

PRIMER PREMIO FEAP 2012

Psicoterapia Psicoanalítica en la Institución Pública. Estudio de resultados y su permanencia a los dos años de la finalización.

Autores:

Llairó, A.
Viladot, M.
Sastre, V.
Laudó, I.
Camprodon, R.
Coca, M.R.
Masvidal, S.
Martínez Gomis, F.

Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica d'Adults (UPPA)
Sant Pere Claver - Fundació Sanitària
Barcelona

1.- INTRODUCCIÓN

Si los pacientes se benefician o no de la psicoterapia ha sido históricamente un tema frecuente de debate, especialmente a partir del estudio de Eysenck (1952) en el que cuestionaba su utilidad. Desde entonces, multitud de estudios han apoyado la capacidad de la psicoterapia para ayudar a los pacientes (Lambert *et al.*, 1986). Posteriormente el debate se centró en si había algún tipo de psicoterapia más eficaz que otra o si todas ellas eran equivalentes. Esta última hipótesis, llamada "Dodo Bird Verdict"¹ (Rosenzweig, 1936), parecía confirmarse (Luborsky *et al.*, 1975, 2002).

A partir de aquel momento lo relevante no sería ya si algún tipo de psicoterapia obtiene mejores resultados globales que otra, o si el pájaro Dodo tenía razón, sino *qué factores contribuyen a resultados positivos en cada tipo de terapia, en diferentes terapias y transversalmente a ellas* (Barber, 2007). Roth y Fonagy realizaron una síntesis exhaustiva del conocimiento científico acumulado sobre esta cuestión en su *What works for whom?* (Roth y Fonagy, 2005).

En el campo de la psicoterapia psicoanalítica individual se ha estudiado empíricamente qué características del paciente son adecuadas (*suitability*) para este tipo de tratamiento. En este sentido Fonagy (2010) señala la capacidad de mentalización, el deseo de enfocar un tratamiento que vaya más allá de los síntomas, y un interés por los antecedentes y contexto relacional de los problemas actuales. Los diferentes tipos de psicoterapia psicoanalítica se

¹ Expresión extraída de *Alíce's Adventures in Wonderland* (Lewis Carroll, 1865): "Everybody has won and all must have prizes".

diferencian por su duración, frecuencia de las sesiones y la presencia o no de finalización prefijada. En este sentido Leichsenring y Rabung (2008, 2011) muestran en un reciente metaanálisis que los pacientes con trastorno mental complejo (trastorno mental crónico, múltiple o de la personalidad) responden mejor a la psicoterapia psicoanalítica de larga duración (LTPP: a partir de un año o 50 sesiones, finalización abierta) que a la de corta duración o STPP (menos de un año y 40 sesiones con finalización prefijada). También se ha estudiado la adecuación en relación a la técnica utilizada y en este sentido Hoglend y col. (2007) encontraron que los pacientes con más dificultades interpersonales, síntomas más severos y calidad de vida más pobre, respondían mejor a la STPP cuando se utilizaban interpretaciones transferenciales.

En relación al debate entre los estudios de eficacia y efectividad, Barlow (1996) define *eficacia* como referida a los resultados de una sistemática evaluación de una intervención en un contexto controlado de investigación clínica en el que se prioriza la validez interna de las conclusiones. En cambio define *efectividad* como referida a la aplicabilidad y viabilidad de la intervención en el contexto que se ha de administrar y se prioriza la posibilidad de generalización de una intervención que ya tiene una eficacia establecida. Los ensayos controlados y aleatorizados (RCT) aportan una elevada validez interna que permite valorar la eficacia de un tratamiento, pero los estudios naturalísticos aportan una mayor validez externa para valorar la efectividad, dado que tienen lugar en contextos clínicos reales (Nathan *et al.*, 2000; Leichsenring, 2005).

Otra cuestión relevante que está ampliamente desarrollada en la literatura es que la conclusión para evaluar los resultados de los pacientes que realizan una psicoterapia depende en gran parte del momento en que estas evaluaciones se realicen. Sandell y colaboradores (2002) muestran que existe una elevada variabilidad evolutiva posterior al tratamiento, hasta el punto que encuentran una correlación negativa entre la situación de los pacientes al terminar el tratamiento y el cambio que se produce en los tres años posteriores. Por lo tanto conviene diferenciar entre respuesta inicial y auténtica efectividad (Western y Morrison, 2001) y realizar más de una medición temporal después del tratamiento (Kazdin, 1986). Esto supone evaluar el paciente más allá de la finalización de la terapia (*follow-up*) y por lo tanto asumir el riesgo de un incremento de pérdida de pacientes (*drop-out*).

La necesidad de realizar mediciones posteriores al tratamiento a menudo no se ha tenido en cuenta. Esto queda reflejado en la reciente actualización de un metaanálisis sobre eficacia y efectividad en psicoterapia psicodinámica de larga duración (Leichsenring y Rabung, 2011), en el que sólo se han encontrado tres estudios con grupo control que incluyeran datos de medición post-terapia quedando así limitada la posibilidad de llegar a conclusiones válidas sobre los efectos a largo plazo de este tipo de tratamiento.

2.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Existen diferentes tipos de psicoterapia individual, pero en la Institución Pública la Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve (PPFB) quizás sea la terapia reglada que viene siendo aplicada de manera estable desde hace más tiempo, tanto en adultos (Sastre *et al.*, 1999) como en niños y adolescentes (Sala *et al.*, 2009). Sin embargo, no conocemos la existencia de estudios de efectividad de la PPFB en el ámbito de la asistencia pública que incluyan medidas de seguimiento post-tratamiento. El primer objetivo de este estudio es, pues, verificar la efectividad a corto y largo plazo de la PPFB en el contexto asistencial de la Red Pública de Salud Mental.

Por su planteamiento de enfocar los conflictos subyacentes al síntoma, se espera del método psicodinámico que pueda producir cambios que se mantengan más allá del final del tratamiento. Esto nos ha llevado a incrementar el periodo de seguimiento, extendiéndolo hasta los dos años.

El segundo objetivo del estudio es explorar resultados evolutivos diferenciales en función del diagnóstico clínico. Este objetivo resulta posible dada la heterogeneidad de la muestra

asociada al carácter naturalista del estudio, que favorece la validez externa del mismo. Los resultados obtenidos podrían aportar datos en el debate sobre la idoneidad de las psicoterapias a tiempo limitado para tratar los trastornos de la personalidad (Kopta *et al.*, 1994; Perry *et al.*, 1999; Leichsenring y Rabung, 2008, 2011).

En el presente estudio partimos de la hipótesis que los pacientes que realicen una PPFB habrán mejorado en sintomatología psicopatológica y calidad de vida al finalizarla, y que esta mejoría se mantendrá dos años después. Esperamos poder confirmar esta hipótesis tanto desde la perspectiva de los pacientes que finalizan el tratamiento y han completado las evaluaciones de resultados (*Available Case Analysis*), como mediante el enfoque más conservador de todos los pacientes que han sido incluidos inicialmente en el estudio (*Intent-to-Treat Analysis*), y que evita el sesgo que supone excluir las pérdidas muestrales del análisis de datos.

