

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA FOCAL EN EL MARCO DE LA ASISTENCIA PÚBLICA

Erika Barba-Müller, Esther Domingo, Neus García,
Francesc Martínez Gomis

Introducción: la Psicoterapia Psicoanalítica Focal

Este estudio se desarrolla en la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica de Adultos (UPPA), de *Sant Pere Claver-Fundació Sanitària*, en Barcelona. Esta Unidad surge en 1980 y cuenta con actividades asistenciales, docentes y de investigación¹. A nivel asistencial, es un recurso de ámbito público que da apoyo a la red de Asistencia Primaria de Salud Mental de Cataluña, y cuenta con tres programas distintos, que atiende a diferentes poblaciones. Este artículo trata sobre el programa de Psicoterapia Psicoanalítica Focal (PPF), que atiende población mayor de dieciocho años de forma individual.

La PPF es un tratamiento psicológico que ayuda a comprender y a hacer frente a los conflictos emocionales, así como a desarrollar los recursos personales para mejorar la calidad de vida. El marco teórico en que se fundamenta es el psicoanálisis, que ofrece un modelo para la comprensión de las dinámicas intrapsíquicas y relacionales consideradas mayoritariamente de naturaleza inconsciente.

Es una intervención caracterizada por dos parámetros: la focalización y la limitación temporal. Sobre el primero, es necesario que durante las entrevistas diagnósticas sea posible

¹ <https://www.spcsalut.org/sm-psico-adults.php>.

establecer un foco de trabajo o núcleo conflictivo que servirá como organizador o guía del tratamiento. Dicho foco ha de ser lo suficientemente central como para que su resolución implique un factor terapéutico significativo y genere una mejora detectable; asimismo, es necesario que sea un núcleo conflictivo relacionado con un conjunto de ansiedades, defensas y relaciones de objeto que está generando síntomas —y por ello suele estar relacionado con el motivo de consulta— y bloqueando el desarrollo de los aspectos sanos de la personalidad del paciente.

El establecimiento de un foco es lo que permite el segundo parámetro: poder delimitar el tratamiento en su duración. Por tanto, la definición del foco implica tener en cuenta un pronóstico sobre el tiempo que será necesario para resolverse. La duración del tratamiento suele establecerse alrededor de un año, siguiendo una frecuencia de sesiones semanales de cuarenta y cinco minutos. Se considera un tiempo necesario para el establecimiento y cierre de un proceso psicoterapéutico, para que la relación entre paciente y terapeuta llegue a ser lo suficientemente presente, viva y significativa.

En el caso de esta Unidad, la UPPA, trabajamos con dos modalidades principales:

(a) un tiempo predeterminado de un año de duración —en este caso también la llamamos Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve (PPFB)— que es comunicado al paciente en el momento del encuadre.

(b) no se comunica al paciente una duración preestablecida, sin embargo, el terapeuta asume que el tratamiento no podrá extenderse más allá de los dos años, y cuando éste se encuentra suficientemente avanzado, se introduce la fecha de finalización.

La PPF, al ser un tratamiento que se fundamenta en el psicoanálisis, incluye varios elementos técnicos del mismo. Aquí solo podremos mencionar brevemente los centrales, pero aquellos lectores interesados podrán encontrar información teórica y técnica detallada en Braier (1981), Farré *et al.* (1982), Sastre *et al.* (1999), Sala *et al.* (2013) y Pérez-Sánchez (2014). Durante el tratamiento, al paciente se le invita a que asocie libremente y el terapeuta guarda una actitud de escucha empática, neutralidad y no actuación. Sin embargo, en esta modalidad terapéutica la

escucha pasa a ser selectiva (en función del foco) y el terapeuta tiene una actitud más activa, dirigiendo la atención del paciente hacia aspectos que podrían ocasionar una actuación o quedar disociados, sobre todo aquellos relacionados con el conflicto focal y con la finalización del tratamiento. Esto no implica que muchos aspectos de la vida del paciente no encuentren cabida en este tipo de tratamientos, ya que si el foco ha sido bien escogido, habitualmente dichos elementos están conectados y se pueden interpretar en relación al foco. Y los que no lo están, se escuchan empáticamente sin realizar intervenciones interpretativas. De la misma manera, los fenómenos transferenciales no suelen ser interpretados como tales, pero sí se tienen en cuenta por parte del terapeuta como elementos que dan información útil sobre el funcionamiento psíquico del paciente, y a menudo pueden ser interpretados en clave de dinámica de su mundo interno.

Las intervenciones del terapeuta pueden ser variadas (esclarecimiento, propuestas de indagación, señalamiento, confrontación, recapitulación, etc.) pero la más específica de la PPF es la interpretación de aspectos inconscientes a partir del material inmediato que aporta espontáneamente el paciente. El objetivo de las intervenciones es favorecer la comprensión, elaboración y transformación de la dinámica disfuncional relativa al foco; que el paciente gradualmente recupere y desarrolle los recursos internos necesarios para hacer frente a la situación de crisis que atraviesa, fortaleciendo a su vez elementos intrapsíquicos propios que favorezcan una mejor gestión de futuras situaciones estresantes.

Desde el inicio de la Unidad, los diferentes terapeutas han ido observando y consensuando que las personas que más se pueden beneficiar de realizar una PPF son aquellas que presentan, por una parte, un padecimiento emocional significativo, y por la otra, la capacidad para sacar provecho de una técnica que requiere de una participación especialmente activa por su parte: interés en comprender los conflictos psicológicos subyacentes a su trastorno, capacidad de autoobservación del mundo interno y de sus relaciones, y capacidad para establecer una relación de cierta confianza con el terapeuta, entre otras capacidades yoicas que permitan una elaboración de los conflictos mediante una ayuda psicoterapéutica intensiva a tiempo delimitado.

Estos criterios se sopesan en una primera entrevista de valoración, donde se descarta la presencia de contraindicaciones claras para la realización de una PPF. Si se considera que el tratamiento no está contraindicado, el paciente pasa a una lista de espera que suele ser de algunos meses. Llegado el momento, se realiza el proceso diagnóstico para confirmar la indicación de este tipo de tratamiento en la persona interesada (ver figura 1 para una descripción más completa de los distintos criterios) y, si es así, intentar definir el foco.

En ocasiones hay una indicación clara, con un predominio evidente de los criterios de indicación sobre los de contraindicación, un foco bien definido y un pronóstico de que el tratamiento podrá ser resolutivo en un intervalo de tiempo que podemos fijar desde el inicio. En otras ocasiones, se puede poner en evidencia que las contraindicaciones predominan sobre las indicaciones y entonces se considera que el paciente no va a beneficiarse de la PPF y deberá ser derivado de nuevo al profesional del que procede. Pero ¿qué hacemos si la balanza queda equilibrada en el centro? Nos encontramos entonces con las indicaciones o contraindicaciones al límite y con su inherente dilema clínico y ético.

CRITERIOS DE INDICACIÓN	CRITERIOS DE CONTRAINDICACIÓN
<p>Diagnóstico clínico CIE-10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tr. afectivo (F3): distimia (F34.1) y depresión leve-moderada (F32.0/1, F33.0/1) • Tr. ansiedad (F40, F41, F42) • Tr. adaptativo (F43) • Tr. disociativo, somatomorfo (F44, F45), de la conducta alimentaria (F50) y tr. de la personalidad (F60, F61, F62). <p>Antecedentes personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprovechamiento de las experiencias asistenciales previas. <p>Criterios psicodinámicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivación: deseo de tratarse, de hacer un trabajo de introspección • Capacidad de simbolización, interés por la historia personal • Capacidad de <i>insight</i>, de observación de los conflictos emocionales propios • Ego distonía de los conflictos y síntomas • Capacidad para establecer una alianza terapéutica • Flexibilidad, variabilidad y no-cronificación de las defensas • Capacidades yoicas y otros aspectos sanos de la personalidad • Respuesta a la interpretación de prueba • Capacidad de desdoblamiento entre vivencia y observación. 	<p>Diagnóstico clínico CIE-10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tr. por consumo de sustancias psicoactivas (F1) • Tr. psicótico (F2) • Tr. bipolar (F30, F31) y depresión grave (F32.3, F33.3) • Tr. fóbico (F40), tr. obsesivo compulsivo (F42) muy incapacitantes • Tr. psicósomáticos estructurados. Tr. personalidad paranoide (F60.0), disocial (F60.2), dependiente grave (F60.8) • Retraso mental (F7). <p>Antecedentes personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización psiquiátrica prolongada • Descompensación psicótica o depresiva grave • Autolesiones y/o intentos autolíticos graves <p>Criterios psicodinámicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La patología invade el conjunto de la personalidad • El trabajo sobre las ansiedades y defensas implica un riesgo de descompensación psicótica o depresiva grave • Proyecciones masivas; fuerte tendencia a la disociación; idealización de aspectos parciales • Dependencia excesiva; beneficios secundarios importantes; identificaciones adhesivas • Dificultades en la mentalización; alexitimia; predominio del pensamiento operatorio • Fuerte tendencia a la actuación de carácter hetero/autodestructivo • La omnipotencia forma parte de la estructura de la personalidad.



