

Artículo

Terapia Psicodinámica Breve en Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados: Evaluación de su Utilidad

Daniel Prado 

Práctica privada (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 04/01/2025
Aceptado: 16/02/2025

Palabras clave:

Revisión sistemática
Psicoanálisis
Psicoterapia
Somatización
Guía de Práctica Clínica
Atención primaria
Sistema Nacional de Salud

RESUMEN

En España, son comunes trastornos mentales de ansiedad, depresión o de síntomas somáticos, con el 49.2% de probables casos en Atención Primaria, suponiendo costos anuales equivalentes al 2.2% del producto interior bruto o 22.778 millones de euros, de los cuales, 1.650 millones o 35.36 euros por persona, se dedican a trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. No se dispone de una Guía de Práctica Clínica (GPC) vigente para el tratamiento de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Se presenta una revisión sistemática para valorar la utilidad clínica de la terapia psicodinámica breve en estos trastornos, contemplada en la GPC vigente sobre la depresión en el adulto. Mediante una búsqueda en las bases de datos PsycArticles, PsycInfo, PsycTherapy, PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MEDLINE y Web Of Science, se identificaron inicialmente 98 estudios, cumpliendo 13 los criterios de inclusión. Destacan la reducción significativa de síntomas somáticos durante los ensayos, con efectos estables o crecientes en los seguimientos y el uso reducido de asistencia sanitaria. Hallazgos que sugieren la inclusión de esta alternativa terapéutica en una GPC pertinente, lo cual podría suponer una reducción de costes para el Sistema Nacional de Salud en el manejo de estos trastornos.

Brief Psychodynamic Therapy in Somatic Symptom and Related Disorders: Evaluation of its Utility

ABSTRACT

In Spain, mental disorders of anxiety, depression or somatic symptom are common, with 49.2% of probable cases in Primary Care, involving annual costs equivalent to 2.2% of the gross domestic product or 22,778 million euros, of which 1,650 million or 35.36 euros per person, are devoted to somatic symptom disorders and related disorders. There is no current Clinical Practice Guideline (CPG) available for the treatment of somatic symptom disorders and related disorders. A systematic review is presented to assess the clinical utility of brief psychodynamic therapy in these disorders, as contemplated in the current CPG on adult depression. Through a search in the databases PsycArticles, PsycInfo, PsycTherapy, PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MEDLINE and Web Of Science, 98 studies were initially identified, meeting 13 inclusion criteria. Of note were the significant reduction in somatic symptoms during the trials, with stable or increasing effects at follow-up and reduced health care use. These findings suggest the inclusion of this therapeutic alternative in a relevant CPG, which could lead to a reduction in costs for the National Health System in the management of these disorders

Keywords:

Systematic review
Psychoanalysis
Psychotherapy
Somatization
Clinical Practice Guideline
Primary care
National Health System

Introducción

Los trastornos mentales comunes, de ansiedad, depresión o de síntomas somáticos y trastornos relacionados, suponen la mitad del coste de todos los trastornos mentales en España en el año 2010, con un gasto del 2.2% del producto interior bruto (PIB). Debido a su alta prevalencia, el alto porcentaje de casos no tratados y el bajo porcentaje de casos que siguen un tratamiento basado en la evidencia, presentan un gran impacto sobre las personas y la sociedad. Cumpliendo el 49.2% de los pacientes que acuden a consultas de Atención Primaria (AP) los criterios diagnósticos para al menos un probable trastorno de ansiedad, depresión o de síntomas somáticos y trastornos relacionados (Ruiz-Rodríguez et al., 2017). Actualmente, se dispone de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (Álvarez et al., 2023) vigente para tratar la depresión en el Sistema Nacional de Salud (SNS) financiado por el Ministerio de Sanidad, no disponiéndose su homóloga para el tratamiento de ansiedad o de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. La terapia psicodinámica breve, que deriva del modelo psicodinámico/psicoanalítico, donde el paciente y el terapeuta exploran los conflictos actuales y pasados del paciente y se centran en su interpretación y trabajo sobre ellos, es una de las terapias recogidas en esta guía (Álvarez et al., 2023). A pesar de ello, la terapia psicodinámica está en retroceso en todo el mundo debido a las críticas sobre su credibilidad científica (Fonagy, 2015) treatment as usual and placebo.

La categoría “Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados” del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) (anteriormente trastornos somatomorfos por DSM-IV) que incluye los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de conversión (o trastorno de síntomas neurológicos funcionales), factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, trastorno facticio, otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados, y trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados, comparten el malestar y deterioro significativo por síntomas somáticos.

Siendo su principal diagnóstico, trastorno de síntomas somáticos, definido por los criterios: a) uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria; b) pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes: 1) pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas, 2) grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas y 3) tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud y c) aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

El impacto de los trastornos mentales comunes se evalúa considerando los siguientes criterios: a) costes, cuantificando en unidades monetarias la utilización de recursos atribuida a la enfermedad; b) carga producida, a través de la calidad de vida relacionada con la salud, en años de vida ajustados a la calidad con que se viven dichos años y c) discapacidad que producen, en años vividos ajustados por discapacidad.

Respecto de los costes, 83.749 millones de euros se gastaron en España en 2010 por trastornos mentales comunes, 1.650 de los cuales se gastaron en somatizaciones, unos 35.36 euros per cápita y año. Sobre la carga producida, 244 años de vida ajustados con calidad (AVAC) se perdieron por trastornos somatomorfos según un estudio con una muestra de 2.539 participantes en 2006. En cuanto a la discapacidad, los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados no se encuentran, como sí los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, entre los que más contribuyeron a aumentar la cifra de años vividos con discapacidad (AVD) en 2010. (Ruiz-Rodríguez et al., 2017).

Originariamente, se iniciaron en 1950 dentro del movimiento psicoanalítico, una serie de corrientes que no consideraban la interpretación, técnica para la toma de conciencia en el paciente, como único proceso mitigante. Estas procuraban abreviar el tratamiento psicoterapéutico con la propuesta inicial del autor Franz Alexander en el uso de la relación terapéutica, de tal manera que el psicoterapeuta asume un rol diametralmente opuesto al de las expectativas desadaptativas del paciente que le permiten creer que nuevas soluciones son posibles y abandonar patrones nocivos, denominada como “experiencia emocional correctiva”. Fue considerada por el statu quo como terapia de apoyo junto con dar consejos y reeducación y demarcada como terapia psicodinámica en contraste con el psicoanálisis (Christian et al., 2012).

En esta línea, actualmente se practica terapia psicodinámica breve o terapia psicodinámica de corta duración (STPP) con técnicas desarrolladas por Luborsky, Mann, Sifneos, Davanloo o Malan, entre otros. Características comunes son: número limitado de sesiones, criterios de selección, mantenimiento de foco terapéutico, terapeuta activo y manejo de la transferencia.

