Americas. *Psychiatr Serv* 2011; 62(5): 516-524.
- (42) INE. Cifras de población a 1 de julio de 2020. [Consultado en abril de 2021] Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&cidp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&cidp=1254735572981)
- (43) Roberge P, Fournier L, Duhoux A, Nguyen CT, Smolders M. Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011; 46: 321-330.
- (44) Ministerio de Educación y Formación Profesional. Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE 2019. [Consultado en abril 2021] Disponible en: <https://bit.ly/3r1AWKq>
- (45) Labrador FJ, Estupiñá FJ, García Vera MP. Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema* 2010; 22 (4): 619-616.
- (46) INE. Encuesta de condiciones de vida (ECV) Año 2018. [Consultado abril 2021] Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/ecv\\_2018.pdf](https://www.ine.es/prensa/ecv_2018.pdf)
- (47) Agencia Tributaria. Resumen del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Estadística de los declarantes. [Consultado abril 2021] Disponible en: <http://bit.ly/2ZSKefT>
- (48) Deveraux F. Counting the LGBT population: 6% of Europeans identify as LGBT. Dalia research 2016. [Consultado abril 2021] Disponible en: <https://daliaresearch.com/blog/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt/>
- (49) Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Herder, 1990.
- (50) Bueno-Belloch M. Diagnóstico y evaluación psicológica en psicoanálisis y terapia psicoanalítica. *Psicopatol Cli Leg Forense* 2010; 10: 165-197.
- (51) Martínez-Farrero P. Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2006; 26 (97): 53-69.
- (52) Villegas M. El análisis de la demanda: una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de psicoterapia* 1996; 7 26-27): 25-78.
- (53) Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005; 17:39-57.
- (54) Valero-Aguayo L, Bernet-Carrero J. Tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia sexual. *Escritos de Psicología* 2015; 8 (3): 48-57.
- (55) Cabello F. Manual de sexología y terapia sexual. Madrid: Síntesis, 2010.
- (56) Castaño R. La terapia sexual. Una mirada relacional. Madrid: Ágora Relacional, 2011.
- (57) Coderch J. Psiquiatría dinámica. Barcelona: Herder, 2010.
- (58) Rodríguez Sutil C. Psicopatología psicoanalítica relacional. La persona en relación y sus problemas. Madrid: Ágora Relacional, 2014.
- (59) Giner Zaragoza F, Lera Calatayud G, Vidal Sánchez ML, Puchades Muñoz MP, Rodenes Pérez A, Císcar Pons S, et al. Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria. Estudio descriptivo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2015; 35 (128): 789-799.

- (60) Vázquez-Roel JM, Cittadini M. Trastornos psiquiátricos y de personalidad asociados a adicción a cocaína. Estudio sobre 526 pacientes. Conferencia, 2007. Psiquiatria.com. [Consultado abril 2021] Disponible en: <http://psiqu.com/1-3749>
- (61) Chiclana C, Rodríguez T, Aubá E. Trastornos de personalidad. En: Ortuño F (ed). Lecciones de Psiquiatría. 1ª ed. Madrid: Panamericana, 2010; pp. 257-284.
- (62) Tizón JL, Ferrando J, Artigue J, Parra B, Parés A, Gomà M, et al . Psicosis y diferencias sociales: Comparando la prevalencia de las psicosis en dos medios urbanos diferenciados. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2010; 30 (106): 193-218.
- (63) Jongasma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulé A, Szöke A, et al. Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI Study. JAMA Psychiatry 2018; 75 (1): 36-46.
- (64) Grupo de Trabajo OPD (Edits.) Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD – 2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia. Barcelona: Herder, 2008.
- (65) Lingiardi V, McWilliams N (Eds). Psychodynamic diagnostic manual. Second ed. PDM-2. New York: The Guildford Press, 2017.

