

# Resultados de la psicoterapia psicoanalítica infanto-juvenil focal en una unidad de tratamientos especializados en la red pública de salud mental

ABDON MONTSERRAT A.<sup>1.A</sup>, CARLA MAÑÓS<sup>2.C</sup>, ENCARNA SÁNCHEZ C.<sup>2.A</sup>, ROSER NOGUERA C.<sup>2.A</sup>,  
CARMEN RÍOS B.<sup>2.A</sup>, JORDI SALA M.<sup>2.A</sup>, ENRIQUE GER G.<sup>2.A</sup>, EMMA CLARÓS<sup>2.B</sup>

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es describir la asociación entre variables pre-tratamiento, el tratamiento y variables post-tratamiento (resultado). El tratamiento realizado ha sido psicoterapia psicoanalítica de tipo focal, que se ha llevado a cabo en una unidad especializada en este tipo de trabajos (UPPIJ: *Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica infantil i juvenil de Sant Pere Claver*), la cual trabaja dentro del marco de la red pública de salud mental de Cataluña. Se constata una relación estadísticamente significativa entre la edad del paciente, la dinámica familiar y el grado de motivación, por una parte y, por otra, una valoración del éxito del tratamiento por parte del clínico al final de éste. PALABRAS CLAVE: psicoanálisis, infantil, juvenil, terapia focal, psicoterapia psicoanalítica.

## ABSTRACT

RESULTS OF PSYCHOANALYTICAL PSYCHOTHERAPY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS IN A SPECIALIZED TREATMENT DIVISION OF THE PUBLIC MENTAL HEALTH SYSTEM. The aim of the study is to determine associations between pre-treatment, in-treatment and post-treatment variables (results). The treatment studied was focal psychoanalytical psychotherapy, performed by specialized division (UPPIJ: *Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica infantil i juvenil de Sant Pere Claver*) of the public mental health system of Catalonia. A positive correlation was found between ages of patients, family dynamics and motivation scores on the one hand and the clinicians' final evaluations on the other. KEYWORDS: psychoanalysis, children, juvenile, focal therapy, psychoanalytic psychotherapy.

## RESUM

RESULTATS DE LA PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA INFANTIL I JUVENIL FOCAL EN UNA UNITAT DE TRACTAMENTS ESPECIALITZATS EN LA XARXA PÚBLICA DE SALUT MENTAL. L'objectiu d'aquest estudi és descriure l'associació entre variables pre-tractament, el tractament i variables post-tractament (resultat). El tractament realitzat ha estat psicoteràpia psicoanalítica de tipus focal, que s'ha dut a terme en una unitat especialitzada en aquest tipus de treball (UPPIJ: *Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica infantil i juvenil de Sant Pere Claver*), la qual treballa dins el marc de la xarxa pública de salut mental de Catalunya. Es constata una relació estadísticament significativa entre l'edat del pacient, la dinàmica familiar i el grau de motivació, d'una banda, i, d'una altra, una valoració de l'èxit del tractament per part del clínic al final d'aquest. PARAULES CLAU: psicoanàlisi, infantil, juvenil, teràpia focal, psicoteràpia psicoanalítica.

## Introducción

Según Weisz (2005), los metanálisis dan apoyo a la eficacia del tratamiento de psicoterapia en niños, si

bien sólo un 8 por ciento de éstos son sobre estudios de orientación psicoanalítica. Esto es un pequeño tanto por ciento en comparación con el porcentaje de tratamientos basados en esta orientación en la realidad

<sup>1</sup>Psiquiatra y psicoterapeuta; <sup>2</sup>Psicólogo/a clínico/a y psicoterapeuta; <sup>A</sup>Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica infantil i juvenil (UPPIJ). Sant Pere Claver, Fundació Sanitària, Barcelona (Espanya); <sup>B</sup>Màster en Psicopatologia Clínica, Fundació Vidal i Barraquer; <sup>C</sup>Màster en Psicoteràpia Psicoanalítica, Fundació Vidal i Barraquer.

Correspondència: [amontserrat@fhspercclaver.org](mailto:amontserrat@fhspercclaver.org)

asistencial. En general, el psicoanálisis no cuenta con un gran cuerpo de evidencias a nivel científico. Por ello, el tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico ha sido clásicamente criticado por carencia de pruebas de evidencia científica que demuestre su eficacia (Skuse, 2011). Por esta razón creemos que es interesante documentar empíricamente los resultados de las psicoterapias de orientación psicoanalítica. Además, hay que añadir que, como pasa en general a nivel de investigación, hay menos estudios en población infantil que en adulta (Windaus, 1995).

Entre los estudios pioneros cabe destacar aquel que realizaron Petri y Thieme (1978). En él, se obtienen entre un 57 y un 66 por ciento de resultados satisfactorios de los 78 casos estudiados. Posteriormente, cabe mencionar el estudio clásico de Target y Fonagy realizado en el Centro Anna Freud (1994), basado en la revisión de historias clínicas. A pesar de ser una revisión hecha a posteriori del planteamiento del estudio, durante mucho tiempo ha sido el artículo de referencia en esta materia. La principal conclusión de este estudio es que el tratamiento psicodinámico es más efectivo cuando menor es la edad de los pacientes, sugiriendo que los factores del desarrollo influyen de forma importante en el resultado de la terapia.

Fharig (1996) demostró la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica breve en un 90 por ciento de los participantes. Por otra parte, el estudio de Muratori (2003) indicó que la psicoterapia psicoanalítica breve es un tratamiento efectivo para los niños que presentan desórdenes de tipo emocional. Como otra muestra del “retroceso” de la investigación en el ámbito psicoanalítico sobre la eficacia de la terapia en niños, se puede mencionar que los estudios realizados en 2005 en Alemania Horn, Kronmüller y Winkelmann han sido pioneros (Kronmüller, 2005). En estos estudios se nos mostró que este tipo de terapia tiene muy buen resultado entre niños y adolescentes.

