

EL PRONÓSTICO EN EL PSICOANÁLISIS*

Annemarie Dührssen

EL PRESENTE informe enfocará el problema del pronóstico en el campo del psicoanálisis. A manera de introducción he de decir que tan compleja cuestión debería tratarse siempre bajo dos aspectos totalmente independientes uno del otro:

Por una parte están los puntos de vista *concretos*; y aquí conviene aclarar qué criterios conducen a un pronóstico acertado. Por otra parte, hay que considerar el aspecto *histórico*. Desde un principio los investigadores psicoanalistas se enfrentaron a las cuestiones del diagnóstico y la indicación. Si se hace un estudio retrospectivo se reconocerá que en el curso del desarrollo científico hubo momentos cruciales que determinaron la orientación concreta de la investigación, y no es difícil apreciar que esas etapas de la historia estuvieron íntimamente ligadas a nombres de grandes investigadores.

Como en este congreso tendrán oportunidad de disertar sobre su especialidad, sus experiencias y teorías muchos renombrados científicos, haré del aspecto histórico el tema central de mi disquisición, sin que por ello deje de considerar los puntos de vista concretos.

Empezaré por referirme a las posiciones científicas del Dr. Ernst (conferenciante que me precedió en este congreso). En su libro *Die Prognose der Neurosen*, con mucha razón acuñó Ernst el concepto de que en la psicoterapia —sobre todo en la orientada analíticamente y de larga duración— no sólo es de relevancia que la terapia esté *indicada* por el médico, sino que el hecho mismo de que se lleve *a efecto* es decisivo. En otra parte dice el Dr. Ernst, igualmente con justicia, que muchos de los pacientes que sufren de una enfermedad psíquica se ven agobiados por las exigencias que impone el método de tratamiento psicoanalítico.

Esta comprobación se hacía necesaria principalmente porque el entusiasmo inicial, por demás comprensible, que reinaba en los primeros tiempos del psicoanálisis llevaba a confiar en que esta forma de terapia estaría indicada en la mayor parte de los casos de enfermedades psicógenas, y sus resultados probablemente serían positivos.

En muchos grupos de investigadores dominaba la convicción expresa o tácita de que sólo condiciones sociales y económicas desfavorables podían impedir que un grupo determinado de pacientes obtuviera provecho de un psicoanálisis intensivo.

Pero el psicoanalista que en el periodo histórico *actual* mantenga aún esa posición (lo que no deja de acontecer, aunque tal persona reconozca, en la dis-

* Conferencia dada en el congreso de la *Deutsche Gesellschaft für Tiefenpsychologie und Psychotherapie* (Sociedad alemana de psicología profunda y psicoterapia) y de la *Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie* (Sociedad médica general de psicoterapia); Bad Nauheim, octubre de 1965.

cusión profesional, los límites del procedimiento psicoanalítico) debe de estar enterado demasiado someramente de la literatura psicoanalítica. En este caso, habrá que suponer, también, que no ha leído o no ha entendido lo que Freud mismo dijo del problema del pronóstico y de la indicación.

Quizá será conveniente que cite literalmente lo expresado por Freud hace 63 años, o, para ser más exactos, el 12 de diciembre de 1904 en el *Wiener Medizinische Doktorenkollegium*. En esta ocasión, su disertación tocó el problema de las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento que él había introducido (Freud, "Über Psychotherapie", publicado por primera vez en la *Wiener Medizinische Presse*, núm. 1, 1905).

Dijo, sobre este tema:

1) No se debe omitir, por atender demasiado a la enfermedad, el valor de una persona, y conviene rechazar a pacientes que no posean cierto grado de cultura y un carácter merecedor de confianza. No olvidemos que también hay personas sanas que carecen de valor y que cuando muestran cualquier principio de neurosis con facilidad se propende a culpar a la enfermedad de todo aquello que las incapacita para afrontar la vida. Mi convicción es que la neurosis de ninguna manera convierte al que la padece en un degenerado (*degeneré*), pero sí se encuentra frecuentemente asociada con síntomas de degeneración en el mismo individuo.