Luborsky propone identificar el “tema central conflictivo de la relación”, lo cual constituye la base de la “Terapia de Apoyo-Expresiva” siendo especialmente adecuada para entornos terapéuticos de tiempo limitado, como las consultas en salud mental públicas (Luborsky, 1984). Davanloo centró sus esfuerzos en acelerar el acceso al inconsciente, mediante el desafío y confrontación activa de las defensas que impiden al paciente experimentar emociones difíciles, así las supere y pueda iniciarse el proceso terapéutico de liberación emocional, promoviendo su flexibilidad en interacciones sociales previamente mermadas. Sin embargo, en sus primeras versiones, estas técnicas no eran adecuadas para pacientes con baja tolerancia a la ansiedad, lo que le llevó a introducir primero un proceso para construir la tolerancia a la ansiedad, el formato gradual junto con otras fases preparatorias, desarrollando la “Psicoterapia Intensiva Psicodinámica y Breve (ISTPD)” (Davanloo, 2000). Malan propone sistematizar la comprensión del individuo integrando el estudio de casos clínicos individuales con metodología de las ciencias sociales que emergían en su tiempo, siendo su libro “Psicoterapia Individual y la Ciencia de la Psicodinámica” (Malan y Parker, 1995) el primero en establecer un puente entre ambas cuestiones. En él, describe los diagramas triángulo de conflicto y de personas, que relacionan la interacción entre defensa, ansiedad e impulso entre pasado, presente y relación terapéutica para acercarse a la comprensión del caso (Fonagy, 2014). Sifneos introduce la “Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedad”, que procura aumentar deliberadamente la ansiedad en el paciente y establecer objetivos limitados en aras de la brevedad del tratamiento (Sifneos, 1972).

A pesar de la creencia en que los tratamientos psicodinámicos carecen de apoyo empírico, existe evidencia de que los pacientes no solamente mantienen las ganancias terapéuticas, sino que además, continúan mejorando con el tiempo (Shedler, 2010). Abbass et al. (2009, 2014, 2021), Kleinstaeuber et al. (2011), Leichsenring y Klein (2014) y otros autores, con trabajos de revisión sistemática y meta-análisis de estudios experimentales como ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), demuestran que es una alternativa con probada evidencia empírica de su eficacia, uso reducido de asistencia sanitaria y mejora continuada tras terapia, en el tratamiento de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados para los estándares científicos actuales.

La presente revisión sistemática procura recoger exhaustivamente la información relativa a la utilidad clínica de la terapia psicodinámica breve en el tratamiento de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, con objeto de que autores y colaboradores de guías de práctica clínica, profesionales sanitarios y demás interesados dispongan de una revisión actualizada y en español de esta modalidad terapéutica.

Método

Siguiendo las recomendaciones de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2021) se planteó la siguiente pregunta de investigación siguiendo el protocolo PICOS: en personas con diagnóstico de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (Participants) que han recibido tratamiento psicodinámico breve (Intervention), ¿Cuál fue la utilidad clínica, en términos de eficacia o mejoría de síntomas somáticos durante y tras el tratamiento y uso de asistencia sanitaria (Outcome) de los distintos tratamientos psiquiátricos (Comparisons), según estudios con diseño empírico (Study Design)?

Estrategia de Búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica siguiendo las indicaciones de Cajal et al. (2020). Crossref. Los términos de búsqueda se obtuvieron del tesoro de la Asociación Americana de Psicología para obtener resultados más precisos. Los comandos de búsqueda avanzada, sin limitación de campo, fueron: (Psychodynamic Psychotherapy AND Brief Psychotherapy) OR Psychodynamic Psychotherapy AND (Psychosomatic Disorders OR Somatoform Disorders OR Somatization Disorder) AND (Experimental Design OR Clinical Trials OR Randomized Controlled Trials). Los términos que se utilizan tratan de abarcar cualquier fecha de publicación, intentando recoger la mayor cantidad de evidencia. La búsqueda se efectuó en las bases de datos PsycArticles, PsycInfo, PsycTherapy, PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MEDLINE y Web Of Science.

Los criterios de inclusión fueron: a) muestra de población con diagnóstico de trastorno psicodinámico, trastorno somatoforme o trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados; b) grupo experimental terapia psicodinámica de corta duración (STPP), definida como una intervención de 40 semanas o menos de duración, con sesiones individuales de 45-60 minutos, utilizando técnicas desarrolladas por autores como Mann, Sifneos, Malan, Davanloo, Luborsky, o específicamente descrita como terapia psicodinámica

breve; c) grupo control en lista de espera u otros tratamientos psiquiátricos; d) medida de resultados en cambios de sintomatología somática y uso de asistencia sanitaria y e) estudios con diseño experimental, ensayo clínico, ensayo clínico aleatorizado, revisión sistemática, meta-análisis.

Los criterios de exclusión fueron: a) estudios que evalúen otras modalidades terapéuticas u otras variables en grupo experimental, para centrar el foco en los efectos terapéuticos de la STPP y valorar su pertinencia a una GPC y b) escritos en idiomas distintos al español e inglés.

Se evaluó la calidad metodológica de los trabajos incluidos mediante las checklist Health Evidence (Health Evidence, 2016) para revisiones sistemáticas y CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2018) para ensayos clínicos aleatorizados, clasificándose aproximadamente en niveles de evidencia según SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019): 1++ (Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo), 1+ (Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo) y 1- (Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo).

Resultados

En la búsqueda inicial se identificaron un total de 98 artículos (42 en PsycArticles, PsycInfo, PsycTherapy, PSICODOC, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MEDLINE y 56 en Web of Science) de los cuales 27 duplicados fueron eliminados antes del cribado. Durante el cribado 71 artículos fueron analizados, recuperando 30 publicaciones para evaluar por cumplir los criterios de inclusión. Finalmente se eligieron 13 estudios, tras excluir aquellos que consideraban otras variables terapéuticas o de interés, u estaban escritos en otros idiomas distintos al español e inglés. Estos 13 estudios se componen de comprehensive overview (1), revisión sistemática y meta-análisis (2), meta-análisis (2), revisión sistemática (6) y ensayos clínicos aleatorizados (2). La Figura 1 representa la selección completa de artículos según PRISMA.

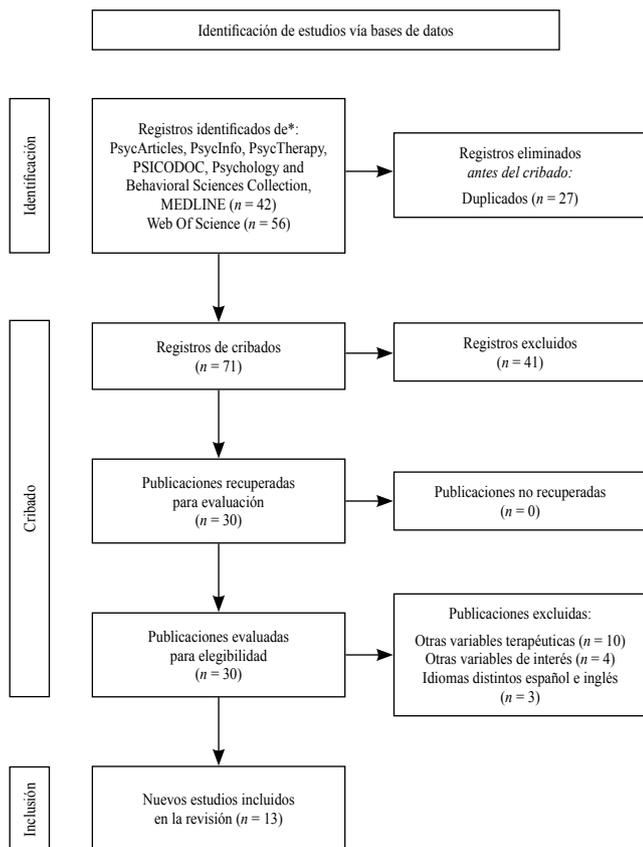
Datos Extraídos de los Artículos

Se realiza un resumen de los hallazgos clave tras la extracción de los datos de los artículos reflejada en la Tabla 1 que se muestra a continuación.