En segundo lugar, partimos de la hipótesis que cuando la PPFB está indicada, la respuesta de los pacientes será equivalente en todos los diagnósticos clínicos, incluyendo los trastornos de la personalidad.

3.- MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- Descripción del tratamiento.

La psicoterapia que se ha aplicado en este estudio viene caracterizada por dos parámetros: tiempo y focalización. El tiempo de duración está determinado desde el inicio del tratamiento, que en todos los casos es de 1 año natural. El final, por tanto, es anunciado al paciente desde el inicio.

Una de las condiciones de indicación de esta psicoterapia es que sea posible establecer un foco en las entrevistas diagnósticas, que consiste en una hipótesis de trabajo sobre un funcionamiento patológico del paciente. Se configura alrededor de un núcleo conflictivo que incluye ansiedades, defensas, sentimientos y fantasías inconscientes. Focalizar también significa limitar el área de intervención a la hipótesis focal, dejando otros aspectos o conflictos del paciente al margen de la intervención terapéutica (Sastre *et al.*, 1999). Esto implica que, para poder hacer la indicación, la patología no abarque el conjunto de la personalidad. La comprensión e interpretación de este foco se constituye en el factor terapéutico principal.

El método terapéutico consiste en la observación del mundo interno del paciente y de la relación transferencial, y su comunicación al paciente según se crea conveniente. Es necesario mantener un *setting*, que implica procurar una estabilidad y continuidad en las condiciones de espacio y tiempo (*setting* externo), que permitan desarrollar un proceso terapéutico (Guillieron, 1976). El rol del terapeuta se basa en la escucha empática, neutralidad y no actuación (*setting* interno).

La técnica específica de la psicoterapia consiste en sesiones semanales de 45 minutos de duración que se prolongan durante un año, exceptuando los períodos de vacaciones, lo que supone unas 45 sesiones programadas. En cuanto a las intervenciones del terapeuta podríamos dividir las en dos grupos: unas al servicio del establecimiento de la alianza terapéutica y del mantenimiento del *setting* (preguntas, información); y otras con finalidad terapéutica propiamente dicha (señalamientos, confrontación, clarificación, recapitulaciones e interpretación, (Fiorini, 1993)), principalmente en relación al tema focal.

Los terapeutas que han intervenido en el estudio, son psiquiatras y psicólogos formados específicamente en psicoterapia psicoanalítica. La experiencia acumulada en este tipo de tratamientos oscila entre los 10 y los 30 años, y asisten a una supervisión semanal de 2 horas sobre los casos llevados en psicoterapia. Además, todos ellos han recibido a la vez un tratamiento personal de esta orientación.

3.2.- Instrumentos de medida y momentos de aplicación.

3.2.1.- Escala de Sintomatología Psicopatológica (SP): SCL-90R.

El SCL-90R (Derogatis, 1977) ha sido ampliamente utilizado para medir el sufrimiento asociado a la sintomatología psiquiátrica y para medir los resultados de tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos (Lambert y Hill, 2003), ofreciendo muy buenas propiedades psicométricas también en la población española (Robles, 2002). Es un cuestionario autoadministrado que consta de 90 ítems puntuados en una escala *Likert* de 0 a 4, obteniéndose 9 subescalas sintomáticas específicas, que son: Somatización (SOM), Obsesividad (OBS), Sensibilidad Interpersonal (INT), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Fobia (FOB), Ideación Paranoide (PAR) y Psicoticismo (PSI). También hay 7 ítems adicionales que no se corresponden a ninguna subescala y recogen alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y pensamientos de muerte. Finalmente se obtienen 3 escalas globales: GSI (Índice Sintomático General: media del valor de todos los ítems), PST (Amplitud Sintomática: número de ítems con valor mayor que cero) y PSDI (Intensidad Sintomática: media del valor de los ítems con valor mayor que cero).

3.2.2.- Escala de Calidad de Vida (CV): WHO-QoL BREF.

El WHO-QoL BREF es un reconocido cuestionario autoadministrado de Calidad de Vida (CV) que ha sido validado en población sana y psiquiátrica de Barcelona (Lucas Carrasco, 1996). Consta de 26 ítems puntuados en una escala *Likert* de 1 a 5 y se obtienen 4 subescalas: CV Física (PHYS), CV Psicológica (PSYCH), CV Social (SOCIAL) y CV por el Entorno (ENVIR). También se obtienen 2 ítems globales; CV Global y Satisfacción con la Salud. Dado que el WHO-QoL BREF no dispone de un índice global, utilizamos como tal la media de todos los ítems y la denominamos CV Total (WHOT). Ello resulta posible dado que el WHOT tiene una correlación muy elevada (entre 0,980 y 0,998 según el momento temporal) con el primer componente principal del conjunto de todos los ítems, el cual recoge entre un 30% y un 40% de la varianza total.

3.2.3.- Hoja de Datos Clínicos.

Se confeccionó una Hoja de Datos Clínicos en la que el terapeuta recogía datos demográficos, clínicos y terapéuticos, incluyendo el diagnóstico según criterios CIE-10.

3.2.4.- Momentos de medida.

Se han establecido tres puntos temporales sistemáticos de recogida de datos: T1 (después del proceso diagnóstico y justo antes de iniciar la psicoterapia), T2 (al finalizar la psicoterapia de un año de duración), y T3 (dos años después de la finalización de la psicoterapia, es decir, tres años después del inicio del tratamiento). La Hoja de Datos Clínicos se recoge en T1, mientras que el SCL-90R y el WHO-QL se recogen en T1, T2 y T3. Estos cuestionarios son aplicados por un profesional del equipo distinto del terapeuta.

3.3.- Descripción de la muestra de pacientes.

Los pacientes son adultos derivados por los niveles primarios de asistencia en Salud Mental o por las Áreas Básicas de Salud.

Los criterios de inclusión en la muestra han sido: haber recibido como resultado de las entrevistas diagnósticas una indicación de PPFB de una sesión por semana y un año de duración, y el consentimiento informado por parte del paciente para participar en el estudio.

Los criterios de exclusión han sido: interrupción del tratamiento, cambio de indicación terapéutica o de terapeuta, y ausencia de datos o datos incompletos en alguno de los momentos de medida.

Inicialmente fueron incluidos en el estudio un total de 120 pacientes, de los cuales se excluyeron posteriormente 57. Los motivos de exclusión fueron: 14 por interrupción del tratamiento, 5 porque se produjo un cambio de modalidad terapéutica, 2 por cambio de terapeuta, 11 por errores de organización que no permitieron realizar la segunda medida cuando correspondía, 9 porque el paciente no acudió a ésta o no rellenó adecuadamente los cuestionarios, 7 porque no fue posible contactar con el paciente para citarlo para la tercera medida, y 9 porque a pesar de ser citado éste no acudió.