Siendo así, la psicoterapia analítica no es un procedimiento adecuado para tratar la degeneración neuropática; por el contrario, encuentra en ella sus límites. Tampoco se aplica a personas que no se sienten impelidas por su dolencia a recurrir a la terapia, y que sólo se someten a ella obedeciendo el mandato de sus parientes. De la cualidad que asegura el éxito del tratamiento psicoanalítico: la posibilidad de educar, ya hablaré desde otro punto de vista.

2) Si se quiere asegurar el éxito del tratamiento, debe reducirse la selección a personas en estado normal, ya que en el proceso psicoanalítico se logra acertar en lo morboso a partir del estado normal. Psicosis, estados de confusión y desazón profunda (quisiera decir tóxica) no son propicios para el psicoanálisis, cuando menos como se practica ahora. Considero muy posible que con un cambio acertado en el procedimiento se podrían vencer estas contraindicaciones y emprender una psicoterapia de las psicosis.

3) La edad de los enfermos juega un papel importante en la selección de las personas que han de someterse a un tratamiento psicoanalítico. A la edad de 50 o más años falta casi siempre, por una parte, la plasticidad de los procesos psíquicos con la que opera la terapia —los ancianos ya no pueden ser educados— y, por otra parte, el material que se sometería a estudio prolongaría la duración del tratamiento indefinidamente. El límite mínimo de la edad, sólo puede determinarse en forma individual; jóvenes aun antes de la pubertad suelen ser muy receptivos a las influencias.

4) No se procederá al psicoanálisis si se trata de una rápida remoción de síntomas inminentes como, por ejemplo, de una anorexia histérica.

Estas manifestaciones de Freud han conservado en lo esencial su validez hasta ahora.



Veremos, más adelante, en qué forma se las ha diferenciado, profundizado y refinado. Con respecto a la edad del paciente, muy pronto Abraham llamó la atención sobre el hecho de que no sólo convenía atender a la edad del paciente sino también a la "edad de la neurosis". Abraham había comprobado que, en determinadas condiciones, también entre personas de una edad mayor de 50 años podían registrarse resultados favorables.

Como quedó dicho, a medida que la ciencia del psicoanálisis hacía progresos, se refinaban los criterios que podían asegurar un pronóstico acertado.

El grupo de cuestiones que se dirigían al pronóstico se fue diferenciando más y más:

Se trazaron límites entre la pregunta acerca del probable desarrollo espontáneo de la enfermedad y la pregunta referente a la viabilidad del tratamiento. Se había reconocido que aun una muy seria merma actual en el estado de salud del paciente no significaba necesariamente que su curación sería muy difícil. Se registró la presencia de *curaciones espontáneas* y se investigaron sus condiciones. También se comprobó la existencia de las llamadas "neurosis de carácter" serias, las que se traducen en un profundo trastorno de la personalidad que no es sentido como tal por el paciente. Se observó que precisamente en tales casos encontraba el psicoanálisis, con frecuencia, sus límites terapéuticos.

En 1946, Alexander se expresa a propósito del problema del pronóstico en su libro *Psychoanalytic Therapie*. Con la claridad y precisión que le son propias dice, en forma condensada, en el capítulo "Indicaciones para la terapia", que ambas formas de pronóstico, la estimación de la viabilidad del tratamiento y la elección de los medios terapéuticos deben basarse en criterios dignos de confianza. Para ello es necesario tomar en cuenta dos grupos de factores:

1) Las aptitudes (innatas y adquiridas) del paciente y las condiciones externas con las que se vio confrontado. Aquí es preciso estimar qué modificaciones son posibles para colocar al paciente en la condición de enfrentarse, con resultados positivos, a la situación exterior. Igualmente es importante considerar la posibilidad de cambiar las condiciones de vida del enfermo y volverlas más tolerables.

A estos "factores externos", que según Alexander son en ocasiones casi inalterables, añade los defectos físicos así como enfermedades físicas crónicas de efecto entorpecedor, e inteligencia baja (lo que no significa que personas de gran inteligencia sean especialmente idóneos para el tratamiento). En un sentido positivo, se trata de valorar los talentos innatos y las aptitudes, y también la formación y los conocimientos.

