



Descripción de los desenlaces centrales de la terapia psicoanalítica: Revisión de
alcance de la literatura

Sergio Sebastián Cubides Romero

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Facultad: Medicina
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Especialidad en Epidemiología

UNIVERSIDAD CES
Facultad: Medicina
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Especialidad en Epidemiología

Bogotá D.C
2023



Universidad del
Rosario



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

Descripción de los desenlaces centrales de la terapia psicoanalítica: Revisión de
alcance de la literatura

Sergio Sebastián Cubides Romero

Tesis de investigación para optar al título de ESPECIALISTA EN
EPIDEMIOLOGÍA

Tutora metódica: Dra. Anacaona Martínez

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Facultad: Medicina
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Especialidad en Epidemiología

UNIVERSIDAD CES
Facultad: Medicina
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Especialidad en Epidemiología

Bogotá D.C
2023



“Las Universidades del Rosario y CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en el trabajo; solo velarán por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

CONTENIDO

	Pág.
ABSTRACT	7
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	9
1.3 PREGUNTA DE REVISION	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 ESTADO DEL ARTE	10
2.2 PSICOTERAPIA VS TERAPIA PSICOANALITICA.....	11
2.3 COMPARADORES Y DESENLACES	12
2.4 MARCO LEGAL	13
2.5 ESCALAS Y VALIDEZ PSICOMÉTRICA.....	14
3. OBJETIVOS	17
General	17
Específicos.....	17
4.1 DISEÑO	17
4.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN	18
Criterios de inclusión pacientes:	18
Criterios de inclusión artículos:	18
Criterios de exclusión pacientes:	18
Criterios exclusión artículos:	19
4.3 ESTRATEGIA DE BUSQUEDA.....	19
4.4 FUENTE DE SELECCIÓN DE EVIDENCIA.....	21
4.5 EXTRACCIÓN DE LA INFORMACIÓN	22
4.6 ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA.....	25
5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	26
6. DISCUSIÓN	31



Universidad del
Rosario

7. RECOMENDACIONES	34
8. BIBLIOGRAFÍA	35



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Elementos de la pregunta de investigación	10
Tabla 2. Detalles operativos de la revisión	23
Tabla 3. Criterios de selección	24
Tabla 4. Detalles y características poblaciones de la revisión	25
Tabla 5. Detalles y resultados de la revisión	29
Tabla 6. Desenlaces centrales de la terapia psicoanalítica	30

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Conducta suicida en estados unidos en 2019	9
Figura 2. Algoritmo de búsqueda	22

RESUMEN

Objetivo: El incremento de alteraciones psicoemocionales registrados a nivel mundial, conllevan a la necesidad del desarrollo de distintos abordajes terapéuticos y su sofisticación. La presente revisión hace énfasis en la terapia psicoanalítica y fue guiada en el hincapié que hacen los autores del psicoanálisis, intentando diferenciar la terapia psicoanalítica de la psicoterapia, lo que nos brinda lugar a la caracterización y descripción de sus resultados/desenlaces centrales desde una perspectiva sanitaria, al ser considerada un tipo de terapia distinta y con poco respaldo científico.

Metodología: Se llevo a cabo una revisión sistemática de alcance, en el que se establecen criterios de selección, tamizando estudios de intervenciones de terapia psicoanalítica en la población con diagnóstico de depresión en consulta externa. Posteriormente se evaluó las mediciones realizadas por los autores y las escalas a través de las cuales hicieron sus mediciones, con la finalidad de inferir los desenlaces y describir que son centrales.

Resultado: La rigurosa metodología de búsqueda, filtración y extracción de la información dejo un total de 7 revisiones, en las que utilizaron 13 escalas que tienen la capacidad de medir unos desenlaces de interés, que posterior a ser sometido a análisis se evidencia que están implícitos en las distintas escalas.

Conclusión: Los desenlaces centrales sanitarios son principalmente 2, el impacto a la *severidad sintomática* y *funcionalidad cotidiana*. Se destaca estos dos desenlaces dado a que, de todas las revisiones incluidas, solo una dirige la terapia a estos dos desenlaces.

Palabras clave: salud mental, psicoterapia, psicoterapia informada psicoanalíticamente, terapia psicoanalítica, conjuntos de desenlaces centrales.

ABSTRACT

Objective: The increase in psycho-emotional disorders registered worldwide leads to the need for the development of different therapeutic approaches and their sophistication. This review emphasizes psychoanalytic therapy and was guided by the emphasis made by the authors of psychoanalysis, trying to differentiate psychoanalytic therapy from psychotherapy, which gives us room for the characterization and description of its central outcomes from a health perspective, as it is considered a different type of therapy and with little scientific support.

Methods: A systematic scoping review was carried out, in which selection criteria were established, screening studies of psychoanalytic therapy interventions in the population diagnosed with depression in outpatient clinics. Subsequently, the measurements made by the authors and the scales through which they made their measurements were evaluated, in order to infer the outcomes and describe them as central.

Results: The rigorous methodology of searching, filtering, and extracting the information left a total of 7 reviews, in which 13 scales were used that have the capacity to measure some outcomes of interest, which after being subjected to analysis show that they are implicit in the different scales.

Conclusion: The central health outcomes are mainly 2, the impact on *symptomatic severity* and *daily functionality*. These two outcomes are highlighted as, of all the included reviews, only one addresses therapy to these two outcomes.

Key Words: Mental health, psychotherapy, psychoanalytically informed psychotherapy, psychoanalytic therapy, core outcome sets.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El desarrollo temprano del siglo XXI nos refleja, el cómo la cotidianidad es suficiente para dirigir a una gran proporción de la población al desarrollo de alteraciones psicoemocionales. La dirección de epidemiología y demografía en 2019 en su publicación del ASIS (1), en el transcurso del segundo decenio del presente siglo, denota el incremento de consultas de origen mental en un 395%, respecto al primer decenio; Si bien es documentado, estas alteraciones impactan de forma negativa la calidad de vida de quienes la padecen, interfiriendo directamente en múltiples esferas de su vida; Una esfera, por ejemplo es la laboral en la que se contribuiría al retraso y/o involución en el índice de Desarrollo Humano (IDH) de una nación. El IDH lo compone las siguientes variables (2):

- Esperanza de vida al nacer
- Tasa bruta de matrícula combinada (alfabetización)
- PIB real per cápita

El boletín epidemiológico publicado por el ministerio de salud en 2017, registra en el transcurso de 6 años (2009 – 2015) un incremento cercano al 100%, tanto para hombres como para mujeres, en la atención médica bajo el diagnóstico de depresión moderada (CIE10 F321), adjunto es publicado que la depresión unipolar en la población de 15 – 25 años fue la primera causa de carga de la enfermedad atribuidos 168 años de vida saludable perdidos (AVISA) por 1000 habitantes y en el sucesor grupo etario de 30 – 44 años, la depresión unipolar se le atribuye como la segunda causa de carga de la enfermedad con 54 AVISA por 1000 habitantes (3). Si bien es notificado, la emergencia sanitaria por la pandemia COVID19, ha sido el gatillo para el brote sintomático de alteraciones de origen psíquico, *Ángela Cifuentes- Avellanda Et. Al*, en su publicación realizada en apoyo de *Profamilia*, menciona el deterioro de salud mental inclusive un poco antes del inicio de la pandemia, registrando en la encuesta de salud mental de 2015 ansiedad en el 53% de sus entrevistados (4); Si bien la conducta suicida no es considerado un diagnóstico *per se*, es abordado como síntoma de un malestar psicoemocional coexistente, manifestado a través de una secuencia de eventos denominados “*Proceso suicida*” abarcando la ideación, plan y finalmente el intento de suicidio; El



boletín de salud mental publicado por el ministerio de salud en 2018, inicia a priorizar el registro al intento de suicidio dado su crecida incidencia, de 4,12 por 100,000 habitantes en 2016 a 36.08 por 100,000 habitantes a 52,04 por 100,000 habitantes en 2017 (5).

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La terapia psicoanalítica, a pesar de publicarse y definirse según sus propios autores, como una herramienta terapéutica distinta a la psicoterapia, es utilizada como método de intervención para interferir una enfermedad psicológica, similar a lo que se hace con la psicoterapia (6). El instituto nacional de salud mental estadounidense en 2019 ilustra gráficamente la conducta suicida *Ilustración 1* (7); El registro colombiano, es abordado en la etapa de la ejecución de la conducta suicida, suprimiendo el espectro antecesor etiológico, el cual deseamos intervenir, aportando robustez literaria a una metodología terapéutica con poca información que la valide.