Fig. 1. Balanza de criterios de indicación y contraindicación. Los criterios se pueden clasificar en tres grupos: diagnóstico clínico según CIE-10, antecedentes personales y criterios psicodinámicos. Los criterios diagnósticos clínicos por sí solos no son suficientes, hay que considerarlos conjuntamente con los antecedentes personales y los criterios psicodinámicos.

Desde un punto de vista ético, ¿cómo seleccionamos a qué pacientes tratar y a cuáles no, dado que tenemos unos recursos limitados? Los cuatro principios básicos de bioética², nos aportan cierto esclarecimiento: los principios de *beneficencia*, de *no maleficencia* y de *autonomía*, pero no tanto el principio de *justicia*: ¿cómo podemos saber la repercusión sobre una persona concreta de

² Principio de *beneficencia*: ¿realizar el tratamiento implica una mejora en el pronóstico? ¿el paciente está capacitado para aprovecharlo? Principio de *no maleficencia*: ¿hacer el tratamiento implica riesgos de descompensación, retraumatización, padecimiento y/o esfuerzo estéril? Principio de *autonomía*: ¿el paciente decide deliberadamente hacer el tratamiento? ¿Está motivado por el tipo de psicoterapia y desea profundizar en sus conflictos subyacentes para resolverlos? Principio de *justicia*: hace alusión a una equidad en la distribución de cargas y beneficios. ¿El paciente está padeciendo, estancado y realmente necesita el tratamiento para salir adelante, por lo que está justificado que otros pacientes también necesitados tengan que esperar más tiempo para ser atendidos?

no indicarle un tratamiento? ¿Y cómo podemos saber la repercusión sobre los pacientes claramente indicados de la lista de espera, al tener que esperar más tiempo?

En la UPPA, las situaciones de indicación dudosa a menudo las resolvemos en función de la edad del paciente o por la presencia de menores en el entorno inmediato. ¿Es ética esta práctica? Podemos argumentar a favor que en pacientes más jóvenes el tratamiento puede tener un impacto beneficioso más grande en su futuro vital (principio de beneficencia); menor riesgo de iatrogenia por unas estructuras defensivas menos rígidas (principio de no maleficencia); y la necesidad suele ser mayor por un grado más elevado de vulnerabilidad y dependencia (principio de justicia).

Acerquémonos a la clínica de la PPF mediante un par de viñetas. Ambos casos son una muestra de las posibilidades de evolución que puede darse en este tipo de tratamientos, con el consiguiente cambio interno en los pacientes.

Viñeta clínica: Juan

Juan es un paciente de veinte años que es derivado a nuestra Unidad desde su Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA)³. Es un chico alto, con un poco de sobrepeso y una actitud tímida. Espera a que sea el terapeuta quien comience, quien se interese por el motivo de consulta. Informa que sufre ataques de ansiedad, taquicardia, un nudo en la garganta y comenta que le importa mucho lo que piense la gente. “Yo soy tímido de siempre, pero antes no tenía ansiedad. Trabajo a horas en una residencia y en las reuniones no puedo hablar. Hay gente que me importa mucho y no me veo capaz de relacionarme, y esto también me crea ansiedad”.

Juan tiene tres hermanos mayores que él y una hermana de ocho años. Los padres se separaron hace dos años; vive con la madre y la hermana menor.

³ Centro de Salud Mental de Adultos: servicio público de orientación, diagnóstico y tratamiento ambulatorio de personas afectadas de problemas de salud mental. Los equipos que prestan esta atención son multidisciplinarios y están formados por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería.

De su historia explica que era un niño travieso, que no hacía los deberes, tenía malas notas y añade que sus amigos sacaban sobresalientes. “Mi madre intentaba hablar y ayudar, para ver como yo podía mejorar. Mi padre me llamaba gandul y cosas que me daban rabia porque él había sido peor que yo. También me comparaban con el hermano que tiene tres años más que yo, que siempre ha tenido dificultades de aprendizaje, pero tiene mucha fuerza de voluntad y es muy trabajador”.

El paciente nos describe tres objetos con los que se puede identificar: una madre que ayuda, capaz de cuidar a los hijos, un padre que desvaloriza y le acusa de aquello que él mismo hace y un hermano capaz de afrontar las dificultades.

El conflicto psíquico inconsciente, aparece como respuesta a un estímulo externo; no se puede mantener la represión y no se consigue el control de los afectos que no pueden ser elaborados, dando lugar a los síntomas.

Vemos que la ansiedad surge a raíz de la separación de los padres, como un miedo indefinido, con un bloqueo de las emociones, falta de espontaneidad y dificultad para la externalización de los sentimientos. La reactivación de los impulsos agresivos es vivida como un peligro, que da lugar a la ansiedad como señal de alarma que obliga al *yo* a reforzar las defensas represivas, para evitar la irrupción de los impulsos a la conciencia. Se refleja el miedo interno de los conflictos inconscientes que el *yo* no ha podido manejar y resolver adecuadamente.

Se aprecia que existe motivación y deseo de tratarse, así como de hacer un trabajo de introspección. Posee funciones yoicas y flexibilidad, no se detecta una cronificación de las defensas. Por lo que se ve indicado llevar a cabo una psicoterapia focal y breve, con un tiempo prefijado de un año.

El trabajo psicoterapéutico con Juan consiste, en parte, en hacer puentes entre sus vivencias actuales con las del pasado. El foco del tratamiento lo centramos en su relación interna persecutoria, en la identificación con el padre que ataca, que no le permite expresarse.

Siente rabia cuando el padre le dice que la madre le “come la cabeza”, esto le desespera porque piensa que él ya es mayor para pensar por sí mismo. Aunque defiende su autonomía, se

trabaja la dependencia infantil con la madre, ya que él frecuentemente la llama preguntando qué ha de hacer. Hablamos de la necesidad de utilizar su capacidad de pensar y no dejar que los otros piensen por él. Que pueda escuchar lo que el otro le dice como un consejo para tener en cuenta. Como dice Luí Feduchi (2011), el adolescente se ha de desprender de relaciones de verdadera dependencia de su etapa infantil, para adquirir el concepto de ayuda.

Vemos que esta dependencia, tiene relación a como se ha sentido consigo mismo a lo largo de su vida. La vivencia de los fracasos. No le iban bien los estudios hasta el año pasado que hizo un grado medio. A lo largo de su escolaridad se ha sentido poco capaz y esto lo ha vivido como si no fuera como tenía que ser, lo que ha provocado que se sintiera inferior a los demás.

Explica un sueño: “Iba en bicicleta por un camino y para ver mejor, enciende la luz del vehículo y también la luz de su casco”. Se puede interpretar como una referencia al tratamiento, la luz hacia afuera y también hacia adentro. Sabe que le cuesta, sueña que hay luz, esperanza. Frecuentemente dice que hace un curso puente, para ir un poco más allá, está encaminado en un proyecto para apostar por el crecimiento. Hay conciencia de dificultad, pide ayuda para hacer un tránsito y para aprender a ver más claro. Encender las luces es ver, pero le resulta difícil y penoso, ha de gestionar el impacto.