De los 57 pacientes excluidos, 17 lo fueron por motivos ajenos a su ámbito de influencia y podemos considerarlas exclusiones aleatorias e independientes de la evolución (MCAR², pérdidas no informativas o ignorables). En los otros 40, sin embargo, no se puede descartar que las características del paciente o de la propia evolución del proceso terapéutico hayan influido directa o indirectamente en el acontecimiento que ha motivado la exclusión (MNAR³, pérdidas informativas o no ignorables). Por tanto, no incluir los datos de estos 40 pacientes en el análisis de resultados supone un serio riesgo de sesgo que hará falta considerar (Harkanen, 2005). Este porcentaje de pérdidas no ignorables (33,3%) es similar al de otros estudios que incluyen seguimiento post tratamiento. Por ejemplo, en un ensayo controlado y randomizado con *follow-up* de Knekt y colaboradores (2008) se produjo un 31,9% de pérdidas posteriores a la randomización.

Por lo tanto, disponemos de tres submuestras dentro de la muestra total: pacientes *completadores* (n=63), pérdidas no ignorables (n=40) y pérdidas ignorables (n=17).

En la submuestra de pacientes *completadores*, al iniciar el tratamiento las edades oscilaban entre los 18 y 65 años, con una media de 33,5 y una Desviación Standard de 9,4. La proporción de mujeres era del 78%, un 43% eran solteros, un 32% casados, el 17% convivían en pareja, y un 8% eran separados o divorciados. No había ningún viudo. El 86% se encontraba laboralmente activo, un 11% disponía sólo de estudios primarios y un 52% había accedido a estudios universitarios. El 86% había estado derivado de su centro de asistencia primaria en salud mental y el 63% había realizado otras consultas o tratamientos con anterioridad. La antigüedad media del motivo de consulta era de 5,1 años (SD=5,6) y un 51% de los pacientes recibía tratamiento psicofarmacológico en el momento de iniciar la psicoterapia. Se obtuvieron 24 diagnósticos clínicos diferentes según criterios CIE-10, que se han agrupado en cuatro categorías diagnósticas: Trastornos Adaptativos (19%), Trastornos de Ansiedad (40%), Trastornos Afectivos (17%) y Trastornos de la Personalidad (24%). El Índice Sintomático Global (GSI) inicial era 1,12 y la Calidad de Vida Total (WHOT) inicial 53,0.

La submuestra de pérdidas informativas o no ignorables (exclusiones no aleatorias) consta de 40 pacientes. Al iniciar el tratamiento las edades oscilaban entre los 18 y 50 años, con una media de 32,0 y una SD de 9,3. La proporción de mujeres era del 77%, un 58% eran solteros, un 20% casados, el 12% convivían en pareja, y un 10% eran separados o divorciados. No había ningún viudo. El 77% se encontraba laboralmente activo, un 25% disponía sólo de estudios primarios y un 27% había accedido a estudios universitarios. El 78% había estado derivado de su centro de asistencia primaria en salud mental y el 68% había realizado otras consultas o tratamientos con anterioridad. La antigüedad media del motivo de consulta era de 7,7 años (SD=8,0) y un 50% de los pacientes recibía tratamiento psicofarmacológico en el momento de iniciar la psicoterapia. Se obtuvieron 18 diagnósticos clínicos diferentes según criterios CIE-10, que se han agrupado en cuatro categorías diagnósticas: Trastornos Adaptativos (23%), Trastornos de Ansiedad (27%), Trastornos Afectivos (20%) y Trastornos de la Personalidad (30%). El GSI inicial era de 1,38 y el WHOT inicial 47,4.

² Missing Completely At Random

³ Missing Not At Random

Si comparamos esta submuestra con la de los pacientes con datos completos, aparecen diferencias significativas en el nivel de estudios⁴ y WHOT inicial⁵, y muy cercanas a la significación en cuanto al tiempo de evolución del motivo de consulta⁶ y GSI inicial⁷. Por lo tanto, efectivamente no son submuestras homogéneas y se confirma el riesgo de introducir sesgo si se excluyen estos pacientes del análisis de datos evolutivos. En cambio, la submuestra de 17 pacientes que son pérdidas muestrales no informativas o ignorables, tienen características sociodemográficas y clínicas similares a los pacientes con datos completos y al total de la muestra, sin diferencias significativas ($p > 0,10$) en ninguna variable ni subescala inicial. Este hecho resulta coherente con su naturaleza de pérdidas aleatorias y por tanto su exclusión del análisis de resultados evolutivos no tiene por qué suponer ningún sesgo.

3.4.- Técnicas estadísticas utilizadas.

Para determinar posibles cambios grupales en Sintomatología Psicopatológica (SP) y Calidad de Vida (CV) a lo largo del tiempo se han utilizado las puntuaciones directas. Cuando las variables dependientes cumplían los supuestos de normalidad (según la prueba de Shapiro-Wilk), homoscedasticidad y esfericidad, se ha realizado un *Análisis de la Varianza de Medidas Repetidas* (ANOVA-MR) de tres niveles (tiempo como factor intrasujeto) y pruebas *post-hoc* dos a dos de los efectos principales del factor tiempo en las medias marginales estimadas, con corrección de Bonferroni. Cuando únicamente se ha incumplido el supuesto de esfericidad, se ha utilizado la corrección de Huynh-Feldt sobre los grados de libertad del estadístico F. Cuando no se ha satisfecho la asunción de normalidad y/o homoscedasticidad, se ha utilizado la prueba W de Kendall y la prueba de Wilcoxon dos a dos con corrección de Bonferroni en las pruebas *post-hoc*.

El Tamaño del Efecto se ha calculado utilizando la *d* de Cohen para muestras relacionadas, dividiendo la diferencia de medias por la *desviación standard* de la diferencia.

Para determinar la existencia de diferencias evolutivas entre diversos subgrupos diagnósticos de la muestra, se ha utilizado ANOVA Univariante de Medidas Repetidas (Huynh-Feldt) con factor intrasujeto (tiempo) y factor intersujeto (subgrupo diagnóstico), porque ofrece más potencia en muestras pequeñas que el análisis multivariante de medidas repetidas (Raykov y Marcoulides, 2008). En variables dependientes asimétricas (como es el caso del GSI) se ha procedido previamente a una transformación raíz cuadrada para satisfacer el supuesto de normalidad. Para determinar posibles diferencias de cambio evolutivo entre los diversos subgrupos se ha observado el nivel de significación estadística de la interacción subgrupo X tiempo.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete SPSS, versión 15.

4.- RESULTADOS

4.1.- Resultados de la evolución del grupo (*Available case analysis*).

A modo descriptivo, el Gráfico 1 presenta la evolución de la media grupal de las puntuaciones directas en la escala global Índice Sintomático Global (GSI) del SCL-90R y Calidad de Vida Total (WHOT) del WHO-QoL de los pacientes que han completado el estudio ($n = 63$). En ambas dimensiones se observa una evolución positiva durante el tratamiento, con un ligero retroceso en los dos años posteriores.

