

Un proyecto de evaluación de resultados en psicoterapia psicoanalítica infanto-juvenil*

ABDON MONTSERAT A.^{1,3}; ENCARNA SÁNCHEZ C.^{2,3}; AMÈLIA CHANCHO N.^{2,3}; CARMÉ MIQUEL T.^{2,3}; ROSER NOGUERA C.^{2,3}; CARMEN RÍOS B.^{2,3}; JORDI SALA M.^{2,3}; ENRIQUE GER G.^{2,3}

RESUMEN

La evaluación de los tratamientos de psicoterapia psicoanalítica infantil es el objetivo principal de este trabajo. Del análisis de las variables de la población en tratamiento se destaca que aquellas psicoterapias que obtienen mejores resultados son las que su duración se acerca más a la preestablecida, las que se realizan en población de menor edad y en paciente con trastornos en que la ansiedad ocupa un papel predominante en la sintomatología clínica que presentan. PALABRAS CLAVE: Evaluación, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia infantil y juvenil.

ABSTRACT

A PROJECT OF EVALUATION OF RESULTS IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY. This paper presents a project of evaluation of child psychoanalytical psychotherapy treatments. The data analysis of the population studied revealed that psychotherapies obtaining the best results were those psychotherapies whose length came closest to the pre-established length, those undertaken with the youngest population groups and those with patients where anxiety had a predominant role amongst clinical symptoms. KEY WORDS: evaluation, psychoanalytic psychotherapy, child and adolescent psychotherapy.

RESUM

UN PROJECTE D'AVALUACIÓ DE RESULTATS EN PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA INFANTIL I JUVENIL. L'avaluació dels tractaments de psicoteràpia psicoanalítica infantil és l'objectiu principal del treball. De l'anàlisi de les variables de la població en tractament es destaca que les psicoteràpies que obtenen millors resultats són les que tenen una durada que està més a prop de la preestablerta, les que es realitzen en una població de menor edat i en pacients amb trastorns en què l'ansietat ocupa un lloc predominant en la simptomatologia clínica que presenten. PARAULES CLAU: Avaluació, psicoteràpia psicoanalítica, psicoteràpia infantil i juvenil.

Con el presente estudio nos sumamos a otros trabajos que estudian la psicoterapia psicoanalítica breve en niños. Petri and Thieme (1978), trabajando con una muestra de 78 casos el año 1978, obtiene un resultado satisfactorio en un 57-66% de los casos evaluados desde la perspectiva del paciente, de los padres y de los terapeutas. Fharig (1996), a finales de los años noventa, con una muestra de 133 casos encuentra una eficacia de la psicoterapia psicoanalítica breve del 90%. Muratori en

el 2002 hace lo mismo con un estudio de 30 sujetos que incluyen el grupo control. Se observa, de todas maneras, que no hay demasiados estudios hechos alrededor de este tipo de tratamiento y, además, aparecen dificultades metodológicas con cierta frecuencia (Fonagy, 2002).

En este caso nuestra aportación se encamina en una doble vertiente: por un lado, evaluar la calidad de una parte importante de la actividad asistencial que realiza-

* Trabajo premiado con un accésit del III Premio convocado por la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, el año 2008.

1. Psiquiatra. 2. Psicóloga(o) clínica(o). 3. Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica Infanto-Juvenil (UPPIJ). Sant Pere Claver, Fundació Sanitària, Barcelona (Espanya).

Correspondencia: abdon@tinet.cat

Un proyecto de evaluación de resultados en psicoterapia psicoanalítica infanto-juvenil

mos en nuestra unidad. Por otro, sumarnos al grupo de trabajos publicados hasta el momento en relación a este tema. Este aspecto cobra especial importancia por la necesidad de potenciar los estudios de resultados y su difusión en psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, tal como exponen autores como Fonagy (2002). En el ámbito infanto-juvenil esta necesidad parecería especialmente relevante (Windau, 2005).

Nuestro estudio hace referencia a los tratamientos individuales de psicoterapia psicoanalítica infanto-juvenil. El objetivo fue analizar los cambios relativos al proceso terapéutico. Para ello se relacionó el número de visitas realizadas y la valoración final que hace el terapeuta del tratamiento con diversas variables previas al tratamiento. También se han cruzado algunas variables "pretratamiento" entre sí. Ambos tipos de cruces de variables están detallados en el apartado de material y métodos. Se estudiaron todos los casos hicieron una primera visita en nuestro servicio el año 2005 [1].