TABLA I

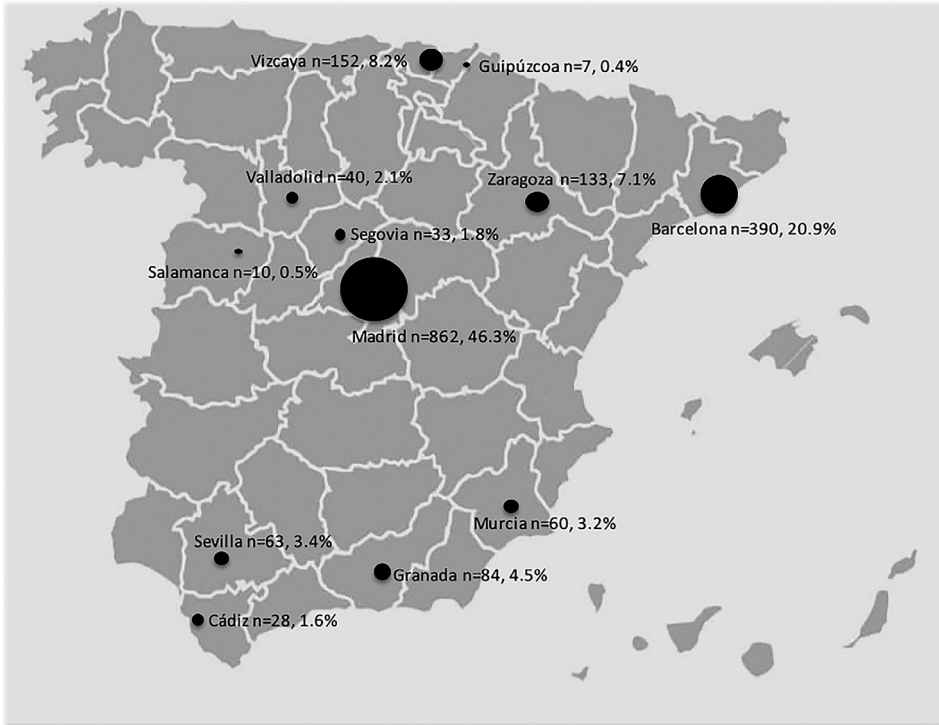
*Número de terapeutas y pacientes por asociación*

Asociación*	Provincia	Nº de terapeutas	Nº de pacientes
IPR	Madrid	10	317
CEAP	Madrid	11	210
Oskar Pfister	Madrid	13	202
CPM	Madrid	8	180
AAIPNA	Zaragoza	11	164
AECPNA	Madrid	7	163
GPAB	Vizcaya	10	159
SEP	Barcelona	8	151
Fundación Puigvert	Barcelona	7	105
Gradiva BCN	Barcelona	5	98
AEPDySH	Cádiz	4	63
ACCEP	Barcelona	3	50
Total		97	1862

\* Asociaciones de la sección psicoanalítica de FEAP que participaron en el estudio EPIFEAP. IPR: Instituto de Psicoterapia Relacional; CEAP: Centro de Estudios y Aplicación del Psicoanálisis; CPM: Centro Psicoanalítico de Madrid; AAIPNA: Asociación Aragonesa para la Investigación Psíquica del Niño y el Adolescente; AECPNA: Asociación Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes; GPAB: Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao; SEP: Sociedad Española de Psicoanálisis; AEPDySH: Asociación Española de Psicoterapia Dinámica y Sistemas Humanos; ACCEP: Asociación Catalana para la Clínica y la Enseñanza del Psicoanálisis.

FIGURA I

*Distribución geográfica de la muestra de pacientes*



Provincia, n= número de pacientes en esa provincia, %= porcentaje sobre el total de pacientes del estudio (n=1862).

TABLA 2

*Principales variables de los psicoterapeutas (n=97)*

<b>Variables</b>	<b>%</b>	<b>Media (DT; min., máx.)</b>
<b>Sexo: mujer</b>	75.3	
<b>Edad (años)</b>		51.4 (12.4; 26, 76)
<b>Experiencia profesional (años)</b>		23 (13.1; 3, 45)
<b>Formación universitaria</b>		
<b>Psicología</b>	79	
<b>Medicina</b>	17	
<b>Otro</b>	4	
<b>Especialidad</b>		
<b>Adultos</b>	95	
<b>Adolescentes</b>	55	
<b>Niños</b>	40	
<b>Parejas</b>	23	
<b>Provincia donde ejerce</b>		
<b>Madrid</b>	42.3	
<b>Barcelona</b>	22.7	
<b>Vizcaya</b>	9.3	
<b>Zaragoza</b>	9.3	
<b>Otra</b>	16.4	
<b>Ámbito ejercicio</b>		
<b>Privado</b>	73	
<b>Público</b>	4.5	
<b>Ambos</b>	22.5	

TABLA 3

*Variables sociodemográficas de los pacientes (n=1862)*

<b>Variable</b>	<b>%</b>
<b>Sexo: mujer</b>	60
<b>Edad (años)</b>	
<b>Menor o igual a 18</b>	16.3
19 - 29	25.1
30 - 39	26.3
40 - 49	19.1
50 - 59	9.9
<b>Mayor o igual a 60</b>	3.3
<b>Nivel de estudios*</b>	
<b>Primaria</b>	2.0
<b>Secundaria</b>	8.8
<b>FP I y II</b>	11.4
<b>Universidad y postgrado</b>	49.7
<b>Estudiante</b>	27.7
<b>Desempleo</b>	5.7
<b>Estado civil</b>	
<b>Soltero</b>	54.4
<b>Casado y/o en pareja</b>	36
<b>Separado/divorciado</b>	8.7
<b>Viudo/a</b>	0.9
<b>Nivel económico (€/año)</b>	
<b>Bajo (menos 15.000)</b>	22,1
<b>Medio (15.000-25.000)</b>	44.5
<b>Alto (más de 25.000)</b>	33.4
<b>Orientación sexual</b>	
<b>Heterosexual</b>	90.2
<b>Homosexual</b>	6.5
<b>Otra</b>	3.3