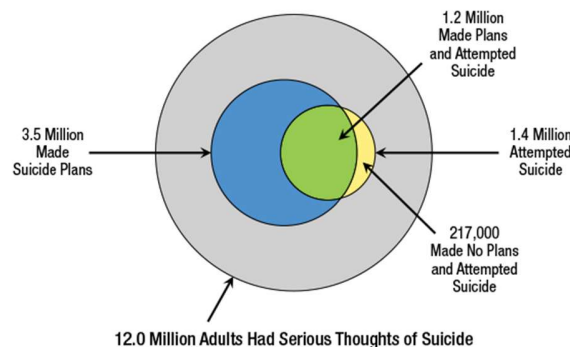


Ilustración 1. Conducta suicida estadounidense en 2019.

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2019

De forma semejante, como el instituto norte americano aborda su registro, se aborda la interpretación del boletín epidemiológico de la semana 17 año 2021, que nos aporta el registro de 6132 casos de intentos de suicidio; De los cuales el primer lugar es ocupado por la población estudiantil (32.7%), población que se tiene en cuenta para la medición del IDH (8); Acorde al presente panorama, se impulsa la propuesta y como añadidura se logra identificar que la literatura psicoanalítica es dispersa en contenido, lo que incluye sus desenlaces centrales.



1.3 PREGUNTA DE REVISION

¿Cómo se distribuye el conocimiento alrededor de los desenlaces centrales en la terapia psicoanalítica en la población con depresión en los servicios de consulta externa?

En el desarrollo del diseño, se realizó la metodología de búsqueda teniendo en cuenta los elementos que estructuran nuestra pregunta de revisión: población, concepto y contexto en la [Tabla 1](#).

Tabla 1. *Elementos de la pregunta de investigación*

Componentes pregunta investigación	
Población	Diagnóstico de depresión
Concepto	Terapia psicoanalítica
Contexto	Consulta externa

Fuente: Elaboración propia

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ESTADO DEL ARTE

El postmodernismo ha traído consigo grandes cambios para las poblaciones a nivel mundial. Cambios de los cuales se acentúan los políticos, socioculturales y tecnológicos. Citando la definición de salud de la Organización mundial de la salud (OMS) emitido en 1948 “*Es la confluencia del bienestar Biopsicosocial y no solo carecer de una patología*” (9), el presente ensayo enfatiza en el bienestar psicosocial, dado al crecimiento de los trastornos de origen psíquico que aquejan la población colombiana; Entre las distintas intervenciones hacemos énfasis en las no farmacológicas, específicamente la terapia psicoanalítica; Si bien desde una perspectiva ajena a la psicología o psiquiatría es difícil reconocer una diferencia



Universidad del
Rosario



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

entre la terapia psicoanalítica Vs psicoterapia, se han establecido diferencias entre estas formas de terapia, sin embargo no dejan de ser una herramienta terapéutica con utilidad sanitaria y de bienestar a quien la necesite.

2.2 PSICOTERAPIA VS TERAPIA PSICOANALITICA

La aclaración previa se realiza en base a una de las enseñanzas pilares de la práctica médica de “*Primum Non Nocere*” o “*No hacer daño por encima de todo*” (10), Horst Kachele, en su obra, proporciona una explicación para simplificar el mensaje que Sigmund Freud transmitió acerca de la distinción entre la psicoterapia y el psicoanálisis. Esta distinción se plantea en términos de una dicotomía, donde el “*objetivo de la psicoterapia es terapéutico, mientras que el objetivo del psicoanálisis es descubrir la verdad*” (6), dicotomía que se considera refutable dado a que al ser un método que se introduce en el área de la salud debe tener una finalidad terapéutica que sea de beneficio para una persona afectada con un trastorno psíquico y no meramente una “*metodología indagatoria analítica*” que carezca utilidad y enfoque sanitario.

Brindando seriedad y analizando la información que indica que la terapia psicoanalítica es distinta a la psicoterapia, la terapia psicoanalítica cuenta con menor volumen científico que describa su enfoque sanitario, por lo que el presente ensayo caracterizara el conjunto de desenlaces centrales de la terapia psicoanalítica con base al estado del arte de las intervenciones realizadas a la fecha y el tipo mediciones que realizan antes, durante y después de la terapia.

Los instrumentos de medición utilizados son múltiples y algunos están diseñados para medir distintos dominios de la vida de una persona. Particularmente, en la literatura de la *terapia psicoanalítica* y ser un método que busca impactar alteraciones psicoemocionales, una de sus principales medidas es determinar el nivel de alivio de una enfermedad, como el estado del ánimo en la depresión; En la *psicoterapia* se distinguen y se han validado múltiples escalas que logran medir distintos dominios de interés, como: SCL-90-R, Global judgement by patient, Global Judgement by therapist, Comprehensive Psychopathological Self- Rating Scale for Affective Syndromes, Psychischer und sozial- Kommunikativer Befund- Selbstbeurteilung, Inventory of Interpersonal Problems, etc...



2.3 COMPARADORES Y DESENLACES

Por ejemplo, la revisión realizada por *Jack Dekker Et Al.*, registra la efectividad de distintas intervenciones de *Terapia psicoanalítica o Psicoterapia*, en las que se realizó mediciones con herramientas, pre – intervención, post – intervención y su respectivo seguimiento. En su publicación, las revisiones incluidas las decide limitar a que cumpla con los siguientes criterios (11):

- Población ambulatoria, adulta (18 - 65 años)
- Contar con algún diagnóstico a través del DSM-I o DSM-II
- Intervenciones de una duración mínima de 1 año o se completara un mínimo de 50 sesiones
- Excluir la población con trastornos psicóticos, compromisos somáticos, trastornos de la alimentación, trastornos del aprendizaje desde la infancia, diagnósticos raros tales como síndrome de Munchausen

Aclarando que su revisión se enfoca a determinar la efectividad de la terapia psicoanalítica, siendo diferente a nuestro enfoque y objetivos, lo que es muy útil para resaltar las siguientes observaciones, con el fin de esclarecer el proceder del método aplicado en esta revisión:

- 1) Los criterios de selección previamente nombrados aplican para los dos tipos de intervenciones: la psicoterapia y terapia psicoanalítica.
- 2) Con base a esta descripción y principio, la terapia psicoanalítica puede obedecer restricciones, indicaciones y orientaciones terapéuticas similares a la psicoterapia, indistintamente que sean métodos terapéuticos diferentes.
- 3) Las escalas que se utilizaron en las revisiones de terapia psicoanalítica no eran exclusivas del método psicoanalítico y corresponden a escalas que se utilizan en la psicoterapia.
- 4) Al implementar estas escalas de otra modalidad terapéutica, que miden distintos dominios del paciente, potencialmente también pueden compartir los desenlaces centrales de la terapia que describiremos.
- 5) Los desenlaces centrales que se caracterizaran se determinarían en base al análisis de los conceptos de las escalas utilizadas en las revisiones, sus dominios y lo que sus autores expertos en el área consideran relevante medir.



**Universidad del
Rosario**



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

En complemento a la literatura científica, en Colombia contamos con un respaldo legal respecto a la salud mental a la que podemos contribuir, a continuación, lo planteamos.

2.4 MARCO LEGAL

El registro epidemiológico denota la creciente tendencia de la enfermedad psíquica, en Colombia entra en vigencia en el año 2013 la ley 1616, ley de salud mental. Denotando, puntualmente las siguientes definiciones operativas (12):

- 1- Atención integral e integrada en salud mental: La definición implica que la capacidad de satisfacer las necesidades de salud mental de la población requiere la presencia simultánea de recursos adecuados y relevantes en el ámbito de la salud y de un talento humano capacitado. Esta capacidad se extiende a la promoción, la prevención de enfermedades mentales, el diagnóstico temprano, el tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social en las diferentes etapas de atención de la salud mental.
- 2- Promoción de la salud mental: La descripción señala que la estrategia de atención de la salud es un enfoque que involucra diferentes sectores y procesos, con el objetivo de los elementos decisivos que afectan el nivel de bienestar de una persona. Esta estrategia busca satisfacer las necesidades y los medios para mantener y mejorar la salud, y permitir el control individual y colectivo de la misma, todo esto en línea con el contexto cultural de Colombia.
- 3- Prevención Primaria del trastorno mental: El texto hace referencia a las acciones que se toman para influir en los factores de riesgo relacionados con la aparición de ciertas enfermedades. Se enfatiza en la importancia de identificar tempranamente los factores protectores y de riesgo, y en la habilidad de las personas para manejarlos por sí mismas. Esta estrategia se enfoca en los individuos, familias y grupos de la comunidad.

Acorde a la primera definición operativa indicando la necesidad de un pertinente tratamiento, rehabilitación e inclusión social, las escalas de medición psicométrica pueden ser implementadas para cumplir estas 3 exigencias, para mejorar la respuesta a la atención en salud mental.



