



Revista Argentina de Clínica Psicológica

ISSN: 0327-6716

racp@aigle.org.ar

Fundación Aiglé
Argentina

Florenzano, Ramón; Leiva, Pamela; Riquelme, Raúl; Möller, Francisca; Calderón, Ana
Evaluación Naturalística del Efecto de Terapias Psicoanalíticamente Orientadas y Terapias Cognitivas
en un Hospital General Público en Santiago de Chile

Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XIX, núm. 2, agosto, 2010, pp. 131-140

Fundación Aiglé
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921801003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

EVALUACIÓN NATURALÍSTICA DEL EFECTO DE TERAPIAS PSICOANALÍTICAMENTE ORIENTADAS Y TERAPIAS COGNITIVAS EN UN HOSPITAL GENERAL PÚBLICO EN SANTIAGO DE CHILE¹

Ramón Florenzano,
Pamela Leiva,
Raúl Riquelme,
Francisca Möller
y Ana Calderón*

Resumen

En Chile existen pocos estudios comparativos sobre la efectividad y eficiencia de las psicoterapias psicoanalíticas, por lo que aquí revisamos resultados de la aplicación rutinaria del OQ 45.2 de Lambert et. al. en un servicio de psiquiatría pública en Santiago. Encontramos descensos de puntajes globales y de las subescalas desde el pre-test (M1) hasta los post-test precoz (M2) y tardío (M3). Este descenso fue mayor en la Unidad de Trastornos de Personalidad UTP (n=37), de orientación psicoanalítica, que en la de Terapia Cognitiva (n=37). Si bien en ambas hubo cambio clínicamente significativo en la primera el descenso fue mayor. El principal problema en ambos grupos fue la adherencia. En esta comparación encontramos buena efectividad y eficiencia de terapias psicoanalíticas en un servicio público en Chile.

Palabras clave: resultados, terapias psicodinámicas, evaluación, terapias cognitivas.

Key words: outcome, psychodynamic therapies, measurement, cognitive therapies.

Introducción

La pregunta por la evaluación de la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos de los enfermos mentales, o de los pacientes que presentan trastornos de personalidad es antigua. Sólo en las últimas décadas se ha comenzado a recolectar evidencia que evalúa sistemáticamente los resultados de tratamientos analíticamente orientados, tanto en centros universitarios especializados, como en lugares en los cuales se practican tratamientos en forma masiva, tales como los servicios públicos de salud mental.

Actualmente, la evidencia de que el psicoanálisis y las psicoterapias de él derivadas, ayudan a los

usuarios, ya no es un tema de debate: numerosos estudios meta-analíticos así lo han probado (Richardson, 2003). El tema se centra hoy en la búsqueda de intervenciones más costo-efectivas y costo-eficientes. Desde el punto de vista de los pacientes, aquellos con malestar moderado a severo hacen una inversión importante de su tiempo y recursos personales en terapia, por lo que tienen derecho a saber si estos procedimientos son seguros y efectivos. Desde el punto de vista de políticas públicas, siendo desigual el acceso a estas intervenciones, es necesario hacer provisiones para que quienes las necesiten tengan la posibilidad de acceder a ellas.

La psicoterapia en los sistemas públicos representa también una inversión importante de recursos, por lo que sería un dispendio de fondos estatales, si no se administran cuidadosamente. Las psicoterapias, además, representan todavía una intervención marginal en los servicios de salud, por lo que deben

* Ramón Florenzano, Pamela Leiva, Raúl Riquelme, Francisca Möller y Ana Calderón: Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador y Facultad de Psicología. Universidad del Desarrollo
E-Mail: rflorenzano@gmail.com
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XIX p.p. 131-140
© 2010 Fundación AIGLÉ.

ser evaluadas para que se utilicen en forma más frecuente, una vez demostrada su eficacia y efectividad. Otro tema que ha surgido en la discusión es el de la iatrogenia: así como hay evidencia de que las terapias son efectivas, también existe posibilidad de que los pacientes se puedan deteriorar si son aplicadas en forma inapropiada o por terapeutas incompetentes.