A pesar de esto, existe la conciencia entre los profesionales del ámbito de la salud mental de la necesidad de avanzar en el campo de la investigación en la psicoterapia psicoanalítica infantil (Rous, 2011). Destacaríamos, como otros autores (Kazdin, 1996; Fonagy, 1997) la importancia de determinar la efectividad de los tratamientos en edad infantil y su efectividad en relación a la prevención de desórdenes en la edad adulta y, por lo tanto, la importancia de la investigación para poder evaluar estos procesos.

Lagrecia (2009) señaló la importancia de los estudios basados en la evidencia. Según este autor, a pesar del desarrollo de estos últimos 30 años de tratamientos específicos e intervenciones psicológicas preventivas para niños y jóvenes, muy pocas de estas técnicas están basadas en la evidencia científica. Esto sería válido para estudios realizados desde cualquier línea teórica. También pensaríamos que los informes de investigación son herramientas de comunicación entre profesionales (incluso de otras orientaciones teóricas) y entre profesionales y la Administración. La crítica de carencia de estudios basados en la evidencia es en parte fundada, pero en el futuro esto pasará cada vez menos (Skuse, 2011), ya que los estudios aleatorizados a largo plazo serán claves para poder describir las ventajas y las limitaciones de los tratamientos individuales psicodinámicos infanto-juveniles. De hecho, en los últimos años empiezan a aparecer más estudios.

Más allá de la demostración de la efectividad del tratamiento, otro foco de interés sería identificar qué factores pueden ser predictores del buen o mal pronóstico del mismo. En este sentido, Gorin (1993) nos mostró que el cumplimiento terapéutico es el principal predictor de cambios globales. En un estudio con una muestra de 23 casos, Deakin y colaboradores (2009), hicieron una comparación con un grupo control administrando Test Achenbach CBCL. Odhammar (2011), en una muestra de 33 niños, detectó mejoría con el tratamiento de psicoterapia psicoanalítica en el funcionamiento global. Sin embargo, no pudo precisar cuáles eran las variables predictoras que influyeron en este cambio.

En una revisión reciente de la literatura, Midgley y Kennedy (2011) analizaron 34 estudios. Muchos estudios emplean una metodología cualitativa, que es muy útil como desarrollo teórico pero que dificultaría la comparación entre estudios. Respecto a cómo se valora el resultado, llama la atención que en un trabajo se aluda a la satisfacción en relación a las expectativas de los pacientes (Carlberg, 2009), y en otro, a las expectativas de los profesionales (sanitarios y educativos) (Urwin, 2007).

Dada la especificidad de ser prácticamente la única unidad de psicoterapia infantil que forma parte de la *Xarxa Pública Catalana de Salut*, pensamos que sería especialmente necesaria nuestra aportación en este sentido. A diferencia de otros equipos de la red pública que sectorizan la población a atender, la *Unitat de psicoteràpia psicoanalítica infantil i juvenil* (UPPIJ) no presenta esta característica. No está sectorizada, sino que

puede atender a cualquier ciudadano. La UPPIJ realiza diversas ofertas terapéuticas que no son objetivo de este estudio. De entre ellas, sólo nos centraremos en la psicoterapia de tipo focal individual. Ésta es aquella modalidad psicoterapéutica en la cual el foco de trabajo se organiza según la estructura psíquica del paciente, el tipo de conflictiva y los objetivos terapéuticos que se establezcan. La frecuencia de las sesiones es semanal, y la duración de aproximadamente un año.

En un primer trabajo (Montserrat y cols., 2009) realizado con una muestra de 49 casos se observó que las psicoterapias realizadas en la UPPIJ que obtenían mejores resultados eran aquellas en las que la duración estaba más cerca de la preestablecida, en una población de menor edad y finalmente en las que la ansiedad ocupaba un lugar predominante en la sintomatología clínica (versus aquellas en las que el síntoma principal estaba más cronificado). En el trabajo actual se cuenta con una muestra muy superior (287 casos) y pretenderíamos hacer una nueva aportación en la línea de la demostración de la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica. Se trata de los casos atendidos entre el 2005 y el 2011, derivados a nuestro servicio para ser atendidos en la modalidad de psicoterapia focal, dentro del proceso habitual a nuestra red asistencial.

El objetivo del estudio sería, pues, describir el estatus diagnóstico pre-tratamiento y post-tratamiento y la valoración clínica del resultado del tratamiento. En segundo lugar, analizar la asociación entre variables pre-tratamiento de tipo sociodemográfico, clínico y familiar con: a) la adherencia terapéutica y b) la valoración clínica del resultado del tratamiento.

## Metodología

Se trata de un estudio naturalístico, que se llevó a cabo con la introducción de casos de forma consecutiva. El estudio fue realizado por los terapeutas de la UPPIJ que introdujeron los datos en la historia clínica de forma integrada dentro de su actividad asistencial. Se estudiaron 287 casos, de edades comprendidas entre 3 y 18 años, de los cuales 167 son niños y 120 son niñas (M de edad en niños= 8,9;  $SD=4,2$  / M de edad en niñas= 10,1;  $SD=5,7$ ), como se puede ver en la tabla 1.

Las variables que contiene la base de datos son las siguientes:

1. *El número de historia* (NH) correspondería al número que le asignamos en la Unidad para poder identificar

y ordenar el caso.