Universidad del
Rosario

2.5 ESCALAS Y VALIDEZ PSICOMÉTRICA



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

En nuestra revisión sistemática de alcance se incluyen distintos estudios que utilizan escalas de medición, en las que consideramos que están inmersos algunos desenlaces centrales, que iremos desarrollando y concretando. Aquellas herramientas deben acertadamente medir el síntoma o malestar para el cual fueron diseñadas, que se logra realizar a través de pruebas estadísticas, la principal de nuestro estudio es el *Cronbach Alpha*.

En términos generales Cronbach's Alpha es una prueba estadística diseñada por *Lee Cronbach* en 1951 que sirve para medir la consistencia interna o fiabilidad de una escala, que en palabras simples nos indica que tan adecuadamente relacionados están los ítems de la escala, con lo que desea medir. Al ser una prueba estadística cuenta con su respectiva fórmula e interpretación. Los resultados de la prueba van desde el 0 – 1 y entre más se acerque a 1, mayor consistencia interna_(13).

De las escalas que fueron incluidas en la revisión, solo una no fue validada a través de la prueba de *Cronbach Alpha*, pero logramos determinar su consistencia interna a través de otra prueba estadística similar denominada *Guttman λ* , que por términos prácticos la misma fuente bibliográfica de pruebas estadísticas nos define el test de Guttman λ como “igual o de mayor robustez que el *Cronbach's Alpha*” (14).

Para una mejor comprensión lectora respecto a estas escalas, se aclara que varias de estas herramientas están compuestas a su vez por subescalas que miden distintos dominios de la vida del paciente; En términos simples, una escala puede medir el estado de ánimo y la ansiedad de una persona a través del mismo cuestionario, que resulta siendo útil dado a que muchos trastornos de origen mental son acompañados de otro tipo de malestar psicoemocional. A continuación, mencionaremos las escalas que clasificaron en la revisión y a su vez describiremos las subescalas que las componen, cabe mencionar que dado a que nuestra población de interés son los pacientes con trastorno depresivo, en el aparatado de los resultados incluimos únicamente las subescalas que se relacionan con la patología primaria de la revisión, sin embargo, por razones comprensivas aquí hacemos listado de las escalas y sus subescalas que analizaremos y detallaremos:

- **Brief Symptom Inventory (BSI)**
 - Subescala depresión
 - Subescala de ansiedad
 - Subescala de Somatización
 - Subescala de obsesión – compulsión
 - Subescala de sensibilidad interpersonal
 - Subescala de hostilidad
 - Subescala de ansiedad fóbica
 - Subescala de ideación paranoide
 - Subescala de psicosis
 - índice de severidad global
 - índice de malestar positivo
 - índice total de síntomas positivos
- **Symptom Checklist 90 (SCL-90R)**
 - Subescala depresión
 - Subescala de ansiedad
 - Subescala de somatización
 - Subescala de obsesión – compulsión
 - Subescala de sensibilidad interpersonal
 - Subescala de hostilidad
 - Subescala de ansiedad fóbica
 - Subescala de ideación paranoide
 - Subescala de psicosis
 - índice de severidad global
 - índice de malestar positivo
 - índice total de síntomas positivos
- **Treatment Outcome Package (TOP)**
 - Subescala depresión
 - Subescala ansiedad
 - Subescala conflicto social
 - Subescala calidad de vida
- **Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)**
 - Subescala depresión
 - Subescala ansiedad
 - Subescala estrés



- Subescala somatización
- **Beck depression inventory II (BDI – II)**
 - Depresión
- **Quick inventory of depressive Symptomatology (QIDS -C)**
 - Depresión
- **Psychodynamic functioning Scale (PFS)**
 - Subescala calidad de relaciones con familiares
 - Subescala calidad de relaciones con amistades
 - Subescala calidad de relaciones románticas
 - Subescala tolerancia al afecto
 - Subescala introspección
 - Subescala Capacidad para solucionar problemas
- **Inventory of interpersonal problems 64 (IIP-64)**
 - Subescala dominante/controlador
 - Subescala auto centrada
 - Subescala Frio/distante
 - Subescala Socialmente inhibida
 - Subescala no asertiva
 - Subescala sobre acomodado
 - Subescala auto sacrificadora
 - Subescala intrusiva/necesitado
- **Hamilton (HAM)**
 - Subescala depresión
 - Subescala Ansiedad
- **Work Ability Index (WAI)**
- **Social Adjust Scale (SAS- SR)**
 - Subescala de trabajo (SAS – Work)
 - Subescala de Adaptabilidad social
- **Perceived Psychological Functioning Scale (PPF)**

3. OBJETIVOS

General

- Describir los desenlaces centrales de la terapia psicoanalítica

Específicos

- Revisión y análisis sistemática de la metodología psicoanalítica
- Identificar y evaluar las escalas de medición implementadas en la terapia psicoanalítica
- Determinar la validez psicométrica de las escalas y sus dominios
- Identificar los conceptos inmersos y que componen las escalas, para luego caracterizar los desenlaces

4. MATERIALES Y METODOS

4.1 DISEÑO

El presente estudio fue elaborado como una revisión de alcance o también conocida como “Revisión de mapeo” que es uno de los distintos tipos de revisiones sistemáticas que buscan hacer una síntesis del conocimiento (15). La estructuración del contenido fue en base al manual de revisiones del Joanna Briggs Institute (JBI) con la finalidad de darle rigurosidad a su diseño, transparencia y confiabilidad.

La razón por la que se decide optar por este tipo de diseño es que a diferencia de una revisión sistemática *per se*, las revisiones de alcance permiten mapear los conceptos clave en un área de investigación específica, que en este caso corresponde a la terapia psicoanalítica; Adicionalmente permite clarificar definiciones operativas y límites conceptuales de la materia que se investiga. Lo que en resumen nos permite explorar lo ancho de la literatura, mapear, resumir la evidencia e informar a la futura investigación (16).

Una vez establecido el blanco poblacional, se plantearon los criterios de selección de la población y los artículos; Lo que después permitió establecer una estrategia



**Universidad del
Rosario**



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

de búsqueda con estos tres componentes, adicionalmente el JBI recomienda realizar 3 búsquedas con estos elementos (17).

Luego se estableció la fuente de donde se seleccionó la evidencia y se realizó su descripción. Una vez que se establecieron las fuentes, se dio inicio al proceso de extracción de la información en él se detalló la información extraída. Al tener la información de interés detallada, se ejecutó un análisis principalmente cualitativo de la información, para finalmente presentar los resultados y complementarlos con el estado del arte de validación psicométrica a la fecha.

Se concluyo en el aparatado de la discusión acerca de los resultados obtenidos y la trayectoria científica que se desea impulsar.

4.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión pacientes:

- Población entre los 18 – 44 años
- Se encuentre en servicio de consulta externa
- Tener diagnóstico médico de depresión
- Haber recibido terapia psicoanalítica por con un mínimo de 30 sesiones al año y/o 4 sesiones mensuales durante un año
- Se mida un desenlace de severidad y/o funcionalidad

Criterios de inclusión artículos:

- Esten en idioma inglés y/o español
- Sean de libre acceso

Criterios de exclusión pacientes:

- Población gestante
- Otros diagnósticos psiquiátricos superpuestos a la Ansiedad y/o depresión como espectro esquizofrénico y psicótico, alimentarios y de la ingestión, disfunción sexual y de género, neurocognitivos, relacionados con sustancias y adicciones
- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades huérfanas y/o raras



Universidad del
Rosario

Criterios exclusión artículos:



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

- Estudios anteriores al año 2010

4.3 ESTRATEGIA DE BUSQUEDA

Se llevo a cabo el primer paso de la búsqueda en la biblioteca virtual en salud a través de los términos DeCS /MeSH “Outpatient” y “ psychoanalytic therapy”, sin tener en cuenta la psicopatología, posteriormente se añade el filtro de lenguaje limitando la búsqueda a publicaciones en inglés y español dado a son los lenguajes técnicamente comprendidos; Adicionalmente se limita la búsqueda cronológicamente filtrando publicaciones desde el año 2010 hasta la fecha actual, diciembre 2022, con el fin de limitar y lograr obtener diagnósticos médico - mentales con clasificaciones actualizadas, con el fin de incluir estudios que hayan utilizado el sistema diagnóstico DSM IV (publicado en 1994) y el DSM V (publicado en 2013) , obteniendo un total de 39 artículos.

Posteriormente con la intención de especificar un poco más la búsqueda se decide añadir el tipo de psicopatología en la barra de búsqueda, ingresando el término “depression”; obteniendo un total de 12 artículos.

Finalmente se realizó otra búsqueda en PUBMED con los términos MeSH “Outpatient” “Psychoanalytic” “therapy” “depression”, a la cual se añade los mismo filtros cronológicos y lingüísticos, arrojándonos un total de 22 artículos.