Explica que, en la reunión de la residencia donde trabaja, hubo tensión entre los trabajadores y los jefes, estos últimos exigen más responsabilidad, “se me hizo un nudo en la garganta, no podía hablar, no podía decir lo que pensaba, creo que en parte tienen razón, pero los jefes exigen tanto, que los trabajadores se van”.

El terapeuta conecta la situación en la residencia con el conflicto que vive en su interior. Él critica a los jefes y es lo que se está haciendo a él mismo, exigirse por encima de sus posibilidades, no se tiene en cuenta, lo que le hace ir mal y tiene que ver con la sintomatología de ansiedad que sufre.

Otro día dice: “Soy un desastre, no soy ordenado ni organizado. Cuando compartía habitación con mi hermano, él se metía conmigo y como tenía razón, me daba mucha rabia. Él tiene mucha ropa, casi todo lo llenaba él, a mí no me quedaba espacio. Él recogía las cosas de la

habitación y después yo no sabía dónde estaban”. Se le recoge al paciente esto que dice y el malestar que le generaba consigo mismo.

Hornstein (2013) dice: “El individuo necesita ser amado por su *super-yo*, como necesita ser amado por las personas de su entorno y necesita que sus éxitos sean reconocidos”.

Recuerda que cuando era niño le daba miedo enseñar las notas en casa. “Mi madre me reñía porque se preocupaba. Mi padre me insultaba y esto no me gustaba. Los dos me comparaban con mis hermanos. Mi madre dice que ella no quiere comparar, pero lo hace”.

Muestra las dificultades que tiene para mirarse cuando ha de reconocer el fracaso de una expectativa. Podemos constatar cómo se encuentra inundado por un trato injusto, lleno de auto-recriminaciones. Se desencadena mucha rabia hacia sí mismo.

Se trabaja este tema. Cuando vive una frustración, su ego queda tan herido que ha de poner mucho esfuerzo para reponerse. Cuando vive una frustración se queda dañado a raíz de la propia frustración, pero también de la mortificación que se hace a sí mismo. Se observan dificultades para mirarse, cuando recibe impactos de la realidad. Cuando consigue recuperarse, se vuelve a poner hasta que lo consigue.

Tiene necesidad y se le intenta ayudar a mirar lo que no quiere ver, ayudarle a diferenciar para ver las cosas más claras. Juan viene de lejos, tarda una hora en autobús para llegar a la consulta, tiene interés, pero cada vez que conecta con limitaciones y dificultades suyas, a la sesión siguiente no se presenta. Preocupan los cortes que hace, parece que sea un patrón de reacción. Le cuesta asumir la realidad, siente rabia y se retira. ¿Se podría cronificar como un estilo de tratarse cuando vive una realidad dura? ¿Estas ausencias son movimientos de repliegue? Estas ausencias se pueden interpretar como la rabia encubierta, no puede gestionar esta rabia ni el efecto masivo de la frustración.

Víctor Hernández (2015) dice: “cuando las frustraciones y los conflictos, en las relaciones con los objetos externos, son demasiado dolorosos, no son soportables, el individuo busca consuelo y refugio en el recogimiento hacia dentro. Huye del mundo exterior, frustrante y conflictivo”.

La agresividad necesita la oportunidad de expresarse para no estancarse y evitar que se dirija hacia el interior. Cuando el proceso psicoterapéutico baja las defensas, obliga a los afectos reprimidos a retornar a la conciencia, para dar lugar a que el *yo* y el *superyó* se pongan de acuerdo con estos afectos de una mejor forma.

En las sesiones constatamos que Juan se exige hacer más de lo que puede y no llega a todo, lo que provoca que reciba bronca en la residencia y también en casa de la madre. El conflicto se encuentra entre la exigencia y la negligencia. Necesita aprender a ver más claro, en la órbita del funcionamiento yoico. Con presión y exigencia, él se bloquea.

Se van apreciando avances en el tratamiento. Puede ser consciente de esta realidad que vive y es capaz de modificarla. Puede decir lo que piensa, tanto en la residencia como en casa.

A medida que siente la rabia por lo que no está de acuerdo, puede encargarse de su vida. A los ocho meses de tratamiento informa que está satisfecho de cómo le van las cosas: “al principio no era así, pero ahora en el instituto tengo mi grupo de amigos”.

En las últimas sesiones del tratamiento se dedica a recordar que era un niño travieso y movido. Siente que ahora es tranquilo, pero con los amigos le gusta hacer cosas y se siente activo.

Juan es un chico con una autoestima baja, vinculada a un *superyó* demasiado exigente, lo que conlleva una relación interna persecutoria. A raíz del tratamiento se ha podido acercar a reconocer sus limitaciones y también sus capacidades. De no haber tenido esta experiencia terapéutica, ¿podría haber “tirado la toalla”?

Viñeta clínica: el arquitecto.

El paciente venía derivado del médico de cabecera, por presentar un síndrome depresivo, asociado a un trastorno de personalidad.

Durante la primera visita se mostró agresivo, poniendo en duda que le pudiéramos ayudar. A pesar de su actitud, claramente defensiva, fue dejándose explorar y durante el proceso

diagnóstico fuimos descubriendo una persona que sufría profundamente. Describía periodos de abandono, en los cuales se le hacía difícil la relación con los demás, se sentía violento y prefería quedarse solo en casa fumando porros y llorando. Expresó preocupación por la hipertensión arterial que le habían diagnosticado hacía un año. Explicó que tenía treinta años, era arquitecto y vivía solo en una casa que había reformado él (sin ayuda de albañiles) a unos cincuenta km. de una gran ciudad. Cada vez se sentía menos identificado con la vida en la ciudad, donde nació.

El motivo de consulta fue la ruptura con su pareja, ya que los sentimientos de tristeza y abandono habían aumentado. El paciente había presentado anteriormente periodos depresivos. De la pareja explicó que era muy celosa y que no soportaba que él pasara tiempo en su estudio trabajando, quería que la atendiera continuamente, no se entendían, se peleaban a menudo y a él le afectaba esta presión. Relacionó directamente la hipertensión arterial con la tensión que vivía en la relación. Reconocía que la ruptura le había afectado, relató varios sueños en los que aparecía la ex pareja con otros hombres.

De su historia explicó que sus padres eran dos abogados reconocidos en su ciudad, que se separaron cuando él tenía dos años. Describe la relación de pareja de los padres muy tortuosa, con reproches y peleas continuas. En la actualidad no podían estar uno en presencia del otro, lo cual creaba una intensa rabia en el paciente. Fue cuidado por un abuelo de quien guardaba buenos recuerdos. Tenía una hermana mayor, diagnosticada de un trastorno mental grave, que se suicidó en presencia de él, dejando una niña a cargo de la madre del paciente y de él mismo.

Durante la adolescencia tuvo momentos de rebeldía y de ruptura con los padres, dejó los estudios en el bachillerato y volvió a retomarlos unos años más tarde, interesándose por la arquitectura, y el padre le pagó la carrera en una de las universidades más prestigiosas del mundo. Se abrió un periodo muy rico, donde pudo sentirse libre (de las ataduras de la madre y los cuidados de la hermana). Estudió, tuvo una relación de pareja que no continuó cuando volvió a España. Al acabar la carrera su hermana empeoró y decidió volver para poder echar una mano, ya que definitivamente a la hermana le quitaban la custodia de la hija y la abuela tenía que hacerse

cargo. Se volcó en la crianza de la sobrina. Al morir la hermana se produjo una situación muy traumática y ambivalente dentro de él: el alivio por la muerte y la pena por la pérdida.

Pudimos ir viendo la utilización de unas defensas predominantemente narcisistas ante unas ansiedades que se podían intuir catastróficas.

El foco que planteamos fueron sus dificultades para la tolerancia a su necesidad: la negación y proyección en los demás de sus aspectos más necesitados. El objetivo de poder cuidarse más, ante unas ansiedades catastróficas que hacían que se abandonara, negando su necesidad de los cuidados de los demás y de él mismo, y que provocaban miedo a la locura. Se trató la intolerancia a la necesidad sin abordar directamente las ansiedades catastróficas de base.