2. *Las edades* (E); las diferentes edades las hemos agrupado en intervalos de edad, hasta que se han reducido a sólo dos categorías: a) Hasta los 10 años; b) De 11 años en adelante. Se considera que la categoría “hasta 10 años” representa el grupo de pacientes que han recibido tratamiento en edad precoz en la UPPIJ.
3. *Género* (GN), masculino o femenino.
4. *Vinculación previa al CSMIJ de referencia* (VP). Los pacientes que llegan a la unidad, mantienen la vinculación del CSMIJ que los deriva.
5. *Fecha de derivación a nuestro servicio* (FD), este dato se tiene en cuenta desde que la hoja de derivación llega a la unidad.
6. *Diagnóstico* (DG1); este equivale al diagnóstico del terapeuta principal de la UPPIJ y otros que pueda realizar (hasta 4).

Los diagnósticos se han agrupado de la siguiente manera:

- Angustia como elemento predominante, estados más agudos (ANG)
- Otros estados con tendencia a la cronicidad (ALT)

Se agrupan según la angustia sea sintomatológicamente predominante o no en cada uno de los pacientes, según se refleja en su clasificación CIE-10. En este sentido, los trastornos adaptativos se codifican como trastornos en los que predomina la angustia. En el apartado “otros” se agrupan diagnósticos en los que predominan los trastornos de aprendizaje, de la conducta, psicósomáticos, trastornos del desarrollo, trastornos psicóticos y, en general, trastornos en los que ya se ha establecido una cierta cronificación del cuadro clínico (siendo la angustia una característica menor en el diagnóstico).

7. *Diagnóstico del derivador* (DGD1): corresponde al diagnóstico principal que haya puesto el derivador y hasta 4 opciones de diagnóstico que éste haya podido crear oportunas.
8. *Fecha de la primera visita* (FIV): ésta se trata de la primera entrevista que realizan con uno de los terapeutas del equipo.
9. *Descripción de la dinámica familiar* (DF): equivale a la evaluación esquemática del funcionamiento del grupo familiar con sus modos relacionales predominantes:
  - Descripción dinámica familiar 1: capacidad de los padres para establecer y sostener unos límites adecuados o no.
  - Descripción dinámica familiar 2: diferencia de roles

parentales (cuando los padres hacen de padres y los hijos de hijos)

- Descripción dinámica familiar 3: necesidad familiar de paciente identificado (en qué medida los problemas de la familia se proyectan en el paciente)
- Descripción dinámica familiar 4: nivel de emoción expresada en las comunicaciones intrafamiliares.
- Descripción dinámica familiar 5: grado de contacto emocional (si se comparten o no las emociones de forma adecuada con la repercusión que esto puede tener en la diferenciación del individuo).

Todas las variables mencionadas hasta el momento equivalen a *variable pre-tratamiento*. Seguidamente pasaremos a comentar las *variables post-tratamiento*:

1. *Motivación del paciente para el tratamiento* (MP): sería la motivación del paciente para el tratamiento al principio de éste, valorado subjetivamente por el terapeuta que atiende con una escala tipo Likert de 5 grados (donde 1 sería nula motivación y 5 el grado máxima de ésta)
2. *Motivación de la familia para el tratamiento* (MF): se contempla la motivación de ésta con el mismo procedimiento recién mencionado.
3. *Diagnóstico final* (DGF), según la codificación de la CIE-10.
4. *Valoración Final* (VF), nos referimos a la valoración final del resultado del tratamiento por parte del clínico, distribuidos en dos categorías:
  - Tratamientos incompletos o completos con pobres ganancias (valoración insuficiente)
  - Tratamientos completos con ganancias de buenas a excelentes (valoración satisfactoria)
5. *Valoración final según "AFRI"* (escala de uso interno). La valoración "AFRI", diseñada dentro de la propia UPPIJ, recoge de forma cuantitativa 4 aspectos de mejoría de la organización psicológica del niño que el terapeuta evalúa. Las cuatro subescalas se puntúan de 1 a 5 (siendo 1 igual a ningún mejoría y 5 igual a mucha mejoría) y son: aumento de la capacidad de fantaseo, aumento de la capacidad asociativa, disminución de las tendencias regresivas, y disminución de la sintomatología (1).

Por último, contamos con una variable que no estaría en la categoría de post o pre tratamiento, *número de visitas* (NV) (15), que corresponde a 2 grupos de número de visitas: hasta 49 inclusive / a partir de esta cifra.

Para analizar estas variables hemos usado la prueba estadística *chi cuadrado* ( $\chi^2$ ), comparando 2 variables

agrupadas categóricamente. En los análisis de resultados una de estas variables es una variable pre-tratamiento y otra una variable de valoración final (VF). En relación a la valoración final según "AFRI", hemos comparado esta variable con la VF utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

### Resultados

En relación a los objetivos planteados en este trabajo, se han estudiado las asociaciones entre las siguientes variables. Según la tabla 2, respecto a la edad aparece significativo ( $\chi^2 = 16,04 / p < ,000$ ) que los niños de 10 años o menos tuvieron mejor resultado a la psicoterapia, según la valoración final referida (valoración satisfactoria).

En la tabla 3, aparece la variable que hace referencia al número de visitas. Un tratamiento completo equivaldría a unas 50 visitas aproximadamente (tratamientos de un año de duración, frecuencia semanal, teniendo en cuenta los períodos de vacaciones y festivos). Estos tratamientos completos estarían representados por la variable NV en las categorías de casos que han realizado 50 visitas o más. Hemos hecho un corte aproximadamente a la mitad del tratamiento (alrededor de las 30 visitas), puesto que antes del comienzo de la psicoterapia se hace el proceso diagnóstico, que no es propiamente de tratamiento. Con ello, realizamos una evaluación de la adherencia a la mitad del tratamiento, en relación a la duración teórica pactada al inicio de éste (1 año). La adherencia total equivaldría a 30 visitas efectivamente realizadas hasta ese momento (cronológicamente se corresponde a los 6 meses de tratamiento).