En las 3 búsquedas realizadas se obtuvieron múltiples publicaciones repetidas. En el análisis del título, resúmenes y palabras clave se identificaron publicaciones en las que se utiliza la terapia psicoanalítica para el manejo de otros trastornos y/o rasgos patológicos como el narcisismo, demencia, trastornos de alimentación, trastornos de consumo y adicciones, entre otros; Una tendencia que se logró identificar es que múltiples autores alternan, combinan y comparan las distintas técnicas psicoterapéuticas con el fin de inferir si se logra obtener mejores resultados, de la cual la que se alternó con la terapia psicoanalítica fue la terapia cognitivo conductual.

En una publicación que fue admitida, sus autores deciden distribuir sus pacientes en 3 brazos terapéuticos de la siguiente forma (18):



Universidad del
Rosario



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

Total, admitidos 584

- 1) Brazo 1: Un total de 282 pacientes para terapia cognitivo conductual
- 2) Brazo 2: Un total de 286 pacientes para terapia psicodinámica
- 3) Brazo 3: Un total de 16 pacientes para terapia psicoanalítica

En el mismo apartado donde realizaron esta distribución, clarifican la terapia psicodinámica y psicoanalítica son derivadas de teoría psicoanalítica y principalmente lo que las diferencia es la cantidad de sesiones y duración (se explica que la terapia psicodinámica es usualmente más corta en tiempo y en sesiones, a diferencia de la terapia psicoanalítica).

Esta separación de grupos terapéuticos nos impulsó a la búsqueda de literatura, para determinar si estaba descrita alguna clara diferencia entre la *terapia psicodinámica* y la *psicoanalítica*. En la búsqueda se encontró una descripción en la página web de la asociación americana de psicología titulada “*Psychoanalysis Vs Psychodynamic therapy*” que describe que los términos “*terapia psicoanalítica*” y “*terapia psicodinámica*” comúnmente son utilizadas de forma sinónima, adicionalmente se clarifica que en el escenario que sea necesario diferenciar un método del otro, la “*terapia psicoanalítica*” hace referencia a una forma de psicoterapia intensa, que refiere al hecho de tener varias sesiones en una semana durante años, mientras que la “*terapia psicodinámica*” hace referencia a una forma de psicoterapia con una estructura más breve (15 sesiones puede ser una cantidad usual), pareciéndose más la estructura de la terapia cognitivo conductual, pero ambas comparten una base teórica psicoanalítica (19). Por practicidad utilizamos ambas palabras de forma sinónima, indistintamente de la cantidad de sesiones y tiempo de duración. En la *Ilustración 2* revelamos la metodología de búsqueda que se implementó.



Universidad del
Rosario

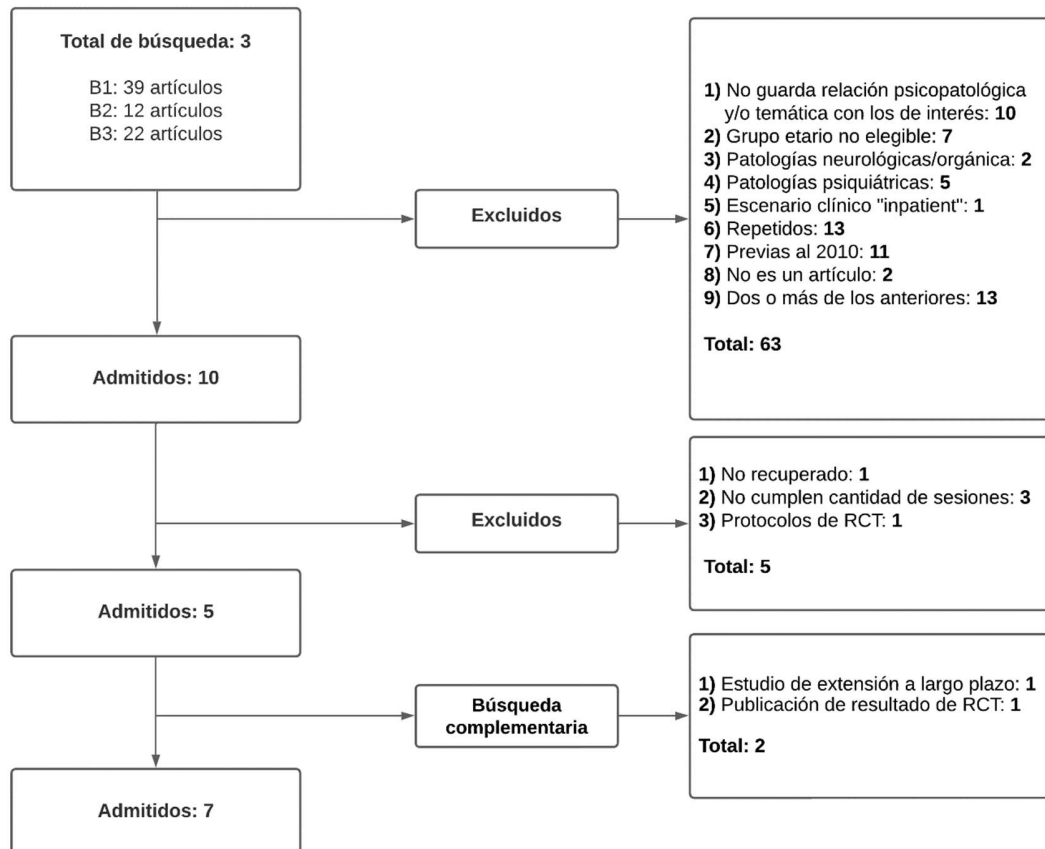
4.4 FUENTE DE SELECCIÓN DE EVIDENCIA



En consenso con un segundo revisor se estableció que los motores de búsqueda científicos para la revisión serán la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) y PUBMED. Posterior a que se establecen los términos de búsqueda, se llevan a cabo 3 búsquedas inicialmente tamizando un total de 73 publicaciones. El resultado de las 3 búsquedas fue exportado en archivos independientes tipo RIPS al software ZOTERO, donde se realizó la lectura de título y abstract para incluir o excluir las publicaciones. Se excluyeron 63 artículos en total dejando 10 que fueron incluidos en la revisión. Finalmente se hizo la descarga de estos y se realizó la lectura de texto completo, que posteriormente conllevó a la exclusión de otras 3 publicaciones que no cumplían con la cantidad mínima de sesiones establecidas, de los cuales 1 no es posible recuperar y otro es el protocolo de un ensayo clínico aleatorizado, culminando con un total de 5 artículos.

Con base a lo anterior se implementó una búsqueda complementaria, intentando recuperar el documento por el que era necesario pagar para acceder a su contenido, esta publicación se logra identificar que es uno de los estudios psicoterapéuticos más grandes realizado en Helsinki, Finlandia realizado por *Timo. Maljanen Et Al*, que consta de mediciones psicométricas post terapia al año, tres años y cinco años. El documento originalmente tamizado en la búsqueda es el que hace la medición psicométrica al año, pero en la búsqueda complementaria se logró recuperar los dos documentos que hacen las mediciones psicométricas a los tres y cinco años; Se realizó la lectura de estos documentos texto completo y se excluyó el que hace la medición psicométrica a los tres años dado a que no cumple la cantidad mínima de sesiones (lo que indirectamente también excluye el documento que hace la medición al año). También se logró encontrar la publicación de los resultados del protocolo de ensayo clínico que fue excluido, finalizando el tamizaje con un total de 7 artículos. La revisión realizada fue verificada por una revisora externa validando la información y literatura.

Ilustración 2. Algoritmo de búsqueda de la revisión



Fuente: Elaboración propia

4.5 EXTRACCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Acorde al manual de síntesis de la evidencia del JBI (20), para realizar la extracción de la información acorde a los objetivos y pregunta de la revisión, ilustrados en la [Tabla 2](#).

Posteriormente se filtró la cantidad de literatura encontrada, a través de los criterios de inclusión y exclusión que fueron realizados para la población y artículos, reflejados en la [Tabla 3](#).



Después de revisar los títulos y abstracts se excluye un total de 63 artículos, quedando un total de 10 artículos. Luego se excluyeron otras 5 publicaciones después de realizar la lectura completa de texto, pero en la búsqueda complementaria, previamente descrita, se incluyeron otros 2 artículos, uno correspondiente a los resultados de un protocolo de ensayo clínico aleatorizado multicéntrico alemán y otro a un estudio de seguimiento a los 5 años de una cohorte de pacientes intervenidos con terapia psicoanalítica. Culminando con un total de 7 artículos incluidos en la revisión, los cuales se detallan y caracterizan en la [Tabla 4](#).