Material y métodos

Los casos estudiados, iniciados en el 2005, fueron en total 49 y son los que forman parte de la población de estudio. A partir de la base de datos que se creó de los pacientes en tratamiento psicoterapéutico individual focal [2], las variables que se estudiaron fueron:

Número de historia, fecha de nacimiento, género, centro de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) de referencia [3], vinculación previa al CSMIJ (esta casilla siempre está marcada con el valor: sí), fecha de derivación a nuestro servicio, diagnóstico principal del derivador (1) y otros diagnósticos (2, 3 y 4), fecha de primera visita, diagnóstico principal del terapeuta de nuestra unidad (2.1) y otros diagnósticos (diagnóstico 2.2, 2.3 y 2.4), descripción de la dinámica familiar [4] según el siguiente baremo: 1. Manejo de límites, 2. Diferenciación de roles parentales, 3. Depositación de la patología familiar en el paciente aprovechando su rol de enfermo, 4. Nivel de emoción expresada, 5. Grado de contacto emocional y, finalmente el número de visitas.

Además de las anteriores variables se incluyó el diagnóstico final CIE-9 y la valoración final, según la siguiente clasificación:

1. Los que no terminaron el proyecto terapéutico: 1.a. Interrupción durante el proceso diagnóstico (después de hacer la primera visita y antes de comenzar el trata-

miento); 1.b. Interrupción pactada después de comenzado el tratamiento y, finalmente, 1.c. Interrupción no pactada.

2. Los que han finalizado el proyecto terapéutico, en dos variantes: 2.a. Los que han finalizado con escasas, pocas o pobres ganancias y 2.b. Los que han finalizado con ganancias que podríamos decir van desde buenas a excelentes.

Puesto que trabajamos atributos o cualidades que se clasificaron en categorías, el análisis estadístico empleado fue la prueba de chi-cuadrado, que compara datos o variables de tipo cualitativo, mediante las cuales un grupo de individuos se clasifican en dos o más categorías mutuamente excluyentes.

Las variables cuantitativas fueron distribuidas por categorías para así poderlas agregar de forma homogénea (por ejemplo: las edades se agruparon en diferentes intervalos, hasta que finalmente sólo se contemplan dos grupos: todos los niños y niñas hasta 11 años y de 12 en adelante). También se establecieron otras categorías como:

- Grupos de diagnóstico: angustia/no angustia (según ésta sea sintomatológicamente predominante o no).
- Grupos valoración final: tratamientos incompletos o completos con ganancias pobres (1 o mala) / tratamientos completos con ganancias de buenas a excelentes (2 ó buena).
- Grupos de número de visitas: hasta 49 inclusive / a partir de esta cifra.
- Grupos de edad: hasta los 11 años (*pequeños*) / a partir de los 12 años hasta los 18 años (*grandes*). Grupos CSMIJ de referencia: el vinculado a nuestra institución / el resto

El análisis estadístico se centró básicamente en tres grupos de datos:

I. *Número de visitas realizadas* —que sería un medidor indirecto del proceso terapéutico, al mismo tiempo que una variable postratamiento—. Con relación a "variables pretratamiento": diagnóstico del derivador (diagnóstico 1); diagnóstico de nuestra unidad (diagnóstico 2.1); género; fecha de nacimiento; CSMIJ de referencia

II. *Resultado final* con relación a "variables pretratamiento": cada uno de los 5 ítems de descripción de la dinámica familiar; diagnóstico del derivador (diagnóstico 1); diagnóstico de nuestra unidad (diagnóstico 2.1); género; fecha nacimiento; número de visitas

III. *El género de los pacientes* con relación a: diagnóstico

del derivador (diagnóstico 1); diagnóstico de nuestra unidad (diagnóstico 2.1); cada uno de los 5 ítems de la descripción de la dinámica familiar. Este último cruce sólo incluiría datos "pre-tratamiento" (tendría el sentido de un estudio descriptivo de asociación de variables en una población concreta que es aquella que se deriva para hacer tratamiento en la nuestra unidad. No aportaría información con respecto eficacia del tratamiento)

Resultados

A continuación se comentan los principales resultados obtenidos a lo largo del estudio.