Características Generales de los Estudios

Respecto de la población objeto de estudio: Abbass et al. (2006, 2014) y Lillengren (2023) refieren muestras con pacientes adultos, Kleinstaeuber et al. (2011) pacientes con una media de 44.5 años, Abbass et al. (2020) 42.9 años y Chavooshi et al. (2016) entre los 18 y 45 años. Respecto del sexo de los pacientes: Kleinstaeuber et al. (2011) refieren una mayoría de mujeres con el 72% del tamaño muestral, también Abbass et al. (2021) con el 67,5% de mujeres así como Abbass et al. (2014) que también refieren mayoría de mujeres. Los tamaños muestrales se comprendieron entre meta-análisis con un máximo de 2094 sujetos (Abbass, 2021) y estudios con un mínimo de 20 individuos (Leichsenring et al., 2015) 2 randomized controlled trials (RCTs).

Figura 1
Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Artículos Para la Revisión Sistemática, Según Prisma.



Todos los trabajos incluidos en esta revisión valoran la eficacia de la terapia psicodinámica breve y sus variantes frente a condiciones sin tratamiento, lista de espera, contacto mínimo, tratamiento habitual, atención médica mejorada, farmacoterapia, Terapia Cognitiva-Conductual (TCC), Terapia Cognitiva de Apoyo, Terapia de Apoyo, grupo educativo y material de lectura educativo en trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, también denominados trastornos somáticos funcionales, trastornos somatoformes, trastornos de dolor somatomorfo, síntomas físicos sin explicación médica, dolor sin explicación médica y trastorno multisomatoforme por los distintos estudios.

Con estimaciones del tamaño del efecto mediante meta-análisis y comparación de puntuaciones en medidas de: calidad de vida física de la encuesta de salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), somatización del cuestionario PHQ (Spitzer et al., 1999) y family practice e intensidad del dolor del NPRS (Jensen y McFarland, 1993) and test-retest stability, internal consistency and validity coefficients were computed to address 4 questions. 1.(1, entre otras. Realizadas a corto, mediano y largo plazo y en seguimientos una vez finalizado el tratamiento.

Respecto de la calidad de la evidencia, se recogen trabajos en distintos niveles según la aplicación de la checklist Health Evidence (2016): de calidad fuerte como la revisión sistemática y meta-análisis de Abbass (2021); de calidad moderada, como la revisión sistemática de Leichsenring y Klein (2014); y de calidad débil, como

la revisión sistemática de Leichsenring (2005). Según la aplicación de la checklist CASP (2018), los ensayos clínicos aleatorizados incluidos pueden considerarse estudios metodológicamente sólidos, a pesar de la falta de “ceguera” en los encargados de analizar los resultados y de no identificarse posibles fuentes de sesgo ni de analizarse el coste-efectividad de la intervención experimental en el ECA de Chavooshi et al. (2016) y de no efectuarse un proceso a doble-ciego ni de analizarse el coste-efectividad de la intervención experimental en Sattel et al. (2012). En función de lo anterior, se clasificaron aproximadamente los estudios en los distintos niveles de evidencia según SIGN (2019), reflejados en la Tabla 1.

Los distintos tipos de terapia psicodinámica breve se compusieron, entre otras, por Terapia Psicodinámica Interpersonal (PIT), Psicoterapia Intensiva Psicodinámica y Breve (ISTDP), Terapia de Conciencia y Expresión Emocional (EAET), Psicoterapia Dinámica a Corto Plazo (STDP), Terapia de Apoyo-Expresiva, Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado, el Modelo de Conciencia Afectiva, Terapia Corporal Psicodinámica y Psicoterapia Intensiva Psicodinámica y Breve a Través de Internet (ID-ISTDP). De los estudios que refieren promedio de sesiones, el mayor fue de 13.3 sesiones en Abbass (2021), seguido por Kleinstaeuber et al. (2011) y Abbass et al. (2014) con 11.

Para responder a la pregunta de investigación, se presentan los hallazgos por orden de mayor a menor calidad metodológica:

Tiempo en tratamiento STPP sobre sintomatología somática, Abbass et al. (2021). Los síntomas somáticos mejoraron significativamente y con un tamaño del efecto grande desde el pre-tratamiento hasta el seguimiento a corto ($d = -1.07$), mediano ($d = -0.92$) y largo plazo ($d = -0.90$). Además, consideran la falta de diferencias entre estas comparaciones intra y las comparaciones entre condiciones experimentales como muestra de la relativa estabilidad de los trastornos somáticos funcionales durante varios meses sin tratamiento.

Terapia Psicodinámica Interpersonal y farmacoterapia sobre síntomas somáticos, discapacidad funcional, calidad de vida y uso de asistencia sanitaria, van Dessel et al. (2014). No encontraron diferencias significativas en la mejoría de síntomas somáticos ni en la discapacidad funcional o en la calidad de vida, pero sí en la utilización de asistencia sanitaria con un tamaño del efecto de pequeño a mediano en el plazo de un año tras el tratamiento ($d = -.32$), con un uso reducido a favor de la Terapia Psicodinámica Interpersonal.

STPP, farmacoterapia, Terapia Cognitiva de Apoyo, Terapia de Apoyo, grupo educativo, tratamiento habitual y sin tratamiento sobre síntomas somáticos, Abbass et al. (2009). Encuentran que los síntomas somáticos mejoraron significativamente con un tamaño del efecto al menos moderado a corto ($d = -0.59$), mediano ($d = -0.87$) y largo plazo ($d = -0.49$) en favor de STPP, pero advierten de que deben interpretarse con precaución por la alta heterogeneidad entre estudios del meta-análisis.

STPP, lista de espera, medicación habitual y material de lectura educativo sobre síntomas físicos y utilización de asistencia sanitaria, Kleinstaeuber et al. (2011). Encuentran diferencias significativas en reducción de síntomas físicos con tamaños del efecto pequeños, tanto en la comparación al final del tratamiento ($d = 0.35$) como en el seguimiento ($d = 0.40$) y en la utilización de asistencia sanitaria ($d = 0.33$) en favor de STPP.

STPP, lista de espera, tratamiento usual y tratamiento mínimo sobre síntomas somáticos, Abbass et al. (2014). Destacan diferencias

Tabla 1
 Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en Esta Revisión Sistemática