Tabla 2. *Detalles operativos de la revisión*

Detalles de la revisión de alcance	
Título de la revisión	Descripción de los resultados básicos de la terapia psicoanalítica: revisión de alcance
Pregunta de investigación	¿Cómo se distribuye el conocimiento alrededor de los desenlaces centrales en la terapia psicoanalítica en la población con depresión en los servicios de consulta externa?
Objetivos de la revisión	
General:	Describir los desenlaces centrales de la terapia psicoanalítica
Específicos:	Revisión y análisis sistemático de la metodología psicoanalítica
	Orientar la terapia psicoanalítica a un blanco terapéutico
	Evaluar los instrumentos de medición de los desenlaces medidos
	Identificar los conceptos inmersos y que componen las escalas, para luego caracterizar los desenlaces

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3._Criterios de selección de la revisión

Criterios de inclusión y exclusión		
Inclusión:	Población	Población entre los 18 – 44 años
		Se encuentre en servicio de consulta externa
		Tener diagnostico medico de ansiedad y/o depresión
		Culminado un mínimo de 30 sesiones al año y/o 4 sesiones mensuales
		Se mida un desenlace de severidad y/o funcionalidad
		Se mida un desenlace de severidad y/o funcionalidad
	Artículos	Esten en idioma inglés y/o español
		Sean de libre acceso
Exclusión:	Población	Población gestante
		Comorbilidad psiquiátrica como el espectro esquizofrénico y psicótico, alimentarios y de la ingestión, disfunción sexual y de género, neurocognitivos, relacionados con sustancias y adicciones
		Enfermedades neurológicas
		Enfermedades huérfanas y/o raras
	Artículos	Publicaciones anteriores al 2010

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Detalles y características poblaciones en la revisión

Detalles y características de la fuente de información						
N.	Autores	Título	Journal	País	Contexto	Participantes
1	Michael Katz (21)	Adherence, flexibility, and outcome in psychodynamic treatment of depression.	J Couns Psychol	EE. UU.	Outpatient university clinic	Edad media: 31.8
						Mujeres: 30
						Hombres: 16
2	Hans Henrik Jensen (22)	Effectiveness of short-term psychodynamic group therapy in a public outpatient psychotherapy unit.	Nord J Psychiatry	Dinamarca	Outpatient clinic	Edad media: 37.2
						Mujeres: 177
						Hombres: 59
3	Peter J Jankowski (23)	Latent trajectories of change for clients at a psychodynamic training clinic	J Clin Psychol	EE. UU.	Community mental health training clinic	Edad media: 40.9
						Mujeres: 63
						Hombres: 54
4	Uwe Altmann (24)	Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies.	Front Psychol	Alemania	Outpatient Clinic	Edad media: 40.9
						Mujeres: 451
						Hombres: 132
5	Manfred E Beutel (25)	Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial.	tabla1	Alemania	Outpatient unit	Rango edad: 21 - 60
						Mujeres: 150
						Hombres: 71
6	Anne Grete Hersoug (26)	Adherence, flexibility, and outcome in psychodynamic treatment of depression.	J Couns Psychol	EE. UU.	Outpatient university clinic	Edad media: 31.8
						Mujeres: 30
						Hombres: 16
7	Timo Maljanen (18)	The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up.	J Ment Health Policy Econ	Finlandia	Outpatient	Rango edad: 24 - 45
						Mujeres: 107
						Hombres: 21

Fuente: Elaboración propia

4.6 ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA

Acorde a los estudios seleccionados que cumplieron los criterios de selección, se identifica que se originan en los siguientes países:

- 2 de estados unidos (21) (22)
- 2 de Alemania (23) (24)
- 3 países escandinavos (Noruega, Finlandia y Dinamarca) (18) (25) (26)



**Universidad del
Rosario**



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

Las 7 publicaciones pertenecen a journals de psicología y psiquiatría reconocidos en los distintos países. Dado a que las afecciones de origen mental comúnmente están acompañadas de otros trastornos mentales, para poder tamizar artículos y que cumpliera con los criterios de inclusión, se excluyeron únicamente ciertos trastornos y ser permisivos e incluir otros, por ejemplo, las comorbilidades psiquiátricas más comunes fueron otros trastornos específicos dentro del espectro de trastornos del estado del ánimo, como el trastorno afectivo bipolar y distimia, los trastornos de personalidad y el trastorno de ansiedad.

Adicionalmente los estudios seleccionados ya sea que fuesen la fuente primaria o secundaria de análisis, tienen un diseño naturalístico en el cual se hace una medición pre - post intervención en el mismo grupo de personas y se observa un fenómeno intentando influir lo mínimamente posible.

La mayor población estudiada corresponde a la femenina en todas las publicaciones. En 6 de los 7 estudios se describe el consumo farmacológico de psico-fármacos y se menciona que fueron excluidos quienes reportaron consumo de sustancias psicoactivas ilícitas. El estudio restante no describe nada sobre el tema. El estudio que menor cantidad de terapias brindo durante el transcurso de un año fue en promedio 31.5 terapias /año (21) y el que más brindo durante el mismo margen de tiempo fue en de 96 terapias/año (18).

La principal herramienta diagnóstica fue el DSM IV y el CIE10. Solo un estudio reporto haber utilizado el DSM III (26). En algunos estudios se llevó a cabo una recategorización de la psicopatología, principalmente para determinar la severidad, se realizó mediante la implementación de 5 sesiones de terapia probatoria y la única herramienta complementaria utilizada adicional al DSM y CIE, fueron las escalas para medir la severidad de los síntomas, pero no fue el instrumento principal (23) (24).

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En las siete publicaciones seleccionadas, los autores utilizaron distintas escalas de medición antes, durante y después de la terapia psicoanalítica. Los resultados de la presente revisión están registrados en la [Tabla 5](#). Se mencionan las escalas y los principales dominios que se relacionan con la patología depresiva;



Universidad del
Rosario



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

Adicionalmente se mencionan los detalles de validación psicométrica de cada escala.

A manera aclaratoria las escalas utilizadas, son cuestionarios que contienen un espectro de afirmaciones que miden uno o varios malestares psicológicos, siendo algunas escalas más extensas que otras. Por ejemplo, el PHQ-9 contiene 9 ítems en contraste al PFS que contiene 98 ítems, lo que la hace la escala más extensa en la presente revisión. El PHQ-9 evalúa específicamente 1 dominio en la vida del paciente que es el nivel severidad de la depresión, en contraste al PFS que mide 6 dominios pero corresponden principalmente a las interacciones cotidianas que una persona tiene diariamente; Otro escenario distinto es lo ocurre con la escala SCL-90R que está compuesto por un total de 90 ítems y tiene la capacidad de medir 9 dominios, principalmente miden el nivel de severidad de la depresión, ansiedad, somatización, obsesión – compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicosis pero adicionalmente cuenta con 3 índices globales, el índice de severidad global (GSI), índice de malestar positivo (PST) e índice total de síntomas positivos (PSDI), que básicamente son un cálculo que reflejan el malestar psicológico de forma global (27).

El BSI es la versión corta del SCL-90R, teóricamente son la misma herramienta y miden los mismos dominios. Se considera que son una excelente herramienta dado a que mide un total de 9 dominios, lo que le provee una visión más amplia sobre los distintos malestares que aquejan a un paciente, a pesar de que la terapia se esté realizando en el contexto de una patología específica, como la depresión; Es fundamental hacer el recordatorio que, a la luz de la evidencia, la patología depresiva es comúnmente es un trastorno comórbido, por lo que una escala que logre medir distintos dominios al del estado del ánimo puede ayudarle al clínico a determinar la severidad de otros malestares. Adicionalmente la ventaja es que sus puntajes globales se pueden calcular, que es un estimador global del malestar psicológico de una persona, que puede de manera *indirecta* dar un estimado de la calidad de vida de una persona.

Otra escala que mide la comorbilidad más común en la patología depresiva es la TOP, que es la ansiedad, pero esta es una herramienta más extensa y deja por fuera otros dominios que pueden ser de utilidad clínica, aunque su ventaja es que tiene el dominio de calidad de vida, pudiéndose determinar de forma directa; En contraste con el PHQ-9, es mucho más compacta y logra medir 4 dominios de



Universidad del
Rosario



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

forma semejante a la TOP, pero son dominios distintos, siendo la escala TOP más útil en determinar la calidad de vida cotidiana e inclusión social de un paciente. Sin embargo, el PHQ-9 al ser tan compacto le puede servir al clínico que logra determinar que su paciente no se siente cómodo con cuestionarios largos y/o la misma patología le impide concentrarse en responder cuestionarios extensos.

El BDI II y QIDS – C son cuestionarios de intermedia magnitud y su medición se limita a la severidad del estado de ánimo deprimido; En contraste con la escala de Hamilton, esta logra medir 1 dominio adicional que es la ansiedad, pero las tres herramientas anteriores se limitan a la medición de la severidad sintomática.