⁴ Chi cuadrado bilateral: $p=0,027$

⁵ T de Student bilateral: $p=0,031$

⁶ U de Mann-Whitney bilateral: $p=0,066$

⁷ U de Mann-Whitney bilateral: $p=0,058$

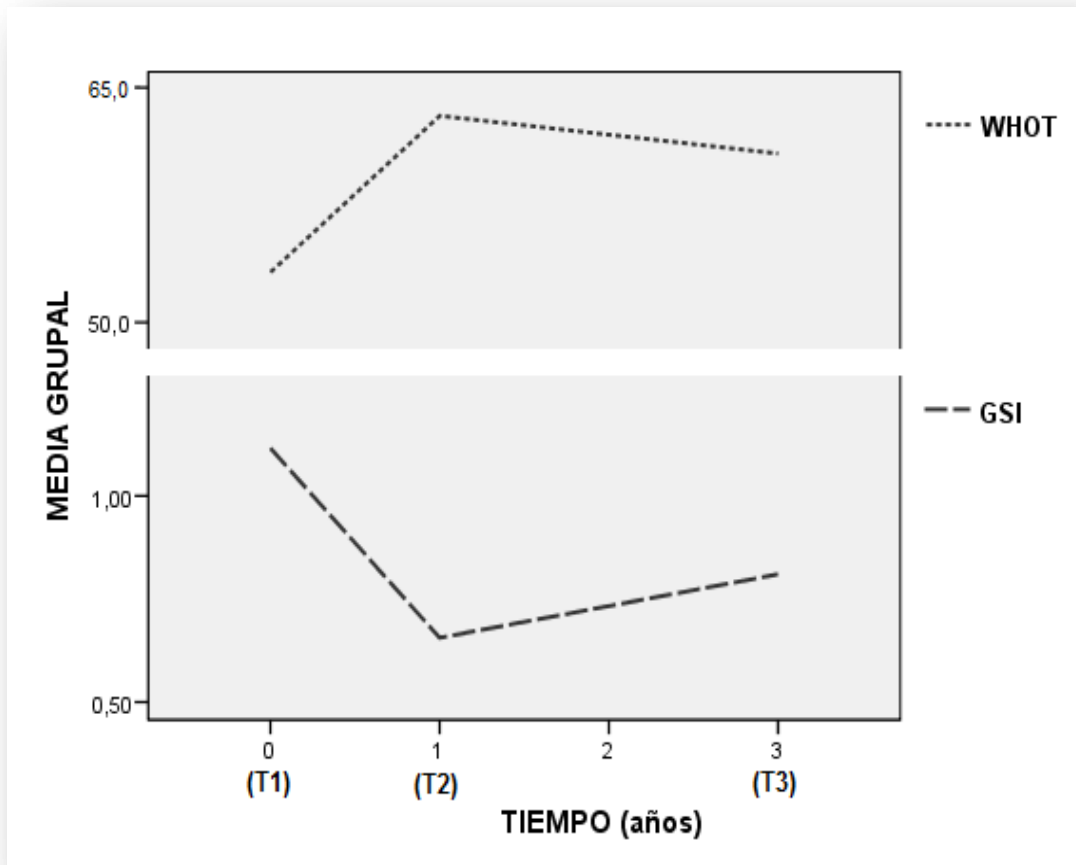


Gráfico 1: Evolución grupal en Sintomatología Psicopatológica (GSI) y Calidad de Vida (WHOT).

4.1.1. - Sintomatología Psicopatológica

En la Tabla 1 podemos observar una W de Kendall significativa en todas las escalas globales y subescalas específicas. En la comparación *post-hoc* se evidencia una mejoría estadísticamente significativa durante el período de la terapia en todas las escalas globales y subescalas específicas. En el periodo post-terapia, aunque se observa una tendencia al retroceso, únicamente resulta estadísticamente significativo en Somatización y Obsesividad. En el periodo total, todas las escalas globales y siete de las subescalas específicas (Obsesividad, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Fobia, Ideación Paranoide y Psicoticismo) obtienen una mejoría estadísticamente significativa. Únicamente en dos subescalas el progreso resulta no significativo: Somatización⁸ y Hostilidad⁹. En Obsesividad, a pesar del retroceso significativo en la post-terapia, la mejoría durante el tratamiento es lo suficientemente fuerte como para mantenerse significativa en el periodo total.

Durante la psicoterapia, se obtiene un Tamaño del Efecto en el Índice Sintomático Global de $d = 1,07$, valor que se corresponde con una magnitud grande según la clasificación de Cohen¹⁰ (Cohen, 1977). En el periodo total, el Tamaño del Efecto se corresponde con una magnitud moderada ($d = 0,63$). En las subescalas, su valor oscila desde 0,44 hasta 1,04 durante la terapia, y entre no significativo y 0,75 en el periodo total.

⁸ Esta subescala experimenta un retroceso estadísticamente significativo en T2-T3 que anula el progreso significativo de T1-T2.

⁹ A pesar de no ser significativo su retroceso en T2-T3, sí resulta suficiente para anular la significación de la mejoría débilmente significativa de T1-T2.

¹⁰ Cohen clasifica el Tamaño del Efecto d en pequeño (0,20), moderado (0,50) y grande (0,80).

TABLA 1

Puntuaciones* Medias en las Subescalas Específicas y Globales del SCL-90R: Significación Estadística y Tamaño del Efecto

SCL-90R		SOMATIZACIÓN (SOM)	OBSESIVIDAD (OBS)	SENSIBILIDAD INTERPERSONAL (INT)	DEPRESIÓN (DEP)	ANSIEDAD (ANS)	HOSTILIDAD (HOS)	FÓBIA (FOB)	IDEACIÓN PARANOIDE (PAR)	PSICOTICISMO (PSI)	INDICE SINTOMÁTICO GLOBAL (GSI)	AMPLITUD SINTOMÁTICA (PST)	INTENSIDAD SINTOMÁTICA (PSDI)
T1 – INICIO PSICOTERAPIA		0,888 (55,0)	1,436 (62,8)	1,412 (66,3)	1,637 (63,4)	1,138 (60,6)	0,757 (55,2)	0,577 (53,5)	1,112 (60,0)	0,696 (62,1)	1,116 (63,0)	49,52 (64,6)	1,933 (53,7)
T2 – FINAL PSICOTERAPIA		0,565 (49,7)	0,910 (55,3)	0,825 (57,0)	0,946 (53,1)	0,603 (52,1)	0,511 (49,9)	0,288 (46,6)	0,656 (52,6)	0,339 (53,5)	0,656 (53,4)	36,10 (56,5)	1,503 (44,6)
T3 – SEGUIMIENTO A LOS 2 AÑOS		0,805 (53,1)	1,144 (58,6)	0,914 (58,2)	1,143 (55,4)	0,786 (54,5)	0,598 (51,1)	0,328 (47,2)	0,720 (53,3)	0,387 (54,6)	0,810 (56,2)	40,65 (59,1)	1,639 (47,4)
W DE KENDALL		p < 0.001	P < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001
PRUEBAS DE WILCOXON (Bonferroni)	T1-T2	p < 0.001	P < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p = 0.002	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001
	T2-T3	p = 0.013	P = 0.004	p = n.s.	p = n.s.	p = n.s.	p = n.s.	p = n.s.	p = n.s.	p = n.s.	p = n.s.	p = n.s.	p = n.s.
	T1-T3	p = n.s.	P = 0.013	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p = n.s.	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001
TAMAÑO DEL EFECTO (d de Cohen)	T1-T2	d = 0,63	d = 0,79	d = 0,93	d = 0,98	d = 1,04	d = 0,44	d = 0,58	d = 0,69	d = 0,79	d = 1,07	d = 1,00	d = 0,96
	T1-T3	n.s.	d = 0,38	d = 0,75	d = 0,63	d = 0,52	n.s.	d = 0,51	d = 0,55	d = 0,67	d = 0,63	d = 0,56	d = 0,61

* Puntuaciones directas y puntuaciones T entre paréntesis (tipificadas en el contexto de la población general española según el manual de TEA). Los cálculos de la significación estadística y del Tamaño del Efecto se han realizado a partir de las puntuaciones directas.