| Autor/es (año) Nivel de evidencia SIGN aproximado | Población objeto de estudio | Objetivo del estudio / intervención | Componentes del tratamiento | Resultados y conclusiones más destacables |
|---|--|--|---|---|
| Abbass (2021) 1++ | Pacientes con trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, incluyendo dolor crónico, desórdenes gastrointestinales y neurológicos funcionales. (N = 2.094). | Cuánta mejoría experimentan los pacientes dentro o pre-post del tratamiento con STPP, visión complementaria a los trabajos que comparan entre condiciones experimentales. | Promedio de 13.34 sesiones de STPP. | <ul style="list-style-type: none"> Mejora síntomas somáticos significativa $p < 0.0001$ y tamaños de efecto grande en tres momentos de medida: <3 meses (-1.07 [-1.40, -0.74]), 3-6 meses (-0.92 [-1.27, -0.57]), >6 meses (-0.90 [-1.23, -0.57]). Comparables a comparaciones entre condiciones exp. Indican que estos trastornos podrían ser estables, por lo que sin tratamiento se mejoraría poco o nada. |
| Sattel 2012 en van Dessel et al. (2015) 1++ | Personas con al menos 3 síntomas somáticos actuales que son funcionalmente incapacitantes, y antecedentes de síntomas somáticos durante al menos 2 años, que resulten en el uso de atención médica. (N = 211). | Valorar efecto de terapias no-farmacológicas en el trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados y síntomas físicos no explicados médicamente. | <p>Tratamiento manualizado de Terapia Psicodinámica Interpersonal de 3 fases: 1. Hincapié en la construcción de una relación terapéutica subrayando la legitimidad de las quejas corporales e introducción de relajación, 2. Aclarar emociones del participante, 3. Concentrarse en cuestiones de terminación.</p> <p>12 sesiones semanales, 1ª sesión 90 minutos, otras sesiones 45 minutos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Diferencias significativas $p = 0.02$ en el uso de asistencia sanitaria en el plazo de 1 año tras el tratamiento, con un uso reducido a favor de la terapia psicodinámica (-0.32 [-0.59, -0.05]) |
| Abbass et al. (2009) 1+ | Amplia variedad de trastornos somáticos. (N = 1870). | Examinar la eficacia de STPP en pacientes con trastornos de síntomas somáticos frente a medicación + ansiolíticos, tratamiento médico, medicación, Terapia Cognitiva de apoyo, sin tratamiento, Terapia de Apoyo, tratamiento habitual y grupo educativo | STPP en que la mayoría de los tratamientos no estaban manualizados ni evaluados en términos de adherencia para garantizar la estandarización del tratamiento. | <ul style="list-style-type: none"> Mejora síntomas somáticos significativa $p < 0.001$ y tamaños de efecto al menos moderado en tres momentos de medida: a corto plazo <3 meses (-0.59 [-0.78, -0.40]), mediano plazo (-0.87 [-1.37, -0.38]), largo plazo > 9 meses (-0.49 [-0.77, -0.21]). Alta heterogeneidad, interpretarse con precaución. |
| Kleinstaeuber et al. (2011) 1+ | Edad media de 44,4 años. Porcentaje de mujeres 72%. Duración media síntomas físicos 13,3 años. Mayoría de estudios obtuvieron información sobre diagnósticos comórbidos: depresión mayor, trastorno de ansiedad. (N = 1781). | Eficacia de la STPP para "Múltiples síntomas físicos sin explicación médica" en comparación a lista de espera, atención médica habitual y material de lectura psicoeducativo. | Media de 11 sesiones de terapia psicodinámica (rango: 1 a 72) y 92 días de duración (rango: 1 a 365). | <ul style="list-style-type: none"> Tamaños del efecto pequeños pero significativos, tanto en la comparación al final del tratamiento (0.35 [0.18, 0.51]) como en el seguimiento ≤ 1 año (0.40 [0.10, 0.70]) y en la utilización de asistencia sanitaria, en favor de la intervención psicodinámica (0.33 [0.04, 0.61]). |
| Abbass et al. (2014) 1+ | Adultos, mayoría mujeres, trastorno multisomatoforme, síndrome del intestino irritable, dolor crónico, síndrome uretral, dolor pélvico, dispepsia crónica y dermatitis atópica. Comorbilidad de trastornos de personalidad, resistentes al tratamiento y graves. (N = 1381). | Comparar la eficacia de STPP con controles en lista de espera, tratamiento habitual, y contacto mínimo. | <p>Media de 11 sesiones de terapia psicodinámica (rango: 4 a 40). Empleo de factores comunes de las terapias dinámicas breves, como: enfoque en las operaciones y emociones inconscientes y su vínculo con los síntomas o problemas de conducta.</p> | <ul style="list-style-type: none"> En todos los síntomas somáticos, tamaños del efecto del tratamiento mayores en el seguimiento a largo plazo que a corto plazo, lo que sugiere ganancias acumuladas a lo largo del tiempo. Diferencia significativa $p < 0.05$ y de tamaño grande a mediano plazo (-1.39 [-2.75, -0.02]), sin embargo, no significativas a corto ni a largo plazo. Revisan un estudio en el que indican que esta forma de terapia reduce severamente los costes del servicio en comparación con el tratamiento usual en una muestra de trastornos mixtos. |

Tabla 1
 Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en Esta Revisión Sistemática (Continuación)

| Autor/es (año) Nivel de evidencia SIGN aproximado | Población objeto de estudio | Objetivo del estudio / intervención | Componentes del tratamiento | Resultados y conclusiones más destacables |
|---|--|--|---|--|
| Abbass et al. (2006) 1+ | Pacientes ambulatorios adultos con trastornos mentales comunes (es decir, pacientes mayores de 17 años) entre ellos, trastornos de síntomas somáticos. Trastornos psicóticos fueron excluidos. | Comparar la eficacia de STPP con controles en lista de espera, tratamiento habitual, y contacto mínimo. | STPP sin control sobre tipo (procesos emocionales vs intelectuales). | <ul style="list-style-type: none"> Mejora síntomas somáticos significativa $p < 0.001$ y tamaños de efecto grande en dos momentos de medida: a corto plazo < 3 meses (-0.86 [-1.69, -0.02]) y a mediano plazo (-0.87 [-1.37, -0.38]). Efectos del tratamiento aumentaron durante el seguimiento a largo plazo. Menos costosa que incluso un año de algunos medicamentos psicotrópicos. |
| Lilliengren (2023) 1- | Adultos con trastornos del estado de ánimo, psicósomáticos, de ansiedad o de personalidad. (N = 91.4). | Revisar la eficacia de la terapia psicodinámica con todos los estudios de ensayos clínicos aleatorizados disponibles hasta la fecha. | Terapia psicodinámica breve mayormente manualizada y ambulatoria, con una media entre 12 a 40 sesiones. | <ul style="list-style-type: none"> Desde 1967, el número de estudios publicados ha aumentado con el tiempo, con el 41,3% publicados en los últimos 10 años. En comparaciones paramétricas, no se encuentran diferencias significativas entre la terapia psicodinámica de corta y de larga duración. Si bien los hallazgos meta-analíticos sugieren que las terapias psicodinámicas son efectivas para muchos pacientes con trastornos de síntomas somáticos, se necesitan estudios más amplios y de mayor calidad, así como estudios que examinen con más detalle los mecanismos del tratamiento. |
| Abbass et al. (2020) 1- | Pacientes con edad media de 42,9 años, 67,5% mujeres. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados presentes durante muchos meses o años. Trastornos gastrointestinales funcionales, dolor crónico, fibromialgia, cuadros mixtos de síntomas somáticos, bruxismo y síndrome uretral con dolor pélvico. (N = 2004). | Comparar la eficacia de STPP frente a tratamiento mínimo, tratamiento habitual, lista de espera o Terapia Cognitiva-Conductual en síntomas somáticos. | Mayormente STPP específica y manualizada: Terapia Psicodinámica Interpersonal (PIT), ISTDP, Terapia de Conciencia y Expresión Emocional (EAET), Psicoterapia Dinámica a Corto Plazo (STDP), Terapia de Apoyo-Expresiva, Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado, el Modelo de Conciencia Afectiva, una combinación de STDP de Malan más ISTDP, y una combinación de EAET más ISTDP. | <ul style="list-style-type: none"> STPP superó a los controles de tratamiento mínimo/tratamiento habitual/lista de espera en los síntomas somáticos, con efectos significativos en los tres periodos $p < 0.01$, grande de pre a < 3 meses (-0.84 [-1.35, -0.33]) y de pre a > 6 meses (-1.00 [-1.78, -0.22]). Mostró resultados de ser al menos tan eficaz como los tratamientos psicológicos con más evidencia, TCC, para reducir los síntomas somáticos como el dolor. Mejoras sostenidas o crecientes durante el seguimiento Concluyen que debería incluirse en las guías de práctica clínica para trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. |
| Leichsenring et al. (2015) 1- | Pacientes con trastorno de síntomas somáticos y predominancia de dolor crónico (N = 20). | Actualización con los estándares científicos actuales de la evidencia de la terapia psicodinámica (TPD) en trastornos mentales específicos. STPP frente a tratamiento habitual/sin terapia y atención médica mejorada. | 33 sesiones de Terapia Corporal Psicodinámica: (a) leer información afectiva (b) intervenciones adaptadas a cómo pacientes reconocen los afectos (conciencia) y se dejan conmover por los afectos (tolerancia) (c) exploración de maneras expresivas y patrones expresivos y su vinculación a otras personas y a las representaciones de otras personas significativas (e) intervenciones corporales que hacen que los afectos sean accesibles a la conciencia. | <ul style="list-style-type: none"> Concluyen que la terapia psicodinámica puede considerarse eficaz en el trastorno de dolor somatomorfo (trastorno de síntomas somáticos con dolor predominante en DSM-5). |