Tabla 1. Relación entre el número de visitas y la valoración del resultado final del tratamiento. N = 37

Valoración	Número de visitas		Total
	- 50	+ 50	
Buena	7	13	20
Mala	11	6	17
Total	18	19	37

P = 0,0001

En relación al número de visitas y la valoración final del tratamiento, se observa que en el grupo de mayor número de visitas (a partir de 50 o más, teniendo en cuenta que 50 visitas equivaldrían aproximadamente a un año de tratamiento semanal) el tratamiento resulta mejor valorado. Cabe decir que esta relación no es estadísticamente significativa. Concretamente hay un 7,2% (porcentaje metodológicamente excesivo) de posibilidades de que la relación mostrada entre ambas variables sea debida al azar (P = 0,0001). Aún así, pensamos que los datos pueden tenerse en cuenta.

Tabla 2. Relación entre la edad y la valoración del resultado final del tratamiento. N = 36

Valoración	Edad		Total
	Pequeños	Grandes	
Buena	14	5	19
Mala	7	10	17
Total	21	15	36

P = 0,0001

Como se desprende de la Tabla anterior las valoraciones son más satisfactorias en el grupo de edad menor (hasta 11 años inclusive, en los más pequeños). En este caso el resultado es estadísticamente significativo (chi-cuadrado de 0,048 y P = 0,0001).

Tabla 3. Relación entre el diagnóstico y la valoración del resultado final del tratamiento. N = 30

Valoración	Diagnósticos		Total
	ANG	ALT	
Buena	10	7	17
Mala	3	10	13
Total	13	17	30

P = 0,0001

En la tabla 3 se observa que en la agrupación diagnóstica que corresponde los diagnósticos en los cuales predomina la angustia (ANG) obtenemos mejores valoraciones que en el resto (ALT). También aquí se obtiene un resultado estadísticamente significativo (chi-cuadrado de 0,05 y P = 0,0001).

Discusión

Respecto a los resultados reflejados en la primera Tabla, vemos que en el grupo de menos visitas (tratamiento incompleto) la valoración es más baja. Esto parece tener bastante sentido y de hecho coincide con la revisión de 763 historias clínicas efectuada en 1994 por Target y Fonagy (1996). No deja de ser, sin embargo, algo tautológico ya que los criterios de valoración al final del tratamiento tiene en cuenta, entre otros aspectos, la interrupción del tratamiento –de forma que la interrupción y la mala valoración al final dan lugar a una "mala" valoración–. Sin embargo, nos parece que el número de visitas es una variable de proceso que se relaciona con las variables del final de una manera similar a como lo hacen las variables de inicio. De esta manera los tres tipos de variables –de inicio, de proceso y de final–, quedan relacionadas entre sí.

Los resultados reflejados en la Tabla 2, hacen pensar, por ejemplo, en la necesidad de intervenciones precoces porque parecen tener mejores resultados. Probablemente esto tenga que ver con un menor tiempo de duración de la disfunción, si se interviene eficaz y pre-

cozmente. Estos resultados los podemos cotejar con la revisión mencionada anteriormente (Target y Fonagy, 1996) en los estudios del Centro Anna Freud 2 (ACF2). En ellos se halla que los tratamientos en niños más pequeños son más eficaces y que los tratamientos más largos tienen mejores resultados. Coincidimos con ambos hallazgos –hay que decir que en aquél estudio se mezclan casos de psicoanálisis y psicoterapia–.

Los resultados reflejados en la Tabla 3, sugieren la idea de la angustia como algo movilizador en el proceso de cura, aspecto ya mencionado ampliamente en la literatura psicoanalítica (Rosenberg, 1949). O también en el hecho de que los trastornos más agudos (aquéllos en los cuales predomina la angustia) tienen mejor pronóstico que aquéllos en los cuales el cuadro está más cronificado ya sea en el cuerpo (patología psicosomática), o bien cronificado en las relaciones (patología caracterial).

También, el hecho de que eso pase con los diagnósticos de nuestra unidad y no con los diagnósticos de los derivadores hace pensar que un diagnóstico más "benevolente" ya es factor de mejor pronóstico. Y que diagnosticar de una manera o de otra ya es terapéutico en sí. Esta "benevolencia" puede tener que ver con qué en nuestra unidad se puede hacer un diagnóstico que valora el niño o niña más positivamente y que el derivador ya ha hecho una intervención previa eficaz y contenedora.