La indicación fue de una sesión por semana durante un año. El paciente se vinculó, acudió a todas las sesiones. Durante la primera separación por vacaciones, a los seis meses de tratamiento, mencionó la idea de irse fuera a trabajar, pues le habían ofrecido un trabajo como *freelance* en la ciudad donde estudió, lo que le hizo conectar con la época de estudiante donde se sentía libre y bien, lejos de la locura de la hermana. Nos hizo pensar que podía ser una manera de irse antes de acabar el tratamiento, y repetir en la relación terapéutica su negación de la necesidad de atención (si abandonaba él antes de que acabara la relación, se defendía del sentimiento de ser abandonado, y de sentir la necesidad de cuidado por parte de otro, en este caso de la terapeuta). Ante esta posible separación por el final del tratamiento, apareció en el material como él enfrentaba las separaciones en su vida, llegando a entender un poco más sus dificultades en los vínculos. Finalmente, decidió acabar la terapia antes de realizar el proyecto de irse a vivir fuera, pudo despedirse bien, con agradecimiento. Antes de acabar hizo unas revisiones médicas, los síntomas de hipertensión habían desaparecido, reconociendo que ahora podía cuidarse más, siendo más consciente de sus limitaciones.

Este paciente es un ejemplo de una indicación dudosa de PPF. Durante el proceso diagnóstico el terapeuta fue sopesando los elementos de indicación y contraindicación que aparecían. Aunque el riesgo de descompensación depresiva era evidente como clara contraindicación, la balanza quedó compensada con una buena capacidad de *insight* y un interés

genuino por profundizar en su mente, lo que llevó a la indicación de una PPF con finalización prefijada de un año (PPFB). Consideramos que el tratamiento permitió al paciente reducir el uso de defensas narcisistas pudiendo tolerar en mayor grado el contacto con sus necesidades y consecuentemente una mejor contención de las ansiedades catastróficas sin llegar a tratarlas directamente.

Evaluación empírica de resultados a largo plazo

A lo largo del tratamiento, los pacientes van dando señales de su evolución, estancamiento o empeoramiento, por lo que el terapeuta suele constantemente evaluar el proceso terapéutico. Sin embargo, en la medida de lo posible, es conveniente incluir otras medidas de evaluación.

Es un tema delicado ya que la inclusión de cuestionarios puede fácilmente interferir en los tratamientos, pero hay que poner en la balanza los beneficios que puede ofrecer, tanto para contrastar y ampliar la evaluación que hace el terapeuta —con el subsecuente beneficio en el desarrollo clínico— como para mostrar a la comunidad científica y a la sociedad los resultados globales de las intervenciones.

Esta responsabilidad adquiere más relevancia cuando se trata de un servicio de asistencia público, como la UPPA, donde los recursos son de la comunidad.

El objetivo de este estudio es evaluar el grado de efectividad a largo plazo de la PPF, tanto a nivel de percepción subjetiva de mejoría, como de su capacidad para reducir la carga por motivos de salud mental sobre el sistema público de salud. La hipótesis es que, tras el tratamiento, las personas se sentirán mejor en relación al motivo de consulta, y habrán reducido las consultas a otros servicios de salud mental y el consumo psicofarmacológico.

Para verificar estos supuestos hemos elaborado un breve cuestionario telefónico que fue realizado por un terapeuta de la Unidad distinto al que efectuó el tratamiento. Tras una explicación del propósito de la llamada y una vez obtenido el consentimiento verbal por parte del

paciente, se procedió a su aplicación, con una duración de entre cinco y diez minutos. El cuestionario consta de preguntas con respuestas cerradas y una última pregunta abierta para expresar cualquier comentario (anexo 1).

Los datos fueron analizados en una hoja de cálculo mediante procedimientos de estadística descriptiva e inferencial.

Los pacientes incluidos fueron aquellos que terminaron su tratamiento entre mayo y diciembre de 2016, dos años antes de la aplicación cuestionario telefónico, independientemente del tipo de finalización que se produjo (por alta clínica, alta acordada a iniciativa del paciente o interrupción unilateral), siempre y cuando hubiesen asistido a un mínimo de doce visitas en total, incluidas las entrevistas diagnósticas. Se considera que dos años de seguimiento tras la finalización del tratamiento es un periodo de tiempo suficiente para comprobar la permanencia de los resultados de la psicoterapia (Bozzatello y Bellino, 2016; Llairó *et al.*, 2012; Shapiro y Firth-Cozens, 1990).

De los cuarenta y un pacientes iniciales, dos fueron excluidos por criterio del terapeuta (uno porque había retomado tratamiento en la UPPA; otro porque la revinculación a su CSMA fue difícil y la llamada podría interferir); tres no fueron localizados, y uno no aceptó participar. Quedando una muestra final de treinta y cinco sujetos.

Descripción de la muestra

La muestra está compuesta de veintiocho mujeres y siete hombres. El promedio de edad al inicio del tratamiento era de treinta y seis años y cuatro meses (fig. 2). Veintitrés de los sujetos estaban laboralmente activos, siete cursando estudios, cuatro en el paro y uno con baja médica. En cuanto a la clasificación diagnóstica: dieciséis presentaban un trastorno de ansiedad, trece un trastorno de personalidad, tres un trastorno afectivo y tres un trastorno adaptativo.

En relación a las características del tratamiento: dieciocho hicieron una psicoterapia con finalización prefijada de un año; una persona con finalización prefijada menor a un año y quince sin finalización prefijada. Todos ellos con sesiones de frecuencia semanal, excepto una única persona que asistió con frecuencia quincenal.

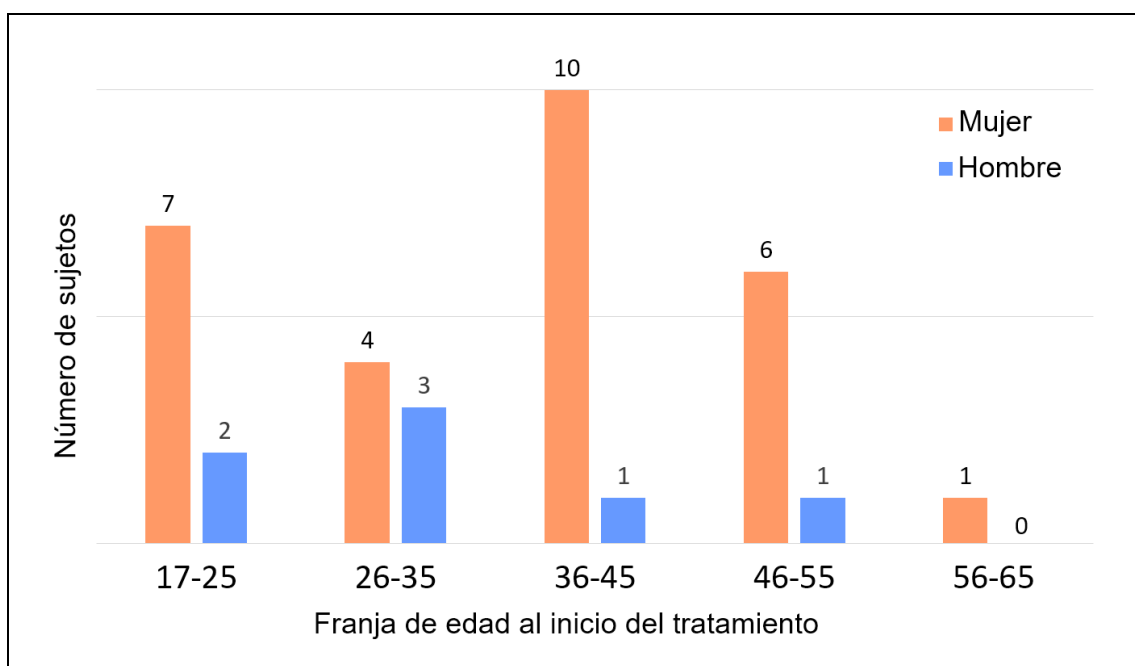


Fig. 2. Género y edad al inicio del tratamiento.