Alexander cuenta, además, como factores externos las constelaciones desfavorables familiares y de trabajo. La situación vital de una persona, sobre cuyos hombros pesan graves responsabilidades (hijos, miembros de la familia dependientes de ella) es más difícil de transformar que la de una persona cuyo único objeto de preocupación es él mismo.

La edad debe ser tomada en consideración. Sin embargo, afirma Alexander que una edad avanzada no representa una absoluta contraindicación.

2) De mayor peso que los factores externos, determinantes en la vida de

un paciente, son los llamados "factores internos", cuya correcta valoración permite una mejor estimación de la posibilidad del tratamiento.

Alexander hace al lector, en este contexto, dos advertencias de cómo acertar en la estimación de la capacidad de desenvolvimiento o de adaptación de un paciente. Opina que la historia completa de la vida de un paciente debe ser interpretada como un "test de rendimiento". La capacidad de desenvolvimiento y la plasticidad de un individuo se pueden deducir por la manera como se ha enfrentado a situaciones vitales típicas y decisivas (primeras experiencias escolares, pubertad, situación de trabajo, matrimonio, etcétera).

El analista puede estimar las facultades de integración del paciente considerando la capacidad, que mostró en el pasado, de enfrentarse a situaciones críticas y la forma en que trata de resolver la crisis actual en que lo ha situado el tratamiento. Un paciente que ya de niño presentaba dificultades basales (constitucionales o adquiridas en una época temprana de su vida) mostrará, con seguridad, un defecto crónico en su capacidad de desenvolvimiento y será más difícil de tratar que un paciente que ha evidenciado una considerable facultad de adaptación, a pesar de frustraciones pasadas.

Como segunda recomendación para valorar la capacidad de desenvolvimiento de un paciente, nombra Alexander las "interpretaciones de estímulos". Este conocido concepto psicoanalítico es un procedimiento que en manos de un analista experimentado ofrecerá datos fundamentales para la estimación de la viabilidad del tratamiento psicoanalítico.

Entre las manifestaciones de Freud, citadas al principio, a propósito de la indicación y el pronóstico, y las opiniones de Alexander, expuestas en forma condensada, transcurrieron 40 años de desarrollo científico del psicoanálisis. Las experiencias que habían realizado los psicoanalistas con su nuevo instrumento terapéutico habían avanzado entretanto al grado de que les era posible abordar el problema del éxito terapéutico armados de conocimientos y planteamientos cada vez más sutiles. Se indagaban las condiciones en las que se debería dar término a una terapia analítica y si las experiencias existentes bastaban para enunciar, al principio del tratamiento, tesis correctas sobre el posible curso de la terapia.

No es mera coincidencia que en el mismo momento diversos autores hayan formulado consideraciones semejantes acerca del adecuado comienzo de la labor de coleccionar material.

En el año 1949 se celebró, bajo los auspicios de la Sociedad Psicoanalítica británica un simposio sobre los criterios para finalizar un análisis. A este simposio, en el que se presentaron una serie de informes cuya lectura es aún hoy de interés, contribuyó Sylvia Payne con una pequeña conferencia. Dijo en esa ocasión:

Estáramos en mejores condiciones de determinar los criterios para finalizar un análisis si impusiéramos a una forma precisa de exploración. Al principio del tratamiento *fijáramos un pronóstico* y lo compararíamos, después, con el resultado logrado al final del tratamiento.



Los factores que enuncia Sylvia Payne, como parte del pronóstico, tienen semejanza con los datos que exige Alexander:

- 1) El diagnóstico inicial.
- 2) La edad, en la que se manifestaron los síntomas, y la duración de la enfermedad. La historia de la infancia, siempre y cuando se averigüe sin aplicar un cuestionario.
- 3) En el caso de neurosis de carácter, la existencia o falta de fracasos o éxitos del mismo tipo. Esta observación ayudaría a valorar la formación del carácter neurótico.