4.1.2.- Calidad de Vida.

En la Tabla 2 se puede observar una ANOVA global significativa en todas las subescalas y en la media de todos los ítems (WHOT). En la comparación *post-hoc*, se obtiene una mejora estadísticamente significativa durante la terapia en todas las subescalas. En el período post-terapia sólo hay retroceso significativo en CV Física. Se puede observar también una mejoría estadísticamente significativa en el periodo total en CV Psíquica, Social y por el Entorno, así como en CV Total. El Tamaño del Efecto durante la Psicoterapia es grande según la clasificación de Cohen ($d = 0,94$) y moderado si consideramos el periodo total ($d = 0,50$). En las distintas subescalas su valor oscila desde 0,59 hasta 1,06 durante la terapia, y entre no significativo y 0,54 en el período total.

TABLA 2

Puntuaciones Medias* en las Subescalas Específicas y Total del WHO-QL:
ANOVA de Medidas Repetidas y Tamaño del Efecto.

WHO-QoL		CALIDAD DE VIDA FÍSICA (PHYS)	CALIDAD DE VIDA PSICOLÓGICA (PSYCH)	CALIDAD DE VIDA SOCIAL (SOCIAL)	CALIDAD DE VIDA POR EL ENTORNO (ENVIR)	CALIDAD DE VIDA TOTAL (WHOT)
T1 – INICIO PSICOTERAPIA		61,6	46,0	44,2	54,2	53,0
T2 – FINAL PSICOTERAPIA		70,2	60,0	55,0	61,2	62,5
T3 – SEGUIMIENTO A LOS 2 AÑOS		65,3	56,1	55,6	60,9	60,2
ANOVA (Huynh-Feldt)		$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p < 0.001$
ANOVA <i>post-hoc</i> (Bonferroni)	T1-T2	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p = 0.001$	$p < 0.001$
	T2-T3	$p = 0.025$	$p = n.s.$	$p = n.s.$	$p = n.s.$	$p = n.s.$
	T1-T3	$p = n.s.$	$p < 0.001$	$p = 0.002$	$p < 0.001$	$p < 0.001$
TAMAÑO DEL EFECTO (<i>d</i> Cohen)	T1-T2	$d = 0,69$	$d = 1,06$	$d = 0,65$	$d = 0,59$	$d = 0,94$
	T1-T3	n.s.	$d = 0,54$	$d = 0,44$	$d = 0,47$	$d = 0,50$

* Escala 0-100

4.2.- Resultados de la evolución del grupo (*Intent-to-Treat*).

En el apartado anterior se ha realizado un *Available Case Analysis*, es decir, sólo se han incluido en el análisis de resultados los pacientes con todos los datos evolutivos disponibles. Por tanto, este procedimiento permite responder a la pregunta sobre la evolución del grupo de pacientes que han terminado el tratamiento y se han mantenido dentro del estudio, pero puede suponer un sesgo si lo que pretendemos es conocer la evolución del grupo de pacientes a los que se les ha indicado este tratamiento y lo han aceptado. Efectivamente, hay motivos para sospechar que los pacientes que han interrumpido la terapia o sencillamente no han respondido los cuestionarios al final de tratamiento y/o dos años después por motivos no absolutamente ajenos a ellos mismos (exclusiones no aleatorias, pérdidas informativas o no

ignorables), puedan haber experimentado una evolución menos favorable que el resto de pacientes.

La metodología *Intent-to-Treat Analysis* pretende evitar este sesgo incluyendo estos pacientes en el análisis de resultados, lo cual obliga a estimar los datos evolutivos que faltan. Existen muchos métodos de imputación de valores perdidos y algunos resultan muy complejos, pero el Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones (Higgins y Green, 2011) señala la posibilidad de atribuir a los pacientes perdidos en la segunda medida el valor que correspondería a la hipótesis de cambio cero durante el tratamiento, método que aplican Watzke *et al.* (2010) y Leichsenring y Rabung (2011). Siguiendo un criterio coherente con éste, podemos atribuir a los pacientes perdidos en la tercera medida una pérdida total de la mejoría conseguida durante el tratamiento o, en su caso, la confirmación del retroceso experimentado. Es una imputación de valores que resulta poco verosímil y muy conservadora, pero supone una manera sencilla de conseguir una idea aproximada del límite del posible sesgo. Este resultado orientará sobre si la conclusión fundamental del análisis realizado para los pacientes con todos los datos disponibles puede ser plausiblemente extensible a toda la muestra de pacientes.

Bajo este supuesto conservador se realiza la prueba W de Kendall sobre la muestra de 103 pacientes en la que se han incluido las pérdidas informativas o no ignorables. En el Índice Sintomático Global del SCL-90R se obtiene un valor significativo ($p < 0,001$) en la dimensión tiempo y también en las comparaciones por parejas T1-T2 y T1-T3 (prueba de Wilcoxon con corrección de Bonferroni). Los Tamaños del Efecto se reducen hasta $d = 0,79$ y $d = 0,38$ respectivamente. También se obtiene significación estadística ($p < 0,001$) en el retroceso T2-T3.

En cuanto a la Calidad de Vida, en el ANOVA-MR del WHOT se obtiene significación estadística ($p < 0,001$) y también en las pruebas *post-hoc* (con corrección de Bonferroni) T1-T2 ($p < 0,001$) y T1-T3 ($p = 0,003$). Los Tamaños del Efecto se reducen a $d = 0,71$ y $d = 0,33$ respectivamente. El retroceso T2-T3 resulta significativo ($p = 0,013$).

Se puede considerar, pues, que los pacientes a los que se les ha intentado tratar con una PPFB, han experimentado una mejoría estadísticamente significativa en síntomas y calidad de vida durante el tratamiento, que se mantiene significativamente en los dos años posteriores a la finalización.

4.3.- Relación entre diagnóstico clínico y evolución.

En el Gráfico 2 mostramos los perfiles evolutivos en función del diagnóstico clínico (CIE-10) para el Índice Sintomático Global (GSI) del SCL-90R. Resultan muy similares y la única tendencia observable es una mejoría más pronunciada en los trastornos de la personalidad durante la psicoterapia en comparación con el resto de diagnósticos. Posteriormente a ésta, las evoluciones resultan paralelas. El análisis estadístico no muestra diferencias significativas entre las pendientes de los distintos subgrupos diagnósticos ($p = 0,786$), por lo que podemos considerar que la evolución en GSI es independiente del grupo diagnóstico.