La metodología habitualmente utilizada para decidir acerca de cuáles son los tratamientos más efectivos, es la de ensayos clínicos controlados (RCT's), que consisten en tratamientos ofrecidos por terapeutas seleccionados y supervisados a pacientes seleccionados con un trastorno específico. Aún en estos estudios, entre el 35 y 40% de los pacientes no experimentan beneficio y entre un 5 y 10% se deterioran, como lo han mostrado Hansen, Lambert y Forman (Hansen, 2002). Barkham y Mellor-Clark (Barkham, 2000) se han referido a la necesidad de avanzar desde estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos a otros sobre su efectividad. Esto es, consideran que la eficacia de las psicoterapias está probada de acuerdo a la evidencia de la literatura, entendiendo como estudios de eficacia aquellos realizados en centros generalmente académicos, con pacientes seleccionados y criterios precisos de inclusión y exclusión, con terapeutas acreditados, con terapias manualizadas. Estos estudios han mostrado que las terapias son eficaces en comparación a los casos controles o no tratados. El paso siguiente es medir efectividad, entendiendo por ésta las intervenciones realizadas en servicios públicos donde los pacientes llegan por canales rutinarios de derivación, y son tratados por terapeutas con una carga asistencial importante, que deciden de acuerdo a su experiencia acerca de cómo intervenir, que tratan a pacientes heterogéneos en sus características personales y diagnósticos y motivos de consulta. Shadish et al (Shadish, 1997) analizaron 1087 estudios de resultados de psicoterapias, encontrando un tamaño del efecto de 0.69 en promedio en los estudios de eficacia, que bajaba a 0.57 en los de eficiencia, o sea de tipo naturalístico. Este tamaño del efecto no es menor: implica que el caso promedio tratado con psicoterapia está mejor que el 70% de los casos controles. Glenis Parry (Parry, 2000) ha señalado como los RCTs son el método central de las aproximaciones basadas en la evidencia, ofreciendo la mejor respuesta a las preguntas acerca del resultado (más que sobre el proceso) de los tratamientos y también acerca de su efectividad (más que sobre la eficiencia). El paso siguiente para demostrar eficiencia, es el de estudios naturalísticos: la determinación de rutina de los resultados de intervenciones psicoterapéuticas, paso que Michael Lambert (Lambert, 2007) ha propuesto como necesario para contestar algunos de los anteriores

En nuestro medio, hemos utilizado el mismo instrumento utilizado por Lambert, el Outcome Questionnaire en su versión validada en Chile por Von Bergen y De la Parra (Von Bergen, 2002) para medir rutinariamente la evolución de los pacientes tratados en un servicio hospitalario público, el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS) (Florenzano, 2001). Este tipo de estudio se centra en los resultados de la psicoterapia, utilizando la terminología de estudio de la estructura, de los procesos y de los resultados. La estructura se refiere al contexto en el cual se entregan las intervenciones e incluye las características de la población de pacientes, de la comunidad, los proveedores y la organización de los servicios; los procesos se refieren a aquello que sucede entre usuario y proveedor, incluyendo elementos técnicos y de la calidad de la alianza terapéutica; los resultados se refieren al desenlace (outcome) de la intervención, e incluyen cambios en síntomas, estado funcional, satisfacción de usuarios, expectativa de vida e indicadores económicos. Aquí es donde términos tales como eficacia y eficiencia, así como la determinación de costos adquiere relevancia.

Un problema frecuente en la medición de resultados es el elevado porcentaje de pacientes que abandona las terapias, lo cual hace que frecuentemente las mediciones secuenciales se apliquen a menos casos de los ingresados a los estudios. En un trabajo anterior (Cobos, 2008) presentamos los resultados de la evaluación rutinaria y sistemática, con foco en tres aspectos específicos: la atrición de las muestras estudiadas, los resultados que miden la variación promedio de las escalas y sub-escalas del OQ 45.2, y el cálculo de la significación clínica utilizando el método propuesto por Jacobson y Truax (Von Bergen, 2002). Estos autores han propuesto un modo de análisis, que conjuga el cambio estadísticamente confiable con la significación clínica.

En el trabajo anteriormente mencionado, al medir los porcentajes de permanencia en tratamiento y de atrición o abandono de mediciones, analizamos el total de ingresos a dos unidades de orientación psicoanalítica (Trastornos de Personalidad e Intervención en Crisis) así como a otra de orientación cognitiva, la de Trastornos Ansiosos, determinándose el total de los que recibieron una medición inicial (M1) al ingresar al SPHDS. Recibieron mediciones estando en terapia avanzada, un porcentaje menor de casos; en la tercera medición (M3), que corresponden a los que se mantenían en tratamiento ambulatorio más de 60 días después de su ingreso, solo un 6,7% de los pacientes de la Unidad de Trastornos de Personalidad, con porcentajes algo mayores para la unidad de Crisis (14,1%) y de la UTAC (18,3%).

El objetivo de este trabajo consiste en que, utilizando la metodología cuantitativa antes detallada

poder analizar los resultados de la medición cuantitativa sistemática y rutinaria de los tratamientos psicoterapéuticos con el objeto de mejorar las tasas de retención, y comparar dos marcos referenciales diferentes (psicoanalítico y cognitivo conductual) en la predicción de resultados de los tratamientos.