El tiempo aproximado invertido en los tratamientos fue, en promedio, de cincuenta y cinco visitas en total, distribuidas en cinco entrevistas previas (valoración y diagnóstico), cuarenta y una sesiones de tratamiento, seis visitas anuladas y tres en las que el paciente no se presentó (tabla 1). Las visitas anuladas y, sobre todo, las no presentadas, muestran un mayor porcentaje de variación, lo cual quizá representa las dificultades de vinculación o resistencias de determinados pacientes.

Tabla 1. Número de visitas por paciente

	Valoración y diagnóstico	Tratamiento	Anuladas	No presentadas	Total
Media	4.9	40.8	5.8	3.3	54.9
Desviación estándar	1.5	18.4	3.9	4.7	19.1
Porcentaje de variación	30%	45%	68%	144%	35%

Treinta de los pacientes finalizaron el tratamiento por alta clínica, cuatro hicieron una finalización acordada a petición del paciente y uno interrumpió de manera unilateral.

Resultados

Uno de los objetivos centrales de este estudio era evaluar cómo se encuentran subjetivamente los pacientes dos años después de finalizar el tratamiento en relación al motivo de consulta, tanto en comparación con el momento de iniciar su tratamiento, como cuando lo terminaron.

En relación a cuando iniciaron: un 17% manifestaron sentirse actualmente bien del todo, un 74% mejor y un 9% igual. Ningún paciente mencionó estar peor en el momento de la llamada. En relación a cuando terminaron el tratamiento: un 68% dijo estar aún mejor, un 23% igual que al finalizar y un 9% haber empeorado (figuras 3a y 3b).

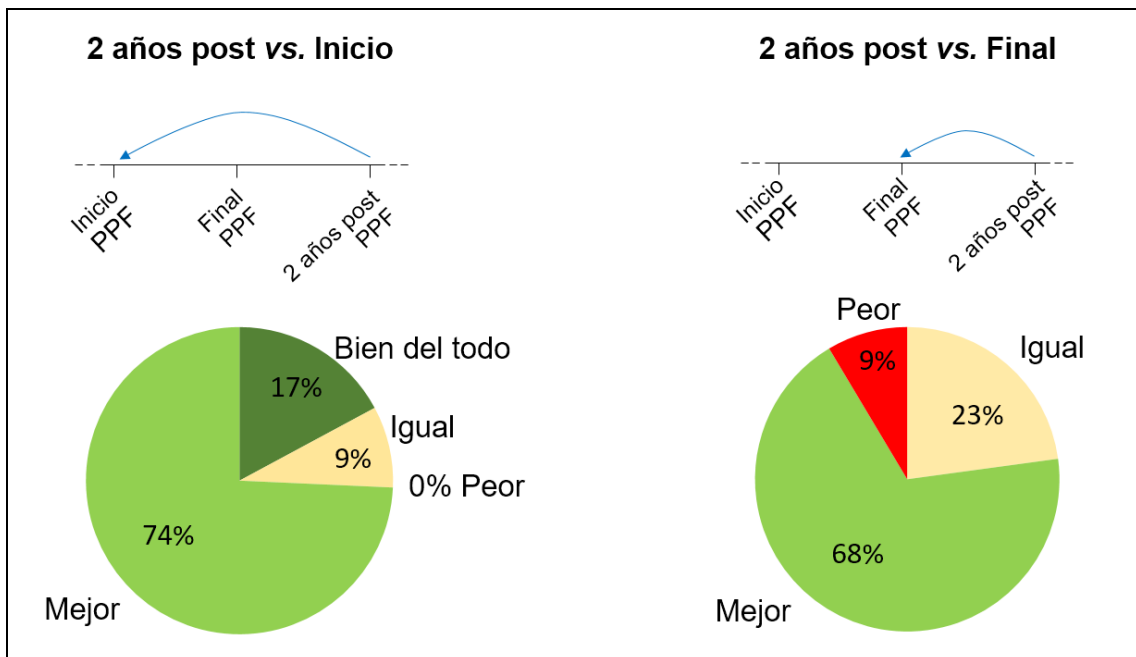


Fig. 3a. Percepción subjetiva de cambio sobre el malestar motivo de consulta. Los gráficos circulares reflejan los porcentajes de pacientes que consideran encontrarse actualmente “bien del todo”, “mejor”, “igual” o “peor” en comparación con el inicio (izquierda) y el final (derecha) de la PPF.

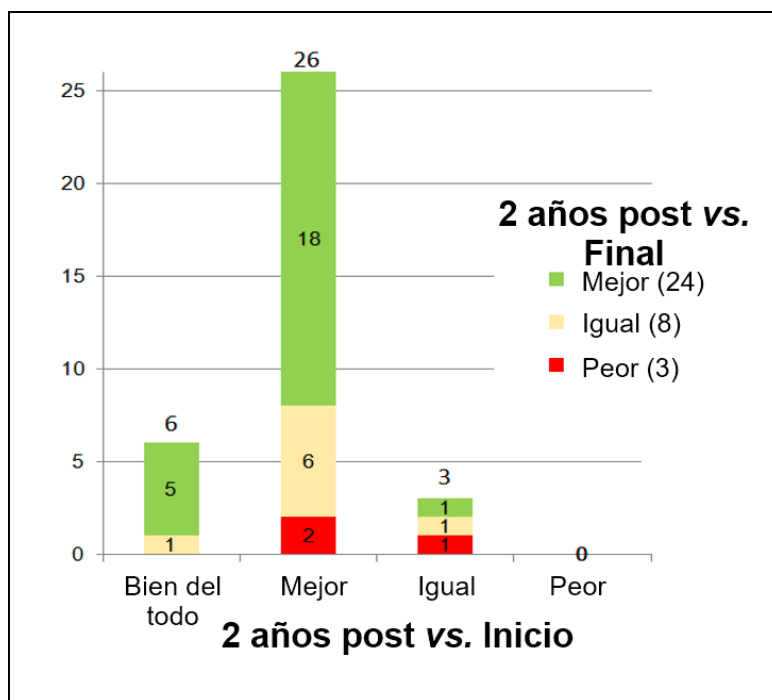


Fig. 3b. Percepción subjetiva de cambio sobre el malestar motivo de consulta: interacción de ambos periodos en números totales de pacientes. El periodo de tiempo total (que comprende tanto el tratamiento como los dos años posteriores) está representado en el eje horizontal. El periodo de tiempo que comprende únicamente los dos años tras el tratamiento está representado mediante los colores.

Para hacer una representación visual de la evolución de los pacientes a lo largo del tiempo hemos construido el modelo de la figura 4. Dado que no hemos preguntado a los pacientes por su percepción de mejoría durante la terapia (la trayectoria sobre la zona azulada), tenemos que deducirla de la información que sí tenemos. En la mayoría de los casos esta deducción es sencilla. Por ejemplo, en el caso del paciente ubicado abajo del todo —que nos ha dicho que está igual que al principio pero mejor que al acabar la terapia— podemos deducir que al final de la terapia estaba peor que al comenzarla. En otros casos, deducir la trayectoria durante el tratamiento es más complejo. Por ejemplo, en relación a los dieciocho pacientes que han manifestado estar mejor que al principio y también mejor que al acabar, podría ser que toda la mejoría se hubiera conseguido después de la terapia, o bien, repartida entre el “durante” y el “después”. En este caso, hemos representado ambas trayectorias posibles en función de las proporciones que observamos en un estudio anterior en el que sí medimos la evolución durante la terapia (Llairó *et al.*, 2012).