4) La particularidad de los influjos provenientes del medio circundante, sobre todo si son inusualmente desfavorables o propicios. Además, debe estimarse cuán probable es la transformación del medio a favor del paciente.

Como quedó dicho, visto históricamente, no es una casualidad que en el mismo año en que una analista inglesa hacía esta proposición, en el *Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen* (Instituto central de enfermedades psicógenas) el mismo proyecto, sugerido por Schultz-Hencke, encontraba su realización.

Había llegado el momento del desarrollo de un programa de trabajo semejante.

Hacia el final de mis consideraciones mencionaré algunos detalles de los resultados de estas exploraciones a largo plazo y mantenidas en forma constante. Antes quiero señalar que por la misma época en la que el grupo hacía el intento de examinar los criterios para distinguir casos susceptibles de tratamiento y casos contrarios, aparecía el libro de Glover sobre *La técnica del psicoanálisis* (1ª ed. 1950). En esta obra se discute con prolijidad el tema de la indicación y el pronóstico.

No podré, esta vez, referir en detalle las disquisiciones de Glover, tan interesantes para el lector. En el capítulo: "La lista de pacientes del analista" distingue Glover tres grupos de pacientes:

- 1) Casos susceptibles de tratamiento.
- 2) Casos más o menos susceptibles de tratamiento.
- 3) Casos no susceptibles de tratamiento.

Las manifestaciones de Glover a propósito de los problemas psicodinámicos, que hacen que la situación patológica del paciente sea susceptible de tratamiento o no, dan testimonio de un alto grado de conocimiento empírico.

Hay en Glover, además, un notable entusiasmo didáctico. Su temperamento lo lleva a proteger a sus colegas más jóvenes de que les sean encomendados para su terapia pacientes más o menos incurables. Glover dice, no sin una mezcla de amarga ironía:

"Infortunadamente hemos de comprobar que la *praxis* de la mayoría de los 'neófitos' analíticos se edifica en las condiciones menos favorables, condiciones que son determinadas esencialmente por casos fortuitos. A los colegas jóvenes les son remitidos los casos de colegas mayores cuyas ideas sobre el pronóstico y cuyos métodos de elección varían mucho. Por norma general se muestran dichosos cuando encuentran entre los jóvenes quien los sustituya en el trata-

miento. El resultado es que la lista de pacientes del principiante es una selva analítica... Y en verdad, no podemos subrayar demasiado la necesidad de que el analista principiante seleccione sus casos de acuerdo con la viabilidad del tratamiento, si es posible, y no guiándose por su rendimiento económico."

Glover opina con firmeza que no puede presentarse otra cosa que una desilusión cuando al joven analista le son encomendados los casos en la forma descrita y cuando no se obliga, desde un principio, a estimar correctamente la susceptibilidad de tratamiento de una enfermedad.

Casi al mismo tiempo —un año más tarde, para ser más exactos— apareció el libro de Schultz-Hencke, *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*, en el que discute desde perspectivas algo distintas a las de Glover los criterios más esenciales para un pronóstico. De acuerdo con su teoría de las neurosis distingue Schultz-Hencke entre la significación de las inhibiciones y los fenómenos secundarios, y recomienda estimar en cada caso dónde y en qué terreno podrían yacer los impedimentos más graves para una solución de los problemas. En conexión con esto pone énfasis en la posibilidad de que bajo los llamados fenómenos secundarios se encuentren fijaciones ideológicas características, con cuya ayuda son racionalizadas las perturbaciones neuróticas primarias. Esta racionalización es, como ha enseñado la experiencia, en extremo difícil de disolver.

Por supuesto, todos los intentos, los diversos criterios que contribuyen a la formación de un juicio pronóstico son multiformes y ricos en contenido. El investigador reúne siempre en su juicio concluyente una plétora de variables de naturaleza distinta de las cuales sólo puede fijar, en el informe escrito, una abstracción relativamente condensada.

Qué tan lejos puede llegarse con este procedimiento —aun cuando en relación con la multiplicidad de la experiencia humana parezca rudo y tosco—, de ello podré hablar al final de mi exposición.