Metodología

El Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS) es la unidad terciaria de derivación y hospitalización para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, que atiende una población de más de 400000 beneficiarios en la Región Metropolitana de Santiago de Chile; sus pacientes llegan o bien desde la red de atención primaria y secundaria (conformados por Centros Comunitarios de Salud Mental o Centros Comunitarios de Salud Familiar) o bien desde otros servicios clínicos del hospital general (dentro de los cuales un porcentaje importante vienen del Servicio de Urgencia). El SPHDS brinda más de 36000 atenciones anuales, hospitalizando un promedio de 400 pacientes anuales e ingresando más de 2000 casos nuevos por año a través de su unidad de triage. Cuenta con un hospital diurno, y su consultorio adosado tiene una variedad de unidades de tratamientos especializados (intervención en crisis, trastornos afectivos, trastornos ansiosos, farmacodependencias, terapia cognitivo conductual, y trastornos de personalidad).

La Unidad de Trastornos de personalidad (UTP) atiende pacientes admitidos ambulatoriamente desde Triage con ese diagnóstico, y tiene una orientación psicoanalítica, siendo dirigida por uno de los co-autores, psicoanalista entrenado en la Asociación Psicoanalítica Chilena, filial de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Sus miembros reciben supervisiones semanales y varios tienen entrenamiento de postítulo. La Unidad de Tratamientos Cognitivos (UTAC) atiende preferentemente pacientes con Trastornos Ansiosos. Para este trabajo, se seleccionaron de la base de datos de esa Unidad aquellos pacientes que tenían un diagnóstico de Eje II según el DSM:- IV-TR. Los 38 casos fueron comparados con 38 casos de los pacientes tratados durante el año 2008 en la UTP. Los datos fueron ingresados en una base de datos Excel de acuerdo al sistema de monitoreo de rutina descrito en otros trabajos (REF), tras pasados al paquete estadístico SPSS 15.0 para su análisis.

El Outcome Questionnaire es un instrumento breve, cuyas 45 preguntas se aplican en 5 a 10 minutos, que mide cambio entre una y otra aplicación, constituyendo además una medida de criterio para clasificar al paciente en categorías de resultados (mejoría, no cambio o deterioro) después de una te-

funcionamiento: síntomas de alteración emocional (especialmente depresión, ansiedad y somatización, relaciones interpersonales y desempeño de rol social, así como calidad de vida (aspectos positivos y satisfacción vital). Su análisis factorial confirmó la presencia de las tres primeras sub-escalas, pero también encontró un factor general de salud mental determinado por el puntaje global. En definitiva, sus autores han acopiado información que muestra que este instrumento permite medir el cambio terapéutico (en contraste con los procedimientos habituales que subrayan el valor del diagnóstico para la planificación del tratamiento). Los estudios muestran que el cambio se produce en forma diversa: los síntomas y el rol social mejoran antes que las relaciones interpersonales. La consistencia interna del OQ 45 en múltiples estudios es consistentemente alta ($\alpha=.93$) y la confiabilidad test-retest típicamente encuentra valores de .84. Su validez concurrente ha sido demostrada con otras escalas como la SSCL 90 de Hopkins, el inventario de depresión de Beck, y en una variedad de países (México, Chile, Puerto Rico, Alemania, Holanda e Italia). Los Puntajes de Corte (PC) establecidos para la población chilena, es decir aquellos que diferencian una población funcional de una disfuncional son los que mencionamos a continuación, tanto para la escala total, como para cada una de sus subescalas. El puntaje de corte para la escala global es de 73 puntos, mientras que los para la escala de síntomas, de relaciones interpersonales y de rol social son 43, 16 y 14 respectivamente.

El Índice de Cambio Confiable (ICC), se refiere a la diferencia entre el puntaje inicial y final que indica que el cambio terapéutico es significativo (al exceder el error muestral de medición), tanto para el Cuestionario Global como para cada una de sus áreas. Los puntajes de ICC en la adaptación chilena antes aludida son para la escala global 17 puntos, para sintomatología 12, para relaciones interpersonales 9 y rol social, 8.

En este trabajo, administramos sistemáticamente el OQ 45.2 de Lambert a pacientes consultantes en un servicio clínico de psiquiatría en un hospital general, en tres oportunidades, para determinar:

a) variación en los promedios y DS de los puntajes globales y por sub-escala del cuestionario.

b) mejoría, cambio o deterioro según método de Jacobson y Truax

Esto se aplicó en un trabajo anterior a las unidades mayores (hospitalización y ambulatoria) (Correa, 2006) y en este a dos unidades de tratamiento especializadas que atienden pacientes con trastornos de personalidad: la unidad de trastornos de personalidad (UTDP), y de Tratamientos Cognitivo Conductuales (UTAC), la primera, y la segunda que utilizan técnicas cognitivas. Tal como se describe en

mento se administró al ingresar los pacientes para ser evaluados; la segunda (M2), entre 30 a 60 días de estar en terapia, y la tercera (M3) entre 30 y 90 días después de la segunda aplicación. Los terapeutas fueron psicólogos clínicos acreditados, o bien estudiantes de psicología en su pasantía hospitalaria, supervisados por los antedichos psicólogos, funcionarios del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador.