Obtuvimos resultados estadísticamente significativos en el sentido de que los tratamientos completos en cuanto a la previsión de 50 visitas ( $\chi^2 = 12,64 / p < ,000$ ) obtuvieron mejor valoración final que los tratamientos incompletos.

Obtuvimos que los niños y chicos tienen mayor adherencia al tratamiento a las 30 visitas ( $\chi^2 = 5,08 / p < ,05$ ) y a las 50 visitas ( $\chi^2 = 5,02 / p < ,05$ ) que las niñas y chicas. También pudimos observar que los pacientes de 10 años o menos (categoría pequeños) serían claramente más cumplidores del tratamiento (logran un número final de visitas más cercano al previsto) que los pacientes de más de 10 años ( $\chi^2 = 16,30 / p < ,000$ ). No se obtiene relación estadísticamente significativa entre los diagnósticos de los terapeutas de la UPPIJ según la categorización

ANG/ALT y valoración final. Sí apareció como tendencia que las patologías con predominio de la angustia tienen mejor valoración al final del resultado de tratamiento (valoración satisfactoria) ( $\chi^2=0,94 / p<,5$ ).

También obtuvimos que la dinámica familiar inadecuada en los campos 2 (diferenciación de roles parentales) ( $\chi^2= 4,40 / p<,05$ ) y 3 (necesidad familiar de paciente identificado) ( $\chi^2= 4,03 / p<,05$ ) al inicio del tratamiento se relacionaría con un mal resultado al final, como se muestra en la tabla 4. También destacaríamos que la dinámica familiar 2 aparece más alterada en el caso de la población femenina que atendemos ( $\chi^2=5,02 / p<,05$ ). También se observó que los pacientes con puntuaciones más altas en la valoración "AFRI" correlaciona con mejores valoraciones finales. De las 4 subescalas, aquella que correlacionaría más claramente es la de disminución de tendencias regresivas ( $r= 0,498 / p<,000$ ).

Para acabar, tanto la motivación de la familia ( $\chi^2=12,02 / p<,05$ ) como la del paciente ( $\chi^2=11,08 / p<,05$ ) al inicio del tratamiento se asociaron con mejor resultado final de éste, como se muestra en la tabla 5.

## Discusión

El hecho ya mencionado en la introducción de ser prácticamente la única unidad de psicoterapia infantil nos permite coleccionar un tamaño muestral considerable en psicoterapia, mayor a todos los estudios revisados, exceptuando el trabajo de Target y Fonagy anteriormente citado, ya que cada año se realizan y evalúan unos 75 tratamientos terapéuticos reglados.

En referencia a la edad observamos que los niños de 10 años o menos responden mejor a la psicoterapia. Target y Fonagy (1994) obtienen este hallazgo en los niños menores de 9 años. En cambio, para Casey y Berman (1985) la edad del niño no está relacionada con el resultado de la psicoterapia. Puesto que parece difícil de cuestionar el beneficio de una intervención precoz en relación a la edad del niño o joven, resultados como este último harían pensar en la importancia del tiempo de evolución del trastorno, que en algunos casos estaría relacionado con la edad del niño o niña y en otros no.

Sobre la asociación positiva entre el número de visitas y la valoración final, decir que está replicaría los resultados obtenidos en nuestro estudio publicado en 2009 (Montserrat et al., 2009). También replica los estudios de Heinicke (1986), Boston (1993) y finalmente

el estudio de Target (1994). Refiriéndonos a un estudio mucho más reciente, similares resultados se obtienen en el estudio de Deakin (2012) sobre abandonos precoces en la psicoterapia infanto-juvenil. Pero en la literatura también encontramos estudios aparentemente contradictorios sobre estos datos: algunos estudios como el de Muratori (2003) y Smirnos (1993) muestran mejores resultados en tratamiento más cortos (de 11 y de 12 sesiones respectivamente). Seguramente el nexo de unión entre todos estos estudios es que los resultados son positivos cuando el número de visitas se acerca más al esperado, que parece una asociación más fuerte incluso que el total.

Obtenemos que los niños y chicos tienen mayor adherencia al tratamiento (medido en número de visitas a mitad y final de tratamiento) que las niñas y chicas. No se puede en este momento dar una explicación clínica a este hallazgo estadístico. En la literatura encontramos un resultado diferente al nuestro: Midgley y Navridi obtienen una asociación positiva entre género femenino y adherencia al tratamiento (2006). Dado que niños y chicos obtienen también mejor resultado final, se apuntaría a que ambos hallazgos podrían estar relacionados: mejor adherencia y mejor resultado en género masculino. En cambio, hallamos mejor resultado en chicas en resultados meta-analíticos de la literatura en una revisión de Casey (1985) y Deakin y Nunes (2009).