Las otras escalas como el PFS, IIP-64, WAI, SAS-SR y PPF, algunas contienen ítems que exploran sobre algunos síntomas, sin embargo, su contenido y afirmaciones exploran principalmente su relación con otras personas, su capacidad de resolver dificultades, capacidad de comunicación, habilidad de trabajar y habilidad de adaptación que grosso modo clasificamos todos estos dominios en la categoría de que tan funcional es una persona.

La escala PFS logra determinar la calidad de las relaciones con los seres más cercanos de un paciente, que de cierto modo es una exploración de que tan funcional es en su hogar. La IIP-64 explora principalmente rasgos de la personalidad, entre el cual se encuentra lo socialmente inhibido que expresa ser un paciente, lo que ayuda a determinar qué tan participativo en términos generales puede ser. Mientras que la escala WAI mide directamente que tan funcional es alguien para realizar labores pagas, la SAS-SR mide como se desenvuelve alguien socialmente en términos generales y la PPF explora el desenvolvimiento psicológico que en conjunto representa lo funcional que puede llegar a ser un paciente.

En la [Tabla 6](#) se categorizo las escalas acordes a la exploración de los conceptos que las componen y la descripción de los desenlaces centrales a tener en cuenta al implementar la *terapia psicoanalítica*, que son: *Severidad sintomática* y *Funcionalidad cotidiana*.

En términos prácticos, decidimos dicotomizar la descripción de los desenlaces centrales junto a las escalas que son de utilidad para satisfacer el objetivo terapéutico (severidad sintomática y funcionalidad)

Tabla 5. *Detalles y resultados de la revisión*

Detalles y resultados extraídos de la fuente de información					
N.	Autor	Herramienta psicométrica	Subescalas y/o dominios de calidad de vida evaluados	Numero de ítems en la herramienta	Detalles de la validación psicométrica de la herramienta
1	Michael Katz	1- BSI	Subescala de depresión (DEP)	53	DEP C.α: 0.87 (28)
			índice de severidad global (GSI)		GSI C.α: 0.96 (28)
2	Hans Henrik Jensen	1 - SCL-90R	Subescala de depresión (DEP)	90	SCL-90R C.α: 0.77 - 0.90 (29)
			índice de severidad global (GSI)		
3	Peter J Jankowski	1 – TOP	Subescala de depresión	93	TOP C.α: 0.93 (30)
4	Uwe Altmann	1- PHQ-9	Subescala depresión	9	PHQ - 9 C.α: 0.89 (31)
5	Michael Katz	1- BDI II	Depresión	BDI II: 21	BDI II C.α: 0.9 (32, 33)
		2- QIDS C	Depresión	QIDS C: 30	QIDS C C.α: 0.86 (34)
6	Anne Grete Hersoug	1- PFS	Calidad de relaciones con familiares, con amigos, románticas, tolerancia al afecto, introspección, capacidad para solución de problemas	PFS: 98	PFS Guttman λ: 0.9 (35, 36)
		2- IIP-64	Dominante/controlador, auto centrado, frío/distante, socialmente inhibido, no asertivo, sobre acomodado, auto sacrificante, intrusivo/necesitado	IIP-64: 64	IIP-64 C.α: 0.7 - 0.8 (37, 38)
7	Michael Katz	1- BDI II	Depresión	BDI: 21	BDI II C.α: 0.9 (32, 33)
		2- QIDS C	Subescala de Depresión	HAM-D: 17	HAM-D C.α: 0.78 (39)
		3- HAM-A	Subescala de Ansiedad	HAM-A: 14	HAM-A C.α: 0.77 - 0.92 (40)
		4- SCL-90R ANX	Subescala de Ansiedad	SCL-90 Anx: 10	SCL-90R C.α: 0.77 - 0.90 (29)
		5- SCL-90R GSI	índice de severidad global	SCL-90 GSI: 90	SCL-90R C.α: 0.77 - 0.90 (29)
		6- WAI	Funcionalidad laboral	WAI:10	WAI C.α: 0.78 (41)
		7- SAS	Funcionalidad social	SAS: 18	SAS C.α: 0.89 (42)
		8- PPF	Funcionalidad psicológica general	PPF: 10	PPF C.α: 0.71 (43)

Fuente: *Elaboración propia*

BSI: Brief symptom Inventory, SCL-90R: Symptom Checklist 90, SCL-90R DEP: Symptom Checklist 90 Depression subscale, SCL-90R ANX: Symptom Checklist 90 Anxiety subscale, SCL-90R GSI: Symptom Checklist 90 Global Severity Index, TOP: Treatment Outcome Package, PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9, BDI II: Brief Depression Inventory II, QIDS: Quick Inventory of Depressive Symptomatology, PFS: Psychodynamic functioning Scale, IIP-64: Inventory of



**Universidad del
Rosario**



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

interpersonal problems 64 , BDI: Beck depression inventory II , HAM-D: Hamilton Depression , HAM-A: Hamilton Anxiety , WAI: Working Ability Index SAS: Social Adjustment Scale , PPF: Perceived Psychological Functioning Scale , C.α: Cronbach's alpha

Tabla 6. *Desenlaces Centrales de la terapia psicoanalítica.*

Severidad sintomática	Funcionalidad cotidiana
BSI	PFS
SCL - 90R	IIP - 64
TOP	WAI
PHQ-9	SAS - SR
BDI - II	PPF
QIDS - C	
HAM-D	
HAM-A	

Fuente: Elaboración propia

BSI: Brief symptom Inventory, SCL-90R: Symptom Checklist 90, SCL-90R DEP: Symptom Checklist 90 Depression subscale , SCL-90R ANX: Symptom Checklist 90 Anxiety subscale , SCL-90R GSI: Symptom Checklist 90 Global Severity Index , TOP: Treatment Outcome Package , PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9 , BDI II: Brief Depression Inventory II , QIDS: Quick Inventory of Depressive Symptomatology , PFS: Psychodynamic functioning Scale, IIP-64: Inventory of interpersonal problems 64 , BDI: Beck depression inventory II , HAM-D: Hamilton Depression , HAM-A: Hamilton Anxiety , WAI: Working Ability Index SAS: Social Adjustment Scale , PPF: Perceived Psychological Functioning Scale



6. DISCUSIÓN

Gracias a la diferencia que varios autores denotan del psicoanálisis con la psicoterapia, se motiva esta investigación. Durante el proceso y desde la perspectiva metodológica, se observa que semejante a la psicoterapia, la terapia psicoanalítica es un tipo de “*terapia hablada*” pero cuenta con un sustento teórico distinto; Con fines ilustrativos damos un ejemplo evidente y bastante conocido en este campo, como lo es la diferencia descrita entre el *psicoanálisis* (teoría de *Sigmund Freud*) y la *psicología analítica* (teoría de *Carl Jung*) (44), en que cada teoría cuenta con distintas referencias bibliográficas con el fin de sustentar su teoría, pero se logra identificar que ambas intentan realizar una clase de “*interpretación profunda*” del paciente, que comúnmente resultan y concluyen en un ruta común de “*especulaciones*”. Adicionalmente se logra identificar qué este tipo de teorías al intentar hacer una interpretación profunda del estado de una persona, con frecuencia dejan de ser un método científico e intentan pasar y asemejar a un plano espiritual, similar a lo que describe *Anthony Storr* en su publicación, de una *teoría volviéndose una religión* (45); Lo que se considera que ya tiene implicaciones éticas y morales serias dado a que en primera instancia se sale del plano de competencia médica y en segunda instancia la medicina no es un culto, pero eso ya es tema objeto de otra discusión y revisión.

Una vez aclarado el punto anterior, la inmersión del psicoanálisis en el campo médico idealmente debe contar con unos desenlaces centrales que le pueden ser útiles como una clase de guía al terapeuta. A pesar de que se afirme una diferencia con respecto a la *psicoterapia*, sigue siendo una clase de intervención utilizada en pacientes, con carencia de información respecto la psicoterapia. En las publicaciones incluidas se logra identificar que algunos autores describen el establecimiento y acuerdan unos objetivos terapéuticos en las primeras sesiones con los pacientes, que sirven para dirigir la intervención e identificar el progreso de mejoría. Esta práctica la describe y recomienda la asociación americana de psicología en la implementación de la psicoterapia, siendo útil para el paciente y terapeuta ((46)). Ahora, en la implementación, transcurso y seguimiento de la terapia psicoanalítica, los autores hicieron múltiples mediciones a través de escalas para determinar si su intervención fue útil o no. En el proceso analizamos los conceptos que componen las escalas que ellos decidieron utilizar y se observó lo siguiente:



Universidad del
Rosario



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 31 de marzo de 2007

- Las escalas en gran medida son las mismas independientemente del tipo de “*terapia hablada*”
- Al utilizar las mismas escalas, comparten significativamente los mismos objetivos
- Los conceptos que construyen las escalas básicamente están orientados a determinar la severidad sintomática y la funcionalidad de un paciente

Una gran ventaja de las observaciones anteriores es que al compartir las mismas escalas es que no sería necesario la invención de nuevas escalas dado a que están midiendo e impactando la misma patología, en este caso la depresión y sus comorbilidades.