Resultados

Las características socio-demográficas de los grupos se comparan en las tablas 1 y 2. En cuanto a género, un 78,4% de los casos eran mujeres, y un 21,6% hombres, con una mayor concentración de los casos masculinos en la UTAC. Las diferencias entre

los grupos comparados por género eran estadísticamente significativas ($p < 0,02$).

En cuanto a edad, la tabla 2 muestra que los promedios de ambos grupos no difieren estadísticamente, con una media total para el grupo de 35,4 años (DS 11,2). La prueba de Levene para igualdad de varianzas no fue estadísticamente significativa.

Al analizar las variaciones promedio de los puntajes globales en el OQ 45.2 (Tabla 3), se puede constatar que en las dos unidades estos disminuyeron ya en la segunda medición, y aún más en la tercera en el caso de la UTP. En el caso de la UTAC, el promedio de las mediciones bajó desde 110,3 en M1 a 91,67 en M3. Sin embargo, hay que señalar el bajo número de casos que llegaron a esa medición ($n=6$), cifra que muestra una mayor atrición en la segunda unidad.

Tabla 1. Distribución por sexo, 74 pacientes tratados en Unidad de Trastornos de Personalidad ($n=37$) y de Tratamientos Cognitivos (UTAC) del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, 2008

		UNIDAD DE TRATAMIENTO		TOTAL
		UTAC	UTDP	
Mujeres	Recuento	25	33	58
	% de SEXO	43,1%	56,9%	78,4%
Hombres	Recuento	12	4	16
	% de SEXO	75,0%	25,0%	21,6%
Total	Recuento	37	37	74
	% de SEXO	50,0%	50,0%	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson = 5,103, 1 gl, $p < 0,024$

Tabla 2. Distribución por edad, 70 pacientes tratados en Unidad de Trastornos de Personalidad ($n=36$) y de Tratamientos Cognitivos (UTAC) ($N=34$) del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, 2008

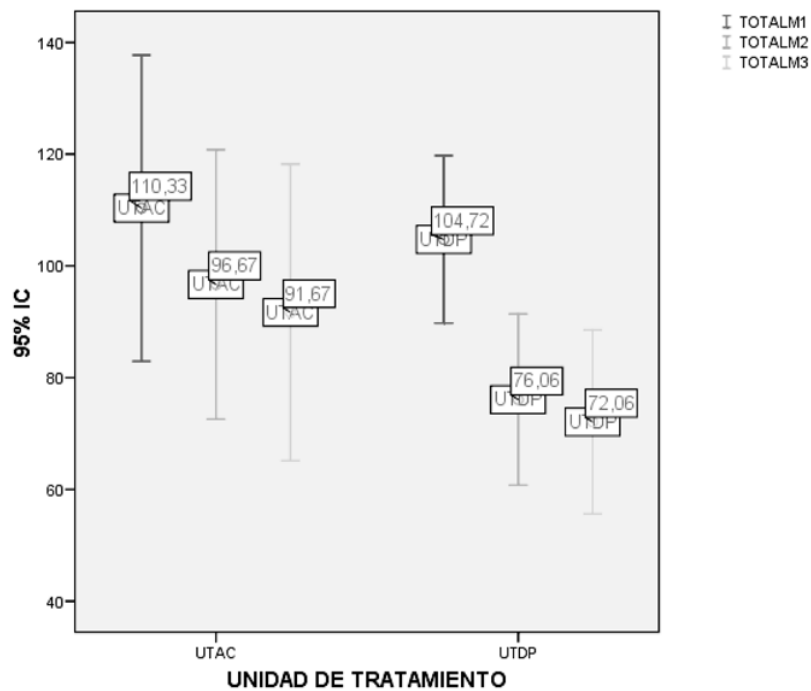
UNIDAD DE TRATAMIENTO	N	Media	Desv. St,
UTAC	34	37,29	11,493
UTP	36	33,67	10,949
Total	70	35,43	11,284

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia Superior Inferior	
Se han asumido varianzas iguales	0,065	0,800	-1,352	68	0,181	-3,627	2,682	-8,980	1,725
No se han asumido varianzas iguales			-1,350	67	0,181	-3,627	2,686	-8,080	1,724

Tabla 3. Tabla 3: Puntajes globales promedio, DS en pacientes de unidades de trastornos personalidad y UTAC, SPHDS, 2008

	UNIDAD DE TRATAMIENTO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TOTALM ₁	UTDP	32	104,7	28,607	5,057
	UTAC	24	110,3	28,615	5,841
TOTALM ₂	UTDP	36	76,86	31,156	5,193
	UTAC	9	96,7	25,865	8,622
TOTALM ₃	UTDP	19	72,06	32,192	7,385
	UTAC	6	91,67	25,288	10,324

Figura 1. Comparación puntajes totales en OQ 45.2, 37 casos tratados en unidad de trastornos de personalidad y 37 en unidad de trastornos cognivos, SPHDS, 2008



Al calcular la significación clínica según fórmula de Jacobson y Truax, como se ve en la tabla 4, experimentan más cambio clínicamente significativo los pacientes de la UTP, pero los de UTAC experimentan mayor mejoría. Los pacientes de UTP no empeoran, y hay más casos de UTAC que no cambian. Hay que subrayar los pequeños números para calcular estos índices, especialmente en el caso de la UTAC, en que sólo 6 casos llegaron a la medición M₃.