En Calidad de Vida (CV) las evoluciones durante la terapia son equivalentes en los cuatro subgrupos diagnósticos, pero durante el seguimiento se puede observar la tendencia a un retroceso más claro en los trastornos afectivos (Gráfico 3). Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas entre las pendientes de los cuatro subgrupos diagnósticos ($p = 0,497$).

Por lo tanto, la PPFB se muestra igualmente efectiva a nivel sintomático y de CV en los cuatro subgrupos diagnósticos y los beneficios obtenidos se mantienen en similar proporción entre ellos.

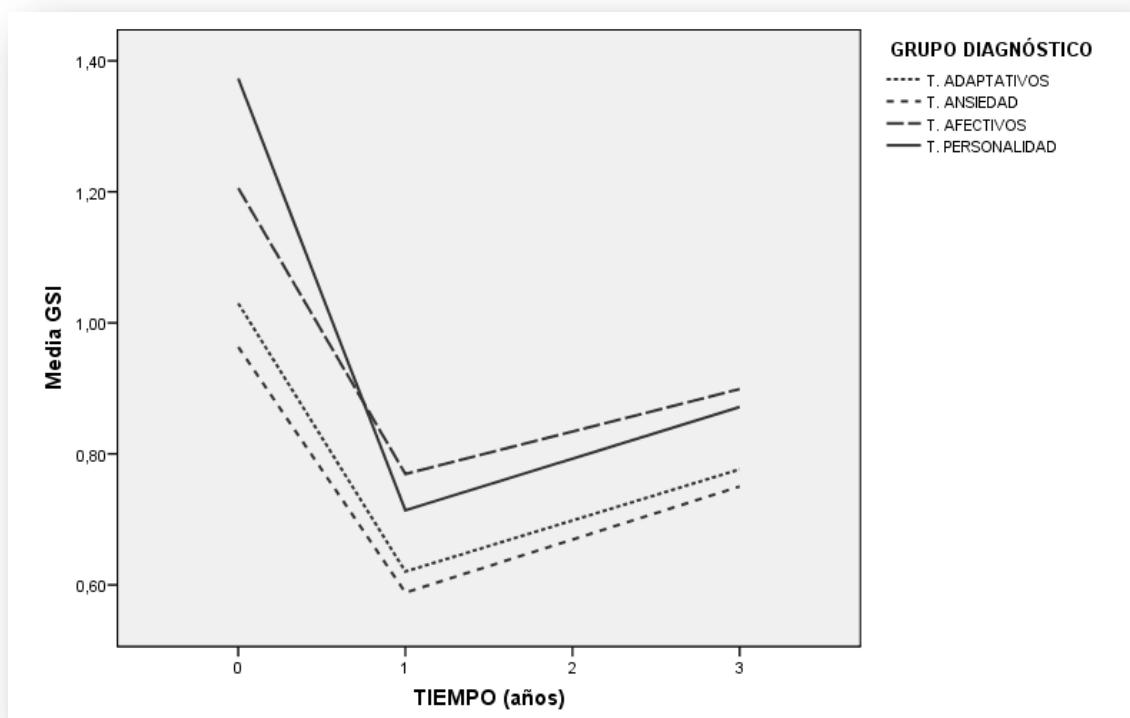


Gráfico 2: Evolución en sintomatología psicopatológica en función del grupo diagnóstico.

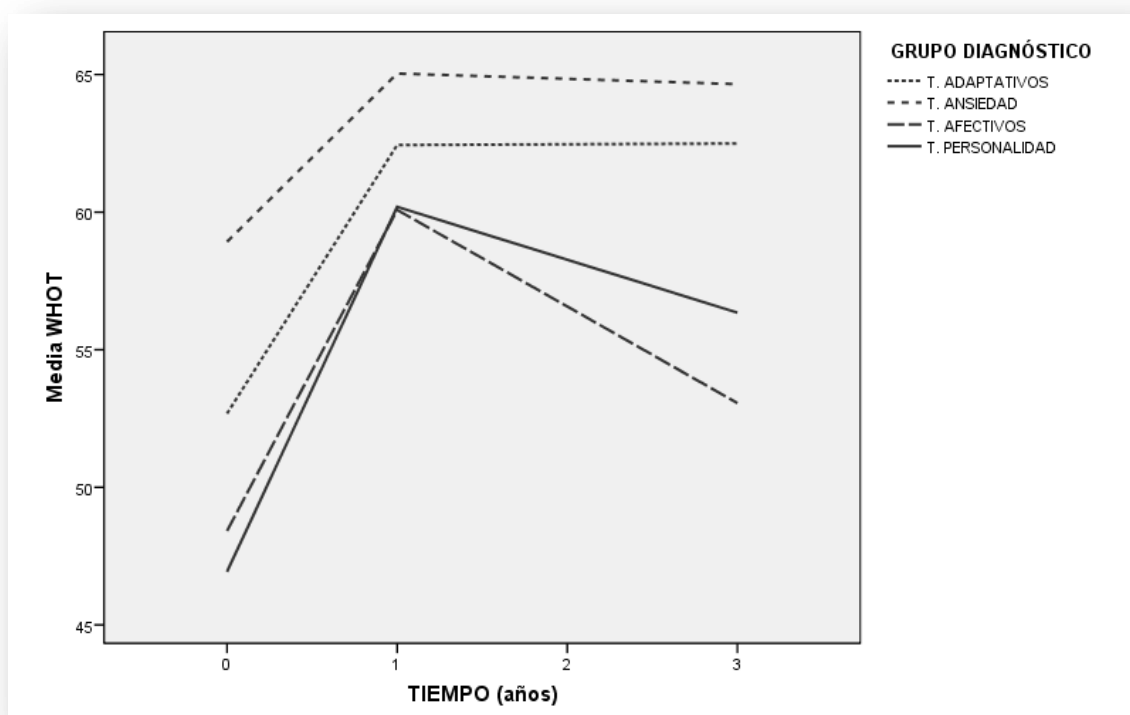


Gráfico 3: Evolución en Calidad de Vida en función del grupo diagnóstico.

5.- DISCUSIÓN

La primera implicación que se deduce de los resultados es que, como grupo, los pacientes con una indicación clínica de PPFB que terminan dicho tratamiento consiguen una mejoría significativa en Sintomatología Psicopatológica General y en Calidad de Vida Total al finalizar la terapia, mejoría que se mantiene transcurridos dos años. Los Tamaños del Efecto son *grandes* si consideramos el periodo terapéutico, y *moderados* si consideramos el periodo total. Esta mejoría se mantiene incluso cuando se incluyen los pacientes que han sido excluidos del estudio por motivos no ajenos a ellos (pérdidas no ignorables) y que pudieran suponer un sesgo de exclusión (*intent to treat*).

La mejoría del grupo en síntomas interpersonales, depresivos, ansiosos, fóbicos, paranoides y ligados al psicoticismo, se conserva claramente dos años después de la finalización del tratamiento, lo cual da idea de las posibilidades de mejoría estable y consistente de los pacientes que realizan una PPFB.