\* Máxima titulación alcanzada



FIGURA 2

*Edad del paciente por sexo*

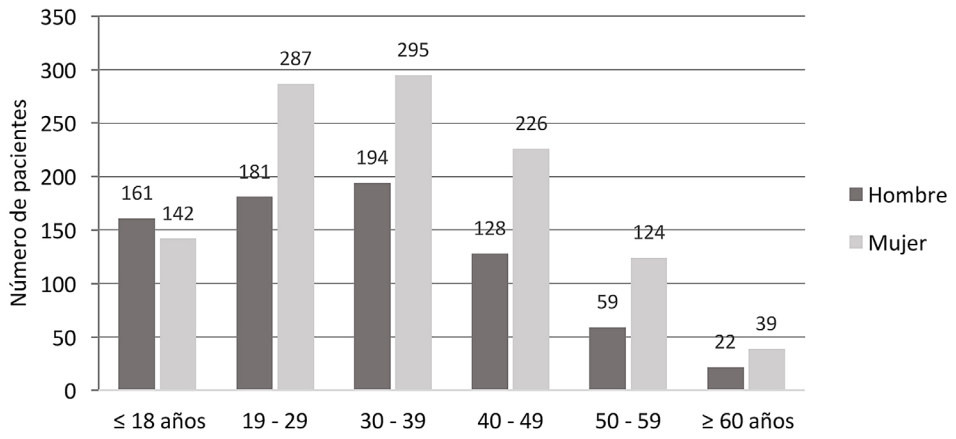


TABLA 4  
*Motivo de consulta principal y secundario*

Motivo de consulta*	Principal		Secundario	
	n	%	n	%
Sensación de malestar y/o insatisfacción	391	21.3	261	16.2
Dificultad en las relaciones personales	214	11.7	233	14.5
Cansancio o tristeza prolongados	208	11.3	141	8.8
Miedos /fobias	175	9.5	97	6.0
Problemas de comportamiento o adaptación	141	7.7	99	6.1
Conflictos de pareja	134	7.3	116	7,2
Insatisfacción sexual	100	5.4	46	2,9
Otro	81	4.4	32	2.0
Duelo	79	4.3	74	4,6
Enfermedades físicas, somatización	70	3.8	69	4,3
Incomunicación familiar	48	2.6	98	6.1
Violencia familiar	36	2.0	28	1,7
Consumo de sustancias de abuso	34	1.9	49	3.0
Fracaso escolar	30	1.6	35	2.2
Pautas de alimentación inadecuadas	28	1.5	25	1.8
Malestar en relación con su imagen física	23	1.3	42	2.6
Alteraciones del sueño	21	1.1	71	4.4
Sentimientos de soledad	20	1.1	86	5.3
Necesidad de estimulantes o tranquilizantes	3	.2	8	0.5
<b>Total</b>	<b>1836</b>	<b>100</b>	<b>1610</b>	<b>100</b>

\* En 26 pacientes no se recogió el motivo principal y en 252 pacientes no se recogió el motivo secundario de consulta.

TABLA 5

*Diagnóstico psicopatológico y consumo de psicofármacos de los pacientes (n=1862)*

<b>Diagnóstico psicopatológico*</b>	<b>%</b>
Neurosis	67.3
De ansiedad	22.7
Depresiva	19.6
Obsesiva	14.1
Trastorno de personalidad	36.4
TLP	9.7
Narcisista	7.4
Dependiente	6.3
Obsesivo-compulsivo	3.4
Psicosis	5.7
Maniaco-depresiva	1.7
Espectro autista	1.4
Consumo de psicofármacos	33

\* Tabla de respuesta múltiple, por lo que la suma de los porcentajes no tiene por qué sumar 100%. Basado en *Psiquiatría dinámica*, de Joan Coderch (57). TLP= trastorno límite de la personalidad.

TABLA 6

*Duración de la terapia según si el paciente sigue o no en terapia*

Duración de la terapia	El paciente sigue en terapia					
	No		Sí		Total válido	
	n	% válido	n	% válido	n	% válido
<b>Menos de 2 años</b>	433	52.4	508	53.5	941	53.0
<b>Entre 2 y 4 años</b>	201	24.3	251	26.4	452	25.5
<b>Más de 4 años</b>	193	23.3	190	20.0	383	21.6
<b>Total</b>	827	100.0	949	100.0	1776	100.0
<b>p-valor*</b>	0.207					

\* Chi cuadrado de Pearson para analizar la relación de dependencia entre las variables “duración de la terapia” en tres categorías y si el paciente continúa o no en terapia. En 86 pacientes no se recogió esta variable.