Sería un motivo para reflexionar si este hecho podría estar relacionado con mayor presencia de terapeutas masculinos en nuestra unidad, respecto a la mayoría de dispositivos de psicología y psiquiatría de la red asistencial, en el sentido de que una mayor identificación facilitada por la igualdad de género podría comportar mejores resultados terapéuticos. Evidentemente esto es una simple hipótesis sobre la cual vale la pena seguir pensando y trabajando. Según los estudios, nos hallamos tres posiciones principales. Algunos autores (Beutler, Crago y Arizmendi, 1986; Carter, 1971; Chesler, 1971; Fisher, 1989) nos sugieren, a partir de las investigaciones, que las terapeutas de sexo femenino obtienen mejores resultados con pacientes de ambos sexos. Por otro lado, Beutler, Machado y Neufeldt (1994) afirman que el éxito de la psicoterapia tiene relación con el hecho de que las terapeutas de sexo femenino traten a pacientes del mismo género y que los terapeutas masculinos trabajen con pacientes del género masculino. Por último, nos encontramos con una tercera posición, en la que se considera el género de los terapeutas como una variable

muy poco fiable para predecir el éxito de la psicoterapia (Weisz, 1995; Cavenar y Werman, 1983).

Los pacientes de 10 años o menos son claramente más cumplidores del tratamiento (logran un número final de visitas más cercano al previsto) que los pacientes de más de 10 años. Esto probablemente sea debido al mayor peso específico de la familia a la hora de conseguir que se siga el tratamiento: la importancia del papel de la familia en el apoyo psicoterapéutico ha sido reportado en estudios como el de Kazdin (1996), quien propone implicar más a la familia como factor preventivo de interrupciones precoces en los tratamientos. Un resultado que en el anterior estudio obtenía significación estadística y que ahora no se confirma (si bien sí que aparece como tendencia), es que las patologías en las que predomina la ansiedad (ANG) tienen mejor valoración final de resultado de tratamiento, siendo valoradas satisfactoriamente por parte de los clínicos.

En un análisis de los diagnósticos sin agrupar o categorizar que obtienen tan buen como mal resultado se destacan dos observaciones interesantes. La primera sería que obtienen mal resultado muchos cuadros de patología adaptativa que sobre el papel tendrían que responder mejor al procedimiento psicoterapéutico. La segunda observación es que el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (que corresponde a la categoría de patología en la que no predomina la ansiedad i tiene tendencia a ser de larga evolución /cronicidad: ALT), obtiene buen resultado en 7 casos y mal resultado en un caso.

Los resultados alrededor de trastornos obsesivo-compulsivos son similares al de un pequeño estudio de Apter (1984) en el cual 9 pacientes reciben tratamiento psicoterapéutico después de haber fracasado un tratamiento conductual. Siete de ellos obtienen mejorías significativas. Estos 2 hechos, el primero ya presente en el estudio anterior aunque de forma menos relevante, han contribuido a que el resultado no fuera estadísticamente significativo. También estos dos hechos hacen pensar en la dificultad de adaptar una nosología psiquiátrica pensada para el adulto (CIE, en nuestro caso) a las especificidades etiopatogénicas y sintomatológicas de la población infantil, aspecto reportado por diferentes autores como Rutter (2011).

Son bastante numerosos los estudios donde un tipo de trastorno u otro (ANG/ALT), incluso siendo que categorizados de forma algo diferente, muestran resultados diferenciados entre sí. Por ejemplo, estudios donde los trastornos de conducta aparecen con peor resultado

(aproximadamente correspondería a la categorización ALT nuestra) y además relacionado con la mayor dificultad de adherirse al tratamiento: Target y Fonagy (1994), Winkelmann (2005) y Erensund (2007). Lo mismo se podría decir de la diferenciación entre síntomas emocionales o internalizantes (aproximadamente equivalentes a ANG) y externalizantes o disruptivos (aproximadamente equivalentes a ALT): estudio Baruch (1998); Muratori (2003); Kronmuller et al. (2005).

También hemos obtenido que la dinámica familiar alterada en los campos 2 (diferenciación de roles parentales) y 3 (necesidad familiar de paciente identificado) al inicio del tratamiento, se relacionan con un mal resultado al final (valoración insuficiente). Esto hace pensar en la importancia de las interacciones que se dan entre los padres y los pacientes y en general dentro del seno familiar. Es por este motivo que durante los tratamientos psicoterapéuticos individuales del niño o chico en nuestra unidad, precisamos que también se esté interviniendo terapéuticamente en los padres. Y es congruente con estudios como los de Stefini y Kronmüller (2009), en los cuales se destacan la importancia de una dinámica familiar normalizada.

Hay que recordar que la dinámica familiar alterada en el campo 2 se corresponde a la diferencia de roles parentales (asunción de roles parental por parte del niño o niña) y que la dinámica familiar alterada en el campo 3 se corresponde a la necesidad familiar de paciente identificado. También destacar que la dinámica familiar 2 (diferenciación de roles parentales) aparece más alterada en el caso de la población femenina que atendemos. Esto podría estar relacionado con los hechos mencionados de mal resultado final en población en el caso de las niñas y que en estas es más frecuente la dinámica familiar 2 alterada.

Encontramos que los pacientes con puntuaciones más altas en la valoración de la dinámica familiar correlacionan con mejores valoraciones finales. De las 4 subescalas, aquella que correlaciona más claramente es la de disminución de tendencias regresivas. Este resultado es congruente con el mismo puesto que ambas variables correlacionadas miden un aspecto similar en el mismo momento. Una sería una concreción de algunos aspectos más generales contenida en la otra, como ya hemos comentado anteriormente. El hecho de que la subescala "AFRI" que más correlacione con mejoría global sea la disminución de las tendencias regresivas sugiere la importancia de los aspectos evolutivos en los

procesos psicopatológicos de los niños (y en su proceso de mejoría). No hemos encontrado en la literatura estudios con medidas de cambio intrapsíquico en relación al tratamiento, siguiendo, por ejemplo, la revisión hecha por Midgley y Kennedy (2011) sobre psicoterapia psicodinámica infantil. Los instrumentos de medida más frecuentemente empleados son los que identifican cambios sintomatológicos (CBCL, por ejemplo; Deakin y Nunes, 2009) o funcionamiento global (C-GAS; Odhammar, 2011).