Aunque las puntuaciones medias en Hostilidad y Somatización obtenidas en el *follow-up* son ligeramente mejores que las obtenidas en el inicio del tratamiento y muy cercanas a la media de la población general, la mejoría estadísticamente significativa durante el tratamiento no se mantiene a los dos años después de la finalización de éste. Este hecho hace pensar que estas subescalas miden síntomas ligados a estructuras más estables de la personalidad que no se modifican de forma consistente en una psicoterapia de un año de duración, aunque puedan verse transitoriamente reducidos durante el período de tratamiento. Hostilidad y Somatización sugieren dificultades de simbolización y mentalización de los pacientes y hacen referencia a un funcionamiento más regresivo y adhesivo. Por tanto, una falla en la función introyectiva dificultaría la conservación de la mejoría obtenida durante el tratamiento.

En Calidad de Vida se ha encontrado una mejoría generalizada en las diversas subescalas con alguna excepción. Así la Calidad de Vida Física mejora transitoriamente durante el tratamiento pero en cambio no se consolida después de éste. Sin embargo, sí se consolida la mejoría en Calidad de Vida Psíquica, Social y por el Entorno, lo cual sugiere posibilidades de cambios estables de perspectiva en los pacientes que les permitirían aprovechar mejor las posibilidades internas y externas para afrontar las dificultades y conseguir una mayor satisfacción vital. La psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica y por tanto es esperable que la Calidad de Vida Física sea la que menos mejore.

En cuanto a la relación del diagnóstico clínico y la evolución, existe un debate en la literatura sobre si los trastornos de la personalidad pueden ser adecuadamente tratados con psicoterapia psicoanalítica de corta duración (STPP). Leichsenring y Rabung (2008, 2011) muestran en sus metanálisis que los pacientes con trastorno mental complejo (que incluyen trastornos de la personalidad) requieren de psicoterapias psicoanalíticas de larga duración (LTPP). Por el contrario, otros estudios han señalado que algunos trastornos de la personalidad pueden ser satisfactoriamente tratados con STPP (Ogrodniczuk *et al.*, 2001; Svartberg *et al.*, 2004; Abass *et al.*, 2011).

En el presente estudio se observa que, aunque el grupo de pacientes diagnosticados de Trastorno de la Personalidad presenta una mejoría más pronunciada en síntomas que la de los otros pacientes, durante el curso del tratamiento no existen diferencias significativas entre los diagnósticos clínicos. Este hecho abre la puerta a un campo más amplio en la indicación y aplicación de la PPFB. De todas formas, es preciso señalar que estos pacientes pasaron por un proceso de diagnóstico y cumplieron los criterios de indicación de PPFB. En este sentido, los pacientes más actuadores, con poca estructura yoica y poco insight quedaron fuera de la muestra al no indicárseles una psicoterapia psicoanalítica focal y breve.

En la literatura se han mostrado eficaces en diversos metanálisis tanto la Psicoterapia Psicoanalítica de Corta Duración (STPP) (Leichsenring *et al.*, 2004; Abbas *et al.*, 2006) como la de Larga Duración (LTPP) (Leichsenring y Rabung, 2008, 2011; de Maat, 2009). La Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve (PPFB) es un tratamiento intermedio que se podría considerar dentro de las STPP por la presencia del final prefijado, pero por su duración -de 1

año o 45 sesiones- podría ser considerada como una LTPP¹¹. De hecho, Leichsenring y Rabung (2011) han propuesto tener en cuenta también el grupo de Psicoterapia Psicoanalítica de Duración Media (MTPP) dada la existencia de psicoterapias con características frontera, como es el caso de la PPFB, y que constituyen un campo poco estudiado.

La necesidad de llenar el vacío en relación a la validación empírica de la PPFB en nuestra red pública de salud mental tiene que ver no solo con la aportación de conocimiento científico que podría redundar en un beneficio clínico para los pacientes, sino también por la legítima demanda social de justificar y optimizar los recursos públicos que se dedican para atender las necesidades en Salud Mental de la población.

Dado que la comparación de diversos estudios sugiere que el mantenimiento de resultados en la psicoterapia psicodinámica es mayor que en otras psicoterapias (Shedler, 2010), en este estudio se ha optado por realizar un tiempo de seguimiento más largo del que es habitual en otros estudios de STPP¹² y establecerlo en dos años, doblando así la duración del propio tratamiento. Este periodo de tiempo debería de permitir una mejor discriminación de los pacientes que mantienen los resultados a un plazo más largo, sin provocar un incremento exagerado de la tasa de pérdida de pacientes que podría poner en riesgo la validez de los resultados.

Sin embargo, las conclusiones del presente estudio presentan algunas limitaciones que deben ser consideradas. Aunque las pruebas estadísticas muestran una mejoría significativa al cabo de un año y de tres, la ausencia de grupo control no permite diferenciar qué parte de esta mejoría es atribuible al efecto del tratamiento y qué parte a otros elementos, tales como evolución espontánea, efecto placebo o regresión a la media. Sin embargo, la evolución de los pacientes durante el año de terapia es claramente distinta que durante los dos años posteriores, lo cual no es sugestivo de un fenómeno de evolución espontánea ni de regresión a la media.

El tamaño de la muestra es también limitado, lo cual implica una baja potencia para detectar diferencias significativas en los cambios evolutivos grupales. Por lo tanto, es posible que en una muestra mayor sí resultaran significativas algunas diferencias que no lo son en la nuestra, como por ejemplo la evolución en el periodo total de las subescalas Somatización y Hostilidad y la diferencia evolutiva post-terapia en Calidad de Vida en función del diagnóstico clínico. Sin embargo, esta limitación en el tamaño de la muestra no pone en cuestión las diferencias que sí han resultado significativas.

También supone una limitación del estudio el haber medido únicamente la evolución subjetiva en Sintomatología Psicopatológica y en Calidad de Vida. Los pacientes pueden evolucionar y cambiar en muchas otras variables tanto subjetivas como objetivas, como por ejemplo la conciencia de trastorno, la comprensión de sus conflictos o *insight*, consumo de servicios y psicofármacos, absentismo laboral, beneficios para el entorno familiar y social, mejoría clínica según el profesional que lo trata, y un largo etcétera.

A nuestro juicio, en futuras investigaciones, resultaría interesante ampliar el tamaño de la muestra pues permitiría aumentar la potencia estadística para detectar diferencias significativas en las evoluciones grupales y en las evoluciones diferenciales según subgrupos. Creemos además que la ampliación de los momentos de medida y de los tipos de psicoterapia psicoanalítica según su duración, permitiría observar las evoluciones intra y post- tratamiento.

Sería también conveniente que además de medir la evolución de los pacientes a través de la Sintomatología Psicopatológica y la Calidad de Vida, se utilizaran otras variables como la conciencia de trastorno, la comprensión de los conflictos o *insight*, las dificultades relacionales,

¹¹ Crits-Christoph y Barber (2000) sugieren el criterio de un año o más de duración para considerar una psicoterapia de larga duración. El mismo criterio es seguido en el metanálisis de Leichsenring y Rabung (2008, 2011) junto con la finalización abierta. Por su parte, Abbas y col. (2006) y Smit y col. (2011) consideran un mínimo de 1 año y 40 sesiones como criterio para las LTPP.