Tabla 1

Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en Esta Revisión Sistemática (Continuación)

| Autor/es (año) Nivel de evidencia SIGN aproximado | Población objeto de estudio | Objetivo del estudio / intervención | Componentes del tratamiento | Resultados y conclusiones más destacables |
|---|--|---|--|--|
| Leichsenring y Klein (2014) 1- | Pacientes con trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, síndrome de intestino irritable, dispepsia funcional crónica, síntomas gastrointestinales, dolor crónico. | Revisar la evidencia empírica de la terapia psicodinámica para trastornos mentales específicos en adultos. STPP frente a paroxetina, tratamiento médico, escucha de apoyo, tratamiento habitual/sin terapia y atención médica mejorada. | Terapia psicodinámica breve de autores como Hobson, Shapiro, Firth, Luborsky, Book, Monsen and Monsen de entre 7 y 33 sesiones. | <ul style="list-style-type: none"> • STPP ha mostrado mejorar síntomas gastrointestinales, mecanismos de defensa psicológica y alexitimia. • Respaldan recomendación de terapia psicodinámica para el tratamiento de trastornos somatoformes. |
| Leichsenring (2005) 1- | Pacientes con trastornos específicos, entre ellos, trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. | Revisión de datos empíricos de la efectividad de terapias psicodinámicas y psicoanalíticas. STPP frente a tratamiento habitual/sin terapia. | Terapia psicodinámica de duración entre breve y moderada de autores como Horowitz y Kaltreider, Shapiro y Firth, Mann, Rose y DelMaestro, Malan de entre 8 y 46 sesiones. | <ul style="list-style-type: none"> • Efectiva en pacientes con síndrome de intestino irritable que no respondieron a tratamientos médicos previos, logrando una mejoría en dos tercios de los casos • Terapia psicodinámica es tan eficaz como la paroxetina en el tratamiento de síndrome de intestino irritable. • Terapia psicodinámica, pero no la paroxetina, en tratamiento de síndrome de intestino irritable se asoció con una reducción significativa de los costos de atención médica en comparación con el tratamiento habitual. • En el tratamiento de la dispepsia funcional crónica, la terapia psicodinámica demostró ser superior a la terapia de apoyo, y los resultados se mantuvieron estables durante un año. • Terapia psicoanalítica es (1) más eficaz que ningún tratamiento o el tratamiento habitual, y (2) más eficaz que formas más breves de terapia psicodinámica. |
| Chavooshi et al. (2016) 1- | Pacientes con edades comprendidas entre 18 y 45 años, al menos un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados, con una duración de seis meses, excluyendo con abuso agudo de drogas/alcohol, trastornos psicóticos o bipolares, anorexia nerviosa, tendencias suicidas agudas y embarazo. (N = 100). | Investigar la eficacia de un ISTDP distribuido por Internet (ID-ISTDP) para personas con trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados que usan Skype™ en comparación con el tratamiento habitual (TAU). | Psicoterapia Intensiva Psicodinámica y Breve a Través de Internet (ID-ISTDP), 16 sesiones de terapia semanales de una hora de duración. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejora significativa con tamaño del efecto grande $d=0.89$ en síntomas de dolor $p<0,001$ en el grupo de intervención, mientras que no se observó una reducción significativa en el grupo tratamiento habitual. • Además, se observaron disminuciones significativas con tamaños de efecto grande $d=0.79$ en depresión, ansiedad, estrés, así como un mayor aumento del funcionamiento de la regulación emocional, atención plena, calidad de vida en el grupo de intervención seis meses después del tratamiento, en comparación con el grupo tratamiento habitual. • Concluyen que la psicoterapia dinámica intensiva a corto plazo administrada por Internet en comparación con el tratamiento habitual podría ser un tratamiento eficaz para reducir la intensidad del dolor. |
| Sattel et al. (2012) 1- | Pacientes con trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados por al menos dos años. (N = 211). | Comprobar si la Terapia Interpersonal Psicodinámica (PIT) mejora eficazmente la calidad de vida física en pacientes que han tenido trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados durante al menos 2 años frente a atención médica mejorada. | 12 sesiones semanales de Terapia Psicodinámica Interpersonal (PIT) manualizada, una variante de la terapia psicodinámica con especial énfasis en los procesos interpersonales. | <ul style="list-style-type: none"> • Se observó una mejoría significativa en la somatización, pero no en la depresión, la ansiedad por la salud o la utilización de asistencia sanitaria • Este ensayo documenta la eficacia a largo plazo de la terapia psicodinámica breve para mejorar la calidad de vida física en pacientes con múltiples síntomas médicamente inexplicables difíciles de tratar. |

significativas en la mejora de síntomas somáticos a mediano plazo con tamaño de efecto grande ($d = -1.39$) en favor de STPP, además, convergiendo con los resultados de la revisión original del 2006 que se muestra posteriormente, para cada uno de los síntomas somáticos, los tamaños del efecto del tratamiento fueron mayores en el seguimiento a largo plazo que en el seguimiento a corto plazo, lo que sugiere ganancias acumuladas a lo largo del tiempo. Muchos de los estudios incluyeron muestras de pacientes comunes en poblaciones clínicas y que no alcanzan la remisión de los síntomas con medicamentos u otro tipo de terapias, resultando costosos para el sistema sanitario, por lo que estas ganancias acumuladas a lo largo del tiempo podrían reducir potencialmente dichos costes. Además, revisan un estudio en el que se indica que esta forma de terapia reduce severamente los costes del servicio en comparación con el tratamiento usual en una muestra de trastornos mixtos de alta utilización de los mismos.

STPP, lista de espera, tratamiento usual y tratamiento mínimo sobre síntomas somáticos, [Abbass et al. \(2006\)](#). Diferencias significativas en la mejora de síntomas somáticos a favor de STPP que aumentaron durante el seguimiento a largo plazo y sugieren ganancias acumuladas a lo largo del tiempo. Sin embargo, la falta de control sobre el tipo de STPP aplicada (más enfocada en procesos emocionales vs procesos intelectuales) lo consideran un impedimento para la interpretación y utilización de estos datos. También informan de que estas terapias son relativamente breves y mucho menos costosas que los modelos de psicoterapia a largo plazo e incluso un año de algunos medicamentos psicotrópicos.