Al comparar las sub-escalas del OQ 45.2, la FIGURA 2 muestra una mayor disminución de síntomas en la unidad de trastornos de personalidad (bajan de un puntaje de ingreso de 67,8 a 44, es decir, se acercan mucho al punto de corte de 43 de esta sub-escala,, mientras que en el caso de la UTAC, partiéndose de un puntaje muy similar (68) se desciende sólo a 50 en la tercera medición.

La FIGURA 3 muestra el cambio en la escala de relaciones interpersonales, constatándose que en esta hay un menor puntaje en M₁ en los casos de la Unidad de Trastornos de Personalidad, mientras que los que ingresan a la UTAC tienen en promedio peores relaciones interpersonales al ingresar a tratamiento. El descenso es también mayor en el caso de la unidad de trastornos de personalidad, donde se acerca mucho al punto de corte de 16

Al comparar los puntajes en la sub-escala de rol social (RS), se comprueba nuevamente que hay una mejor recuperación del puntaje en la UTD, donde bajan desde 17 a 11,5; En el caso de la UTAC hay un descenso desde un puntaje muy cercano (17,8 a 13,5). En ambos grupos el descenso atraviesa bajo el punto de corte, en este caso 14-

Tabla 4. Cambio clínicamente significativo, expresado en porcentajes y calculado según fórmula de Jacobson y Truax para casos tratados en unidades de trastornos de personalidad y terapias cognitivas. SPHDS, 2008

			UNIDAD DE TRATAMIENTO		Total
			UTAC	UTP	
Cambios Clínicos	Cambio clínicamente significativo	N	1	8	9
		%	16,7%	44,4%	37,5%
	Mejoran	N	3	5	8
		%	50,0%	27,8%	33,3%
	Sin cambio	N	2	3	5
		%	33,3%	16,7%	20,8%
	Empeoran	N	0	2	2
		%	0,0%	11,1%	8,3%
Total		N	6	18	24
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 5. Comparación promedios de cambio entre mediciones M₁ y M₃, pacientes tratados en UTAC Y UTP, servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, 2008

UNIDAD DE TRATAMIENTO			Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
UTAC	Par 1	SINTM ₁	68,67	6	15,603	6,370
		SINTM ₃	59,17	6	16,167	6,600
	Par 2	RIM ₁	23,83	6	8,256	3,371
		RIM ₃	19,00	6	9,423	3,847
	Par 3	RSM ₁	17,83	6	8,134	3,321
		RSM ₃	13,50	6	2,588	1,057
UTDP	Par 1	SINTM ₁	67,78	18	18,688	4,405
		SINTM ₃	44,06	18	22,792	5,372
	Par 2	RIM ₁	19,56	18	6,981	1,645
		RIM ₃	16,67	18	7,104	1,674
	Par 3	RSM ₁	17,39	18	7,130	1,681
		RSM ₃	11,56	18	5,586	1,317

Diferencias relacionadas

UNIDAD DE TRATAMIENTO			Media Inferior	Desviación típ. Superior	Error típ. de la media Inferior	95% Intervalo de confianza para la diferencia		T Media Superior	gl	Sig. (bilateral)
						Superior	Inferior			
UTAC	Par 1	SINTM ₁ - SINTM ₃	9,500	15,241	6,222	-6,495	25,495	1,527	5	,187
	>Par 2	RIM ₁ - RIM ₃	4,833	9,806	4,003	-5,458	15,125	1,207	5	,281
	Par 3	RSM ₁ - RSM ₃	4,333	8,383	3,422	-4,464	13,130	1,266	5	,261
UTDP	Par 1	SINTM ₁ - SINTM ₃	23,722	28,307	6,672	9,646	37,799	3,556	17	,002
	Par 2	RIM ₁ - RIM ₃	2,889	9,707	2,288	-1,938	7,716	1,263	17	,224
	Par 3	RSM ₁ - RSM ₃	5,833	8,305	1,957	1,703	9,963	2,980	17	,008

Figura 2. Comparación puntajes subescala de síntomas del OQ 45.2, 37 Casos tratados en unidad de trastornos de personalidad y 37 en unidad de trastornos cognitivos, SPHDS, 2008