Finalmente: tanto la motivación de la familia como la del paciente al inicio del tratamiento se relacionan con mejor resultado final de éste. Esto es más significativo en el caso de la motivación de la familia. Hay que señalar la limitación metodológica que supone que la variable referida a la motivación sea recogida subjetivamente por el propio terapeuta. A pesar de ello, esta variable la podríamos relacionar con el más alto grado de adhesión al tratamiento que seguramente este hecho procura. Y como hemos visto, este sería una variable que se relaciona con mejor resultado final. En este sentido, los pacientes de 10 años o menos son claramente más cumplidores (logran un número final de visitas más cercano al previsto) del tratamiento que los pacientes de más de 10 años. Esto probablemente sea debido al mayor peso específico de la familia a la hora de conseguir que se siga el tratamiento.

Este hallazgo también aparece en los estudios de Fonagy (2002) y de Carlberg (2009) (en los cuales también se destaca la importancia de la familia en su relación al tratamiento). O en el estudio de Kazdin (1996) anteriormente mencionado, en relación a cómo evitar abandonos precoces. O en un reciente estudio de Urwin (2009), que apunta en similar dirección, demostrando cómo las ideas a priori respecto a determinadas áreas del tratamiento influyen en el resultado final en estas áreas concretas.

Respecto a la importancia de la alianza terapéutica, diferentes autores desde una vertiente cognitivo-conductual han intentado ir definiendo el fenómeno, por ejemplo Llewelyn y Hardy (2001). También Nock y Kazdin (2001): estos últimos muestran que las expectativas de los padres respecto al tratamiento son predictores de las dificultades en éste y de los abandonos precoces.

## Conclusiones

La definición de la población en donde somos más efectivos permite tener en cuenta este factor a la hora

de indicar las intervenciones o de plantear unos objetivos terapéuticos determinados (esto tiene que ver con la definición del foco en cada caso concreto). Los objetivos específicos del presente trabajo van en esta dirección, aunque en estos momentos con un alcance más modesto. Como puntos fuertes del presente estudio destacaríamos la gran cantidad de información introducida en la base de datos, puesto que no hemos encontrado en la literatura un tamaño muestral tan grande, excepto en el estudio de Target y Fonagy (1994). Como puntos débiles tendríamos la carencia de una prueba de cambio clínico objetiva (en este sentido ya se está implantando en nuestro equipo la pasación del Test CBCL-Achenbach). Otra variable de la base de datos de reciente creación, pero de la que como en el anterior caso todavía no disponemos de suficiente masa crítica de datos, es el seguimiento a medio plazo de los casos. Es decir, poder medir algunas características de la efectividad de nuestros tratamientos no sólo en el momento de la finalización de éste. También pasado un tiempo (pensamos que el año siguiente al del tratamiento sería crucial en este sentido), lo cual cobra todo su sentido si entendemos la psicología del niño como algo en estado evolutivo y cambiante. Estos dos puntos, conjuntamente con la posibilidad de trabajar a posteriori mucha información que ya está en la base de datos una vez ya esté categorizada, son los principales hitos que esperamos logre próximamente este proyecto, al que llamamos proyecto "Odisea". Por categorización aquí entenderíamos la necesidad de definir un rango de valores a categorías a las variables que contienen información descriptiva.

Respecto a los resultados obtenidos podemos destacar que se confirman dos resultados previos del estudio publicado en 2009: la mayor eficacia en niños más pequeños y en aquellos casos que hay un mayor grado de cumplimiento del tratamiento en cuanto a número de visitas. Respecto al estudio previo, la mejor eficacia en trastornos en los cuales predomina la angustia sólo se confirma parcialmente.

La participación de la familia es importante como sostenedora de la regularidad del tratamiento y, a nivel más intrapsíquico, en relación a su grado de motivación. Por tanto aparece como una variable sugerente y a tener en cuenta en la organización de la asistencia a los niños de forma integral (que incluye la asistencia en los padres).

## Notas

(1) Estos aspectos son ampliamente tenidos en cuenta entre los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica y los psicoanalistas, y han sido desarrollados por autores como Ferenczi (1928).

## Agradecimientos

Alberto García-Villarrubia Muñoz  
David Clusa Gironella (Grup Sant Pere Claver)  
David Montserrat Aguadé (Generalitat de Catalunya)  
Lluís Mauri Mas (Grup Sant Pere Claver)  
Magda Soms Aparicio (Grup Sant Pere Claver)  
Mariona Amorós Mestres (Grup Sant Pere Claver)  
Mireia Balleste Gibert (Grup Sant Pere Claver)  
Neus Barrantes Vidal (Universitat Autònoma de Barcelona)  
Oriol Bonillo Farreres (Grup Sant Pere Claver)

## Bibliografía

APTER, M. (1984). Reversal theory and personality: A review, *Journal of Research in Personality*, 18(3), 265-288.

BARUCH, E. (1998). *Leaving A Doll's House*. By Claire Bloom Claire. Boston: Little, Brown, 1996, 244 pp., *Psychoanalytic Review*, 85(2), 315-322.

BEUTLER, L., CRAGO, M. Y ARIZMENDI, T. (1986). Therapist variables in psychotherapeutic process and outcome. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change* (3rd ed.) (pp. 257-310). New York: John Wiley.

BEUTLER, L., MACHADO, P. Y NEUFELDT, S. (1994). Therapist variables. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th ed., (pp. 229- 267). New York: John Wiley.