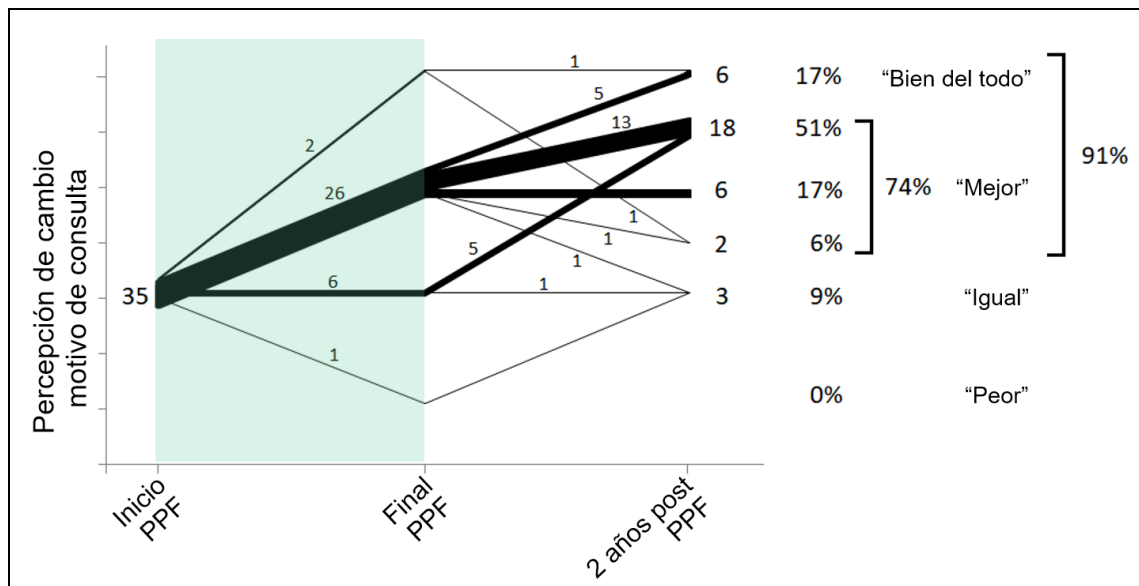


Fig. 4. Percepción subjetiva de cambio en el malestar motivo de consulta a lo largo del tiempo. En el eje horizontal se encuentran representados tres puntos en el tiempo: inicio de la PPF, final de la PPF y los dos años posteriores a la finalización. En el eje vertical se representa la percepción subjetiva de cambio en el malestar por el cual el paciente consultó, quedando descrito a la derecha las diferentes respuestas: "bien del todo", "mejor", "igual" o "peor". Sobre cada una de las líneas se encuentra el número de sujetos, y al finalizar éstas, el número total representado también en porcentajes de la muestra.

En la figura 4, de nuevo se puede observar que, en relación al comienzo del tratamiento, un 17% considera encontrarse "bien del todo" y un 74% se siente "mejor". Sumando ambos grupos obtenemos un 91% de resultado satisfactorio. Después, un 9% dijo encontrarse igual y ningún paciente manifestó encontrarse peor.

Otro de los objetivos principales de este estudio era evaluar si los pacientes atendidos disminuyen las consultas que hacen a otros servicios de salud mental, ya sean públicos o privados, y el consumo de psicofármacos.

Encontramos que la mayoría, un 54%, no han realizado consultas posteriores. Un 17% sí, pero exclusivamente para dar seguimiento a su tratamiento psicofarmacológico (dos personas con su médico de familia, tres en CSMA y una persona en servicio privado). Y el 29% restante, sí ha consultado posteriormente, en concreto: una persona a un servicio público y también a uno privado, cinco personas a servicios privados, tres al CSMA, y una persona solicitó un retorno a

nuestra Unidad (fig. 5). En esta muestra, el porcentaje de pacientes que no recurren posteriormente a la red pública de salud mental es de un 77%.

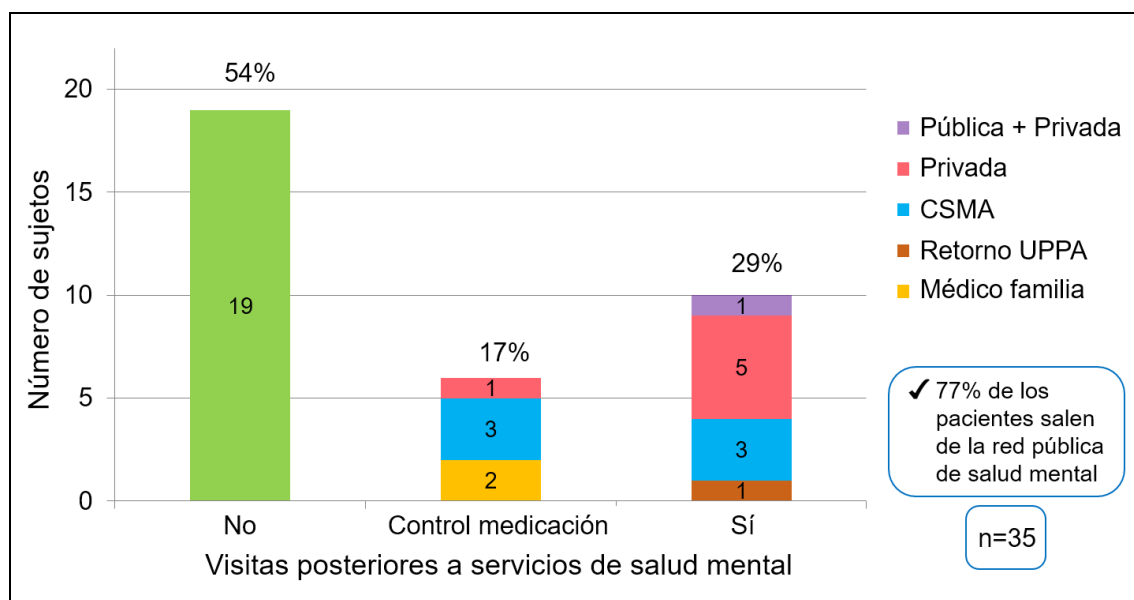


Fig. 5. Visitas posteriores a Servicios relacionados con la salud mental. En el eje horizontal se encuentran agrupados quienes no hacen consultas posteriores, quienes la hacen exclusivamente para controlar la medicación y quienes sí consultan a otros servicios tras la PPF. En cada columna se encuentra diferenciada la distribución de sujetos según el tipo de servicio que consultan.

En cuanto al consumo de psicofármacos, los resultados muestran que el 65% de los pacientes que empezaron la PPF tomando medicación psiquiátrica dejan de tomarla durante el tratamiento (diferencia estadísticamente significativa, McNemar $p=0.002$). Y un 60% continúan sin tomarla dos años después de finalizar (diferencia estadísticamente significativa, McNemar $p=0.013$). En la figura 6 se puede observar con detalle el número de sujetos que retiran, reducen, mantienen, inician o aumentan la medicación psicofarmacológica.

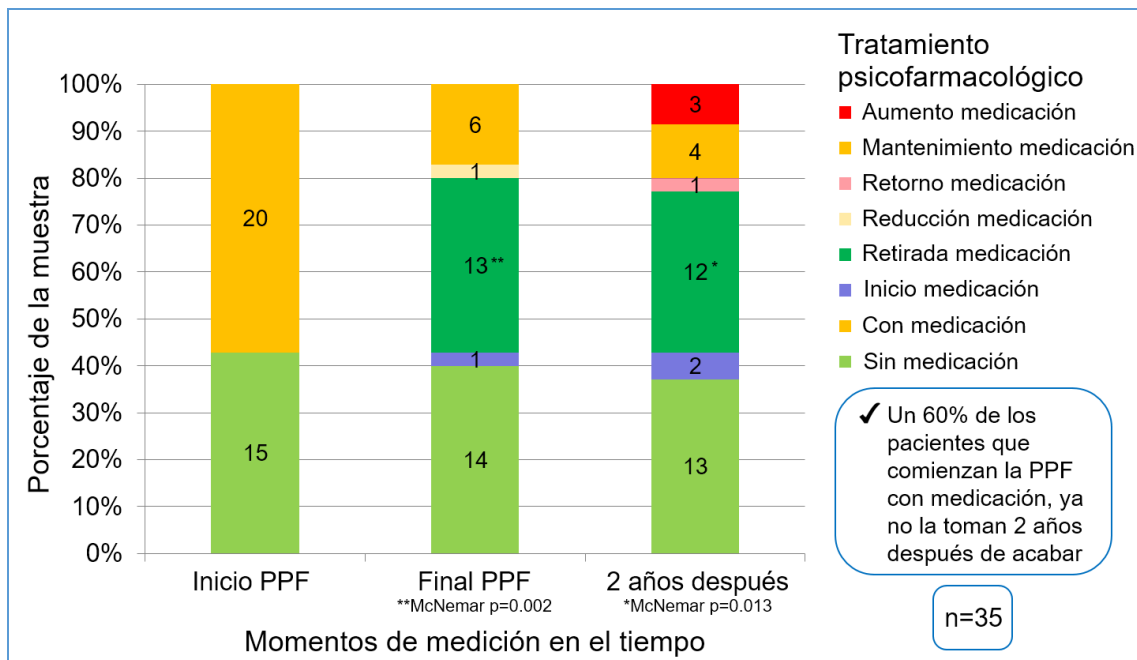


Fig. 6. Cambios en el tratamiento psicofarmacológico. En el eje horizontal se encuentran los tres momentos de medición: inicio PPF, final PPF y 2 años después de la finalización. En cada columna se encuentra diferenciada la distribución de sujetos en los diferentes grupos según el consumo farmacológico, tanto en número de sujetos como en el porcentaje de la muestra.