Interrumpidamente, el grupo de investigación berlinés del *Institut für psychogene Erkrankungen* ha sentado a través de los años sus pronósticos, emprendido reconocimientos posteriores y, finalmente, el colega Jorswieck y yo descubrimos un método con ayuda del cual se puede lograr una revisión confiable estadísticamente del pronóstico inicial y del resultado terapéutico.

En otra ocasión hablaré más explícitamente al respecto.

Hoy no quisiera omitir, haciendo justicia a la integridad histórica, el llamar la atención sobre un proyecto de investigación que se inició en 1965 en la Clínica Meininger. Dicho proyecto se ha impuesto muy variadas tareas, entre otras la comparación de diversos métodos de tratamiento. Esto, no con la intención de ponderar una con otra las oportunidades de éxito terapéutico de las distintas formas de tratamiento sino más bien con el fin de observar los cambios que se efectúan de acuerdo con los procedimientos terapéuticos empleados.

También en este caso he de renunciar a describir en todos sus detalles y diferenciación este proyecto. Los autores corresponsables, Helen Sargent, Wallerstein, Robbins y otros, han expuesto en varias publicaciones su concepto del programa científico. Esta exposición incluía una definición exacta de los diver-



Los procedimientos terapéuticos y en ella se hicieron resaltar términos como "psicoanálisis", "psicoterapia expresiva", "counseling" y "terapia de apoyo".

Interesará, seguramente, saber lo que los autores informaron respecto a los procedimientos empleados:

De 225 pacientes, que se encuentran bajo tratamiento psicoterapéutico simultáneamente, rara vez más de 60 son sometidos a un psicoanálisis. Esto significa que en una clínica, en la que el tratamiento psicoanalítico de enfermos es su tarea central, sólo una cuarta parte de los pacientes es objeto del método de tratamiento psicoanalítico. Para el programa de investigación como tal, resultó que considerando los más variables factores externos no pudieron encontrarse más de 21 pacientes que estuvieran en tratamiento psicoanalítico y que pudieran utilizarse a título de comparación con otros tantos pacientes sometidos a otra forma de psicoterapia.

Esto sólo como comentario al margen. Para mi exposición de hoy es importante saber que este grupo de investigadores se preocupó con gran intensidad de fijar y examinar las más diversas formas de pronósticos a propósito del curso del tratamiento.

Los pronósticos se refirieron a diferentes cuestiones: en lo esencial se trataba de investigar los problemas de la aminoración de síntomas, las posibles transformaciones en la estructura del carácter, las probables formas de reacciones de transferencia y los probables cambios en la vida del paciente.

En este inteligente estudio se consideran, en primer lugar, las variables referentes a los pacientes y, en segundo lugar, las variables que conllevan las distintas formas de terapia. En tercer término se investigan las variables que se relacionan con el terapeuta mismo y, finalmente, se registran las "variables de la situación". En este trabajo encontramos una profusión de manifestaciones que merecerían discutirse detalladamente.

Me limitaré, sin embargo, a informar en parte sobre lo que en 1956 dijeron los autores acerca de las llamadas "variables de pacientes". Se trata de una determinada agrupación de factores psicodinámicos cuya particularidad es importante para el juicio pronóstico. Los autores Wallerstein y Robbins, que se firman responsables de este capítulo, ordenaron ocho grupos y 28 subgrupos.

Los ocho grupos rezan como sigue:

1. Sexo y edad.
2. Angustia y sintomática.
3. La particularidad de los conflictos.
4. Factores del Yo (y mecanismos de defensa).
5. Capacidades.
6. Factores motivacionales.
7. Relaciones personales.
8. Factores de la realidad.

Son interesantes sobremanera los 28 factores considerados por los investigadores como "subgrupos".