BOSTON, M. Y LUSH, D. (1993). Can child psychotherapists predict and assess their own work? A research note, *ACCP Review and Newsletter*, 15, 112-9.

CARLBERG, G., THORÉN, A., BILLSTRÖM, S. Y ODHAMMAR, F. (2009). Children's expectations and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 35:2, 175-193.

CARTER, C. (1971), Advantages of being a woman therapist. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 8, 297-300.

CASEY, J., BERMAN, R. Y JEFFREY, S. (1985). The outcome of psychotherapy with children, *Psychological*

*Bulletin*, 98(2), Sep 1985, 388-400.

CAVENAR, J. Y WERMAN, D. (1983). The sex of the psychotherapist, *American Journal of Psychiatry*, 140, 85- 87.

CHESLER, P. (1971), Women as psychiatric and psychotherapeutic patients, *Journal of Marriage and the Family*, 33, 746-759.

DEAKIN, E., GASTAUD, M. Y TILLETNUNES M. (2012). Child psychotherapy dropout: an empirical research review, *Journal of Child Psychotherapy*, 38 (2), 199-209.

DEAKIN, E. Y TILLETNUNES, M. (2009). Effectiveness of child psychoanalytic psychotherapy in a clinical outpatient setting, *Journal of Child Psychotherapy*, 35 (3), 290-301.

ERESUND, P. (2007). Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders, *Journal of Child Psychotherapy*, 33 (2), 161-80.

FERENCZI, S. (1928). El problema del fin del análisis. En: *Obras completas* (pp. 49-58), Madrid: Espasa.

FAHRIG, H. ET AL. (1996). Therapeutic outcome of analytic psychotherapy in children and adolescents. The Heidelberg study on analytic child and adolescent psychotherapy. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 4, 375-395.

FISHER, E. H. (1989). Gender bias in therapy? An analysis of patient and therapist causal explanations, *Psychotherapy*, 26, 389- 401.

FONAGY, P. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9 (04), 679-700.

FONAGY, P. (2002) *Una revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis, informe preparado por el Comité Investigador de la API a pedido de su Presidente*, Londres: API.

GORIN, S. (1993). The prediction of child psychotherapy outcome: factors specific to treatment. *Psychotherapy*, 30 (1), 152-8.

HEINCKE, C. Y RAMSEY-KLEE, D. (1986). Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of sessions, *Journal of the Academy of Child Psychiatry*, 25: 247- 53.

KAZDIN, A. (1996). Dropping out of child psychotherapy: issues for research and implications for practice, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 133-56.

KENNEDY, E. Y MIDGLEY, N. (2011), Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of the evidence base, *Journal of Child Psychotherapy*, 37 (3), 232-260.



KRONMÜLLER, K. T., POSTELNICU, I., HARTMANN, M., STEFINI, A., GEISER-ELZE, A., GERHOLD, M., HILDEGARD, H. Y WINKELMANN, K. (2005). Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders, *Praxy Kinderpsychology Kinderpsychiatrie*, 54(7), 559-577.

LA GRECA, A., SILVERMAN, W. Y LOCHMAN, J. (2009). Moving beyond efficacy and effectiveness in child and adolescent intervention research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), Jun 2009, 373-382.

LLEWELYN, S. Y HARDY, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies, *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.

MIDGLEY, N. Y NAVRID, E. (2006). An exploratory study of premature termination in child analysis, *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 5, 4437-458.

MIDGLEY, N. Y KENNEDY, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base, *Journal of Child Psychotherapy*, 37 (3), 232-260.

MONTSERRAT, A., SÁNCHEZ, C., CHANCHO, A., MIQUEL, T., NOGUERA, R., RÍOS, C., SALA, J. Y GER, E. (2009). Un proyecto de evaluación de los resultados de psicoterapia psicoanalítica infanto-juvenil, *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 14, 81-85.

MURATORI, F., PICCHI, L., BEUNI, G., PATRANELLO, M. Y ROMANGOLI, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children, *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 331-9.

NOCK, M. Y KAZDIN, A. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment, *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 155-180.

ODHAMMAR, F., SUNDIN, E., JONSON, M. Y CARLBERG, G. (2011). Children in psychodynamic psychotherapy: changes in global functioning, *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 261-279.

PETRI, H. Y THIEME, E. (1978). Follow-up of psychotherapy in children and adolescent, *Psyche*, 32(1), 21-51.

ROUS, E. Y CLARK, A. (2011). Thinking without knowing - Child psychoanalytic psychotherapy in the UK and evidence-based practice, *Evaluation in Clinical Practice*, 17, 1365-2753.

RUTTER, M. (2011). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 647-660.

SKUSE, D., BRUCE, H., DOWDNEY, L. Y MRAZEK, D. (2011). *Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Practice*. London: Wiley-Blackwell

SKUSE, D., BRUCE, H., DOWDNEY, L. Y MRAZEK, D. Psychoterapeutic Approaches: a psychodynamic Perspective, consultado el 2 de junio del 2011 dentro de *Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Practice, second Edition*. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119993971.ch45/summary>

SMYRINOS, K. X. Y KIRKYBY, R. J. (1993). Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1020-7.

STEFINI, A., GEISER-ELZE, A., HARTMANN, M., HORN, H., WINKELMANN, K. Y KRONMÜLLER, K. T. (2009). Attachment style and outcome in short-term psychodynamic psychotherapy for children and adolescents, *Psychotherapy Psychosomatic Medical Psychology*, 59(2):68-74.

TARGET, M. Y FONAGY, P. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children: Prediction of outcome in a developmental context, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1134-1144.