También nos interesaba explorar cambios relacionados con el estado académico o laboral de los pacientes, pero no encontramos diferencias: la mayoría de ellos se encontraban activos en el momento de iniciar el tratamiento y continuaban activos dos años después de la finalización.

En las últimas sesiones de la psicoterapia, se le recomienda al paciente que pasados entre cuatro y seis meses desde la finalización, solicite una visita post-alta para valorar conjuntamente con el terapeuta como ha sido la evolución sin tratamiento. En este estudio también nos interesaba explorar la percepción subjetiva de utilidad de esta entrevista y el motivo por el cual una parte significativa de pacientes nunca la llega a solicitar. Los resultados en la muestra fueron que quince pacientes solicitaron realizar dicha visita post-alta, de los cuales catorce consideraron que les fue de utilidad. Por otro lado, veinte pacientes no la llegaron a solicitar: trece porque no consideraron que hiciera falta, cuatro contestaron que no conocían la posibilidad de hacerla y tres personas no recordaron el motivo por el cual no la pidieron.

A nivel global, analizando los diferentes aspectos explorados, hemos observado algunas tendencias estadísticas:

- Los pacientes que manifiestan una mejora subjetiva menor desde el inicio tienden a ser aquellos que no se han presentado a algunas visitas (r de Pearson=-0.49, $p<0.01$) y que han finalizado prematuramente la terapia (t de Student $p<0.05$).
- Los pacientes que afirman encontrarse bien del todo y también aquellos que consiguieron dejar la medicación, tienden a ser aquellos que realizaron la psicoterapia con un tiempo prefijado de un año (χ^2 cuadrado $p<0.01$), que finalizaron con alta clínica ($p<0.05$) y que no realizaron la visita post-alta (n. s.).
- La ausencia de solicitud de la visita post-alta no correlaciona con una mala evolución global, pero los pacientes que la realizaron tienden a experimentar con más frecuencia una mejoría adicional durante los dos años posteriores al tratamiento (χ^2 cuadrado $p<0.05$).
- Los pacientes que empeoran posteriormente al tratamiento tienden a ser aquellos que han experimentado dos o más estresores relevantes en su vida durante estos dos años posteriores (χ^2 cuadrado $p<0.05$).

Discusión

Esta evaluación indica que un 91% de los pacientes que realizaron una PPF en la UPPA, dos años después de terminar su tratamiento tienen una percepción subjetiva de estar “mejor” o “bien del todo” en relación al malestar que les llevó a consultar. Durante los dos años posteriores a la finalización, un 68% ha experimentado una mejoría y un 23% adicional se ha mantenido estable. Es decir, que la PPF presenta un alto grado de satisfacción subjetiva y de estabilidad, incluso con tendencia a mejorar posteriormente.

Este resultado está en concordancia con otras investigaciones sobre las psicoterapias psicodinámicas que mantienen la mejoría por más tiempo que otras intervenciones terapéuticas (Shedler, 2010).

Otro resultado es que un 60% de los pacientes que tomaban medicación psicofarmacológica en el momento de iniciar la PPF, ya no la necesitan dos años después de la finalización, y este cambio es estadísticamente significativo.

Además, un 54% no ha requerido asistencia en salud mental en ningún otro servicio público o privado, y un 77% se desvinculan de la red pública de salud mental, resultando esto en una reducción importante en la utilización de recursos.

Somos conscientes de las limitaciones de este estudio: las variables del resultado se miden a partir de la información que aportan los pacientes y la percepción subjetiva de mejora se recoge únicamente en relación al motivo de consulta, sin tomar en cuenta otros aspectos de la vida del sujeto. Otra limitación es que quienes pasan el cuestionario se presentan como miembros del equipo y esto puede inducir respuestas con un sesgo positivo en pacientes con deseo de complacer. También que, al tratarse de un estudio transversal y descriptivo, no es posible establecer una relación causa-efecto entre la PPF y las variables de resultado.

De cara a próximos estudios, convendría realizar más de una medición después del tratamiento para observar si hay una variabilidad evolutiva tras la finalización, y convendría también aumentar el tamaño de la muestra para identificar posibles variables predictoras de evolución. Asimismo, la inclusión de un grupo control permitiría discernir si los cambios son atribuibles a la PPF.

Es indudable que evaluar empíricamente el trabajo clínico es importante. Por una parte, nos permite contrastar los resultados de nuestro trabajo, pudiendo obtener información para hacer avances a nivel técnico, con el consiguiente beneficio para los pacientes. Por otra parte, nos permite comunicar dichos resultados a la comunidad científica y, en el sector público, aporta a la administración una información útil para facilitar una mejor gestión de los recursos.

En resumen, la PPF es una adaptación del psicoanálisis que limita la duración del tratamiento facilitando su aplicación. A través de las viñetas clínicas hemos querido ilustrar como dicha limitación temporal no coarta la posibilidad de cambio psíquico en el paciente a través de un trabajo en profundidad. También hemos descrito los elementos técnicos principales de la PPF, así como el dilema clínico y ético que plantea la decisión sobre su indicación. Por último, hemos evaluado los resultados de la PPF en una muestra de pacientes y observado un alto grado de satisfacción subjetiva que se sostiene en el tiempo, incluso con tendencia a la mejoría. Además, dos años después de la terminación, se observa una reducción importante en la utilización de servicios y en el consumo de psicofármacos.

Por tanto, podemos concluir que, cuando este tipo de tratamiento está indicado, la PPF es una herramienta aplicable en la asistencia pública que resulta efectiva en la disminución del padecimiento psicológico y la prevención de la cronicidad en el ámbito de la salud mental.

Referencias bibliográficas

Bozzatello, P. y Bellino, S. (2016), “Combined therapy with interpersonal psychotherapy adapted for borderline personality disorder: A two-years follow-up”, *Psychiatry Research*, vol. 240, pp. 151–156,

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.014>

Braier, E.A. (1981), *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*, Nueva Visión.

Farré, L., Hernández, V. y Martínez, M. (1982), *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*, Barcelona, Paidós Ibérica.

Feduchi Benlliure, L. (2011), *El adolescente ante su futuro*, TEMAS DE PSICOANÁLISIS, núm. 1.

Hernández Espinosa, V. (2015), *Las psicosis: Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*, Barcelona, Herder.

Hornstein, L. (2013), *Autoestima e identidad: narcisismo y valores sociales*, Fondo Cultura Económica.

Llairó, A., Viladot, M., Sastre, V., Laudo, I., Camprodon, R., Coca, M.R., Masvidal, S. y Martínez Gomis, F. (2012), “Psicoterapia Psicoanalítica en la Institución Pública. Estudio de resultados y su permanencia a los dos años de la finalización”, *Primer Premi FEAP 2012*, <http://www.spcsalut.org/pdf/premi-feap2012.pdf>

Pérez-Sánchez, A. (2014), *Psicoterapia breve psicoanalítica: Una experiencia de psicoanálisis aplicado. Clínica y teoría*, Barcelona, Xoroi.