Otro hecho más me parece de importancia:

El grupo de investigadores sentó para los pacientes sometidos a examen los llamados "perfiles del paciente", con cuya ayuda buscaban caracterizar aritméticamente la particularidad de la estructura dinámica. En estos perfiles ocuparon un lugar prominente los siguientes factores:

1. Tolerancia de angustia.
2. La cualidad de las relaciones interpersonales.
3. El nivel de desarrollo psicosexual.
4. Potencia del Yo.
5. Comprensión.
6. Motivación.
7. La forma de los mecanismos de defensa.
8. El menoscabo del medio ambiente por causa de la enfermedad.
9. Externalización (significa la ectopia de la problemática y del conflicto en condiciones aparentemente fatales).

Las distintas variables fueron clasificadas por los autores en las llamadas variables positivas (aquellos factores que anuncian una salud relativa y una buena disposición al tratamiento) y las variables negativas.

Resultó de este examen (que por cierto sólo fue llevado a cabo en un grupo reducido de pacientes), que la mayoría de aquellos para los que se había previsto una forma de terapia no analítica presentaban un "perfil" *menos favorable* que los pacientes para los que se había propuesto un psicoanálisis en el sentido corriente.

Este hecho sería conforme con la comprobación de Freud de que una cierta medida de potencia del Yo, lealtad en el carácter y la falta de estados de desajuste tóxico son presupuestos de una verificación feliz del psicoanálisis.

Resumiendo, citan los autores, además de los hallazgos mencionados, a Gill, quien en 1951 dijo a propósito de la "psicología del Yo" y la "psicoterapia" que el psicoanálisis es sin lugar a duda el método elegido para un grupo medio de pacientes, cuyo Yo se encuentre tan dañado que sea necesario una terapia intensiva, pero que sin embargo se haya mantenido tan fuerte que pueda oponer resistencia a otras cargas.

Creo que, en todo caso, debe centrarse la atención sobre el hecho de que aquí los diversos investigadores han comprobado que el método psicoanalítico modelo presupone siempre una cierta medida de estabilidad de la personalidad y que, no siendo así, para decirlo con Ernst, al paciente se le exige demasiado si se aplica este método.

Tratándose de enfermos tales se hace necesaria una modificación del método. Y si concedemos nuestra atención al método de investigación de la clínica Menninger, veremos que estas modificaciones son indispensables con tanta frecuencia que el número de pacientes que deben tratarse psicoanalíticamente significa sólo una cuarta parte del total de pacientes.

Para finalizar quiero aún hacer referencia a los resultados de la investigación realizada por mi propio grupo en Berlín, resultados obtenidos a lo largo de un constante trabajo conjunto de todos los participantes.



Mis primeras publicaciones acerca de la supervisión de los juicios pronósticos de pacientes vieron la luz en 1951. Ciertamente fueron necesarios muchos años de labor para tener suficiente material de pacientes. Con base en este material pudieron compararse el pronóstico inicial, el resultado al finalizar el tratamiento y el resultado del examen cinco años después de terminado el tratamiento. Sobre estos resultados he informado en un congreso anterior y desde hace tiempo fueron publicados en la *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*.

Para el tema de hoy, es importante coleccionar de estas investigaciones la posibilidad de un análisis estadístico de la conexión entre la estimación del pronóstico y el resultado terapéutico verificado más tarde (catamensis).

Estos análisis estadísticos fueron efectuados en diversas formas. Una vez se calculó la conexión entre la estimación del pronóstico y el resultado terapéutico según el método *Treffer*. El resultado fue un valor *Treff* de 5.7 (se calcula que con un valor *T* de 6 se asegura una conexión).

Independientemente de este cálculo se hizo un análisis estadístico siguiendo la correlación de características cuantitativas. Así se pudo calcular un coeficiente de correlación de 0.77. En este caso basta un coeficiente de 0.50 para establecer una conexión entre las series de características.

Esta primera gran investigación, de la que proviene el cómputo estadístico mencionado, reveló un nuevo hallazgo que llevaría a mi colega Jorswick y a mí, a realizar un estudio científico adicional.

La meta de este trabajo era hacer participar en el examen a grupos controles para poder establecer una comparación entre pacientes tratados y no tratados.

El principio de la investigación fue el siguiente: elegimos un grupo con ayuda de las tarjetas de registro de la Casa de asegurados. Hicimos un recuento de los días que permanecieron internados, 5 años antes de la terapia y 5 años después de su terminación.