Como ya hemos mencionado en la introducción, no hay demasiados estudios hechos en este campo, y aparecen problemas de diseños incluso en algunos de los más importantes (Fonagy and Target, 1996). En este sentido, se da la circunstancia de que en nuestro trabajo el proceso de elaboración de datos se ha hecho separado (efectuado por diferentes personas) del de recopilación de éstos, con lo que el diseño del estudio se acercaría al de uno en el cual se hubiera introducido un ciego de forma intencionada, lo cual es un valor añadido desde el punto de vista metodológico. Un valor añadido que se deriva del hecho de que los datos no están recogidos expresamente para la realización del trabajo.

Estos factores refuerzan más todavía en la necesidad recoger esta aportación, como profesionales que trabajamos en la clínica en el área infanto-juvenil, y concretamente con la técnica de la psicoterapia psicoanalítica focal. De todas maneras, creemos que vale la pena recordar que la investigación empírica probablemente sólo logre reflejar una parte de la compleja realidad que

es la interacción terapeuta-paciente durante la psicoterapia, y que precisa complementarse con otras formas de análisis.

Conclusiones

De todos los resultados obtenidos destacamos tres, eso quiere decir que en el cruce de una variable con la otra aparece una cierta relación o influencia entre ambas. Evidentemente la estadística no nos dice cuál es la causa o causas de esta influencia, sólo que existe. Siguiendo la metodología clásica de estudios médicos, entonces habría que hacer un estudio experimental o casi experimental que controle todas las posibles variables causales menos una (la que es objeto de estudio). Pensamos que en nuestro caso tiene mucho más sentido profundizar en la relación causa-efecto con otras herramientas (análisis de casos individuales o reflexiones teórico-clínicas, por ejemplo). Como posibles limitaciones del estudio señalar el tamaño muestral pequeño (aunque los resultados estadísticos se han obtenido teniendo en cuenta esta dificultad) y la no utilización de instrumentos de medida de resultado estandarizados.

El presente estudio incide en dos variables clínicas como posibles factores predictores de un buen resultado en los tratamientos de psicoterapia psicoanalítica infantil: corta edad del paciente y diagnósticos en que la forma de expresión clínica predominante es la angustia. Esta demostración empírica, pensamos, está en la línea de poder aportar evidencias, tanto a la administración pública como a la sociedad científica, de la utilidad de los tratamientos psicoterapéuticos de tipo psicoanalítico. En este caso el trabajo se llevó a cabo en la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica Infanto-Juvenil de la Fundació Sanitària Sant Pere Claver, centrándonos en una de las técnicas que desarrollamos en el ámbito de la asistencia pública, concretamente la psicoterapia psicoanalítica de tipo focal (Sala et al, 2009). También realizamos diversos tipos de tratamiento grupal y psicoterapias destinadas a niños con dificultades de base emocional en el aprendizaje. Es nuestro deseo que, a partir de esta experiencia, próximamente podamos ir desarrollando métodos de evaluación de resultados, también para dichas modalidades terapéuticas, y así poder mejorar la práctica cotidiana en nuestros pacientes.

Notas

1. En el futuro esperamos poder incluir más variables y casos correspondientes a los años consecutivos al 2005.

2. Tratamiento psicoterapéutico de aproximadamente un año de duración, de tipo focal en el sentido de que el trabajo se organiza alrededor de una área conflictiva y unos objetivos terapéuticos que se plantean en las entrevistas exploratorias previas a la realización de la terapia.

3. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil que nos ha derivado el caso, y que continúa interviniendo en éste a todos los niveles (familiar, psicofarmacológico, social, etc.) excepto el tratamiento psicológico individual.

4. Baremo elaborado por la propia unidad, con la ayuda de un experto externo (Dr. Jaume Aguilar).

Bibliografía

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.

FONAGY P, TARGET M (1996). Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 27-77.

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

MURATORI F ET AL (2002). Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychother Psychosom*, 71, 28-38.

PETRI H, THIEME E (1978). Follow-up study on analytic psychotherapy in childhood and adolescence. *Psyche - Z Psychoanal*, 32, 21- 51.

ROSENBERG, E (1949). Anxiety and the Capacity to Bear It. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30:1-12.

SALA J, CHANCHO A, GER E, MIQUEL C, MONTSERRAT A, NOGUERA R, RÍOS C, SÁNCHEZ E (2009). *Psicoteràpia focal de nens: Una aplicació del model psicoanalític a la Xarxa Pública*. Publicació de Sant Pere Claver Fundació Sànitària, Barcelona.

WINDAUS E (2005). Efficacy studies in the field of psychotherapy psychoanalytical and psychodynamic psychology for children and adolescents: a survey. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 54 (7), 530-558.