Sala, J. (ed.), Chancho, A., Ger, E., Miquel, C., Montserrat, A., Noguera, R., Ríos, C., y Sánchez, E. (2013), *Psicoterapia focal de niños. Una aplicación del modelo psicoanalítico en la Red de Salud Pública. Fundació Sant Pere Claver*, Barcelona, Octaedro, <https://www.sepyrna.com/documentos/psicoterapia-focal-de-niños-Jordi-sala-Morell.pdf>

Sastre, V., Laudo, I., Mauri, L., Raventós, 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.

Shapiro, D.A. y Firth-Cozens, J. (1990), “Two-year follow-up of the Sheffield Psychotherapy Project”, *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, vol. 157, pp. 389–391, <https://doi.org/10.1192/bjp.157.3.389>

Shedler, J. (2010), "The efficacy of psychodynamic psychotherapy", *The American Psychologist*, vol. 65(2), pp. 98–109, <https://doi.org/10.1037/a0018378>

Agradecimientos

Agradecemos a Mercedes Viladot y Maria Antònia Massanet por haber colaborado en pasar los cuestionarios a los pacientes. Asimismo, a los terapeutas que realizaron buena parte de estos tratamientos: Maria Rosa Coca, Francesc Pareja, Mercedes Viladot, Isabel Laudo y Victòria Sastre. También a aquellos profesionales que durante años formaron parte de nuestra Unidad: Pilar Raventós, Lluís Mauri, Jorge Tió, Antònia Llairó, Rosa Camprodon (*in memoriam*) y Santi Masvidal. Y a los supervisores clínicos del Programa de Psicoterapia Focal: Jordi Sala, José Luís Lillo y muy especialmente a Luís Feduchi, auténtica *alma mater* de nuestra manera de entender la Psicoterapia Psicoanalítica Focal.

Resumen

Los psicoterapeutas contamos con herramientas que permiten valorar la evolución de los pacientes durante el tratamiento. Sin embargo, es necesario contrastar dicha valoración con medidas empíricas que incluyan una evaluación a largo plazo, sobre todo en el contexto de la asistencia pública. Para ello, hemos realizado un cuestionario telefónico a una muestra de 35 pacientes que habían finalizado su tratamiento en la *Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica d'Adults* dos años antes. Los resultados indican que el 91% tiene una percepción subjetiva de estar mejor, o bien del todo, en relación al motivo por el cual consultaron. Además, el 77% no ha requerido nuevas consultas en los servicios públicos de salud mental y el 60% ha dejado de precisar medicación psiquiátrica. El tratamiento evaluado es la psicoterapia psicoanalítica focal (PPF), una

adaptación del psicoanálisis que limita la duración del tratamiento facilitando su aplicación institucional. Describimos sus elementos técnicos, el dilema clínico y ético que plantea la decisión sobre su indicación, y presentamos dos viñetas clínicas. Concluimos que la PPF es una herramienta efectiva, aplicable en la asistencia pública, que ofrece buenos resultados, estables en el tiempo, y previene la cronicidad disminuyendo el consumo de psicofármacos y servicios asistenciales de salud mental.

Palabras clave: Asistencia Pública, psicoterapia focal y breve, evaluación empírica, seguimiento, consumo de recursos.

Resum

Els psicoterapeutes comptem amb eines que ens permeten valorar l'evolució dels pacients durant el tractament. No obstant això, és necessari contrastar aquesta valoració amb mesures empíriques que incloguin una avaluació a llarg termini, sobretot en el context de l'assistència pública. Per a això, hem realitzat un qüestionari telefònic a una mostra de 35 pacients que havien finalitzat la seva psicoteràpia a la Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica d'Adults dos anys abans. Els resultats indiquen que el 91% té una percepció subjectiva d'estar millor, o bé del tot, en relació al motiu pel qual van consultar. A més, el 77% no ha requerit noves consultes en els serveis públics de salut mental i el 60% ha deixat de necessitar la medicació psiquiàtrica. El tractament avaluat és la psicoteràpia psicoanalítica focal (PPF), una adaptació de la psicoanàlisi que limita la durada del tractament facilitant la seva aplicació institucional. Descriuim els seus elements tècnics, el dilema clínic i ètic que planteja la decisió sobre la seva indicació, i presentem dues vinyetes clíniques. Concloem que la PPF és una eina efectiva, aplicable en l'assistència pública, que ofereix bons resultats, estables en el temps, i prevé la cronicitat disminuint el consum de psicofàrmacs i serveis assistencials de salut mental.

Paraules clau: Assistència Pública, psicoteràpia focal i breu, avaluació empírica, seguiment, consum de recursos.

Abstract

Psychotherapists have tools to assess the evolution of patients throughout treatment. However, it is necessary to contrast these assessments with empirical measures that include long-term perspective, to justify public expense in psychotherapy. We examined a sample of 35 patients who completed psychotherapy treatment (Focal Psychoanalytic Psychotherapy) at *Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica d'Adults* two years ago, by asking them to answer a telephone questionnaire. The results indicate that 91% have a subjective perception of being better, or in remission in relation to the chief complaint. In addition, 77% have not done new consultations at public mental health services, and 60% have stopped needing psychiatric medication. We conclude that this treatment is effective in the context of public health services, as it offers durable results and prevents chronicity by reducing the use of psychiatric medication and the need of mental health resources.

Key words: Public Assistance, brief focal psychotherapy, empirical evaluation, follow-up, resource consumption.

Erika Barba-Müller

Psicóloga, psicoterapeuta FEAP, psicoanalista IPB y doctora en neurociencias.

Psicoterapeuta de la Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica d'Adults (UPPA-SPC)

ebarbamuller@fhspereclaver.org

Esther Domingo

Psicóloga clínica, psicoterapeuta FEAP, psicoanalista SEP-IPA.

Psicoterapeuta de la Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica d'Adults (UPPA-SPC).

edomingo@fhspereclaver.org

Neus García

Psicóloga clínica y psicoterapeuta FEAP.

Psicoterapeuta de la Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica d'Adults (UPPA-SPC).

ngarcia@fhspereclaver.org

Francesc Martínez Gomis

Psiquiatra, psicoterapeuta y doctor en psicología.

Coordinador de la Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica d'Adults (UPPA-SPC).

fmartinez@fhspereclaver.org

Anexo 1: Cuestionario telefónico

1. ¿Cuál es su situación laboral o académica actual?

- a. Activo, b. Baja, c. Paro, d. Estudiante

2. En relación al motivo de consulta que le llevó a visitarse en nuestra unidad, en este momento considera que se encuentra:

- a. Bien del todo, b. Mejor, c. Igual, d. Peor

3. En relación al momento en que terminó el tratamiento, diría que se encuentra:

- a. Mejor, b. Igual, c. Peor

4. A lo largo de estos dos años desde que terminó el tratamiento ¿ha vivido algún cambio vital que le haya podido afectar?

- a. Accidentes, b. Enfermedades físicas, c. Boda, d. Pérdida de un familiar,
e. Pérdida del trabajo, f. Separaciones, g. Nacimientos, h. Otros (especificar)

5. Desde que terminó el tratamiento ¿ha hecho alguna consulta a los recursos de la red pública de salud mental?

- a. Sí, b. No

6. En caso afirmativo ¿nos puede indicar en qué dispositivo? ¿Acude actualmente?
a. Médico de cabecera, b. Centros de Salud Mental, c. Urgencias, d. Otro (especificar)
 7. ¿Y alguna consulta en el ámbito privado de la salud mental? ¿Acude actualmente?
a. Sí, b. No
 8. En este momento ¿está tomando algún tipo de medicamento?
(Nombre y dosis)
 9. ¿Recuerda haber tenido algún tipo de visita con su terapeuta posteriormente al final del tratamiento?
a. Sí, b. No
 10. En caso afirmativo ¿diría que fue de interés o de utilidad?
a. Sí, b. No
 11. En caso negativo ¿nos podría decir el motivo?
a. No fue necesario, b. No sabía la posibilidad de hacerla, c. No recuerdo
 12. ¿Quisiera añadir algún comentario o pregunta?
- I. ¿El/la paciente manifestó espontáneamente interés en hacer una nueva visita?
- II. Observaciones: