

Duración

Kächele H (2005) Que duración tiene una psicoterapia?
Gaceta Universitaria – Temas y controversias en Psiquiatría (Chile) 1: 52-57

¿ Qué duración tiene una psicoterapia ?¹

Horst Kächele

Departamento de Psicoterapia de la
Universidad de Ulm.

Resumen

Es verdad que la duración de un tratamiento psicoterapéutico se ve favorecida por las reglamentaciones de las instituciones sociales (v.gr. la compañías de seguro), pero estas no lo determinan. Un análisis estadístico de una gran muestra (n=1689) de pacientes tratados en un servicio universitario de psicoterapia ambulatoria demostró que existe una relación entre el número de horas (o bien de meses) de tratamiento y el porcentaje de tratamientos concluidos, la cual determina una curva ascendente de desaceleración continua. Estos resultados son discutidos desde la perspectiva de gran alcance que ofrece la relación dosis-efecto.

El carácter de proceso interaccional de un tratamiento psicoterapéutico implica claramente que el curso y el resultado de una psicoterapia se deben entender como consecuencia de procesos sociales de negociación. La complejidad de estos procesos se hace cada vez más visible, lo que resulta claro

¹ Traducido del alemán por Juan Carlos Belalcázar (Bogotá).

en el modelo genérico de la psicoterapia esbozado por Orlinsky y Howard (1986) teniendo como base aproximadamente 1100 resultados individuales. Un modelo tal ilustra las variables que operan entre sí conforme a su valor funcional, recogidas en las investigaciones empíricas realizadas hasta la fecha.

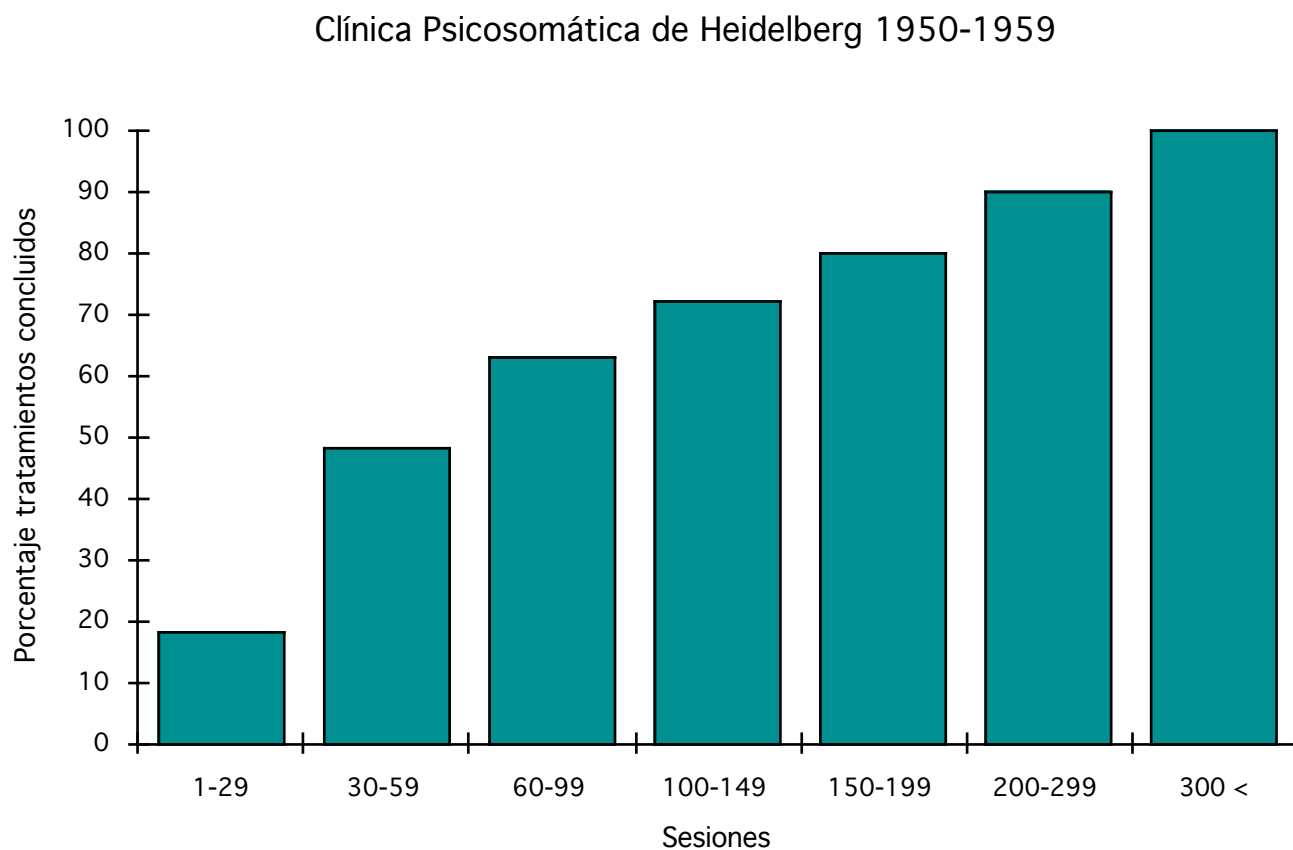
Las condiciones que permiten que la influencia esperada pueda hacerse realidad se procuran a través de las reglas que el terapeuta le propone al paciente lo cual representa el encuadre de tratamiento. En el contrato terapéutico se debe llegar a un consenso acerca de estas condiciones. Las circunstancias sociales del encuadre actúan directamente sobre la conformación de este contrato, así como resulta inmediatamente obvio en los convenios que las cajas de seguro hacen con las asociaciones médicas para la realización de psicoterapia.

El tiempo y el lugar pertenecen a las condiciones que ambas partes deben poner a disponibilidad para que tenga lugar la entrevista terapéutica. Cuánto tiempo es empleado en los tratamientos psicoterapéuticos depende de la experiencia clínica y del modo de trabajo del terapeuta en cuestión. A la pregunta, "¿Cuánto tiempo dura una psicoterapia analítica?" dió Schulz-Henke en su "Texto de la Psicoterapia Analítica" la siguiente respuesta lacónica: "entre cuatro horas y cuatro años (Shulz Henke 1951, pg 309). Parece ser pues, una simplificación excesiva hablar generalizando de la duración de una psicoterapia ya que las indicaciones se hacen en diferentes modalidades terapéuticas.

En los países de habla alemana se han presentado hasta la fecha sólo pocas investigaciones sistemáticas que se hayan realizado con base en muestras clínicas de gran tamaño provenientes de diferentes 'settings' terapéuticos.

Uno de los pocos estudios pertinentes y exhaustivos, se realizó en la Clínica Psicósomática de Heidelberg a lo largo de los años 1950-59 y fue publicado por de Boor y Künzler (1963). Si se calculan sus datos a lo largo del

tiempo como un valor acumulado, se obtienen las siguientes cifras para la proporción porcentual de tratamientos concluidos (Fig. 1):



Si se examinan detalladamente los datos publicados, salta a la vista que 27% de los pacientes fueron tratados durante 1-29 sesiones en el primer período de cinco años (1950-1954) y que esta cifra desciende a un 7% durante el segundo quinquenio.

Sólo hasta hace poco se informó en esta revista acerca de "las características temporales de la psicoterapia analítica en el contexto de la asistencia que ofrece el seguro médico" (Flügel 1989). La muestra allí descrita (n=1142) proviene de los informes que fueron examinados por un perito psicoanalista (cuya labor es aprobar o no las solicitudes para que los costos de

determinada cantidad de sesiones sea cubierta por la caja del seguro de salud- N. del T.). En este estudio se trata exclusivamente de pacientes con una caja de salud asimilada a la oficial lo que podría menoscabar considerablemente la representatividad de las conclusiones. Además sólo se ofrecen datos acerca de las horas solicitadas y aprobadas, pero no aquellos acerca de la duración real de los tratamientos.

Los datos de nuestras investigaciones se obtuvieron a lo largo de un lapso considerable de tiempo (1973-1987) por medio de un sistema de documentación computarizado (Kächele et. al 1983) a partir de los tratamientos (n=1689) llevados a cabo en un servicio ambulatorio de psicoterapia.

La distribución por clase social de los pacientes tratados se desvía sólo un poco de las características sociales de los pacientes registrados para una primera entrevista. A su vez, éstas son en gran parte representativas de las características de la población de la ciudad de Ulm y sus alrededores.

Un servicio de psicoterapia ambulatorio tiene tanto una labor asistencial como la función de posibilitar la especialización y la investigación. De ahí que se ofrezca un espectro amplio de modalidades terapéuticas, como se puede apreciar en la Tabla 1.

Tabla 1 Modalidades terapéuticas en el Servicio ambulatorio de Psicoterapia

Consejería	13,0%
Psicoterapia breve	22,1%
Psicoterapia analítica	12,0%
Psicoanálisis	3,9%
Terapia de Pareja	7,9%
Terapia de Familia	2,5%
Terapia del Comportamiento	5,9%

Terapia de Apoyo	17,8%
Terapia de grupo	7,8%
Trabajo en grupo	2,1%
Entrenamiento autógeno	5,0%

La psicoterapia psicoanalítica breve y la terapia de apoyo de orientación analítica dominan cuantitativamente. La psicoterapia psicoanalítica de alta frecuencia alcanza sólo una pequeña proporción de las indicaciones en un servicio ambulatorio psicoanalítico con un cometido clínico asistencial, lo que para un terapeuta involucrado no es sorprendente, sino el resultado de la experiencia de que los medios y los fines en psicoterapia deben ser sopesados cuidadosamente.

Pacientes y terapeutas se plantean en una forma distinta la cuestión acerca de la duración de las modalidades terapéuticas aquí mencionadas. El lapso de tiempo en el cual el contacto terapéutico tiene lugar es probablemente más importante para el paciente que la modalidad terapéutica o que la cantidad de sesiones. Por lo tanto está justificado presentar un gráfico en el cual no se atiende a la modalidad terapéutica y la duración se consigne en meses.

Si para el total de la muestra (n=1689 pacientes) se registra en un diagrama la relación entre duración (en meses) y el valor acumulado de tratamientos concluidos, se obtiene una curva que asciende en forma homogénea y que paulatinamente se aplana (Fig. 2).

A los tres meses, un poco más del treinta por ciento de los pacientes terminan el contacto terapéutico. En este punto se trata principalmente de consejerías y

psicoterapias muy breves las que se realizan inmediatamente y en conexión con una primera entrevista. Naturalmente está también aquí incluido el grupo de los que prematuramente terminan un tratamiento concebido originalmente como de larga duración. Según nuestros documentos, el tamaño de este grupo lo podríamos estimar en un 10 a 12 %. Después de seis meses se terminan 50% de los tratamientos y luego de un año 70 %. La cifra se eleva a casi a un poco más de 90% al cabo de dos años.

En las discusiones clínicas domina frecuentemente una distinción entre terapia breve y terapia de larga duración. En oposición a esto se encuentra empíricamente en esta gran muestra, una transición continua que va de las intervenciones cortas a las de larga duración.

Una apreciación global que capte el trabajo terapéutico en horas, es relevante desde el punto de vista del terapeuta y también de la institución. En lugar de dar una media ficticia es apropiado fijar también aquí, para qué porcentaje de los pacientes fueron utilizadas qué cantidad de sesiones.

Después de diez sesiones terminan 35 % de los tratamientos, los cuales corresponden a intervenciones en crisis o también a tratamientos concebidos originalmente como de larga duración y suspendidos prematuramente. Al cabo de veinte sesiones concluyen más de la mitad de los tratamientos iniciados. Al cabo de cuarenta sesiones terminan 70% de los tratamientos y al cabo de sesenta, 82% de los pacientes no están ya en tratamiento. La curva de distribución se aplana posteriormente en forma significativa y muestra un crecimiento mínimo, cuyo techo es alcanzado por aquellos pacientes quienes según los datos estadísticos de Ulm, buscan alcanzar su objetivo de tratamiento por medio de un psicoanálisis de varios años de duración.

Estas cifras pueden aclarar cómo la duración del tratamiento es una dimensión muy variable que influye en la asistencia psicoterapéutica en un

servicio ambulatorio, lo que se diferencia de la situación en los consultorios privados de psicoterapia.

La caracterización de lo que se invierte en el tratamiento (Behandlungsaufwand) de una gran muestra clínica de pacientes como ésta, puede satisfacer a los planificadores quienes contratan las proyecciones para la dotación de personal en servicios ambulatorios de psicoterapia. Desde el punto de vista clínico es más significativo hasta qué punto concuerdan los conceptos acerca de las diferentes modalidades terapéuticas con los datos que se pueden extraer de la experiencia. Por lo tanto, en lo que sigue se caracterizarán las diferentes modalidades terapéuticas con relación a su duración.

El siguiente diagrama (Fig. 3) muestra la curva ascendente de las psicoterapias breves concluidas, cuya duración establecida internamente por nosotros no debe sobrepasar las 50 horas, comparada con la curva de la terapia comportamental, la cual no representa una modalidad terapéutica psicodinámica pero está justificada psicodinámicamente en el proceso de decisiones de nuestro servicio. Las dos modalidades terapéuticas efectúan lo que cada una pretende, es decir, son tratamientos diseñados como intervención breve. Sin embargo, hay que señalar aquí que el 20% de los pacientes en terapia comportamental sobrepasan el límite de las modalidades terapéuticas breves.

La psicoterapia analítica realizada con una frecuencia de dos sesiones por semana está, luego de las primeras 80 sesiones solicitadas al seguro, concluida en más de 60% de los casos; resultado éste, que a nosotros mismos nos ha sorprendido. Suponemos en una gran parte de este grupo cambios en los objetivos terapéuticos y de este modo, cambios en el plan de tratamiento. La interrupción del contacto terapéutico iniciada por parte del paciente también alcanza en este grupo una cifra que no es superior al 10 %. La terapia de apoyo, llevada a cabo casi exclusivamente por trabajadores sociales con entrenamiento

psicodinámico, no dura más de 40 sesiones para aproximadamente 80 % de los pacientes; el resto de ellos recibe un apoyo que se extiende por más de un año.

La función de una sencilla recolección descriptiva de datos acerca de la actividad psicoterapéutica como ésta, radica ante todo en la retroalimentación de cada uno de los terapeutas y de la institución: un vistazo tal promueve nuestro conocimiento acerca de la forma y el modo en que las diferentes posibilidades terapéuticas del equipo son proporcionadas a los pacientes. En una especialidad en que la mitificación se ve favorecida debido a la naturaleza en extremo privada del procedimiento, un estudio tal tiene un carácter esclarecedor tanto para el individuo como para el grupo. La pregunta sobre la inversión de tiempo en psicoterapia es además de gran interés general. Igualmente un estudio como éste, hecho a partir de una gran muestra, abarca también las posibilidades de la investigación futura, por lo cual Klaus Grawe lo calificaría como perteneciente a `la fase de descripción botánica` (botanisierphase). Una de las preguntas sería, hasta qué punto la distinción de uso corriente entre modalidades terapéuticas breves y de larga duración corresponden al material estadístico en cuestión. Si los datos muestran una transición continua, ¿con qué criterios establecemos un límite? Nuestros datos muestran que sería relevante hablar de terapias de mediana duración, las que se podrían localizar entre 40 y 80 sesiones o las que tendrían una duración entre 12 y 24 meses. Los datos también sugieren discutir con mayor intensidad acerca de la relación entre la duración de una psicoterapia en términos de tiempo y la duración en términos del número de sesiones.

Es naturalmente fácil señalar los límites de una descripción como la anterior. No responde a la pregunta inmediata, ¿bueno, y cómo se relaciona la duración de un tratamiento y el éxito terapéutico? De la literatura disponible, la

cual ha sido resumida por Orlinsky y Howard (1986) se puede concluir que la mayoría de los estudios pertinentes muestran que más tiempo de tratamiento es mejor que menos tiempo. Además, los estudios favorecen actualmente a lo largo y ancho de las modalidades terapéuticas, la importancia del número de sesiones sobre el tiempo transcurrido. En lo que concierne a la psicoterapia psicoanalítica de larga duración, Kordy et. al. (1988) pudieron demostrar que en tres grupos, "menos de año y medio, hasta tres años y más de tres años", existe una relación lineal entre duración y éxito terapéutico válida para diferentes criterios de éxito. Así como en la recopilación de Howard y Orlinsky (1986), en este estudio se muestra cómo los efectos a juicio del experto, medidos por ejemplo por medio de escalas de metas alcanzadas, son más convincentes que aquellos a juicio del paciente. Uno podría afirmar que los pacientes se satisfacen con menos, resultado que nosotros también encontramos en un estudio retrospectivo (Kächele et. al. 1985): los pacientes en psicoterapia breve mostraron en la mitad del tratamiento el mismo grado de satisfacción que pacientes luego de terapias de mayor duración, pero al mismo tiempo expresaron en forma más pronunciada el deseo de continuar en tratamiento.

Estos resultados concuerdan con el modelo de dosis-efecto de la acción psicoterapéutica que Howard et. al. (1986) esbozaron con base en extensos meta-análisis. A partir de la medición de la mejoría de 2431 pacientes hecha a lo largo de diferentes puntos en el tratamiento, por medio de juicios de experto y autoevaluaciones, se estableció que la mejoría es una función lineal del logaritmo del número de sesiones. En otras palabras, la mejoría es relativamente mayor en las primeras sesiones que en las siguientes y crece en forma cada vez más lenta a medida que aumenta el número de sesiones.

Este hecho se puede emplear a mi entender, para la comprensión del curso logarítmico observado por nosotros, de la curva de los porcentajes de

tratamientos terminados. Para todas las modalidades terapéuticas y en una amplia área intermedia observamos una relación lineal entre el logaritmo del número de sesiones y el porcentaje de tratamientos concluidos. Uno puede suponer que la ley del "course of diminishing return" está activa aquí en una forma sutil. La mayor parte de los tratamientos se concluyen de común acuerdo. Interrupciones del tratamiento son más bien raras, pero encontramos probablemente adaptaciones de los objetivos iniciales a dimensiones realistas como consecuencia del proceso terapéutico. En las modalidades de tratamiento concebidas desde un comienzo como breves, es de suponer que la mejoría del estado de salud se relacione con los efectos inespecíficos del apoyo proporcionado. Entre más se incluyan los problemas más graves del paciente en el trabajo terapéutico, más se enlentece el proceso terapéutico debido a la naturaleza misma de la cuestión, lo que conduce se quiera o no, a una discusión entre paciente y terapeuta sobre el objetivo del tratamiento. Esta se puede caracterizar con el concepto clave de la indicación adaptativa en el proceso. La indicación inicial que recomienda una forma intensiva de tratamiento implica a la vez el pronóstico condicionado de que el cambio sólo se logrará en forma dispendiosa. Este estado de cosas se relaciona con la situación clínica; la indicación diferencial de una de las diferentes modalidades terapéuticas debe guiarse conforme a la siguiente regla: tanto como sea necesario y tan poco como sea posible con el fin de que se cumpla con la responsabilidad social de hacer aprovechable en lo posible para muchos pacientes, una oferta limitada de capacidad terapéutica.

Bibliografía.

Boor C de, Künzler E (1963): Die psychosomatische Klinik und ihre Patienten. Klett, Stuttgart.

Flügel N (1989): Zeitliche Merkmale analytischer Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. *Psychother. Med. Psychol.* 39,11-17.

Howard HI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986) The dose effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist* 41,159-164.

Kächele H, Hohage R, Mergenthaler E (1983): Therapie-orientierte Dokumentation in einer psychotherapeutischen Ambulanz- Funktion und Implikation. *Psychother.Med.Psychol.* 33,142-146.

Kächele H, Wolfsteller H, Hössle I (1985): Psychotherapie im Rückblick- Patienten kommentieren ihre Behandlung. *Prax. Psychother.Psychosom.* 30,309-317.

Kordy H (1988): Time and its relevance for a succesful psychotherapy. *Psychother. Psychosom.* 49,212-222

Orlinsky D Howard KI (1986):Process and outcome in Psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Eds) *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, pp 311-381.

Schulz-Hencke H (1951): *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart.

Prof. Dr. Med. H. Kächele

Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm

Am Hochsträß 8

89081 Ulm

* Traducción del original alemán publicado en la revista Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 1990 40:147-151.

Labor realizada en Ulm, Agosto de 1994.