¹² La revisión Cochrane sobre STPP (Abbas *et al.*, 2006) considera un seguimiento a largo plazo cuando supera los nueve meses.

el absentismo laboral, el consumo de servicios y de psicofármacos, o la mejoría clínica desde el punto de vista del terapeuta.

Por último resultaría interesante investigar la variabilidad evolutiva individual y realizar un estudio cualitativo que permitiera afinar los criterios de indicación en Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve, teniendo en cuenta las posibilidades de consolidación de los progresos terapéuticos.

Este ha sido un estudio necesario para poner de manifiesto la conveniencia de seguir explorando las posibilidades de la PPFB como herramienta terapéutica validada empíricamente y mejorar su aplicabilidad a diferentes patologías en la asistencia pública de salud mental.

Bibliografía

- Abbass, A., Henderson, J., Kisely, S. y Hancock, J.T. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of System Reviews*, 18.
- Abbass, A., Town, J. y Driessen, E. (2011). The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depressive Disorders with Comorbid Personality Disorder. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74, 58-71.
- Barber, J.P. (2007). Issues and findings in investigating predictors of psychotherapy outcome: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*; 17, 131-136.
- Barlow, D. H. (1996). Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1050-1058.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Derogatis, L.R., González de la Rivera, J.L. (1977, 1988). *Manual SCL-90R, adaptación española*. TEA Ediciones, S.A.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fiorini, H.J. (1993), *Teoría y técnica de psicoterapia*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- Fonagy, P. (2010). Psychotherapy Research: Do we know what works for whom?. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 83-85.
- Guillieron, E. (1976): "Psicoterapia breve de inspiración psicoanalítica" en Schneider, P.B. (1979): *Propedéutica de una psicoterapia*. Valencia. Nau.
- Härkänen, T.T., Knekt, P.P., Virtala, E.E. y Lindfors, O.O. (2005). A case study in comparing therapies involving informative drop-out, non-ignorable non-compliance and repeated measurements. *Statistics in Medicine*, 24, 3773-3787.
- Higgins J.P.T. y Green S. (editors) (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. V.5.1.0. The Cochrane Collaboration. Disponible a www.cochrane-handbook.org.
- Høglend, P., Johansson, P., Marble, A., Bøgwald, K.P. y Amlo, S. (2007). Moderators of the effects of transference interpretations in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 160-171.
- Kazdin, A.E. (1986). Comparative Outcome Studies of Psychotherapy: Methodological Issues and Strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95-105
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen M. y Renlund C. (2008). 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. *Psychological Medicine*, 38, 689-703.

- Kopta, S., Howard, K.I., Lowry, J.L. y Beutler, L.E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009-1016.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. y Bergin, A.E. (1986). The Effectiveness of Psychotherapy. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3rd ed., pp 157-211). New York: Wiley
- Lambert, M.J. y Hill, C.E. (2003). Methodological Issues In Studying Psychotherapy Processes and Outcome. In: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 84–135.) New York: Wiley.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841–68
- Leichsenring, F., Rabung, S. y Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives General Psychiatry*, 61: 1208-16.
- Leichsenring, F. y Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551-1565.
- Leichsenring, F. y Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 15-22
- Luborsky L., Rosenthal R., Diguier L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Seligman D.A., Krause E.D., (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12
- Luborsky, L. y Singer, B. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008
- Lucas Carrasco, R. (1996). *Versión Española del WHOQOL*. División de Salud Mental. Organización Mundial de la Salud.
- Nathan, P.E., Stuart, S.P. y Dolan S.L. (2000). Research on Psychotherapy Efficacy and Effectiveness: Between Scylla and Charybdis?. *Psychological Bulletin*, 126, 964-981
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., y McCallum, M. (2001). Using DSM Axis II Information to Predict Outcome in Short-term Individual Psychotherapy. *Journal Of Personality Disorders*, 15(2), 110-122.
- Perry, J.C., Banon, E. y Ianni, F. (1999). Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312–1321
- Raykov, T. y Marcoulides, G.A., (2008). Repeated Measure Analysis of Variance (Cap. 5) en *An Introduction to Applied Multivariate Analysis*. Routledge. New York.
- Robles, J. I., Andreu, J.M. y Peña, M.E. (2002). SCL-90R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 5-19
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415
- Roth, A. y Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. 2nd Ed. Nova York: Guilford Press.
- Sala, J., Chancho, A., Ger, E., Miquel, C., Montserrat, A., Noguera, R., Ríos, C. y Sánchez, E. (2009). *Psicoteràpia focal de nens: Una aplicació del model psicoanalític a la Xarxa Pública*. Hospital Sant Pere Claver Fundació Sanitària - Grup del Llibre (SCCL). Barcelona.
- Sandell, R., Blomberg, J. y Lazar, A. (2002). Time matters. On temporal interactions in psychoanalysis and long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 12, 39-58.
- Sastre, V., Laudo, I., Mauri, L., Raventos, P. y Tió, J. (1999): Factors terapèutics de la psicoteràpia breu en l'assistència pública, en *Nous reptes plantejats a l'assistència pública en Salut Mental: III Jornades del Departament de Psiquiatria i Psicologia*. Fundació Hospital Sant Pere Claver. Barcelona.

Shedler, J. (2010). The efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.

Svartberg, M., Stiles, T.C. y Seltzer, M.H. (2004). Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810-817.

Watzke B., Rüdell H., Jürgensen R., Koch U., Kriston L., Grothgar B. y Schulz, H. (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*, 197, 96-105.

Westen, D. y Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.

RESUMEN

En este trabajo se intenta demostrar la persistencia de la mejoría experimentada por los pacientes a los dos años de haber finalizado una Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve. Este tratamiento fue llevado a cabo en un contexto asistencial público con una frecuencia de una sesión semanal y durante un año de duración. Se trata de un estudio observacional naturalístico en el que a través de las escalas SCL-90R y WHO-QL se evalúan respectivamente el nivel sintomático y la calidad de vida de los participantes. Estas medidas se tomaron al inicio, final y en el *follow-up*. El grupo de pacientes con una indicación de PPFB obtuvo unos resultados en los que se muestran una mejoría significativa tanto en Sintomatología Psicopatológica General como en Calidad de Vida Total y que se mantuvieron a los dos años de finalizar la psicoterapia. Los resultados fueron igualmente significativos con independencia de la categoría diagnóstica inicial.

SUMMARY

In this study we attempt to demonstrate the persistence of improvements experienced by patients two years after completion of brief and focal psychoanalytic psychotherapy (BFPP). This treatment was carried out in a public healthcare context in weekly sessions over a period of one year. It is a naturalistic, observational study which assesses participants' symptomatic level and quality of life through the SCL-90R and WHO-QL scales respectively. Data on these measures were collected at baseline, completion and at 24-month follow-up. The patient group receiving BFPP obtained results which showed significant improvements in both General Psychopathological Symptomatology and Total Quality of Life and that these persisted two years after completing the psychotherapy. The results were of equal significance independently of the initial diagnostic category.

PALABRAS CLAVE: Psicoterapia psicoanalítica, asistencia pública, permanencia de resultados, seguimiento.

KEY WORDS: Psychoanalytic psychotherapy, public healthcare system, persistence of improvements, follow-up.