[Lilliengren \(2023\)](#) actualiza una revisión de la evidencia disponible sobre la eficacia de la terapia psicodinámica de forma periódica en su perfil de ResearchGate. Informa de no encontrar diferencias significativas en estudios paramétricos entre la terapia psicodinámica de larga duración y de corta duración, y que, si bien los hallazgos meta-analíticos sugieren que las terapias psicodinámicas son efectivas para muchos pacientes con trastornos de síntomas somáticos, se necesitan estudios más amplios y de mayor calidad, así como estudios que examinen con más detalle los mecanismos del tratamiento.

STPP, tratamiento mínimo, tratamiento habitual, lista de espera y Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) sobre síntomas somáticos, [Abbass et al. \(2020\)](#). Diferencias significativas en mejora de síntomas somáticos de tamaño moderado a mediano plazo y grande a corto y largo plazo: pre a <3 meses ($d = -0.84$), pre a 3–6 meses ($d = -0.45$) y pre a >6 meses ($d = -1.00$) en favor de STPP frente a tratamiento mínimo/tratamiento habitual/lista de espera. No se encontraron diferencias significativas en reducción de síntomas somáticos como el dolor, mostrándose al menos tan eficaz a TCC en 5 ECA. Postulan que las terapias psicodinámicas pueden crear cambios adaptativos en el funcionamiento relacional y de la personalidad que permiten que el crecimiento continúe después del tratamiento para explicar las mejoras sostenidas o crecientes durante el seguimiento, concluyendo que la STPP debería incluirse en las GPC para trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Terapia psicodinámica considerada eficaz en el tratamiento del trastorno de dolor somatomorfo, recogiendo evidencia de revisiones anteriores, [Leichsenring et al. \(2015\)](#) 2 randomized controlled trials (RCTs).

STPP sobre síntomas gastrointestinales, mecanismos de defensa psicológica, alexitimia, síntomas físicos, síntomas psiquiátricos y

ajuste social, [Leichsenring y Klein \(2014\)](#). Diferencias significativas en mejora de síntomas gastrointestinales, mecanismos de defensa psicológica y alexitimia; y en síntomas físicos, psiquiátricos y de ajuste social, estas mejoras se prolongan al largo plazo, lo que respalda su recomendación en el tratamiento de trastornos somatoformes.

STPP, tratamiento habitual, farmacoterapia (paroxetina) y Terapia de Apoyo sobre síndrome del intestino irritable, síndrome del intestino irritable grave, costes sanitarios, dispepsia funcional crónica, medidas de dolor, síntomas psiquiátricos, problemas interpersonales y conciencia afectiva, [Leichsenring \(2005\)](#). Diferencias significativas en síntomas del síndrome del intestino irritable, con eficacia en dos tercios de los pacientes, a favor de la STPP frente al tratamiento habitual ineficaz durante los seis meses anteriores. Significación estadística en síntomas del síndrome del intestino irritable grave, STPP más eficaz que el tratamiento habitual y tan eficaz como la farmacoterapia (paroxetina). Costes sanitarios reducidos significativamente durante el seguimiento en STPP pero no en farmacoterapia (paroxetina) en comparación con el tratamiento habitual. Síntomas calificados por gastroenterólogos y pacientes en tratamiento de dispepsia funcional crónica intratable reducidos significativamente y prolongados al seguimiento de doce meses en STPP a diferencia de terapia de apoyo y tratamientos farmacológicos convencionales. Diferencias significativas en medidas de dolor, síntomas psiquiátricos, problemas interpersonales y conciencia afectiva en pacientes con dolor crónico, estables o mejoradas en el seguimiento a doce meses, a favor de STPP frente al grupo de control. Este autor concluye que los estudios controlados de eficacia cuasiexperimental aportaron pruebas de que la terapia psicoanalítica es más eficaz que ningún tratamiento o el tratamiento habitual.

ID-ISTPD y tratamiento habitual (ISTPD) sobre síntomas de dolor, depresión, ansiedad, estrés percibido, regulación emocional, atención plena y calidad de vida, [Chavooshi et al. \(2016\)](#). Significación estadística en síntomas de dolor con tamaño de efecto grande en el seguimiento ($d = 0.79$), depresión con tamaño del efecto mediano en post-tratamiento ($d = 0.64$) y con tamaño del efecto grande en el seguimiento ($d = 0.83$), ansiedad con tamaño del efecto grande en el seguimiento ($d = 0.89$), estrés percibido con un tamaño del efecto mediano en post-tratamiento ($d = 0.77$) y con tamaño del efecto mediano en el seguimiento ($d = 0.74$) y mayor aumento del funcionamiento de la regulación emocional, atención plena y calidad de vida en el seguimiento, en favor de ID-ISTPD. Este estudio sugiere que la psicoterapia dinámica intensiva a corto plazo administrada por Internet en comparación con el tratamiento habitual podría ser un tratamiento eficaz para reducir la intensidad del dolor.

Terapia psicodinámica breve y atención médica mejorada sobre calidad de vida física, somatización, depresión, ansiedad por la salud y utilización de asistencia sanitaria, [Sattel et al. \(2012\)](#). Diferencias significativas en mejora de calidad de vida física con tamaño del efecto pequeño en el seguimiento ($d = 0.42$) en favor de la terapia psicodinámica breve, junto con mejoría significativa en la somatización, pero no en la depresión, la ansiedad por la salud o la utilización de asistencia sanitaria. Este ensayo documenta la eficacia a largo plazo de la terapia psicodinámica breve para mejorar la calidad de vida física en pacientes con síntomas múltiples, difíciles de tratar y médicamente inexplicables.

Discusión

Sobre su eficacia, en los análisis pre-post o intra sujetos, los pacientes mejoraron de sus síntomas somáticos al recibir terapia psicodinámica breve, con tamaños del efecto grande a corto, mediano y largo plazo. En cambio, en comparación a otras terapias o inter sujetos, hay resultados que favorecen a la terapia psicodinámica breve y otros en que no se distinguen sus efectos de los de otras condiciones de control.