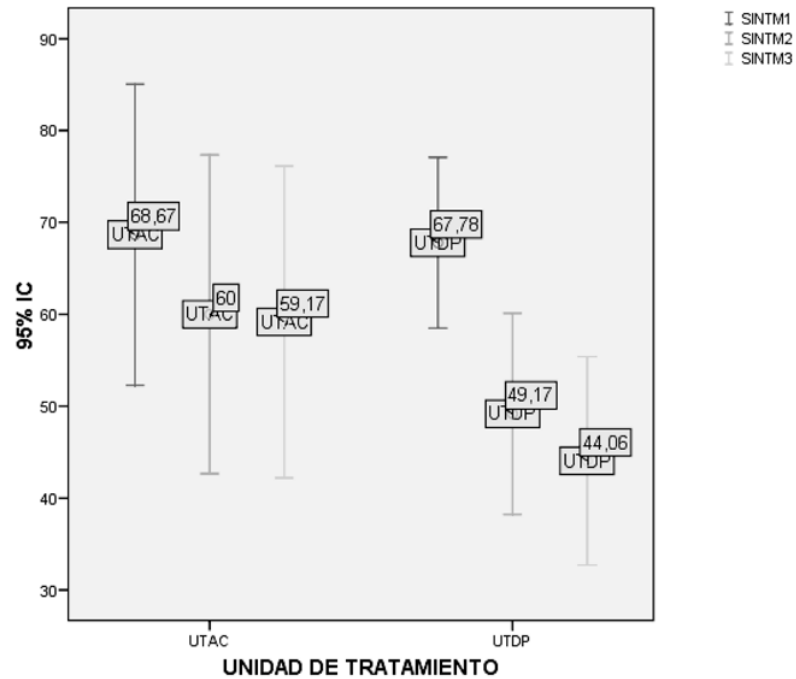


Figura 3. Comparación puntajes subescala de relaciones interpersonales (ri) del OQ 45.2, 37 Casos tratados en unidad de trastornos de personalidad y 37 en unidad de trastornos cognitivos, SPHDS, 2008

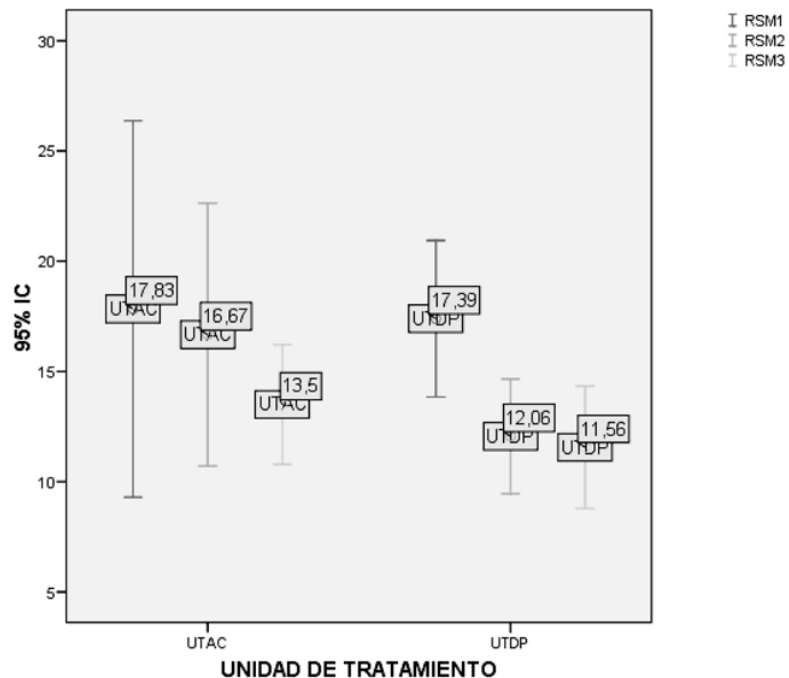
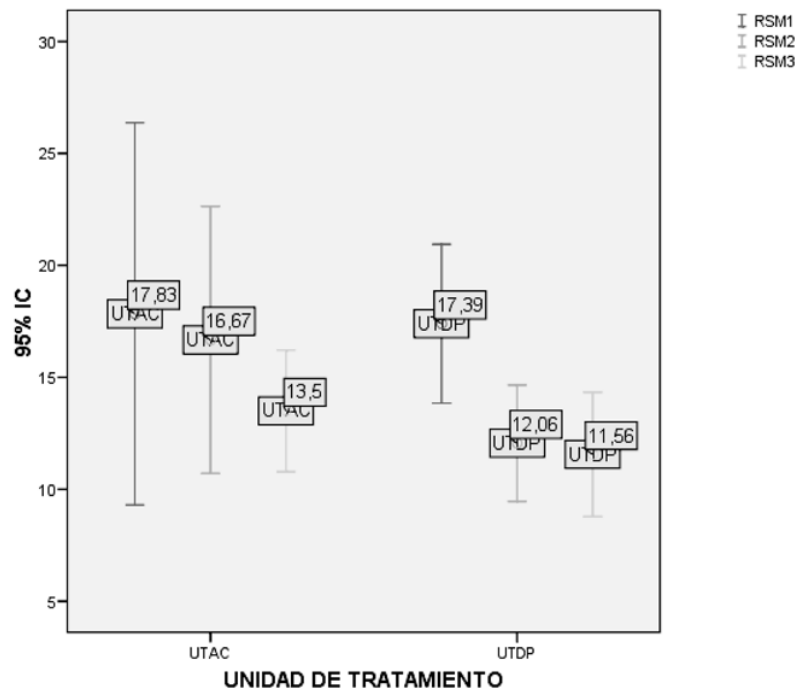