Realizamos la misma investigación con un grupo de pacientes registrados en la llamada "lista de espera", que no había podido someterse a la terapia por falta de lugar. Ambos grupos de control fueron seleccionados de tal manera que no incluyeran pronósticos de pacientes, de la lista de espera, que se hubieran modificado desfavorablemente.

Finalmente se efectuó una investigación análoga en un *tercer grupo*. Éste se constituyó a discreción e incluía asegurados de la *Allgemeinen Ortskrankenkasse* (Caja de seguridad pública) de Berlín, que no habían tenido ningún contacto con el *Institut für psychogene Erkrankungen* (Instituto de enfermedades psicógenas). De este grupo recopilamos los mismos datos relativos a su internación. El objeto era comprobar si los pacientes recibían tratamiento en el hospital con una frecuencia mayor o igual que nuestros pacientes.

No quiero entrar en detalles sobre el método de investigación. Este trabajo ya fue publicado en la Revista *Nervenarzt*.

Al hacer el cómputo empleamos la habitual comprobación estadística hipotética de promedios de "ejemplares" independientes y los comparamos en cada caso con la distribución *t* al nivel del 1 %.

Encontramos, primero, que el grupo de pacientes tratados, en comparación con los que estaban en espera de tratamiento, no presentaban diferencias significativas con respecto al número de días de internación *per capita* y año. Por el contrario, las estadías en el hospital eran en ambos grupos de pacientes más frecuentes que en el grupo de asegurados de la AOK. Esta diferencia es estadísticamente significativa. Indica que los pacientes sometidos a tratamiento en nuestro Instituto o que esperaban ser tratados, no eran de ninguna manera "casos de poca monta".

También se pudo comprobar que el grupo de pacientes tratados manifestaba una aminoración estadísticamente significativa de los ingresos en el hospital, *per capita* y año, después de la terapia.

En el grupo de los pacientes en espera de tratamiento *no* se presentó esta disminución. Por lo tanto, habría que poner en tela de juicio la opinión tan frecuentemente expresada de que las enfermedades neuróticas se curan en forma espontánea si se deja transcurrir suficiente tiempo después del primer padecimiento. Suponemos, con Ernst, que un grupo determinado de pacientes-élite encuentra, a pesar de su neurosis, alguna forma de equilibrio vital; sin embargo podemos afirmar con base en estos hallazgos que la duración del bienestar y del rendimiento de trabajo profesional es evidente en el caso de los pacientes no sometidos a tratamiento, si establecemos una comparación con los pacientes tratados.

El éxito de una psicoterapia analítica llevada a cabo adecuadamente no debe ser subestimado. En la investigación que realizamos fue especialmente interesante la comparación establecida entre el grupo de los pacientes tratados, 5 años después de la terapia, y los miembros de la AOK. Aquí se vio que el *grupo de pacientes tratados* fue enviado al hospital con menor frecuencia que el promedio de miembros asegurados. En oposición a esto, los neuróticos no sometidos a tratamiento ofrecieron un valor *promedio más alto*, estadísticamente significativo, de ingresos en el hospital, aun 5 años después de la anamnesis, en comparación con los asegurados de la AOK.

De esta investigación puede deducirse lo siguiente con relación al tema que hoy nos interesa:

Primero, evidentemente, es posible, por principio, hacer una afirmación relativamente segura sobre el probable curso del tratamiento y su resultado. A esta convicción han llegado los analistas de diferentes grupos de investigación, y los criterios a los que se refieren son muy semejantes entre sí. En términos generales, existe un acuerdo en que para aplicar el psicoanálisis, en el sentido clásico, conviene seleccionar un "grupo medio"; y que se ha de variar el método analítico según que los defectos de la personalidad hayan rebasado un límite determinado o que se presenten determinadas cualidades.