Entre los que favorecen la STPP, se encuentran: a) reducción en el uso de asistencia sanitaria: 1) frente a farmacoterapia en el plazo de un año tras el tratamiento con un tamaño del efecto de pequeño a mediano y 2) frente a lista de espera, medicación habitual y material de lectura educativo tanto en la comparación al final del tratamiento como en el seguimiento con tamaños del efecto pequeños; b) reducción en los costes del servicio: 1) frente a tratamiento usual en una muestra de trastornos mixtos de alta utilización de los mismos con diferencias severas, 2) frente a modelos de psicoterapia a largo plazo e incluso un año de algunos medicamentos psicotrópicos son relativamente breves y mucho menos costosas y 3) a diferencia de paroxetina frente a tratamiento habitual en el tratamiento de síndrome del intestino irritable, durante el seguimiento a largo plazo; c) mejora de síntomas somáticos: 1) intra-sujetos a corto, mediano y largo plazo con tamaño del efecto grande, 2) frente a medicación, terapia cognitiva de apoyo, terapia de apoyo, grupo educativo, tratamiento habitual y sin tratamiento, a corto, mediano y largo plazo con un tamaño del efecto al menos moderado, 3) frente a lista de espera, medicación habitual y material de lectura educativo, tanto en la comparación al final del tratamiento como en el seguimiento con tamaños del efecto pequeños, 4) frente a lista de espera, tratamiento usual y tratamiento mínimo, a mediano plazo, con tamaño de efecto grande, además, los tamaños del efecto del tratamiento fueron mayores en el seguimiento a largo plazo que en el seguimiento a corto plazo, 5) frente a lista de espera, tratamiento usual y tratamiento mínimo, aumentaron durante el seguimiento a largo plazo, 6) frente a tratamiento mínimo, tratamiento habitual y lista de espera, a corto, mediano y largo plazo, y de tamaño grande a corto y largo plazo, 7) frente a no tratamiento o tratamiento habitual en tratamiento de dolor crónico, con estabilidad o incluso mejora en el seguimiento a doce meses, 8) frente a la atención médica mejorada, a los nueve meses de seguimiento, 9) frente a tratamientos médicos previos para síndrome de intestino irritable, logrando una mejoría en dos tercios de casos que previamente fueron infructuosos, 10) frente a terapia de apoyo en el tratamiento de dispepsia funcional crónica intratable, con resultados estables durante un año o incluso con aumento del tamaño del efecto, 11) frente a ausencia de tratamiento en tratamiento de dolor crónico, 12) frente al grupo control en tratamiento de dolor crónico, que se mantuvieron estables en el seguimiento de doce meses, o incluso mejoraron, 13) suministrada por internet, frente a tratamiento habitual, al finalizar el tratamiento y en el seguimiento a los seis meses, con tamaños del efecto grandes y 14) frente a atención médica mejorada, en el seguimiento, con un tamaño del efecto de pequeño a medio y d) mejora de otras variables psicológicas: 1) frente a no tratamiento o tratamiento habitual en conciencia afectiva, 2) frente a terapia de apoyo en mecanismos de defensa psicológica y alexitimia, 3) frente a ausencia de tratamiento en ajuste social y 4) frente a tratamiento habitual en regulación emocional y atención plena.

Entre los que no diferencian la STPP de las alternativas, se encuentran: 1) frente a farmacoterapia en mejoría de síntomas somáticos, discapacidad funcional o calidad de vida, 2) frente a terapia cognitiva-conductual en mejora de síntomas somáticos, 3) frente a atención médica mejorada en cuestionarios de salud, depresión, ansiedad por la salud o utilización de asistencia sanitaria al final del tratamiento y 4) frente a paroxetina en tratamiento de síndrome de intestino irritable grave.

Los investigadores encuentran que la terapia psicodinámica breve reduce uso y costes de asistencia sanitaria, sugieren que son efectivas para muchos pacientes con trastornos de síntomas somáticos, acumulan ganancias en el tamaño del efecto a lo largo del tiempo, y pueden crear cambios adaptativos en el funcionamiento relacional y de la personalidad que lo expliquen.

Sin embargo, pudo subestimarse la eficacia de la STPP por dudas respecto de la calidad de la psicoterapia, a continuación se discuten el impacto de esta y otras limitaciones.

La validez de los resultados se ve afectada por: a) falta de garantía de experiencia del terapeuta en muchos estudios; b) falta de estandarización del tratamiento: 1) amplia variabilidad de variantes de STPP, en la mayoría de los estudios no se informó el grado en el que los procesos emocionales frente a los procesos intelectuales dominaron las sesiones de tratamiento, por lo tanto existe la posibilidad de que los tratamientos proporcionados fueran más diferentes que similares, 2) calidad de la STPP varió entre estudios, lo que aumenta la probabilidad de que la STPP se haya proporcionado de manera subóptima, 3) la mayoría de los tratamientos no estaban manualizados ni se evaluó la adherencia, 4) no estaba claro en algunos estudios si el modelo de STPP era un método STPP genuino versus una serie de sesiones de terapia psicoanalítica sin una base metodológica de terapia breve específica, 5) clasificaciones mejorables de las variantes de STPP por basarse en teóricos o breves descripciones de las terapias y 6) límites no definitivos de STPP frente a otras terapias; c) sesgo de selección por falta de homogeneidad entre condiciones control como diferente cantidad de tiempo dedicado a los pacientes; d) baja potencia estadística por tamaños de muestra pequeños; e) amplia variabilidad de etiquetas diagnósticas o etiqueta diagnóstica con alta heterogeneidad; f) alta probabilidad de sesgo de notificación, en el que los eventos positivos (dejar de fumar) o negativos (cirugía de vagotomía) llamativos se notificarían con mayor probabilidad solo en algunos estudios y g) pérdida de significación de algunas medidas en el seguimiento a largo plazo.

Además, la generalización estos resultados a la práctica de la STPP para pacientes individuales por parte del clínico se ve limitada por: a) sesgo en selección de centros por falta de aleatorización e influencia de la voluntad de cooperar; b) falta de criterios de diagnóstico específicos en algunos estudios y el uso de muestras mixtas; c) considerar un amplio rango de variables resultado y d) probables sesgos de publicación, sin suficientes gráficos de embudo para evaluarlos.

Aunque la STPP parecía funcionar al menos tan bien como los controles con la mayor evidencia disponible, no había un número adecuado de comparadores similares para realizar un metaanálisis, lo que deja en entredicho la comparación de la STPP con tratamientos como la TCC. A pesar del hallazgo de grandes beneficios con el STPP en el resultado primario de síntomas somáticos a corto y largo plazo, los efectos del tratamiento en algunos de los resultados

secundarios no siempre fueron estadísticamente significativos, lo que plantea interrogantes acerca de cuán generalizados son los beneficios del STPP. El no haber incluido en esta revisión estudios en otros idiomas distintos al inglés y español podría suponer no informar de toda la evidencia disponible. Además, hubo relativamente pocos estudios en algunos de los análisis, especialmente a medio plazo (de 3 a 9 meses después del tratamiento), lo que sugiere la necesidad de investigaciones adicionales. El problema de los estudios con muestras pequeñas, sin embargo, no es específico de los estudios de STPP, ya que muchos estudios de TCC tampoco tienen suficiente potencia. En el caso de las comparaciones de la STPP con las terapias con mayor evidencia, se observó que los tamaños del efecto entre grupos eran pequeños. Por lo tanto, es una cuestión abierta de investigación si estudios con mayor potencia encontrarían diferencias significativas. Además, hay que abordar la cuestión de si estas diferencias (probablemente pequeñas) son clínicamente relevantes. Respecto de la heterogeneidad, estos estudios reflejan la complejidad de pacientes que presentan múltiples problemas, incluidos los trastornos de síntomas somáticos y de personalidad. Por lo tanto, este cuerpo de estudios puede decirnos más sobre la utilidad en el mundo real de la STPP que una muestra altamente seleccionada de pacientes que a menudo no existen en los consultorios de psicoterapia públicos y privados.