Figura 4. Comparación puntajes subescala de rpls sociales (rs) del OQ 45.2, 37 Casos tratados en unidad de trastornos de personalidad y 37 en unidad de trastornos cognitivos, SPHDS, 2008



Al comparar, en la tabla 5, la diferencia entre la primera y la tercera medición, se encuentra que hay una mayor significación estadística en los cambios en la UTP que en UTAC, especialmente en la sub-escala de síntomas. La UTAC tiene cambios interesantes, pero que no alcanzan significación estadística.

Conclusiones

El principal problema para interpretar los anteriores resultados es el elevado porcentaje de pérdida y abandono experimentados durante el seguimiento de los pacientes en este estudio naturalístico. El problema del abandono de tratamientos psicofarmacológicos no es nuevo (Wierbicke, 1993), y lo han encontrado estudios chilenos tanto para tratamientos psicofarmacológicos como combinados con psicoterapia (Retamal y Cols., 2006, Vitriol y Cols., 2007). Esta alta atrición, por otra parte, es un elemento que debe tomarse en cuenta, ya que parece ser una constante en los servicios públicos de salud mental: el promedio de atenciones ambulatorias en casos tratados en el nivel especializado está entre dos y tres. Olivios (2007) ha documentado el mismo hecho en la práctica privada, encontrando un promedio de atenciones de sus 4832 casos reportados en un seguimiento de treinta años fue de 9 atenciones. Sin embargo 2557 pacientes (un 52.3% del total) solo

asistieron entre una y tres veces. Esto muestra que la atrición encontrada en este estudio no es diferente de otros en nuestro medio.

Una segunda limitación es que la aplicación de las mediciones de seguimiento (M2 y M3) no coinciden temporalmente: si bien la medición inicial (M1) se aplica por definición al ingresar los pacientes al Servicio de Psiquiatría estudiado, las posteriores son aplicadas entre 30 y 60 días la aplicación M2, y entre 30 y 90 días después la aplicación M3. Esto hace que no haya una coincidencia temporal. Un análisis más acabado, por ejemplo con tablas de vida de Kaplan Meier daría una visión más exacta del momento de la recuperación.

Un tercer problema de la comparación presentada es que cada unidad atiende a poblaciones diversas de pacientes: casos más severos y crónicos la UTP, preferentemente trastornos ansiosos la UTAC. Esto hace que tengan puntajes de ingreso diversos, y que la modificación observada se haga sobre casos con mayor o menor cronicidad, un tema siempre relevante en intervenciones limitadas en el tiempo, como las modalidades estudiadas.

Por otra parte, es interesante notar que, a pesar de lo anterior, en los dos grupos se apreció una mejoría clara tanto en los puntajes globales como en la escala de síntomas. Al comparar los resultados de las intervenciones psicoanalíticamente orientadas

(Trastornos de Personalidad) con las cognitivo conductuales.

Este estudio corrobora otro previamente realizado en el mismo servicio entre los años 2006 y 2007 (Calderón, 2007) donde la UTP tuvo mayor cambio confiable que la UTAC (31,5 vs 20,4). Tal como en este estudio, al analizar la significación clínica, esta es muy cercana en cuanto a los porcentajes de pacientes que están mejor. En el estudio previo la suma de cambio clínicamente significativo fue de 66,7% para UTP, y 59,3% para UTAC. En este caso, la suma fue de 72,2% para UTP y 66,7% para UTAC. Las unidades que reciben psicoterapias claramente tienen mejor rendimiento que otras que hacen tratamientos predominantemente psicofarmacológicos: en un estudio previo nuestro, utilizando la misma metodología, como es la unidad de trastornos afectivos, donde solo alcanza la mejoría un 16,7% de los casos. La mayoría de los casos (66,7%) en la medición M3 no han experimentado cambio positivo, y la única donde hay un empeoramiento apreciable (16,7%).

En estudios posteriores, es necesario aumentar el tamaño de las muestras de pacientes, para poder llegar a conclusiones estadísticamente significativas. Asimismo, será necesario comparar los resultados según el grado de experiencia de los terapeutas, separando psicólogos acreditados, con mayor experiencia, de terapeutas noveles en entrenamiento. Si bien la supervisión de los últimos es cercana por parte de los experimentados, la literatura muestra que los resultados pueden influir según la experiencia.