Sea como fuere, téngase presente que también en casos que se tienen por inadecuados para el tratamiento, el método psicoanalítico significa ocasionalmente el último recurso, y que debe intentarse sin confiar mucho en el éxito del tratamiento. Al resultado negativo de un tratamiento efectuado en tales condiciones lo llama Glover "un honroso fracaso".

Por lo demás, las investigaciones han comprobado hasta el momento que se trata en el psicoanálisis de un instrumento terapéutico específico, el cual con una acertada indicación y una aplicación correcta puede significar para el grupo conveniente a este tratamiento una mejoría considerable del estado de salud y del rendimiento profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, F., *Psychoanalytic Therapies*. The Ronald Press Co., Nueva York, 1946.
- Dührssen, Annemarie, "Die Überprüfung prognostischer Urteile bei psychogenen Erkrankungen". *Z. Psychother. und Psychol.*, 2, 1952, pp. 174-186.
- Ídem, "Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie". *Z. Psychosom. Med.*, 3, 1957, pp. 201-210.
- Ídem, "Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie". *Z. Psychosom. Med.*, 8, 1962, pp. 94-113.
- Dührssen, A. y E. Jorswieck, "Eine empirische-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung". *Nervenarzt*, 35, 1965, pp. 166-169.
- Ernst, K., *Zur Prognose der Neurosen*. Springer Verlag, Berlín, Gotinga, Heidelberg, 1959.
- Freud S., "Über Psychotherapie". *Gesammelte Werke*, tomo X, vol. 5, Imago Publishing, Londres, 1949, pp. 13-26.
- Glover, E., *The Technique of Psychoanalysis*. International Universities Press, Nueva York.
- Payne, Sylvia, "Short Communication on Criteria for Terminating Analysis". *Int. Journal of Psychoanalysis*, vol. XXXI, p. 205.
- Schultz-Hencke, H., *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Georg Thieme, Stuttgart, 1951.
- Wallerstein, R. S., Lewis Robbins, Helen Sargent y Lester Luborsky, "Psychotherapy research project of the Menninger Foundation". *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 20, núm. 5, 1956, pp. 221-280.

LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN FRANCIA

Henry Ey

EN FRANCIA se han producido tres revoluciones en cuestión de asistencia psiquiátrica.

La primera, que coincidió con la Revolución Francesa y el primer gesto de Pinel, definió al alienado como a un enfermo que había que sacar de las prisiones para situarle en condiciones de higiene, cuidados y protección, es decir, en asilos de alienados. De aquí el estatuto de internación y la creación de los asilos de alienados, uno por cada Departamento (aproximadamente unos 60 hacia el final del siglo XIX).

La segunda revolución se debió a Edouard Toulouse, en 1922, momento en que organizó un servicio de cura libre en el Asilo de Santa Ana, centro de la psiquiatría francesa. Desde entonces casi todos los asilos admitieron en su recinto gran cantidad de enfermos no internados, lo que transformó la fisionomía de estos hospitales y planteó problemas considerables de orden médico, administrativo y jurídico.

Por último, la tercera revolución ocurrió después de la Liberación, en 1945. La nueva generación de psiquiatras de esta época, a la que pertenezco y que hacia 1950 se hallaba en su plena madurez, emprendió un inmenso trabajo de reflexión y se lanzó a una empresa que habría de desembocar en *el hospital psiquiátrico*. La doctrina y las realizaciones establecidas tienden, en efecto, a reducir la distancia entre la psiquiatría y la medicina, a llenar el foso que se había excavado entre los "asilos" y los "hospitales" y a imaginar nuevas insti-

CUADRO 1. *Movimiento de población de los hospitales psiquiátricos desde 1900 hasta 1962*

Año	Población actual	Ingresos	Porcentajes de altas en relación con los enfermos antiguos y recientemente ingresados
1900	64 977	19 272	8.1
1910	74 173	21 039	8.4
1920	74 783	23 745	10.2
1930	75 580	28 000	10.1
1940	110 188	32 952	12.17
1945	64 641	—	—
1952	97 754	49 305	27.6
1954	105 036	56 531	31.7
1958	111 211	74 684	39.2
1960	114 477	85 501	39
1962	115 575	102 003	43.7