URWIN, C. (2007). Revisiting "What works for whom?": A qualitative framework for evaluating clinical effectiveness in child psychotherapy, *Journal of Child Psychotherapy*, 33 (2), 134-160.

URWIN, C. (2009). A qualitative framework for evaluating the clinical effectiveness of child psychotherapy: The Hopes and Expectations for Treatment Approach (HETA) en Midgley, J., Anderson, E., Grainger, T., Nesic-Vuckovic, C., Urwin. *Child Psychotherapy and Research: New Approaches, Emergent Findings*, Londres: Routledge.

WEISZ, J., DOSS, A. Y HAWLEY, K. (2005). Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base, *Annual Review of Psychology*, 56, 337-63.

WEISZ, J., WEISS, B., HAN, S., GRANGER, D. Y MORTON, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies, *Psychological Bulletin*, 117, 450-68.

WINDAUS, E. (1995). Efficacy studies in the field of psychotherapy-psychoanalytical and psychodynamic psychology-for children and adolescents: a survey, *Praxy Kinderpsychology und Kinderpsychiatrie*, 54(7), 530-558.

WINKELMANN, K. (2005). Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54(7), 598-614.

## Anexos

Tabla 1. Distribución de las edades

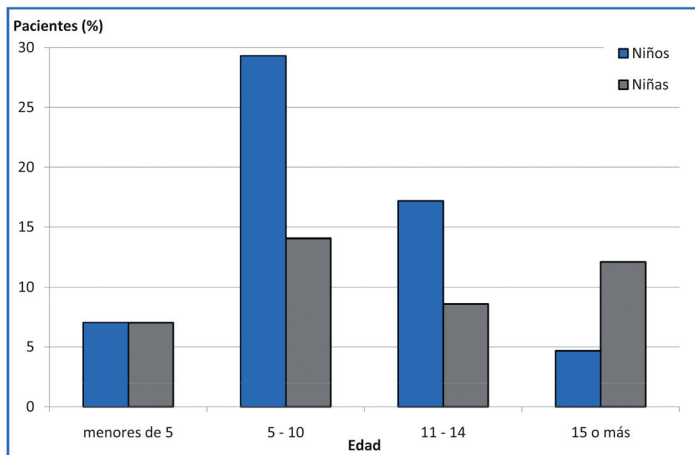


Tabla 2. Relación entre edad y valoración final del tratamiento

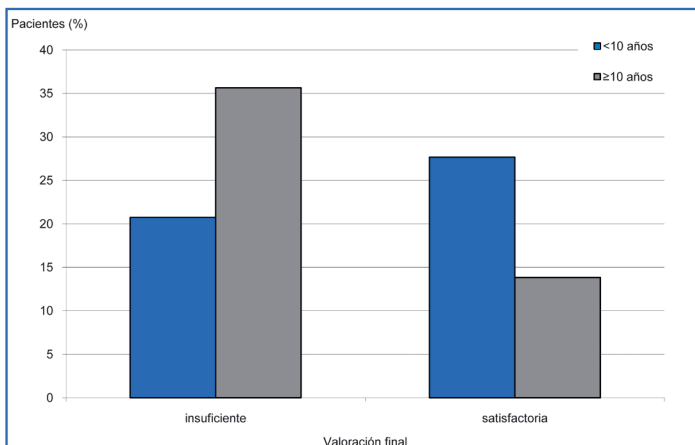


Tabla 3. Relación entre número de visitas y valoración final del tratamiento

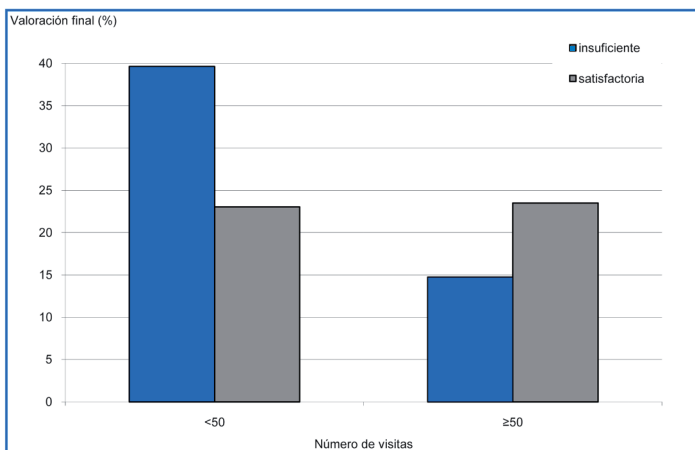


Tabla 4: Relación entre dinámica familiar y valoración final de tratamiento (por género)

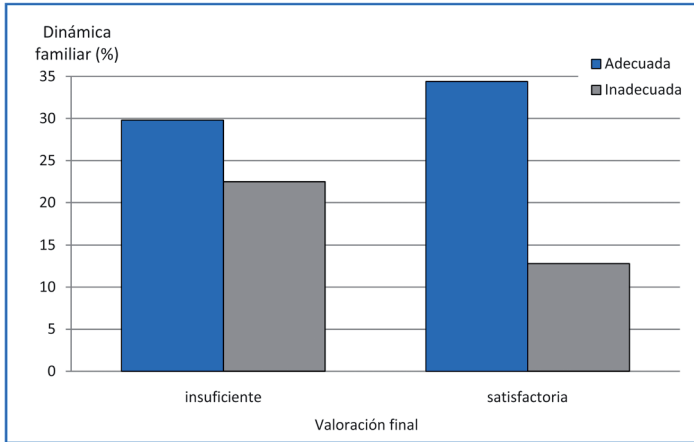


Tabla 5: Relación de la motivación familiar con la valoración final del tratamiento