Adicionalmente esta revisión desea describir la terapia psicoanalítica como un tipo de intervención relativamente novedoso, que se debe desarrollar y sofisticar con el fin de identificar si el impacto es beneficioso o no, y tener en cuenta que como cualquier intervención que será implementada a una persona, se debe desarrollar e idealmente contar con un perfil de seguridad, semejante a como ocurre con un medicamento teniendo en cuenta:

- Indicaciones
- Contraindicaciones absolutas / relativas
- Precauciones
- Efectos adversos
- Efectos secundarios
- Efecto “dosis – respuesta” (Que cantidad es necesaria y su respuesta)
- Interacciones (creencias personales, familiares, laborales, etc....)

Si bien se tiene presente que medir y registrar el nivel de un medicamento es distinto a medir el nivel de un malestar subjetivo, adjunto a que no es de la misma naturaleza y complejidad, el presente ensayo desea incentivar a los profesionales que se dedican al área de la psicología y psiquiatría a desarrollar y sofisticar un tipo de “*ficha técnica*” a sus distintas formas de psicoterapia, teniendo presente que cualquier tipo de intervención puede generar un beneficio, pero durante la trayectoria o a largo plazo se pueden generar efectos adversos, secundarios, etc.... que deben ser documentados y orientados. Para aterrizar el concepto que se desea transmitir, se utiliza como ejemplo un grupo de medicamentos bien conocidos: *los opioides*, son una familia farmacológica de medicamentos con gran



Universidad del
Rosario



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

utilidad clínica. Pero, en ocasiones puede generar una reacción adversa llamada “*Tórax en leño*” (47) y su tratamiento es a través de la administración de “*Naloxona*”; A largo plazo la administración continua puede generar tolerancia al medicamento. De forma semejante ¿Se tiene documentado las posibles contravenciones de la terapia? ¿Cómo se pueden manejar? ¿Se podrían direccionar de manera farmacológica y/o dialéctica? ¿Cuál es el riesgo – beneficio?

Acorde a lo anteriormente identificado, se abre campo a una gran trayectoria investigativa que se desea incentivar.

Las implicaciones clínicas de las herramientas enumeradas en la *tabla 4*, las primeras 5 escalas utilizadas son la *Brief Symptom Inventory (BSI)*, *Symptom Checklist 90 (SCL-90R)*, *Treatment Outcome Package (TOP)*, *Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)*, *Beck depression inventory II (BDI – II)* y *Quick inventory of depressive Symptomatology (QIDS -C)* que son herramientas que sirven principalmente para medir la severidad del malestar de interés, adicionalmente el *BSI* y *SCL- 90R* podemos decir que son la misma escala pero el *BSI* es la versión corta dado a que tiene 53 ítems vs 90 ítems (48). A diferencia de las otras escalas nombradas, el *BSI* y *SCL-90R* son la herramienta más completa midiendo un total de 9 dominios principalmente intencionados a medir la severidad sintomática, lo que puede indicarle al terapeuta un panorama más completo sobre el control sintomático del malestar de su paciente y pudiendo apoyarse en los 3 puntajes globales (*GSI*, *PSDI* y *PST*) que le complementa el malestar psicológico general de una persona. En la séptima publicación incluida, realizada por *Timo Majanen Et Al.* se incluye la escala de Hamilton y sus dos dominios (depresión y ansiedad) siendo herramientas compactas y con un desempeño psicométrico aceptable – bueno acorde a la página de estadísticas y su publicación de la interpretación de “*Crohnbach’s Alpha*” (13).

El *TOP* entre sus dominios logra medir la *calidad de vida y conflicto social*, lo que de cierta forma se puede relacionar de forma *indirecta* la funcionalidad de la persona. Sin embargo, a se considera que, es mejora determinar *directamente* la funcionalidad de una persona, por eso se recomienda utilizar escalas que originalmente fueron diseñadas para tal propósito, en la que quedan las siguientes: *PFS*, *IIP-64*, *WAI*, *SAS-SR* y *PPF*.



Universidad del
Rosario



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

La escala *PFS* es la única herramienta que se logra comprobar su validez a través de otra prueba estadística, denominada *Guttman λ* , que se hizo mención en el apartado de antecedentes, las fuentes bibliográficas nos indican que esta prueba estadística es “*igual o de mayor robustez que el Crohnbach’s Alpha*”, con una interpretación de su resultado similar a *Crohnbach’s Alpha*, en donde entre más se acerque a 1 mayor fiabilidad, y su resultado para *PFS* fue de 0.9.

La recomendación anterior de utilizar mínimo dos escalas, una para medir y hacer seguimiento de la severidad de los síntomas y otra la funcionalidad, se infiere con base a lo siguiente:

- ¿Podría un paciente con baja severidad de síntomas, ser poco funcional?
- ¿Podría un paciente con alta severidad de síntomas, ser más funcional que una persona con menor severidad sintomática?
- ¿Se podría utilizar el área menormente afectada, en beneficio de la más afectada?
 - Severidad sintomática ↔ Funcionalidad

Si bien se reconoce que esta revisión no cuenta con el nivel de evidencia más elevado, se deja a libertad del personal clínico, el uso de las escalas que deseen optar, teniendo en cuenta la recomendación de utilizar como mínimo 2 escalas, una por cada desenlace central; Como ejemplo puede ser utilizar *SCL-90R* para determinar la severidad sintomática y *PFS* para para determinar cómo se desenvuelve y que tan funcional es fuera del consultorio.

7. RECOMENDACIONES

Como recomendación final estas herramientas idealmente deben ser utilizadas en personas con un *diagnóstico médico previo y no como herramienta diagnóstica*, dado a que se deben cumplir criterios diagnósticos para determinar que alguien tiene una psicopatología, de lo que debe clasificar unos requisitos de plausibilidad y temporalidad, no meramente el hecho de transitar un episodio difícil en la vida de alguien que pueda evocarle malestar, tristeza, ansiedad, etc....

En simples términos una persona puede experimentar tristeza sin estar deprimido, pero si se utiliza una escala de medición de severidad de síntomas en un episodio



Universidad del
Rosario



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

de tristeza o malestar que este transcurriendo temporalmente, puede dar a malinterpretaciones de que alguien tiene un diagnóstico médico cuando en realidad no es así y se puede caer en el error de mal diagnosticar.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
2. Ramírez J, Avellaneda C, Pineda K. Estimación del Índice de Desarrollo Humano ajustado para los departamentos colombianos. *Lect Econ* [Internet]. enero de 2017 [citado el 18 de abril de 2023];(86):135–60. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/lecturasdeeconomia/article/view/23442>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
4. Cifuentes A, Rivera D, Vera C, Murad R, Sanchez S, Castano L, et al. Informe 3. Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia. el 14 de mayo de 2020; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341380468_Informe_3_Ansiedad_depresion_y_miedo_impulsores_de_la_mala_salud_mental_durante_el_distanciamiento_fisico_en_Colombia
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
6. Kächele H. Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy. *Int J Psychoanal* [Internet]. febrero de 2010 [citado el 18 de abril de 2023];91(1):35–43. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1111/j.1745-8315.2009.00232.x>
7. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019



Universidad del
Rosario



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

- National Survey on Drug Use and Health [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29393/2019NSDUHFFRPDFWHTML/2019NSDUHFFR090120.htm#toc>
8. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021_Boletin_epidemiologico_semana_17.pdf
 9. Organización Mundial De La Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. 2023 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
 10. Smith CM. Origin and Uses of *Primum Non Nocere* -Above All, Do No Harm! J Clin Pharmacol [Internet]. abril de 2005 [citado el 18 de abril de 2023];45(4):371–7. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1177/0091270004273680>
 11. de Maat S, Philipszoon F, Schoevers R, Dekker J, De Jonghe F. Costs and Benefits of Long-Term Psychoanalytic Therapy: Changes in Health Care Use and Work Impairment. Harv Rev Psychiatry [Internet]. noviembre de 2007 [citado el 18 de abril de 2023];15(6):289–300. Disponible en: <https://journals.lww.com/00023727-200711000-00004>
 12. Congreso de la República. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [LEY_1616_2013] [Internet]. 2013 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html
 13. Statistics How To. Cronbach's Alpha: Definition, Interpretation, SPSS - Statistics How To [Internet]. Statistics How To. 2023 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.statisticshowto.com/probability-and-statistics/statistics-definitions/cronbachs-alpha-spss/>
 14. Stephanie G. Guttman's lambda-2: Definition, Examples [Internet]. Statistics How To. 2016 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.statisticshowto.com/gutmans-lambda-2/>
 15. Joanna Briggs Institute. Introduction to Scoping reviews - JBI Manual for Evidence Synthesis - JBI Global Wiki [Internet]. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2022 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687833/11.1+Introduction+to+Scoping+reviews>