Existen menos estudios que sustenten la efectividad de las terapias psicoanalíticas que las cognitivo-conductuales. Fonagy ha señalado que si el psicoanálisis quiere sobrevivir en un mundo de medicina basada en la evidencia y sistemas de salud más interesados en la modificación en el largo plazo, requieren pruebas de la efectividad y eficiencia en cortos períodos de tiempo. En ese sentido, este trabajo aporta evidencia sudamericana de que una unidad que practica modalidades terapéuticas analíticamente orientadas tiene resultados tan buenos como los de una modalidad cognitivo-conductual. Los resultados pudieran explicarse por los factores comunes o inespecíficos, tales como la alianza terapéutica (Horvath, 2005). Estudios posteriores, que superen las limitaciones de este, pudieran ayudar en este tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Barkham, M. y Mellor-Clark, J. (2000). Rigor and relevance: The role of practice-based evidence in the psychological therapies. En: Rowland N y Goss S. *Evidence-based Counselling and Psychological Therapies*. London: Routledge.
- Calderon, A., Florenzano, R., Toloza, P., Zuñiga, C., Vaccarezza, A. (2007). Evaluation of the treatment of patients with severe depression, in a psychiatric service in a public hospital in Santiago, Chile. *World J Biol Psych*, 8 (S1), 104-105.
- Cobos, A., Hernández, L., Quiñones, M., Riquelme, R., Florenzano, R., Arteaga, F. (2008). Evaluación comparativa de intervenciones psicoterapéuticas psicoanalítica (UIC y UTDP) y cognitivamente orientadas (UTAC y DBT): Modelos de Intervención en crisis HDS: Evaluación de resultados en dos años. LXIII Congreso Chileno de Neurocirugía, Psiquiatría y Neurocirugía, 10-12 de Octubre de 2008, Viña del Mar.
- Correa, J., Florenzano, R., Rojas, P., Labra, J.F., Del Rio, V., Pasten, J.A. (2006). El uso del Cuestionario OQ 45.2 como indicador de psicopatología y de mejoría en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 44(4), 258-262.
- Florenzano, R. (2001). Evaluación de efectividad de las psicoterapias. En Humberto Mesones Arroyo, editor, *Curso de Psicoterapia IV: La Formación del Psicoterapeuta*. Buenos Aires: Editorial Ananké.
- Hansen, H.B., Lambert, M.J. y Forman, E.V. (2002). The Psychotherapy Dose-Response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Horvath, A. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 3-7.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17 (1), 1-14.
- Olivos, P. (2007). 30 Años de Consulta Psiquiátrica: Análisis de un Registro de Casos. Presentado a 9º Congreso Chileno de Psicoterapia, Reñaca Chile Agosto 2007.
- Parry, G. (2000). Evidence based psychotherapy: an overview. En: N. Rowland y S. Goss *Evidence-based Counselling and Psychological Therapies*. Londres: Routledge.
- Retamal, P., Florenzano, R., Vaccarezza, A., Chamorro, X., Armijo, I., Leighton, C., Espinoza, M.T. (2006). Evaluación del Tratamiento de Depresiones Severas:

Un Estudio en un Centro Especializado de Referencia.
Revista Latinoamericana de Psiquiatría, 6, 18-24.

Richardson, P., Kaechele, H. y Rendlund, C. (2003).
Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults. Londres: Karnac, 2003.

Shadish, W., Navarro, A., Crits-Christoph, P., Jorm, A., Nietzel, M., Robinson, L. y Cols. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative populations.
J Consulting Clinical Psychology 65, 355-365.

Vitriol, V., Ballesteros, S., Florenzano, R., Schwartz, D. (2007). First month evaluation of the cost-effectiveness of a protocol to treat women with severe depression and antecedents of childhood or adolescent trauma, in a public hospital in Chile. *World J Biol Psych*, 8(S1), 108.

Von Bergen, A., De la Parra, G. y Del Río, V. (2002). Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general: Preliminary Findings. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, 40 (3), 201-209.

Wiersbicki, M. y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.

Abstract: There are no studies in Chile comparing effectiveness and efficiency of psychoanalytic psychotherapies. Here we present the results of routine application of OQ 45.2 (Lambert et al) in a public psychiatry service in Santiago de Chile. We found a decrease both in global and subscales between the pre-test (M1) and the early (M2) y late post-tests (M3). The decrease was statistically larger in the Unidad de Trastornos de Personalidad UTP (n=37), psychoanalytically oriented, than in the Unidad de Terapia Cognitiva (n=37). Even if in both there was a clinically significant decrease, this was larger in UTP. The main problem in both groups was patient attrition. This study finds good comparative results for psychoanalytic therapy of personality disorders in a public service in Chile.