Para futuros trabajos, sugieren: a) mejorar la calidad de los estudios con mayor tamaño muestral, uso de manuales de tratamiento específicos, evaluación de la adherencia grabada en vídeo, terapeutas experimentados, extender la evaluación del tratamiento con más seguimientos, considerar recomendaciones de estudios de alta calidad actuales, reducir la heterogeneidad entre estudios y mejorar la efectividad de los tratamientos aumentando la especificidad como focalizarse en categorías diagnósticas concretas; b) análisis que comparen STPP con otras terapias basadas en la evidencia, respecto de variables mecanismos de tratamiento (intra STPP e inter STPP/otras terapias y metaanálisis de estas comparaciones para hacer recomendaciones específicas de procesos efectivos) como procesamiento emocional y eventos en la sesión, diferencias individuales como género y edad, rango más amplio de variables resultado concordantes con los objetivos de la terapia psicodinámica como mejora del funcionamiento en relaciones, ahorro potencial para la salud pública, coste-beneficio, coste-efectividad y coste-utilidad; c) plantearse la cuestión de si la eficacia puede mejorarse con un mayor foco en los mecanismos etiológicos que mantienen la psicopatología del trastorno; d) futuras revisiones o actualizaciones del actual trabajo incluyan artículos en más idiomas, como el francés; e) futuros conceptos de psicoterapia no focalizados en mejorar la psicoterapia exclusivamente, teniendo en cuenta que la mayoría de profesionales en salud mental o bien no están interesados en tratar a pacientes con estas dolencias que se consideran difíciles de tratar o bien no tienen el entrenamiento necesario para tratar una dolencia que requiere de un enfoque distinto de psicoterapia del que se necesita para ansiedad o depresión y f) considerar que los actuales resultados de meta-análisis están sesgados en la medida en que las muestras de los estudios son pacientes dispuestos a recibir terapia, por tanto debería focalizarse en llegar a pacientes que no lo están.

Concluyen que la terapia psicodinámica de corta duración puede considerarse eficaz en el tratamiento de trastorno de síntomas somáticos con dolor predominante y que debería incluirse en las

guías de práctica clínica para trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Para finalizar, se muestra el tratamiento resumido en [Sattel et al. \(2012\)](#), una versión manualizada de PIT especialmente adaptada a las necesidades de pacientes con síntomas somáticos, como punto de partida de una intervención implementable en el Sistema Nacional de Salud para el manejo de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Terapia Psicodinámica Interpersonal (PIT) individual de 3 meses de duración consistente en 12 sesiones semanales adaptadas específicamente a pacientes con quejas somáticas, comienza con una primera sesión de 90 minutos, seguidas del resto de sesiones de 45 minutos. Se desarrolla en tres fases: a) establecimiento de la alianza terapéutica subrayando la legitimidad de las quejas corporales, evaluándolas, aclarando experiencias negativas previas con el sistema de salud al respecto e introduciendo la idea de la posibilidad de vinculación entre estados emocionales y quejas corporales. Entrenamiento en relajación corporal, preferiblemente durante las tres fases y psicoeducación sobre la aparición de síntomas de una manera apropiada y no catastrófica; b) al menos seis sesiones centradas en: 1) aclarar emociones relacionadas con dolencias corporales en el contexto de relaciones reales y 2) establecer asociaciones entre la experiencia de malestar corporal grave y las relaciones anteriores con objeto de mejorar la regulación de la autoexperiencia corporal y los síntomas por medio de un aumento en la identificación de estos patrones disfuncionales y c) centrada en cuestiones de terminación, como hacer balance y planificar medidas terapéuticas psicológicas, sociales o farmacológicas adicionales para síntomas psicológicos bien definidos o síntomas corporales sin explicación médica.

Evaluaciones realizadas con: encuesta de salud SF-36 ([Ware y Sherbourne, 1992](#)) y somatización del cuestionario PHQ ([Spitzer et al., 1999](#)) 41 family practice ([Tabla 2](#)).

Tabla 2
Propuesta Base de Intervención PIT Específicamente Adaptada a las Necesidades de Pacientes con Quejas Somáticas

| Sesión | Objetivos | Intervenciones |
|------------------------|---|---|
| Sesión Evaluación Pre | Establecer línea base de síntomas somáticos | Aplicación de encuesta de salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992) y somatización del cuestionario PHQ (Spitzer et al., 1999). |
| Sesiones 1-3 | Panorama de las quejas y de sus síntomas y experiencias Psicoeducación sobre emergencia de síntomas | |
| Sesiones 4-9 | Aclaración de episodios relacionales con las quejas Diferenciación de afectos Vínculo con material biográfico | |
| Sesiones 10-12 | Terminación, balance | |
| Sesión Evaluación Post | Valorar resultados tratamiento | Aplicación de encuesta de salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992) y somatización del cuestionario PHQ (Spitzer et al., 1999). |

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Abbass, A. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., y Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4, CD004687. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub3>
- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., y Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Abbass, A., Kisely, S., y Kroenke, K. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265-274. <https://doi.org/10.1159/000228247>
- Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., Lumley, M. A., Schubiner, H., Allinson, J., Bernier, D., De Meulemeester, C., Kroenke, K., y Kisely, S. (2020). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 363-370. <https://doi.org/10.1159/000507738>
- Álvarez, M., Atienza, G., Avila, M. J., González, A., Guitián, D., y De Las Heras, E. (2023). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto* (2.ª ed.). GuíaSalud. https://doi.org/10.46995/gpc_534
- Cajal, B., Jiménez, R., Gervilla, E., y Montaña, J. J. (2020). Doing a systematic review in health sciences. *Clinica y Salud*, 31(2), 77-83. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a15>
- Chavooshi, B., Mohammadkhani, P., y Dolatshahi, B. (2016). A randomized double-blind controlled trial comparing davanloo intensive short-term dynamic psychotherapy as internet-delivered vs treatment as usual for medically unexplained pain: A 6-month pilot study. *Psychosomatics*, 57(3), 292-300.
- Christian, C., Safran, J. D., y Muran, J. C. (2012). The corrective emotional experience: A relational perspective and critique. En L. G. Castonguay, y C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. (pp. 51-67). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13747-000>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018). *CASP Randomised Controlled Trial Checklist*. <https://casp-uk.net/checklists/casp-rct-randomised-controlled-trial-checklist.pdf>
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of habib davanloo, M.D.* Wiley.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed).
- Fonagy, P. (2014). On individual psychotherapy and the science of psychodynamics by David Malan. *The British Journal of Psychiatry*, 204(4), 282-282. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.130500>
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14(2), 137-150. <https://doi.org/10.1002/wps.20235>
- Health Evidence. (2016). *Quality appraisal tool & dictionary*. https://www.healthevidence.org/documents/our-appraisal-tools/QA_Tool&Dictionary_10Nov16.pdf
- Jensen, M. P., y McFarland, C. A. (1993). Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain*, 55(2), 195-203. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90148-I](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90148-I)
- Kleinstaubner, M., Witthoeft, M., y Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 146-160. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001>
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868. <https://doi.org/10.1516/rfee-lkpn-b7tf-kpdu>
- Leichsenring, F., y Klein, S. (2014). Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(1), 4-32. <https://doi.org/10.1080/02668734.2013.865428>
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S., y Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy—An update: Bambi's alive and kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3). <https://doi.org/10.1159/000376584>
- Lilliengren, P. (2023). A comprehensive overview of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapies. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(2), 117-140. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2197617>
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York (Basic Books). 1984. <https://opus4.kobv.de/opus4-Fromm/frontdoor/index/index/docId/28263>
- Malan, D., y Parker, L. (1995). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. (2 ed.). CRC Press.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz Navarro, R., Medrano, L., Moriana, J. A., Buiza Aguado, C., Jiménez Cabré, G., y González-Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: Una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Sattel, H., Lahmann, C., Guendel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., Ohmann, C., Ronel, J., Sack, M., Sauer, N., Schneider, G., y Henningsen, P. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 60-67. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093526>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2019). *A guideline developer's handbook*. (SIGN publication no. 50). SIGN. <http://www.sign.ac.uk>

- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., y Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient health questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstaeuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M. E., van der Horst, H. E., y van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>
- Ware, J. E., y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.