**Universidad del
Rosario**



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

16. Joanna Briggs Institute. Why a scoping review? - JBI Manual for Evidence Synthesis - JBI Global Wiki [Internet]. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2022 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687794/11.1.1+Why+a+scoping+review%3F>
17. Joanna Briggs Institute. Search Strategy - JBI Manual for Evidence Synthesis - JBI Global Wiki [Internet]. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2022 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687693/11.2.5+Search+Strategy>
18. Maljanen T, Knekt P, Lindfors O, Virtala E, Tillman P, Härkänen T. The cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up. *J Affect Disord* [Internet]. enero de 2016 [citado el 18 de abril de 2023];190:254–63. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715302470>
19. American Psychological Association. Psychoanalysis vs. psychodynamic therapy [Internet]. <https://www.apa.org>. 2017 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.apa.org/monitor/2017/12/psychoanalysis-psychodynamic>
20. Joanna Briggs Institute. Data extraction - JBI Manual for Evidence Synthesis - JBI Global Wiki [Internet]. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2022 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687700/11.2.7+Data+extraction>
21. Katz M, Hilsenroth MJ, Gold JR, Moore M, Pitman SR, Levy SR, et al. Adherence, flexibility, and outcome in psychodynamic treatment of depression. *J Couns Psychol* [Internet]. enero de 2019 [citado el 18 de abril de 2023];66(1):94–103. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/cou0000299>
22. Jankowski PJ, Sandage SJ, Bell CA, Rupert D, Bronstein M, Stavros GS. Latent trajectories of change for clients at a psychodynamic training clinic. *J Clin Psychol* [Internet]. julio de 2019 [citado el 18 de abril de 2023];75(7):1147–68. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.22769>
23. Altmann U, Thielemann D, Zimmermann A, Steffanowski A, Bruckmeier E, Pfaffinger I, et al. Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Front Psychol* [Internet]. el 16 de mayo de 2018 [citado el 18 de abril de 2023];9:748. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.00748/full>



**Universidad del
Rosario**



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

24. Beutel ME, Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Bahrke U, Negele A, Haselbacher A, et al. Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. diciembre de 2012 [citado el 18 de abril de 2023];13(1):117. Disponible en: <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-13-117>
25. Jensen HH, Mortensen EL, Lotz M. Effectiveness of short-term psychodynamic group therapy in a public outpatient psychotherapy unit. *Nord J Psychiatry* [Internet]. enero de 2010 [citado el 18 de abril de 2023];64(2):106–14. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039480903443874>
26. Hersoug AG, Høglend P, Gabbard GO, Lorentzen S. The combined predictive effect of patient characteristics and alliance on long-term dynamic and interpersonal functioning after dynamic psychotherapy: Alliance, Dynamic Psychotherapy. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. julio de 2013 [citado el 18 de abril de 2023];20(4):297–307. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.1770>
27. Pearson. Symptom Checklist-90-Revised [Internet]. Professional Assessments. [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Personality-%26-Biopsychosocial/Symptom-Checklist-90-Revised/p/100000645.html>
28. AU - Mohammadkhani, Parvaneh, AU - Dobson, Keith S., AU - Amiri, Mehdi, AU - Hosseini Ghafari, Fatemeh. Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory in a sample of recovered Iranian depressed patients [Internet]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; 2010. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33714079009>
29. Derogatis LR. Symptom Checklist-90–Revised [Internet]. American Psychological Association; 2011 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t01210-000>
30. Kraus DR, Seligman DA, Jordan JR. Validation of a behavioral health treatment outcome and assessment tool designed for naturalistic settings: The Treatment Outcome Package. *J Clin Psychol* [Internet]. marzo de 2005 [citado el 18 de abril de 2023];61(3):285–314. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20084>
31. Sun Y, Fu Z, Bo Q, Mao Z, Ma X, Wang C. The reliability and validity of PHQ-9 in patients with major depressive disorder in psychiatric hospital. *BMC*



**Universidad del
Rosario**



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 31 de marzo de 2007

- Psychiatry [Internet]. diciembre de 2020 [citado el 18 de abril de 2023];20(1):474. Disponible en:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02885-6>
32. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck Depression Inventory–II [Internet]. American Psychological Association; 2011 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t00742-000>
33. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. diciembre de 2013 [citado el 18 de abril de 2023];35(4):416–31. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000400416&lng=en&tlng=en
34. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, et al. The 16-Item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. Biol Psychiatry [Internet]. septiembre de 2003 [citado el 18 de abril de 2023];54(5):573–83. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322302018668>
35. Bøgwald KP, Dahlbender RW. Procedures for testing some aspects of the content validity of the psychodynamic functioning Scales and the Global Assessment of Functioning Scale. Psychother Res [Internet]. el 1 de diciembre de 2004 [citado el 18 de abril de 2023];14(4):453–68. Disponible en:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1093/ptr/kph038>
36. Höglend P, Bøgwald KP, Amlø S, Heyerdahl O, Sørbye Ø, Marble A, et al. Psychodynamic Functioning Scales [Internet]. American Psychological Association; 2019 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en:
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t70231-000>
37. Lindberg K, Nevonen L, Gustafsson SA, Nyman-Carlsson E, Norring C. Validation of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64): a comparison of Swedish female outpatients with anorexia nervosa or bulimia nervosa and controls. Nord J Psychiatry [Internet]. el 4 de julio de 2018 [citado el 18 de abril de 2023];72(5):347–53. Disponible en:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08039488.2018.1465589>
38. Lindberg K, Nevonen L, Gustafsson SA, Nyman-Carlsson E, Norring C. Validation of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64): a comparison of Swedish female outpatients with anorexia nervosa or bulimia nervosa and controls. Am Psychol Assoc [Internet]. el 4 de julio de 2018 [citado el 18 de abril



**Universidad del
Rosario**



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

- de 2023];72(5):347–53. Disponible en:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08039488.2018.1465589>
39. Trajković G, Starčević V, Latas M, Leštarević M, Ille T, Bukumirić Z, et al. Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analysis over a period of 49years. *Psychiatry Res* [Internet]. agosto de 2011 [citado el 18 de abril de 2023];189(1):1–9. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178110007754>
40. American Thoracic Society. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) [Internet]. *Sleep Related Questionnaires*. 2023 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en:
<https://www.thoracic.org/members/assemblies/assemblies/srn/questionnaires/ham-a.php>
41. Adel M, Akbar R, Ehsan G. Validity and reliability of work ability index (WAI) questionnaire among Iranian workers; a study in petrochemical and car manufacturing industries. *J Occup Health* [Internet]. marzo de 2019 [citado el 18 de abril de 2023];61(2):165–74. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1348-9585.12028>
42. Heissel A, Bollmann J, Kangas M, Abdulla K, Rapp M, Sanchez A. Validation of the German version of the work and social adjustment scale in a sample of depressed patients. *BMC Health Serv Res* [Internet]. diciembre de 2021 [citado el 18 de abril de 2023];21(1):593. Disponible en:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06622-x>
43. Mozumder MK. Reliability and validity of the Perceived Stress Scale in Bangladesh. Hallam JS, editor. *PLOS ONE* [Internet]. el 27 de octubre de 2022 [citado el 18 de abril de 2023];17(10):e0276837. Disponible en:
<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0276837>
44. Trevi M. Psychoanalysis and analytical psychology: a paradoxical relationship. *Int J Jungian Stud* [Internet]. el 1 de septiembre de 2010 [citado el 18 de abril de 2023];2(2):132–40. Disponible en:
https://brill.com/view/journals/ijjs/2/2/article-p132_7.xml
45. Storr A. Is analytical psychology a religion? Jung's search for a substitute for lost faith. *J Anal Psychol* [Internet]. octubre de 1999 [citado el 18 de abril de 2023];44(4):531–7. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1465-5922.00118>



**Universidad del
Rosario**



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 30 de marzo de 2007

46. American Psychological Association. Entendiendo la psicoterapia [Internet]. <https://www.apa.org>. 2012 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia>
47. Alfaro-Llamas J. Perfusión intravenosa de opioides en el transoperatorio. Administración de opioides potentes. Sufentanyl. Rev Mex Anestesiol [Internet]. 2007 [citado el 18 de abril de 2023];30(S1):174–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=12175>
48. Prinz U, Nutzinger DO, Schulz H, Petermann F, Braukhaus C, Andreas S. Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. BMC Psychiatry [Internet]. el 28 de marzo de 2013 [citado el 19 de abril de 2023];13:104. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626675/>